

UNIVERZITET U BEOGRADU
MEDICINSKI FAKULTET

Nataša M. Popović

**Nezadovoljene zdravstvene potrebe
kao pokazatelj dostupnosti,
pristupačnosti i prihvatljivosti zdravstvene zaštite**

Doktorska disertacija

Beograd, 2017

UNIVERZITET U BEOGRADU
MEDICINSKI FAKULTET

Nataša M. Popović

**Nezadovoljene zdravstvene potrebe
kao pokazatelj dostupnosti,
pristupačnosti i prihvatljivosti zdravstvene zaštite**

Doktorska disertacija

Beograd, 2017

UNIVERSITY OF BELGRADE
FACULTY OF MEDICINE

Nataša M. Popović

**Unmet health care needs as an indicator of
availability, accessibility and acceptability of
health care**

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2017

Mentor: Prof. dr Zorica Terzić-Šupić

Članovi komisije:

1. Prof. dr Vesna Bjegović Mikanović, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu,
2. Prof. dr Dejana Vuković, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu,
3. Doc. dr Snežana Ukropina, docent Medicinskog fakulteta u Novom Sadu.

Datum odbrane doktorske disertacije:

Ovu disertaciju posvećujem svojoj porodici, pre svega mom suprugu, mojoj majci i mojoj deci Mariji i Nikoli, koji su mi svojim ogromnim strpljenjem i podrškom pomogli u realizaciju ovog rada.

Takođe se zahvaljujem svom mentoru Prof.dr Zorici Terzić-Šupić za podršku, pomoć, poverenje i svim korisnim savetima koje mi je dala prilikom izrade ove disertacije.

Zahvaljujem se Prof.dr. Snežani Simić na nesebičnoj pomoći, dobronamernim kritikama, savetima i pomoći prilikom realizacije ovog istraživanja.

Veliku zahvalnost dugujem Prof. dr Vesni Bjegović Mikanović, na podršci i korisnim savetima koji su na neki način kreirali moj put do doktorata.

Takodje se zahvaljujem Timu za socijalno uključivanje i smanjenje siromaštva koji su podržali i pomogli uspešnu realizaciju ove disertacije.

Zahvaljujem se i Republičkom zavodu za statistiku koji je realizovao Anketu o prihodima i uslovima života, bez čijeg rada ova disertacija ne bi bila moguća.

Hvala svima koji su verovali u mene.

Nataša Popović

Nezadovoljene zdravstvene potrebe kao pokazatelj dostupnosti, pristupačnosti i prihvatljivosti zdravstvene zaštite

Sažetak

Uvod: Nezadovoljene potrebe za zdravstvenim uslugama su prepoznate kao pokazatelj pristupačnosti zdravstvene zaštite, koji daje sliku o specifičnim preprekama sa kojima se korisnici suočavaju kada imaju potrebu za korišćenjem zdravstvenih usluga. Cilj ove disertacije je bio da analizira demografske, socijalnoekonomske, regionalne karakteristike i percepciju zdravstvenog stanja ispitanika koji imaju nezadovoljene zdravstvene potrebe za uslugama lekara i uslugama stomatologa u 2013. i 2014. godini i da identifikuje prediktore za nastanak nezadovoljenih potreba za uslugama lekara i uslugama stomatologa koji se odnose na dostupnost, pristupačnost i prihvatljivost zdravstvene zaštite.

Metod: U ovoj studiji korišćeni su podaci iz dva nacionalna istraživanja o prihodima i uslovima života (Anketa o prihodima i uslovima života - SILC), sprovedenih u Srbiji na reprezentativnom uzorku osoba starijih od 15 godina (17 183) u 2013. godini i starijih od 16 godina (16 220) u 2014. godini. Kao instrument ispitivanja korišćeni su upitnici.

Rezultati: U 2013. godini skoro svaki peti ispitanik stariji od 16 godina je imao nezadovoljene potrebe za uslugama lekara, a u 2014. godini skoro svaki sedmi ispitanik. Razlozi nezadovoljenih potreba za uslugama lekara koji ukazuju na odgovornost sistema zdravstvene zaštite, (ugrožena pristupačnost i dostupnost zdravstvene zaštite), su u 2013. godini bili odgovorni za 44,4% nezadovoljenih potreba a u 2014. godini za 58,2%. Razlozi koji su bili u vezi sa ličnim preferencijama ispitanika u 2013. godini su bili zastupljeni u 55,6% slučajeva a u 2014. godini u 41,7% slučajeva. Najdominantniji razlog u okviru ugrožene pristupačnosti je bio finansijski razlog, u okviru ugrožene dostupnosti to su bile liste čekanja na medicinske intervencije i procedure a u okviru ugrožene

prihvatljivosti želja da se sačeka i vidi da li će se stanje zdravlja popraviti i problem proći sam od sebe. Nezadovoljene potrebe za uslugama stomatologa u 2013. godini je imao skoro svaki peti ispitanik a u 2014. godini skoro svaki šesti ispitanik. Razlozi nezadovoljenih potreba za uslugama stomatologa koji ukazuju na odgovornost sistema zdravstvene zaštite, 2013. godine bili su odgovorni za oko 57% nezadovoljenih potreba dok je u 2014. godine zdravstveni sistem bio odgovoran za 71% nezadovoljenih potreba. Razlozi koji su bili u vezi sa ličnim preferencijama ispitanika su bili zastupljeni u 43,1% slučajeva u 2013. godini, a u 2014. godini u 29,2% slučajeva. Najdominantniji razlog nezadovoljenih potreba u okviru ugrožene pristupačnosti bio je finansijski razlog a u okviru ugrožene prihvatljivosti strah od stomatologa i stomatoloških intervencija. Najveću verovatnoću da imaju nezadovoljene potrebe za uslugama lekara i uslugama stomatologa imali su radno aktivni ispitanici muškog pola starosti od 27-44 i od 45-64, nižeg obrazovnog nivoa ,sa dohotkom u najsiromašnijim kvintilima, koji su svoje zdravstveno stanje procenili kao loše i veoma loše i koji su živeli u Regionu Šumadije i Zapadne Srbije.

Zaključak: U ispitivanom periodu nezadovoljene potrebe za uslugama lekara i stomatologa su se smanjivale, ali u isto vreme je rasla odgovornost sistema zdravstvene zaštite za nastanak nezadovoljenih potreba koja obuhvata pristupačnost i dostupnost zdravstvene zaštite. Takođe su prisutne regionalne nejednakosti nezadovoljenih zdravstvenih potreba koje su se povećavale zbog finansijskih razloga.

Ključne reči: nezadovoljene zdravstvene potrebe, nejednakost u zdravlju, dostupnost, pristupačnost, prihvatljivost, SILC

Naučna oblast: Medicina

Uža naučna oblast: Javno zdravlje

Unmet health care needs as an indicator of availability, accessibility and acceptability of health care

Abstract

Introduction: Unmet health care needs are recognized as an indicator of access to health care, which provides an overview of specific barriers that users face when they need health services. This thesis aimed to analyze demographic, socioeconomic, regional characteristics and perception of the health status; to identify predictors of unmet health care needs and consequently determine the size of inequalities in the availability, accessibility and acceptability of health care.

Method: The study used data from two national surveys on Income and living conditions (Survey on Income and Living Conditions - SILC), conducted in Serbia on a representative sample of people over 15 years old (17,183) in 2013 and older than 16 years (16,220) in 2014. The survey instruments were questionnaires.

Results: In 2013 every fifth respondent over the age of 16 had unmet health care needs while in 2014 every seventh respondent. The reasons for unmet health care needs related to the availability of the health care, (threatened availability and accessibility of health care) were responsible for 44.4% of unmet needs in 2013 and 58.2% in 2014. The reasons related to the individual preferences of respondents contributed in 55.6% of cases in 2013 and in 41.7% of cases in 2014. The most dominant reason within the threatened accessibility was a financial reason, within the threatened availability were waiting lists for medical interventions and procedures, and within the threatened acceptability wish to wait and see if the state of health will improve and the problem will pass by itself. Nearly

every fifth respondent had unmet dental needs in 2013 and almost every sixth in 2014. The reasons of unmet dental needs that represent the responsibility of the health care system accounted for 57% of unmet needs in 2013, while 71% in 2014. The reasons related to the individual preferences of the respondents were represented in 43.1% of cases in 2013, and in 29.2% of cases in 2014. The most frequent reason of unmet dental needs related to threatened accessibility was a financial reason, and in the context of threatened acceptability, it was fear of dentists and dental interventions. The highest probability of unmet health care and dental needs were working active male respondents aged 27-44 and 45-64, with lower educational level, with income in the poorest quintiles, who considered their health status as bad and very bad and who was living in the Region of Sumadija and Western Serbia.

Conclusion: In the examined period, the unmet health care and dental needs declined, but at the same time the responsibility of the health system for the emergency of unmet health care needs, which related to the accessibility and accessibility of health care, increased. Regional inequalities in unmet health care and dental needs were also present, and they have increased due to financial reasons.

Keywords: unmet health care needs, inequality in health, availability, accessibility, acceptability of health care, SILC.

Scientific field: Medicine

Narrow scientific field: Public Health

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Definicije zdravstvenih potreba.....	3
1.2. Vrste zdravstvenih potreba.....	5
1.2.1. Različiti nivoi u sagledavanju zdravstvenih potreba	6
1.3. Zahtevi za zdravstvenim uslugama	8
1.3.1. Korišćenje zdravstvenih usluga.....	9
1.4. Modeli korišćenja zdravstvene zaštite.....	11
1.5. Nezadovoljene potrebe za zdravstvenom zaštitom	14
1.6. Pregled literature o nezadovoljenim potrebama za zdravstvenom zaštitom	16
1.7. Zdravstveni sistem Republike Srbije.....	22
1.7.1. Nezadovoljene potrebe za zdravstvenim uslugama u Srbiji	25
2. CILJEVI RADA.....	28
3. METOD RADA.....	29
1.1. Izvor podataka i tip studije	29
3.2. Uzorak	29
3.3. Instrumenti istraživanja	30
3.4. Varijable	31
3.5. Statističke metode obrade podataka	34
4. REZULTATI.....	36
4.1. Demografske, socijalnoekonomske karakteristike i samoprocena zdravstvenog stanja ispitivane populacije.....	36
4.2. Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara	39

4.2.1. Socijalnodemografske karakteristike ispitanika sa nezadovoljenim potrebama za uslugama lekara	39
4.2.2. Samoprocenjeno zdravstveno stanje ispitanika sa nezadovoljenim potrebama za uslugama lekara	41
4.3. Razlozi nezadovoljenih potreba za uslugama lekara.....	42
4.4. Prediktori nezadovoljenih potreba za uslugama lekara 2014. godine	46
4.4.1. Povezanost demografskih, socijalnoekonomskih varijabli i varijabli samoprocenjenog zdravstvenog stanja sa ukupnim razlozima nezadovoljenih potreba za uslugama lekara	47
4.4.2. Povezanost demografskih, socijalnoekonomskih varijabli i varijabli samoprocenjenog zdravstvenog stanja sa nezadovoljenim potrebama za uslugama lekara zbog ugrožene dostupnosti zdravstvene zaštite	48
4.4.3. Povezanost demografskih, socijalnoekonomskih varijabli i varijabli samoprocenjenog zdravstvenog stanja sa nezadovoljenim potrebama za uslugama lekara zbog ugrožene pristupačnosti zdravstvene zaštite	49
4.4.4. Povezanost demografskih, socijalnoekonomskih varijabli i varijabli samoprocenjenog zdravstvenog stanja sa nezadovoljenim potrebama za uslugama lekara zbog ugrožene prihvatljivosti zdravstvene zaštite	50
4.4.5. Povezanost demografskih, socijalnoekonomskih varijabli i varijabli samoprocenjenog zdravstvenog stanja sa nezadovoljenim potrebama za uslugama lekara zbog odgovornosti sistema zdravstvene zaštite.....	51
4.5. Nezadovoljene potrebe za uslugama stomatologa.....	55
4.5.1. Socijalnodemografske karakteristike ispitanika sa nezadovoljenim potrebama za uslugama stomatologa	55
4.5.2. Samoprocenjeno zdravstveno stanje ispitanika sa nezadovoljenim potrebama za uslugama stomatologa	57
4.6. Razlozi nezadovoljenih potreba za uslugama stomatologa	58
4.7. Prediktori nezadovoljenih potreba za uslugama stomatologa 2014. godine	62

4.7.1. Povezanost demografskih, socijalnoekonomskih varijabli i varijabli samoprocenjenog zdravstvenog stanja sa ukupnim razlozima nezadovoljenih potreba za uslugama stomatologa	63
4.7.2. Povezanost demografskih, socijalnoekonomskih varijabli i varijabli samoprocenjenog zdravstvenog stanja sa nezadovoljenim potrebama za uslugama stomatologa zbog ugrožene dostupnosti zdravstvene zaštite.....	64
4.7.3. Povezanost demografskih, socijalnoekonomskih varijabli i varijabli samoprocenjenog zdravstvenog stanja sa nezadovoljenim potrebama za uslugama stomatologa zbog ugrožene pristupačnosti zdravstvene zaštite.....	65
4.7.4. Povezanost demografskih, socijalnoekonomskih varijabli i varijabli samoprocenjenog zdravstvenog stanja sa nezadovoljenim potrebama za uslugama stomatologa zbog ugrožene prihvatljivosti zdravstvene zaštite.....	66
4.7.5. Povezanost demografskih, socijalnoekonomskih varijabli i varijabli samoprocenjenog zdravstvenog stanja sa nezadovoljenim potrebama za uslugama stomatologa zbog odgovornosti sistema zdravstvene zaštite.....	67
5. DISKUSIJA.....	70
6. ZAKLJUČCI.....	91
7. LITERATURA.....	94

1. UVOD

Nauka o ljudskim potrebama „hreiologija“, pojam ljudskih potreba objašnjava interdisciplinarnim pristupom zbog složenosti samog koncepta, a zdravlje kao multidimenzionalan fenomen dodatno čini složenom definiciju zdravstvenih potreba. U najširem smislu, zdravstvene potrebe bi bile one čije zadovoljavanje omogućava da se zdravlje održava na nivou fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja. Prema definiciji Svetske zdravstvene organizacije, zdravstvene potrebe mogu se definisati kao naučno utvrđena odstupanja od zdravlja koja zahtevaju primenu preventivnih, kurativnih, kontrolnih i eradikacionih mera (Who.int, 2017).

Nezadovoljene potrebe za zdravstvenim uslugama su prepoznate kao najvažniji pokazatelj pristupačnosti zdravstvene zaštite, koji daje sliku o specifičnim preprekama sa kojima se korisnici suočavaju kada imaju potrebu za korišćenjem zdravstvenih usluga (Allin i sar., 2009; 2009a). Nejednaka pristupačnost zdravstvenim uslugama predstavlja jednu od socijalnoekonomskih odrednica zdravlja i ukazuje na geografske, finansijske, kulturne i fizičke barijere sa kojima se stanovništvo suočava u sistemu zdravstvene zaštite (WHO, 2008).

Nezadovoljene potrebe za zdravstvenim uslugama su definisane kao razlika između zdravstvenih usluga koje se smatraju neophodnim za određeni zdravstveni problem i usluga koje su stvarno dobijene (Carr i sar., 1976). One predstavljaju važan pokazatelj za merenje nejednakosti u zdravlju i mogu se koristiti kao dopuna konvencionalnim metodama u proceni prisutne nejednakosti na nacionalnom i lokalnim nivoima (Allin i sar., 2009; Allin i sar., 2010). Nejednakost u pristupačnosti i korišćenju zdravstvenih usluga dovodi do pogoršanja zdravlja najugroženijeg dela populacije i generiše nejednakost u zdravlju i zdravstvenim ishodima između ugroženih i drugih populacionih grupa.

Pravičnost u zdravstvenoj zaštiti može biti definisana kao horizontalna ili vertikalna. Horizontalna pravičnost predstavlja takav pristup zdravstvenim uslugama koji je jednak za sve, što znači da pacijenti sa istim zdravstvenim problemima imaju jednak pristup resursima iste vrste i kvaliteta, tako da nejednako korišćenje zdravstvenih usluga nije nastalo zbog objektivnih razloga (Kien i sar., 2014). Vertikalna pravičnost odnosi se na situaciju u kojoj pojedinci sa različitim potrebama u zdravstvenoj zaštiti dobijaju odgovarajuće različite resurse za lečenje stanja, za koja u medicinskom smislu upotreba resursa treba da bude intenzivnija. (Oliver i sar., 2004; Koolman, 2007). Drugim rečima pravična upotreba resursa u lečenju stanovnika koji boluju od različitih bolesti ili je ispoljavanje težine istog oboljenja kod različitih pacijenata poprimilo različite teže ili lakše forme, pa se više resursa dodeljuje ozbiljnijim medicinskim stanjima.

Težnja da se ostvari horizontalna pravičnost u finansiranju zdravstvene zaštite znači da širi slojevi stanovništva ostvaruju svoje pravo na zdravstvenu zaštitu, primenjujući pristup korišćenja solidarnih mehanizama finansiranja. Pravično finansiranje zdravstvene zaštite znači da oni čiji su resursi manji plaćaju manje i nedostatak ličnih resursa ne treba da ograničava individualno korišćenje usluga koje se preporučuju, imajući u vidu važeće norme i naučna saznanja. Pravično finansiranje povećava dostupnost zdravstvene zaštite siromašnim slojevima društvene zajednice (Babić i sar., 2012).

Pristupačnost zdravstvenim uslugama uslovljena je brojnim faktorima koji se mogu podeliti na faktore za koje je odgovoran zdravstveni sistem (dostupnost i pristupačnost zdravstvene zaštite) i na faktore koji predstavljaju individualne preferencije korisnika zdravstvene zaštite (Eurostat Statistic Explained, 2014). Odgovornost zdravstvenog sistema se ogleda u boljoj dostupnosti i obuhvatu delotvornim, kvalitetnim, bezbednim i prihvatljivim zdravstvenim uslugama, koje su pri tom isplative, odnosno opravdavaju uložena sredstva u njihovo obezbeđivanje. Dostupnost 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 (Cucić i sar., 2000; Levesque i sar., 2013). Pristupačnost 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) (Cucić i sar., 2000; Levesque i sar., 2013). Prihvatljivost se odnosi na opseg u kome se zdravstvene usluge koriste u praksi, a u skladu sa normama i vrednostima društvene zajednice (Cucić i sar., 2000). Faktori koji utiču na nezadovoljene potrebe stanovništva a predstavljaju individualne preferencije ispitanika su demografske i socijalnoekonomske karakteristike korisnika zdravstvenih usluga, ranija iskustva sa zdravstvenom zaštitom, percepcija koristi i kvaliteta zdravstvenih usluga i nivo njihove zdravstvene pismenosti (Chaupain-Guillot i sar., 2014).

1.1. Definicije zdravstvenih potreba

Hijerarhija individualnih potreba prema Maslovu se često koristi kao način interpretacije definicije zdravlja Svetske zdravstvene organizacije (Maslow, 1968; WHO, 1948). Njegova hijerarhija polazi od fizioloških potreba kao što su hrana, žed i odmor kao osnove piramide motivacije za zadovoljavanje ovih potreba, potom potrebe za sigurnošću, potrebe za ljubavlju, potrebe za samopoštovanjem, i na samom vrhu piramide, potrebe za samoostvarenjem (samoaktualizacijom). 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 (Wright i sar., 1998).

Značenje zdravstvenih potreba se menjalo tokom vremena pa je pristup izučavanju zdravstvenih sistema koji su vođeni potrebama prošao nekoliko faza, od sociološkog pristupa šezdesetih godina prošlog veka preko „racionalnog planiranja“ sedamdesetih, do alokacije resursa usmerene prema potrebama stanovnika devedesetih godina (Stevens i sar., 1998). U 2000 godini fokus se pomera na „kolaborativnu akciju“ gde su potrebe za zdravstvenom zaštitom kolektivno identifikovali zainteresovani ključni akteri (Stevens i sar., 2000; Asadi-Lari i sar., 2003). Kada se individualan pristup potrebama dopuni populacionim pristupom uključivanjem porodice, zajednice i populacije dolazimo do sveobuhvatnije definicije tzv. „socijalnih“ zdravstvenih potreba. Socijalne zdravstvene potrebe su potrebe na nivou pojedinca, porodice, zajednice i populacije tokom kontinuuma zdravstvene zaštite (promocije zdravlja, prevencije bolesti, lečenja i rehabilitacija) da bi se dostiglo fizičko, kognitivno, emocionalno, socijalno i duhovno blagostanje uzimajući u obzir sve determinante zdravlja (The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2012).

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 resursima (Davis, 1955). 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 sredine (Green i sar., 1991). Ovaj pristup izvodi koncept „objektivnih“ potreba ističući da su zdravstvene potrebe povezane sa osnovnim ljudskim pravima, što je potom uključeno u brojne međunarodne deklaracije i programe.

Sa aspekta kontrole i zadržavanja rasta zdravstvenih troškova i zalaganja za efikasno korišćenje raspoloživih resursa u sistemu zdravstvene zaštite ekonomisti favorizuju svoju definiciju potreba

ističući da se one odnose na sposobnost ljudi da imaju koristi od pruženih i korišćenih zdravstvenih usluga (Stevens i sar., 1976). Drugim rečima, pretpostavlja se da potrebe postoje ako može da se pruži odgovarajuća i delotvorna usluga koja dovodi do dobiti po zdravlje.

Zdravstvena služba potrebe uglavnom sagledava kao nedostatak ili oštećenje zdravlja. Tako se potrebe za uslugama zdravstvene službe mogu definisati kao one kod kojih zdravstvena intervencija dovodi do dobiti po zdravlje sa prihvatljivim rizikom i po prihvatljivim troškovima (Buchan i sar., 1990). 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 života (UK Department of Health, 1991). Uzimajući u obzir ovu definiciju, zdravstvene vlasti i druge zdravstvene organizacije na lokalnom, regionalnom ili nacionalnom nivou nastoje da obezbede odgovarajuće usluge koje zadovoljavaju potrebe stanovnika sa svrhom da obezbede socijalnu nezavisnost pojedinaca i da unaprede njihov kvalitet života. Na taj način se promoviše promena zdravstvene službe i usluga koje pružaju na način da budu fokusirane na postizanje najboljeg mogućeg nivoa zdravlja pojedinaca, grupa i celokupnog stanovništva (UK Department of Health, 1991).

1.2. Vrste zdravstvenih potreba

U sociološkom kontekstu, Bredšo (Bradshaw, 1972) je identifikovao četiri vrste potreba:

- Normativne potrebe su potrebe koje su identifikovane su od strane profesionalaca ili zdravstvenih eksperata (Bradshaw, 1972). One su upoređene sa normativnim standardima koji se koristi kao mera za poređenje. Najčešće se razlikuju od drugih definicija potreba i u velikoj meri

podležu subjektivnom merenju i mišljenjima eksperata. Vremenom se menjaju kao rezultat razvoja znanja i promenljivih vrednosti društva ili promene orijentacije samih eksperata (Cucić i sar., 2000).

- Opažene potrebe su one potrebe koje sagledava pojedinac i ograničene su njegovom percepcijom, njegovim znanjem o postojanju potrebe ili o nevoljnosti da se ona koristi (Bradshaw, 1972). Predstavljaju neadekvatnu meru stvarne potrebe, iako predstavljaju značajan izvor informacija. Vrlo često se koriste u istraživanjima o zdravstvenom stanju starije populacije ili u istraživanjima povezanim sa razvojem društvene zajednice.

- Izražene potrebe su potrebe koje se izražavaju kao akcija za korišćenje zdravstvenih usluga i obično su u zdravstvenom sistemu označene kao stvarna potreba (Bradshaw, 1972). Liste čekanja na zdravstvene usluge su generalno prihvaćene kao gruba definicija izraženih potreba i predstavljaju meru nezadovoljenih potreba.

- Komparativne potrebe su potrebe koje se dobijaju proučavanjem demografskih, socijalnoekonomskih karakteristika i karakteristika zdravstvenog stanja stanovništva jedne teritorije (Bradshaw, 1972). Ove potrebe mogu biti slične sa potrebama stanovnika sličnih socijalnodemografskih karakteristika na drugoj teritoriji i mogu poslužiti kao model za procenjivanje zdravstvenih potreba. Zdravstvene potrebe procenjene na ovaj način mogu da odstupaju značajno od stvarnih potreba populacije na jednoj teritoriji. Najčešće se koriste pri "ad-hoc" proceni selektivnih zdravstvenih potreba.

1.2.1 Različiti nivoi u sagledavanju zdravstvenih potreba

Zdravstvene potrebe se mogu sagledavati sa aspekta društvene zajednice, sa aspekta zdravstvene službe i aspekta pojedinca (Stevens i sar., 2008; Cucić i sar., 2000).

Definisanje zdravstvenih potreba sa aspekta društvene zajednice se ogleda u njihovom procenjivanju u cilju zaštite zdravlja šire ili uže društvene zajednice, putem finansiranja, donošenja zakonskih mera i propisa za oboljenja koja spadaju u grupu socijalnih bolesti ili oboljenja koja su masovna, dugotrajna i kod kojih je lečenje skupo (Stevens i sar., 2008).

Sa aspekta zdravstvene službe, zdravstvena profesionalci ili zdravstveni eksperti prepoznaju profesionalno definisane ili normativne potrebe za zdravstvenim uslugama koju pojedinac ima od saveta, preventivne usluge ili terapijskog postupka. Ove potrebe se samo delimično poklapaju sa opaženim potrebama pojedinca, jer su zdravstveni profesionalci zahvaljujući svom znanju i iskustvu u mogućnosti da definišu i veliki deo neopaženih potreba stanovništva.

Zdravstvene potrebe imaju trend intenzivnog porasta jer prate razvoj zdravstvenih tehnologija i razvoj društva i predstavljaju osnovu za nastajanje „veštačkih potreba“. Naučno potvrđene potrebe predstavljaju širi pojam od profesionalno definisanih potreba i nastaju kao rezultat razvoja medicinske nauke i zdravstvenih tehnologija, naučno potvrđenih istraživanja, ekspertskog mišljenja ili iskustva nastalog tokom vremena (Stevens i sar., 2008; Cucić i sar., 2000).

Sagledavanje zdravstvenih potreba sa aspekta pojedinca se najčešće opažaju kada je zdravlje već oštećeno i kada postoje simptomi koji ometaju funkcionisanje osobe. U zavisnosti od intenziteta poremećaja kao i od zdravstvene, opšte kulture i obrazovanja pojedinca, zavisi da li će on biti svestan neke potrebe ili ne. Zdrave osobe ili osobe u početnom stadijumu bolesti, bez simptoma najčešće ne opažaju potrebe za promocijom zdravlja ili prevencijom bolesti (Stevens i sar., 2008; Cucić i sar., 2000).

1.3. Zahtevi za zdravstvenim uslugama

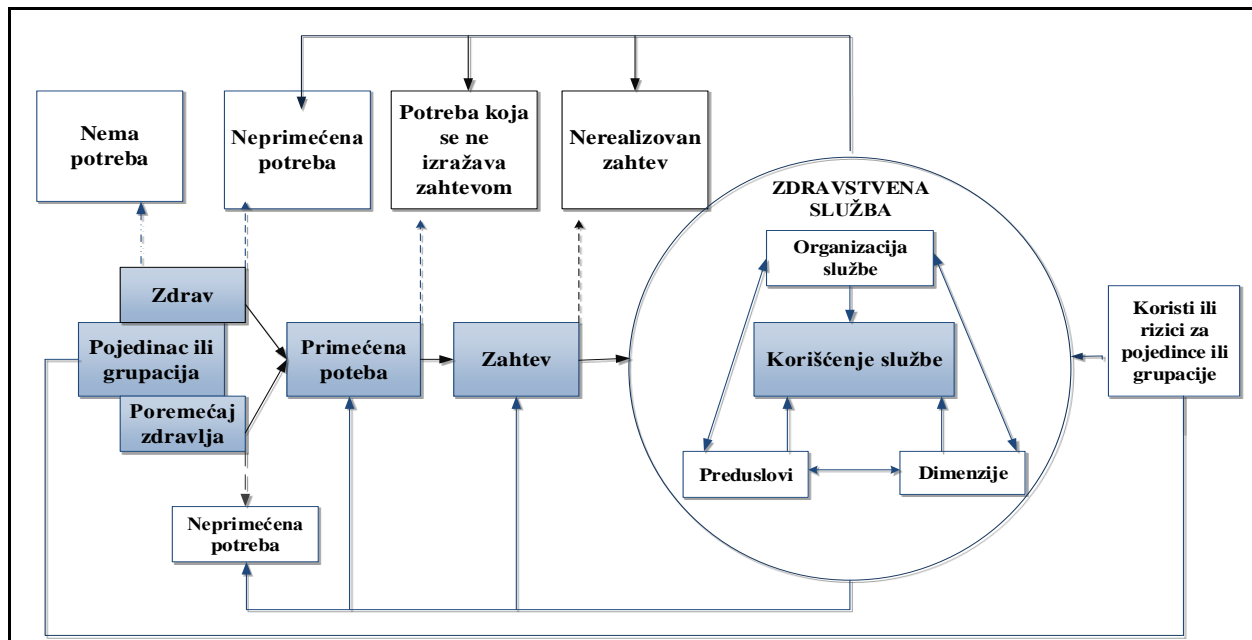
Zahtevi za zdravstvenim uslugama nastaju kada se pojedinci ili grupa ljudi nađu u stanju zdravstvene potrebe, i kada je ona prepoznata ili opažena. Da bi se potreba manifestovala zahtevom, potrebno je da budu ispunjena dva osnovna uslova (Cucić i sar., 2000):

- da postoji motiv da se potreba zadovolji,
- da postoji struktura, organizacija ili pojedinac kojoj se zahtev upućuje (zdravstveni sistem, zdravstvena služba odnosno lekar).

Slikovit prikaz odnosa opaženih i neopaženih potreba je često označen kao „fenomen ledenog brega“, gde se vidljive (aparentne) potrebe prepoznaju u vidu mortaliteta i morbiditeta i izražavaju zahtevima za zdravstvenim uslugama a nevidljive (inaparentne) se javljaju kod osoba koje osećaju neke simptome, pri čemu zahtevi za zdravstvenim uslugama veoma retko stižu do zdravstvene službe i neophodno ih je aktivno istraživati (WHO, 1965).

Zahtev za uslugama zdravstvene službe se može opisati kao akcija ili inicijativa da se opažena zdravstvena potreba zadovolji (slika 1.3.1). Ispoljavanje zahteva za zdravstvenim uslugamauslovljeno je demografskim i socijalnoekonomskim faktorima: pol, starost, stanje zdravlja, kao i socijalni milje u kome se formira ličnost osobe sa svojim osnovnim vrednostima. Pored zahteva koji izražavaju pojedinci ili grupe, u praksi se susrećemo i sa tzv., „izvedenim zahtevima“, onim koji nastaju na inicijativu pojedinaca, ali se nastavljaju i ponavljaju uz insistiranje zdravstvenih radnika. Prema podacima iz literature 70% svih zahteva za uslugama zdravstvene službe su izvedeni zahtevi (na svaki prvi pregled u primarnoj zdravstvenoj zaštiti dolaze u proseku dva ponovna pregleda) (Kane, 1974).

Slika 1.3.1 Odnos potreba, zahteva i korišćenja zdravstvenih usluga



Izvor: Modifikovano prema: Simić, S, Živković, M., Doknić Stefanović, D. Potrebe, zahtevi i korišćenje.

U: Cucić V., urednica (2000). Socijalna medicina. Beograd: Savremena administracija, pp. 65-75.

1.3.1 Korišćenje zdravstvenih usluga

Broj zahteva za zdravstvenim uslugama je uvek veći od korišćenja zdravstvenih usluga, jer jedan deo zahteva ostaje nerealizovan u zdravstvenom sistemu ili je upućen alternativnim sistemima (tzv. tradicionalna medicina) ili privatnom sektoru. Korišćenje zdravstvenih usluga počinje od momenta uspostavljanja kontakta sa zdravstvenom službom i srazmeran je njenoj razvijenosti pa se može reći da ga zdravstvena služba stimuliše nudeći sve veći broj usluga uglavnom zahvaljujući razvoju zdravstvenih tehnologija.

Korišćenje usluga zdravstvene službe je neposredno povezano sa dostupnošću i pristupačnošću tih usluga. Dostupnost zdravstvene zaštite predstavlja stalno i organizovano pružanje zdravstvene zaštite koja bi morala biti prostorno, materijalno, kulturno pristupačna celokupnoj zajednici (UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000). Da bi zadovoljila osnovne zdravstvene potrebe stanovništva zdravstvena zaštita po svom sadržaju i obimu bi trebalo da bude odgovarajuća, blagovremena i sprovedena prihvatljivim metodama. Zdravstvena zaštita i zdravstvene usluge moraju biti pristupačne svima uz obezbeđenje dovoljnog broja zdravstvenih profesionalaca koje bi te usluge pružali. Pristupačnost zdravstvenih usluga se sagledava kroz četiri dimenzije (UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000):

- Nediskriminacija, koja podrazumeva da zdravstvene usluge moraju biti pristupačne svima naročito najugroženijim i marginalizovanim osobama i grupama;
- Fizička pristupačnost, koja podrazumeva da zdravstvena zaštita mora biti fizički pristupačna svim slojevima stanovništva uključujući i ruralna područja, a pogotovu osobama sa invaliditetom, starijim osobama, ugroženim i marginalizovanim grupama;
- Ekonomska pristupačnost, koja podrazumeva da se plaćanje zdravstvenih usluga mora zasnivati na principima jednakosti, a opterećenje za plaćanja zdravstvenih usluga mora biti raspoređeno srazmerno bogatstvu pojedinaca i domaćinstva;
- Kvalitet zdravstvene zaštite i zdravstvenih, koja podrazumeva da usluge moraju biti kvalitetne, naučno odobrene i da ih izvršava obučeno medicinsko osoblje.

Sistemi zdravstvene zaštite u svetu se nalaze stalno pod finansijskim pritiskom, kako bi smanjili izdvajanja za zdravstvenu zaštitu uz povećanje efikasnosti (Saltman i sar., 1997). U isto vreme poboljšanje ukupnog zdravstvenog statusa i smanjenje nejednakosti u zdravlju kroz pružanje zdravstvenih usluga za sve, bez obzira na sposobnosti pojedinca da plati, predstavlja ciljeve kojima

teže svi zdravstveni sistemi. Kako se planiranje zdravstvene zaštite zasniva se na jednoj strani na političkom odlučivanju, usluge moraju biti organizovane tako da obezbede zadovoljavajući nivo i kvalitet zdravstvene zaštite za sve. Uloga kreatora zdravstvene politike je da se održi ravnotežu između ekonomske isplativosti zdravstvene zaštite i prihvatljivosti od strane korisnika.

1.4. Modeli korišćenja zdravstvene zaštite

Pristup i korišćenje zdravstvene zaštite predstavljeno je kroz različite teoretske modele korišćenja zdravstvene zaštite kao kompleksan i višedimenzionalni problem (Rebhan, 2011). Teoretski modeli se razlikuju između sebe u definisanju tačaka odluke i faza u kojima se traži zdravstvena zaštita. Parsonova teorija (Parsons' sick role), je pokušala da identifikuje tipično vidljivo ponašanje osobe koja je bolesna (Parsons, 1951). Glavni nedostaci ovog modela su varijabilnost u ponašanju bolesnih osoba. Mehanička teorija (Mechanic's general theory of help seeking), polazi isključivo sa psihološkog stanovišta ili „odgovora na bolest“ bolesne osobe ili one koja donosi odluke za nju. (Wolinsky, 1988). Sučmanov model faza bolesti i medicinske zaštite (Suchman's stages of illness and medical care), polazi od analize pet faza procesa odlučivanja pojedinca da li će koristiti zdravstvenu zaštitu (Suchman, 1965);

- faza individualnog doživljavanja simptoma,
- faza pretpostavke uloge pojedinca koji je bolestan,
- faza kontakta sa zdravstvenom službom,
- faza pretpostavke uloge pacijenta koji je zavisao od profesionalnog zdravstvenog tretmana i

- faza oporavka pojedinca od bolesti.

Rosenstokov model (Rosenstock model) zdravstvenog uverenja razmatra akcije pojedinca na lečenje i prevenciju bolesti, uzimajući u obzir četiri centralne varijable (Rosenstock i sar., 1994):

- percepciju osetljivosti na bolest
- individualnu percepciju ozbiljnosti bolesti
- racionalnu percepciju o koristima od lečenja pojedinca u odnosu na troškove
- individualne uzroke koji upućuju na akciju.

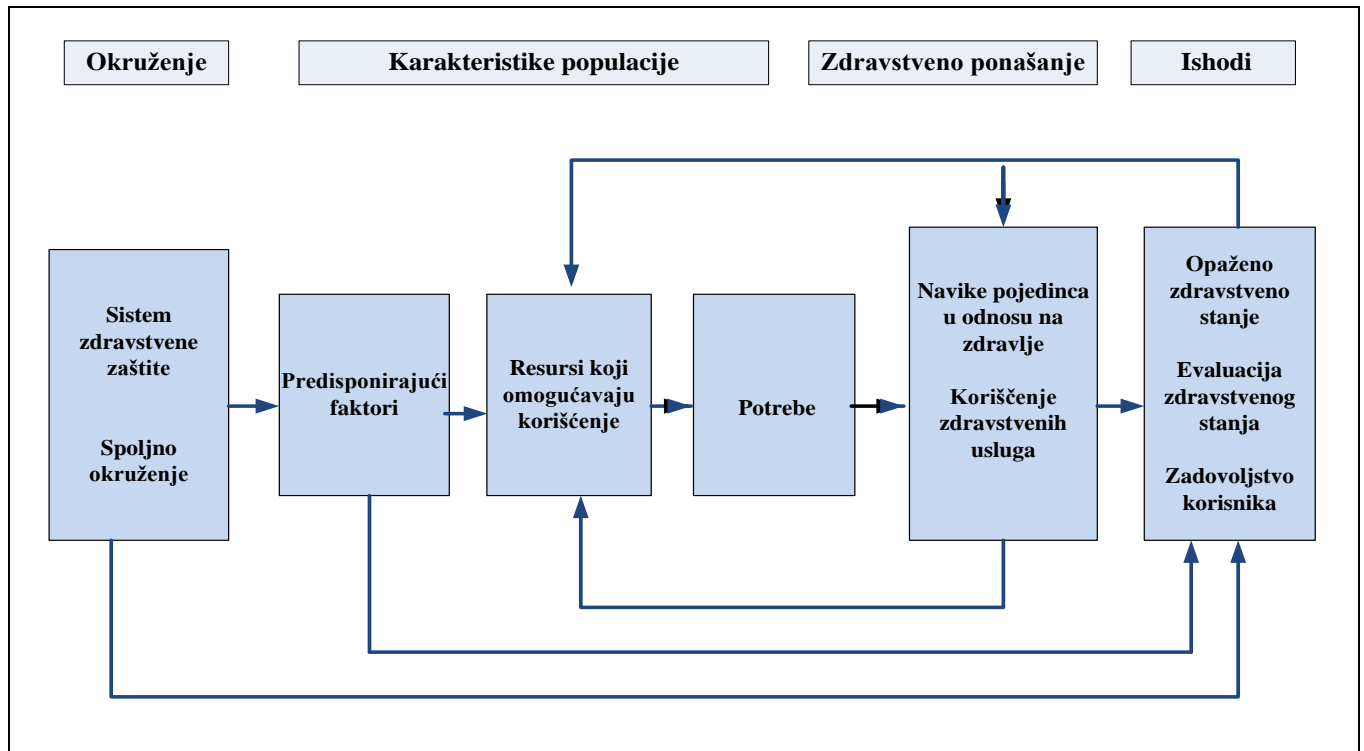
Jangov model (Young model) zasnovan na etnografskim studijama korišćenja zdravstvene službe, uključuje četiri komponente koje su ključne za individualni izbor zdravstvene usluge (Young, 1981);

- individualna percepcija ozbiljnosti bolesti koja je u skladu sa socijalnim okruženjem,
- poznavanje kućnog tretmana lečenja,
- verovanje u lek i
- pristupačnost tretmana.

Najpotpuniji pristup u analizi potreba i korišćenja dao je Andersen koji je u literaturi poznat kao model ponašanja u korišćenju zdravstvenih usluga ili „Andersenov model (Andersen's Behavioral Model of Health Services Utilization), koji faktore povezane sa potrebama, zahtevima i korišćenjem zdravstvene zaštite svrstava u tri grupe (Andersen, 1995) (slika 1.4.1). Prvu grupu predstavljaju predisponirajuće karakteristike ispitanika i one uključuju socijalnodemografske karakteristike kao što su starost, pol, obrazovni nivo, bračno stanje i radnu aktivnost. Drugu grupu čine faktori koji omogućavaju korišćenje zdravstvenih usluga i predstavljaju lične, porodične i

društvene resurse koji mogu da podstiču ili da predstavljaju barijeru u procesu korišćenja zdravstvene zaštite (zdravstvene ustanove i zdravstveni radnici moraju biti dostupni tamo gde ljudi žive i rade) i treću grupu čine zdravstvene potrebe koje nastaju na osnovu stanja zdravlja pojedinca (samoprocena zdravlja) ili populacije (pokazatelji zdravstvenog stanja) čije se ponašanje prati i analizira.

Slika 1.4.1. Model ponašanja u korišćenju zdravstvenih usluga „Andersenov model“



Izvor: Andersen, R (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?. Journal of Health and Social Behavior, 36:1-10.

Model objašnjava proces uzročne povezanosti u kome su predisponirajući faktori egzogeni, omogućavajući resursi za korišćenje usluga neophodni ali ne i dovoljni uslovi, a potrebe se moraju utvrditi kako bi se korišćenje realizovalo. Inicijalno je nastao kasnih šezdesetih godina prošlog veka kao pomoć u razumevanju zašto porodice i pojedinci koriste zdravstvene usluge, da bi omogućio da se bolje proceni pravednost u pristupu zdravstvenoj zaštiti i kako bi podstakao formulisanje politika koje promovišu jednakost u zdravlju. Vrlo je koristan u analizi podataka dobijenih nacionalnim

ispitivanjima zdravlja. Izvorno je bio usmeren na porodicu kao jedinicu ispitivanja, ali zbog teškoća da se formulišu pokazatelji na nivou porodice, preusmeren je na pojedinca kao jedinicu posmatranja.

1.5. Nezadovoljene potrebe za zdravstvenom zaštitom

Mnoge prepoznate potrebe ostaju bez izgleda da se pretvore u zahtev za odgovarajućom zdravstvenom uslugom. Prepreke koje se na tom putu mogu javiti možemo označiti kao psihološke, finansijske i tehničke prirode (Simić i sar, 2000). Osoba koja ima potrebu za lekarom ili stomatologom 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 stomatologu ili preferirati neke druge metode lečenja (komplementarna i alternativna medicina). Prepreke koje se javljaju kao finansijske i tehničke prirode mogu biti nedovoljna pristupačnost lekara ili zdravstvene ustanove, nemogućnost plaćanja ili strah od prevelikih troškova. Prepreke mogu biti i socijalnoekonomski faktori (prava iz zdravstvenog osiguranja, organizacija zajednice) i kulturni faktori kao što su znanje i stavovi pojedinaca ili jezičke barijere u komunikaciji.

Prepoznate potrebe se najčešće pretvaraju u akciju da se ta potreba zadovolji. Međutim, jedan broj njih ostaje nezadovoljen, i one se mogu definisati kao razlika između zdravstvenih usluga koje se smatraju potrebnim za rešavanje određenog problema sa zdravljem i stvarno dobijenih usluga (Carr i sar., 1976). Nezadovoljene potrebe su vrlo 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. 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 suočavaju kada imaju potrebu za zdravstvenim uslugama (Allin i sar., 2009, 2009a). Pristup zdravstvenim uslugama uslovljen je mnogim faktorima koje možemo da podelimo na faktore za koje je odgovoran zdravstveni sistem i na faktore koji predstavljaju individualne preferencije ispitanika (Allin i sar., 2009; Allin i sar., 2009a; Allin i sar., 2009b).

Odgovornost zdravstvenog sistema za postojanje nezadovoljenih potreba se ogleda u problemima koji se odnose na dostupnost, odnosno obuhvat stanovništva delotvornim, kvalitetnim, bezbednim i prihvatljivim zdravstvenim uslugama, koje su pri tom isplative, odnosno opravdavaju uložena sredstva u njihovo obezbeđenje. Posebno je važna zaštita pojedinaca i njihovih porodica od katastrofičnih troškova za zdravstvenu zaštitu, koji nastaju kao posledica složenih medicinskih intervencija (Arsenijevic i sar., 2013).

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 takođe predstavljaju faktore pristupačnosti za koje je odgovoran sistem zdravstvene zaštite (Allin i sar., 2009).

Faktori koji utiču na nezadovoljene potrebe stanovništva i predstavljaju individualne preferencije ispitanika, neposredno su povezani sa prihvatljivošću zdravstvene zaštite. To su: demografske i socijalnoekonomske karakteristike, ranija iskustva sa korišćenjem zdravstvene zaštite, percepcija koristi i kvaliteta zdravstvenih usluga i nivo zdravstvene pismenosti (Allin i sar., 2009; Allin i sar., 2009a; Allin i sar., 2009).

1.6. 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.

Korišćenjem pretraživača kao što su *Google Scholar* i *Pub Med* napravljen je pregled literature publikovane posle 2000. godine, prema ključnim rečima: *unmet (medical needs, unmet dental needs, unmet healthcare needs)*. Pronađeno je oko 114 000 radova (od čega se 69 400 radova odnose na nezadovoljene potrebe za lekarima, a oko 16 400 odnosi na nezadovoljene stomatološke potrebe. Izbor radova je sužen na način da su izdvojeni radovi publikovani u prestižnim časopisima sa većim brojem citata, 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 Evropi, 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 je hronološki prikazan u Tabelama 1 i 2, koje se nalaze u Prilogu 1, Tabela 1 se odnosi na dizajn istraživanja, godinu kada je sprovedeno, zemlju ili kontinent na gde je istraživanje sprovedeno, instrument prikupljanja podataka i vrstu statističke analize, dok Tabela 2 prikazuje ciljeve istraživanja, najvažnije rezultate i zaključke istraživanja.

Navedena istraživanja su najčešće sprovedena u SAD i Kanadi a u Evropi u Italiji, Grčkoj, Španiji i Belgiji. 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 1.6.1). 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.

Istraživanja obuhvaćena pregledom literature su u najvećem broju studije preseka kojima je obuhvaćen veliki broj varijabli, najčešće analiziranih kao faktori 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, dok su neki radovi koristili specifične indekse (horizontalni indeks

nejednakosti, relativni koncentracioni indeks). Nekolicina radova među prikazanim radovima je koristila „Andersenov model“ u analizi nezadovoljenih zdravstvenih potreba.

Tabela 1.6.1 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), dentalne bolesti	Primarna zdravstvena zaštita
Ranjive/osetljive ili vulnerabilne populacione grupe	Maligne bolesti u terminalnim stadijumima	Specijalističko-konsultativne službe
Socijalno ugrožene grupe	Dentalna bolesti	Stomatološka zdravstvena zaštita
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

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 zaštite, organizacijom primarne zdravstvene zaštite, načinom na koji je organizovan pristup pacijenata specijalističkim službama i metodom plaćanja lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. (Chaupain-Guillot i sar., 2014). Kako nezadovoljene potrebe rastu u sistemu sa potpunim obuhvatom zdravstvenom zaštitom zbog nemogućnosti da se odgovori na očekivanja korisnika, promene u percepciji ispitanika o

performansama i kapacitetima sistema mogu imati uticaj na njihovo izveštavanje o nezadovoljenim zdravstvenim potrebama (Sanmartin, 2002). 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 starosedeoci). Prema rezultatima ovih istraživanja, prepreke u pristupu zdravstvenoj zaštiti imaju negativne posledice po zdravlje siromašnih sa hroničnim oboljenjima i stanjima (Ronksley i sar., 2012). 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 ispitanici daju prioritet medicinskim potrebama, ili je stomatološka zdravstvena zaštita znatno skuplja u tim zemljama (Tchicaya i sar., 2014).

Faktori koji utiču na nezadovoljene potrebe stanovništva, a predstavljaju individualne preferencije ispitanika su demografske i socijalnoekonomske karakteristike, ranija iskustva ispitanika sa zdravstvenom službom, percepcija koristi i kvaliteta zdravstvenih usluga, i nivo zdravstvene pismenosti (Allin i sar., 2009; Allin i sar., 2009a; Allin i sar., 2009). 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, taj broj zahteva se povećava (fertilni period i starost) (Hernández-Quevedoi sar., 2010). 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 zdravlje (Terraneo, 2015). Ispitanici koji su izjavili da imaju nezadovoljene potrebe zbog lista čekanja, više koriste zdravstvene usluge i usluge hitne medicinske pomoći. Odnos između samoprocenjenih nezadovoljenih potreba i korišćenja zdravstvene zaštite zavisi od toga kako su potrebe definisane i mogućih odgovora u zdravstvenom sistemu na njih (Allin i sar., 2010).

Analizom odnosa između profesionalno definisanih potreba, korišćenja zdravstvenih usluga i nezadovoljenih potreba, Kolman (Colman, 2012) 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 potreba. 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 zaštitu (Colman, i sar., 2012). Takođe, ispitanici sa hroničnim oboljenjima su češće prijavljivali nezadovoljene potrebe i one su rasle sa povećanjem broja hroničnih bolesti (Ronksley, 2012). 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 tako da su omogućavajući faktori, faktori koji pokazuju njihove potrebe i faktori socijalne podrške povezani sa nezadovoljenim potrebama (Marshall, 2011). 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 mlade (Marshall, 2011).

Istraživanja o nezadovoljenim stomatološkim potrebama su pokazala da postoje nejednakosti u korišćenju i zadovoljstvu stomatološkim uslugama, prema socijalnodemografskim faktorima.

društvenom statusu, etničkoj pripadnosti (Kimi sar., 2017). Faktori koji su povezani sa nezadovoljenim stomatološkim potrebama su starost, dohodak, teškoće u žvakanju i postojanje karijesa (Chae i sar., 2017). Veću verovatnoću doživljavanja nezadovoljenih potreba su imali stariji ispitanici i ispitanici koji su živeli u porodicama sa nižim dohotkom (Chae i sar., 2017).

Loše oralno zdravlje je najčešće među nezaposlenima, neaktivnima, penzionerima i osobama sa invaliditetom. Na oralno zdravlje utiče kumulativni efekat najnižeg obrazovanja i najnižeg dohotka (Geyer i sar., 2010). Najvažniji razlog nezadovoljenih stomatoloških potreba je bilo suzdržavanje od stomatološkog lečenja zbog finansijskih razloga (Molarius i sar., 2014).

Svetska ekonomska kriza je odgovorna za značajan porast nezadovoljenih zdravstvenih potreba. Istraživanja pokazuju da su zemlje koje su najviše pogođene finansijskom krizom u Evropi uvele niz mera štednje u svojim zdravstvenim sistemima, tako da su zdravstvene troškove prebacile na pojedince i porodice, bilo kroz povećanu naknadu za korišćenje usluga ili kroz veće troškove za lekove. U nekim evropskim zemljama ugroženija je bila finansijska dostupnost i pristupačnost zdravstvene zaštite pogotovu u grupi ispitanika koji nemaju zdravstveno osiguranje, među nezaposlenima i emigrantima (Rodrigues i sar., 2013; Calzón Fernández i sar., 2015; Manski i sar., 2017).

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 dramatično razlikuje od zemlje do zemlje, pa se kao rešenje nameće povećanje obuhvata zdravstvenim osiguranjem za ranjive društvene grupe i formulisanje specifičnih zdravstvenih politika kojima se može delovati na smanjivanje ovih nejednakosti. Zdravstvene politike bi trebalo da usvoje višedimenzionalni pristup zdravstvenoj zaštiti kojim razvija

podsticaje za adekvatno korišćenje zdravstvenih usluga i da se fokusira na otklanjanje barijera koje ograničavaju pristup i dostupnost zdravstvene zaštite stanovništvu, a za koje je odgovoran zdravstveni sistem.

1.7. Zdravstveni sistem Republike Srbije

Sistem zdravstvene zaštite Republike Srbije iako pripada Bizmarkovom modelu obaveznog socijalnog osiguranja, suštinski se nalazi na prelazu između obaveznog zdravstvenog osiguranja i nacionalne zdravstvene službe. Od izrazito centralizovanog i autokratskog sistema, koji je nasleđen iz devedesetih godina, zdravstveni sistem je kroz reforme selektivno decentralizovan i to u oblasti upravljanja resursima i u načina finansiranja. Oblast zdravstvene zaštite uređena je kroz tri opšta zakona: Zakon o zdravstvenoj zaštiti (Službeni glasnik RS, 57/2011, 107/2012), Zakon o zdravstvenom osiguranju (Službeni glasnik, RS 107/2005) i Zakon o komorama zdravstvenih radnika (Službeni glasnik RS, 107/2005, 99/2010 i 70/2017). Opšti zakoni zajedno sa drugim zakonima i podzakonskim aktima stvaraju okruženje za izvođenje daljih reformi zdravstvenog sistema, koja je postavljena kao prioritet i sprovodi se unutar šireg konteksta evropskih integracija i reformi javnog sektora. Zakon o zdravstvenom osiguranju (Službeni glasnik RS, 107/2005), po prvi put je uveo određene promene u pravima po osnovu osiguranja građana tako da pored obaveznog predviđa i dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Zakon definiše osigurana lica i posebno zaštićene kategorije stanovništva, jasno se definišu prava i izuzeci iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u pogledu medicinskih usluga pravi razliku između standardnih i vanstandardnih usluga, u cilju smanjenja zdravstvenih troškova.

Ministarstvo zdravlja je glavni nosilac odlučivanja u sistemu zdravstvene zaštite i ima ulogu da usvaja budžet, razvija zdravstvene politike, nadgleda aktivnosti i odobrava planove za nabavku medicinske opreme. Fond za zdravstveno osiguranje predstavlja državnu agenciju za fiskalnu distribuciju sredstva prikupljenih putem doprinosa za socijalno osiguranje, sa velikim intervencijama države i bez dovoljno autonomije u odlučivanju (Vlada Republike Srbije, 2014).

Zdravstveni sistem se finansira obaveznim doprinosima za zdravstveno osiguranje, na osnovu 10,3% poreza na zarade (Službeni glasnik RS, 107/205, 109/2005 ispr. 27/2011). Sistem formalno omogućava pristup sveobuhvatnim zdravstvenim uslugama za celu populaciju. Iako je javna potrošnja za zdravlje relativno visoka (ukupni izdaci za zdravstvenu zaštitu kao procenat bruto društvenog proizvoda BDP-a su 10%), ukupni izdaci za zdravstvenu zaštitu po glavi stanovnika su među najnižim u regionu (382 US \$), zbog niskog nivoa BDP-a (Global Health Expenditure Database, 2016).

Stanovništvo Srbije (oko 7,1 milion stanovnika), je prema trenutnoj starosnoj strukturi, jedno od najstarijih u Evropi i svetu, prosečne starosti stanovništva oko 42,2 godine sa 17,3% udela starih u ukupnoj populaciji i sa tendencijom opadanja broja stanovnika i broja članova porodica u ruralnim i udaljenim prostorima.(Vlada Republike Srbije, 2014). Obaveznim zdravstvenim osiguranjem obuhvaćeno je 97% stanovništva u oblasti preventivnih i drugih mera zdravstvene zaštite (Republički fond za zdravstveno osiguranje, 2015). Na osnovu ovih podataka oko 3% stanovništva nije osigurano, osim u oblasti hitnih medicinskih usluga. Međutim, u praksi je broj osiguranih lica manji zbog brojnih problema sa kojima se suočavaju zaposleni u preduzećima u restrukturiranju i stečaju, tako da je obim zdravstvenog osiguranja manji, međutim, podaci o tačnom broju zaposlenih u ovim preduzećima nisu dostupni (Vlada Republike Srbije, 2014).

Osobama koje pripadaju osetljivim populacionim grupama koje su izložne povećanom riziku obolevanja, kojima je zdravstvena zaštita neophodna za sprečavanje suzbijanje, rano otkrivanje i lečenje bolesti većeg socijalnomedicinskog značaja, kao i onima koje pripadaju osetljivim društvenim grupama, zdravstvena zaštita se finansira iz budžeta Republike Srbije. Svaki peti stanovnik Srbije stiče status osiguranika po ovom osnovu a od 2007 godine, transferi iz budžeta koji su namenjeni za finansiranje zdravstvenog sistema po ovom osnovu su znatno smanjeni. U 2013. godini transferi iz budžeta po ovom osnovu su bili 21,5 puta manji a u 2014. godini 12,4 puta manji, od onih koja su bila predviđena Zakonom o obaveznom socijalnom osiguranju, tako da je zbog nedostatka finansijskih sredstava bio ugrožen pristup zdravstvenoj zaštiti ne samo ugroženim grupama već i celokupnoj populaciji (Vlada Republike Srbije, 2014; Republički fond za zdravstveno osiguranje, 2014).

Zdravstvena zaštita se obezbeđuje kroz dobro razvijenu mrežu javnih zdravstvenih ustanova organizovanih na primarnom, sekundarnom i tercijarnom funkcionalnom. Stomatološka zdravstvena zaštita u Srbiji organizovana je kao usluga koja je pretežno dostupna na nivou primarne zdravstvene zaštite u ustanovama u sistemu zdravstvene zaštite, kao i u privatnom sektoru. Zakonom o zdravstvenom osiguranju (Službeni glasnik RS, 107/2005) uvedene su radikalne izmene u smanjenju prava osiguranika u oblasti stomatološke zdravstvene zaštite i ogledale su se u gubitku prava na potpunu stomatološku zaštitu za veći deo stanovništva. Besplatne stomatološke usluge postaju dostupne samo određenim kategorijama stanovništva; deci do 18 godina, trudnicama i porodiljama do godinu dana nakon porođaja i starijim osobama od 65 godina za određene usluge stomatološke protetike kao i osobama sa određenim vrstama invaliditeta. U 2011. godini stomatološke usluge bez ličnog učešća korisnika postaju dostupne i učenicima na redovnom školovanju i studentima da 26. godine života da bi u 2014. godini lista povlašćenih kategorija stanovništva bila proširena i za

socijalno ugrožene kategorije stanovništva, licima romske nacionalnosti, nezaposlenim licima i još nekim specifičnim kategorijama stanovništva (Službeni glasnik RS, 57/11 i 119/12; Službeni glasnik RS, 57/11 i 107/12).

Rad sa ograničenim finansijskim sredstvima u zdravstvenom sistemu Srbije doveo je do stvaranja dugačkih listi čekanja za specifične i skupe medicinske procedure i intervencije. U 2013. godini značajno je povećan broj novih pacijenata koji su stavljeni na liste čekanja a takođe i dužina vremena čekanja za procedure ili intervencije (Službeni glasnik RS, 75/2013). Skoro polovina pacijenata (46,6%) koji su bili podvrgnuti nekoj intervenciji stavljeni su na listu čekanja, a samo jedna trećina je zaista dobila lečenje (Ernst and Young, 2016). Jedan od glavnih funkcionalnih problema u organizaciji lista čekanja je veoma slab protok informacija o pacijentima između zdravstvenih ustanova.

1.7.1. Nezadovoljene potrebe za zdravstvenim uslugama u Srbiji

U Republici Srbiji nema publikovanih radova koji se bave nezadovoljenim zdravstvenim potrebama iako je od 2000. godine bilo nekoliko nacionalnih istraživanja koja su omogućavala detaljnije analize. Jedno od prvih je nacionalno istraživanje zdravlja stanovništva iz 2000. godine (nema publikovanih podataka), zatim isto istraživanje iz 2006. i 2013. godine (Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2007; Institut za javno zdravlje Srbije, 2014). Prema rezultatima istraživanja iz 2006. godine, 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 najsiromašnijih (8,1%), kao i stanovnika zapadne (4,2%) i jugoistočne Srbije (4,4%) nije koristilo zdravstvene usluge zbog finansijskih razloga. U istom istraživanju zdravlja iz 2013. godine, svoje potrebe za

zdravstvenom zaštitom zbog finansijskih razloga, lista čekanja ili udaljenosti zdravstvene ustanove, nije ostvario svaki treći stanovnik Srbije (30,7%). Najteže se dolazilo do stomatološke zdravstvene zaštite (19,3%). Najveći procenat stanovnika sa nerealizovanim zdravstvenim potrebama registrovan je u Vojvodini (39,5%) a najmanji u Šumadiji i zapadnoj Srbiji (20,3%). Kada se analiziraju socijalnodemografske karakteristike ovih stanovnika, značajno veći procenat žena (33,1%), sa najnižim obrazovanjem (35,9%) i najsiromašnijih (40,1%), je imalo nezadovoljene zdravstvene potrebe. Najveću prepreku za ostvarivanje potreba su činili finansijski razlozi (24,8%), pri čemu se najteže dolazilo do stomatoloških usluga (19,3%), potom medicinskih (18%), prepisanih lekova (14,2) i do zaštite mentalnog zdravlja (4,8%).

U okviru Strategije za smanjivanje siromaštva, Svetska banka je zajedno sa drugim donatorima omogućila sprovođenje tri ankete o životnom standardu (*Living Standard Measurement Survey – LSMS*), koja je takođe imala pitanja o potrebama i korišćenju zdravstvenih usluga (Republički zavod za statistiku, 2008). Podaci iz ovih anketa su korišćeni za identifikovanje najosetljivijih populacionih grupa i faktora rizika siromaštva u Srbiji. U ovim istraživanjima su analizirane nerealizovane zdravstvene potrebe obolelih prema sopstvenoj proceni zdravlja i prisustvu hroničnih oboljenja i stanja. Prema rezultatima ovog istraživanja 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% 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. godine (Republički zavod za statistiku, 2008).

2. CILJEVI RADA

Ciljevi ovog istraživanja su :

1. Određivanje učestalosti nezadovoljenih potreba za uslugama lekara i uslugama stomatologa u Srbiji;
2. Analiziranje demografskih, socijalnoekonomskih, regionalnih karakteristika i percepcije zdravstvenog stanja ispitanika koji imaju nezadovoljene zdravstvene potrebe;
3. Identifikovanje prediktora za nastanak nezadovoljenih potreba za uslugama lekara i uslugama stomatologa koji se odnose na dostupnost, pristupačnost i prihvatljivost zdravstvene zaštite;
4. Identifikovanje ranjivih populacionih grupa na osnovu nezadovoljenih zdravstvenih potreba.

3. METOD RADA

3.1. Izvor podataka i tip studije

Istraživanje o nezadovoljenim potrebama za zdravstvenom zaštitom predstavlja sekundarnu analizu podataka dobijenih iz Ankete 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. Anketa o prihodima i uslovima života – SILC je urađena po tipu studije preseka. Prvi put je počela da se sprovodi u Srbiji od 2013. godine i u potpunosti je usklađena i uporediva sa EU-SILC (*Survey on Income and Living Conditions*), istraživanjem koje se sprovodi u svim zemljama Evropske unije (Republički zavod za statistiku, 2015).

3.2. Uzorak

Jedinice posmatranja bila su domaćinstva i članovi domaćinstava starosti 15 i više godina u 2013. godini, dok je u 2014. godini starost ispitanika bila 16 i više godina. Planirani uzorak je bio 8008 domaćinstava sa 20069 ispitanika. Uzorak su činila sva domaćinstva popisana u popisnim krugovima u Popisu stanovništva, domaćinstava i stanova iz 2011. godine. Za formiranje uzorka korišćen je dvoetajni stratifikovani rotacioni panel uzorak. Jedinice prve etape su bili popisni krugovi, a jedinice druge etape domaćinstva. Popisni krugovi kao primarne jedinice stratifikovane su prema tipu naselja na gusto naseljena, srednje gusto naseljena i retko naseljena i prema teritoriji na regione Beogradski region, Region Vojvodine, Region Šumadije i Zapadne Srbije i Region Istočne i Južne Srbije (Republički zavod za statistiku, 2015). U tabeli 3.2.1 prikazan je opis uzorka u obe godine istraživanja.

Tabela 3.2.1 Opis uzorka u istraživanjima SILC-a 2013. i 2014. godine.

Opis uzorka	2013. godina	2014. godina
Planirani uzorak domaćinstava, (n)	8 008	8 008
Anketirana domaćinstva, (n)	6 501	6 987
Planirani uzorak ispitanika	20 069	20 069
Anketirani ispitanici, (n)	17 183	16 220
Anketirani ispitanici stariji od 16 godina, (n)	16 976	16 220
Stopa odgovora ispitanika (%)	83,6	80,8
Ispitanici koji su odgovorili na pitanje o nezadovoljenim potrebama za zdravstvenom zaštitom, (n)	12 282	16 219
Nedostajući odgovori na pitanje o nezadovoljenim potrebama za zdravstvenom zaštitom, (n)	4 685	1

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.

3.3. Instrumenti istraživanja

Podaci su prikupljeni pomoću dva upitnika: upitnik za domaćinstva i upitnik za lica. U 2013. godini anketiranje je izvršeno putem papira i olovke (*Paper And Pencil Interview PAPI metod*), dok je u 2014. godini korišćen kompjuterski podržano anketiranje (*Computer Assisted Personal Interview CAPI metod*).

Upitnik za domaćinstva imao je 107 pitanja i sastojao se iz tri dela: prvi deo se odnosio na informacioni panel za domaćinstva; drugi deo upitnika obuhvatao je osam modula: spisak članova domaćinstva, opšte podatke o socijalnodemografskim karakteristikama, brigu o deci, stanovanje, primanja domaćinstva, poljoprivrednoj aktivnost i kvalitetu života, a treći deo na zapažanja anketara.

Iz upitnika zadomaćinstva u ovom istraživanju je korišćeno 8 pitanja koja su se odnosila na pol, starost, obrazovanje, bračni status, status na tržištu rada članova domaćinstva, tip naselja i region u kome se domaćinstvo nalazi.

Upitnik za lica imao je 124 pitanja i obuhvatao je tri dela. Prvi deo se odnosio na informacioni panel za lica. Drugi deo upitnika obuhvatao je tri modula: ekonomska aktivnost lica, primanja i kvalitet života. Treći deo upitnika odnosio se na zapažanja anketara. Pitanja u oba upitnika su bila zatvorenog (dihotomni i višestruki izbor) i otvorenog tipa. Iz upitnika za lica korišćeno je sedam 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 on nije posećen. Pitanje o posedovanju zdravstvene knjižice je bilo postavljeno samo u upitniku u 2013. godini.

3.4. Varijable

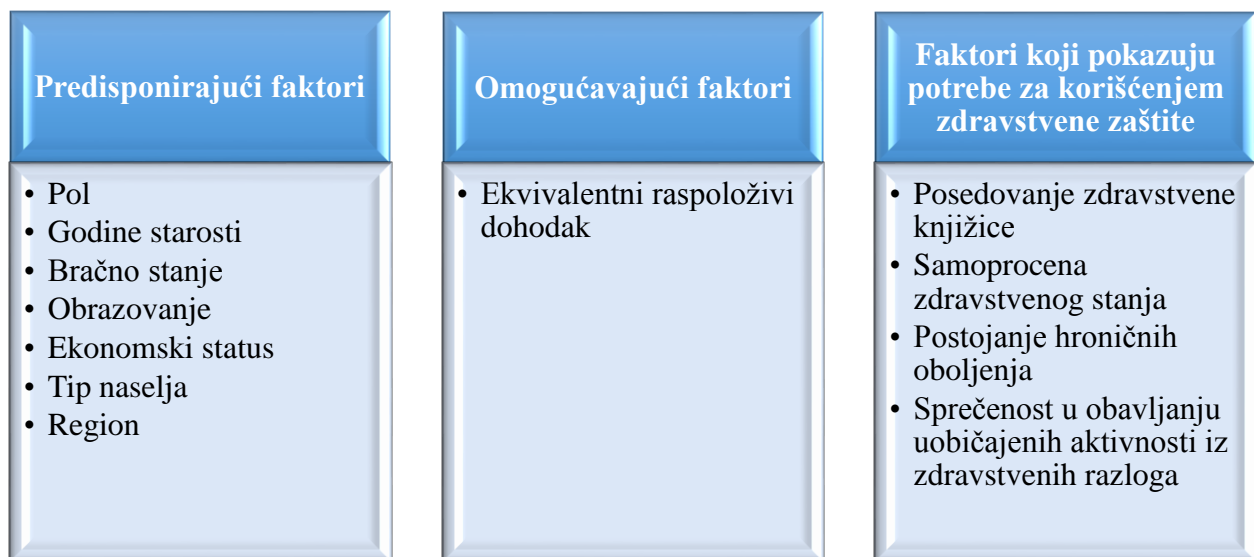
Na osnovu pitanja „Da li se u prethodnih 12 meseci dogodilo da niste posetili lekara (drugo pitanje se odnosilo na stomatologa) a trebalo je?“, svi ispitanici su podeljeni u dve grupe: sa zadovoljenim zdravstvenim potrebama i sa nezadovoljenim zdravstvenim potrebama. Ispitanici koji su imali nezadovoljene zdravstvene potrebe su odgovarali na pitanja o razlozima zbog kojih nisu posetili lekara ili stomatologa. 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),

- 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).

Nezavisne varijable su izabrane prema Modelu ponašanja korišćenja zdravstvenih usluga (Andersenov model), koji pretpostavlja da korišćenje zdravstvene zaštite predstavlja funkciju predisponirajućih faktora (socijalnodemografske 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 (Slika 3.4.1).

Slika 3.4.1 Varijable razvrstane prema Andersenovom modelu ponašanja u korišćenju zdravstvenih usluga



Nezavisne transformisane varijable koje su korišćene u istraživanju zajedno sa skalama, kategorijama i kodovima prikazane su u tabeli 3.4.2.

Tabela 3.4.2 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	Nominalna	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 20-40% 40-60% 60-80% 80-100% 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	Nominalna	Dosta sprečen Sprečen Nije bio sprečen
--	-----------	--

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 (tabela 3.5.1). 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 zaposlenja 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 domaćinstvima (Republički zavod za statistiku, 2015).

3.5. Statističke metode obrade podataka

Analiza podataka u ovom istraživanju izvršena je metodama deskriptivne i inferencijalne 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 2013. i 2014. godinu, kada je sprovedeno SILC istraživanje, a hijerarhijska logistička regresija samo za 2014. godinu.

Multikolinearnost je analizirana pomoću Faktora inflacije varijanse (*Variance Inflation Factor* VIF). Sve varijable imaju VIF manje od tri, koja predstavlja standardnu krajnju vrednost za multikolinearnost. Sve varijable imaju VIF manje od 2, osim godina starosti (VIF = 2.2) i samoprocenjenog zdravstvenog stanja (VIF = 2.7). Obzirom da obe varijable moraju biti uključene u model i VIF je ispod uobičajenog praga, pretpostavili smo da u multivarijantnom modelu nije identifikovana multikolinearnost (Belsley i sar., 2005).

Hijerarhijska logistička regresija (Enter model) je pimenjena na 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 već spomenute nezavisne varijable sa različitim razlozima zašto dolazi do nezadovoljenih potreba, kao zavisnim varijablama (tabela 3.5.1).

Tabela 3.5.1 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)

Svi rezultati su predstavljeni tabelarno i grafički. Podaci su obrađeni u programskom paketu SPSS 20.0 (IBM korporacija).

4. REZULTATI

Analiza rezultata je predstavljena u sedam celina. U prvom delu su prikazane demografske, socijalnoekonomske karakteristike i samoprocenjeno zdravstveno stanje populacije, koja je obuhvaćena SILC istraživanjima u 2013. i 2014. godini. U drugom delu je dat prikaz rezultata o nezadovoljenim potrebama za uslugama lekara za obe godine istraživanja. U trećem delu analizirani su rezultati razloga nezadovoljenih potreba za uslugama lekara za obe godine istraživanja. Četvrti deo se odnosi na analizu rezultata multivarijantne logističke regresije nezadovoljenih potreba za uslugama lekara za 2014 godinu. Peti deo se odnosi na analizu nezadovoljenih potreba za uslugama stomatologa 2013. i 2014. godine. U šestom delu su prikazani rezultati analize razloga nezadovoljenih potreba za uslugama stomatologa za obe godine istraživanja, dok je u sedmom delu dat prikaz rezultata multivarijantne logističke regresije nezadovoljenih potreba za uslugama stomatologa.

4.1. Demografske, socijalnoekonomske karakteristike i samoprocena zdravstvenog stanja ispitivane populacije

Istraživanjem iz 2013. godine anketirano je ukupno 17183 ispitanika od kojih je 16967 ispitanika bilo starije od 15 godina dok je u 2014. godini anketirano 16220 ispitanika starijih od 16 godina.

Distribucija demografskih i socijalnoekonomskih karakteristika ispitanika prikazana je u Tabeli 4.1.1. U oba istraživanja identifikovano je više žena (51,9% u 2013 i 51,8% u 2014. godini), nego muškaraca (48,1% u 2013. godini i 48,2% u 2014. godini).

Tabela 4.1.1 Distribucija demografskih i socijalnoekonomskih varijabli ispitivane populacije

Godina istraživanja	2013	2014
	N=16967	N=16220
Pol ispitanika, n (%)		
Muški pol	48,1	48,2
Ženski pol	51,9	51,8
Uzrast ispitanika u %:		
16-26	15,6	13,8
27-44	28,8	28,8
45-64	35,0	34,8
65+	20,5	22,6
Obrazovanje, %		
Osnovno obrazovanje	32,5	30,7
Srednje obrazovanje	50,7	51,7
Visoko obrazovanje	16,8	17,5
Status na tržištu rada, %		
Zaposleni	37,1	36,9
Nezaposleni	20,3	20,7
Penzioneri	27,7	28,2
Neaktivni	14,8	14,1
Bračni status, %		
Neudata, neoženjen	27,6	26,7
Udata, oženjen	53,9	54,0
Udovica, udovac	13,2	13,3
Razvedena, razveden	5,3	5,9
Tip naselja, n %		
Gusto naseljena područja,	36,2	36,7
Srednje naseljena područja	27,3	26,8
Retko naseljena područja	36,5	36,6
Region, n (%)		
Beogradski region	23,2	23,6
Region Vojvodine	26,9	26,7
Region Šumadije i Zapadne Srbije	28,2	28,0
Region Istočne i Južne Srbije	21,8	21,7
Ekvivalentni ukupni dohodak n (%)		
0-20%	21,3	21,2
20-40%	21,0	21,2
40-60%	19,9	19,8
60-80%	19,3	19,5
80-100%	18,4	18,3

*Ponderisane vrednosti

Najveći procenat ispitanika pripada starosnoj grupi od 45-64 godine (35,0% u 2013. godini i 34,8% u 2014. godini) a zatim od 27-44 godine (28,8% u 2013. i 2014. godini), ima srednje obrazovanje (50,7% u 2013. godini i 51,7% u 2014. godini) i osnovno obrazovanje (32,5% u 2013. i 30,7% u 2014. godini). Najzastupljeniji deo populacije su zaposleni ispitanici (37,1% u 2013. i 36,9% u 2014. godini), ispitanici koji su imali status penzionera (27,7% u 2013. i 28,2% u 2014. godini) i oni koji su živeli u bračnoj zajednici (53,9% u 2013. i 54% u 2014. godini). Najveći procenat ispitanika je živeo u retko i u gusto naseljenim područjima u Regionu Šumadije i Zapadne Srbije a nešto manji broj u Regionu Istočne i Južne Srbije. Više od 40% ispitanika je živelo u domaćinstvima koja imaju ekvivalentni dohodak u najsiromašnijem prvom i drugom kvintilu.

Tabela 4.1.2 Samoprocenjeno zdravstveno stanje ispitivane populacije

Godina istraživanja	2013	2014
	N=16967	N=16220
Samoprocenjeno zdravstveno stanje ispitanika, n (%)		
Veoma dobro	19,5	26.1
Dobro	30,0	31.3
Solidno	27,7	23.7
Loše	18,5	15.8
Veoma loše	4,3	3.1
Postojanje bilo kog hroničnog oboljenja, n (%)		
Ima	32,6	29.5
Nema	67,4	70.5
Sprečenost pri obavljanju uobičajenih aktivnosti iz zdravstvenih razloga najmanje tokom poslednjih šest meseci, n (%)		
Da, dosta sprečen	5,2	5.0
Da, sprečen	13,1	11.2
Ne, nije bio sprečen	81,7	83.8

*Ponderisane vrednosti

Najveći broj ispitanika je procenio svoje zdravstveno stanje kao veoma dobro, dobro i solidno (77,2% u 2013. godini dok je u 2014. godini taj procenat bio nešto veći 81,1%). Loše i veoma loše

zdravstveno stanje je imalo nešto manje od jedne četvrtine ispitanika. (22,8% u 2013. godini i 18,9% u 2014. godini). Skoro dve trećine ispitanika nije imalo hronična oboljenja (67,4% u 2013. godini i 70,5% u 2014. godini). Više od oko 80% ispitanika u obe godine istraživanja nije imalo funkcionalne poteškoće i nije bilo sprečeno u obavljanju svakodnevnih aktivnosti zbog zdravstvenih problema.

4.2. Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara

4.2.1. Socijalnodemografske karakteristike ispitanika sa nezadovoljenim potrebama za uslugama lekara

Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara u 2013. godini je imalo 2369 ispitanika ili 19,6% a u 2014. godini 2389 ili 14,9% ispitanika. U 2013. godini nezadovoljene potrebe za uslugama lekara su bile skoro izjednačene u populaciji muškaraca (19,6%) i žena (19,5%), dok su u 2014. godini osobe muškog pola češće prijavljivale nezadovoljene potrebe za uslugama lekara (15,2% muškarci i 14,5% žene). U obe godine istraživanja nezadovoljene potrebe za lekarima su bile najveće u populaciji ispitanika starosti od 45-64 godina (23,8% u 2013. i 20,3% u 2014. godini) i među onima sa osnovnim obrazovanjem (22,1% u 2013. i 18,4% u 2014. godini).

Tabela 4.2.1 Socijalnodemografske karakteristike ispitanika sa nezadovoljenim potrebama za uslugama lekara 2013. i 2014. godine

Varijable	Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara 2013. godina (n =2369)	Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara 2014. godina (n = 2389)	Nivo verovatnoće (p)
Pol ispitanika, n (%)			<0.001
Muški pol	1082 (19,6)	1187 (15,2)	
Ženski pol	1287 (19,4)	1202 (14,5)	
Uzrast (godine), n (%)			<0.001
16-26	126 (9,7)	110 (5,1)	
27-44	585(19,4)	534 (12,5)	
45-64	1109(23,8)	1150 (20,3)	
65+	549 (18,4)	549 (15,5)	
Obrazovanje, n (%)			<0.001
Osnovno obrazovanje	963 (22,1)	967 (18,4)	
Srednje obrazovanje	1103 (19,1)	1163 (14,2)	
Visoko obrazovanje	303 (16,5)	259 (10,6)	
Status na tržištu rada, n (%)			<0.001
Zaposleni	822 (20,0)	902 (15,8)	
Nezaposleni	558 (22,9)	518 (15,9)	
Penzioneri	706 (18,0)	687(15,4)	
Neaktivni	283 (17,4)	229 (9,0)	
Bračni status, n (%)			<0.001
Neudata/neoženjen	418 (16,4)	382 (9,4)	
Udata/ Oženjen	1409 (20,1)	1407 (15,6)	
Udovica/udovac	152 (23,5)	188 (19,9)	
Razvedena/razveden	389 (21,1)	412 (21,5)	
Tip naselja			<0.001
Gusto naseljena područja	735 (19,1)	690 (13,5)	
Srednje naseljena područja	565 (16,6)	646 (14,9)	
Retko naseljena područja	1069 (22,5)	1053 (16,2)	
Region			<0.001
Beogradski region	418(20,1)	305 (11,7)	
Region Vojvodine	739 (21,9)	841 (19,3)	
Region Šumadije i Zapadne Srbije	759 (20,6)	718 (13,9)	
Region Istočne i Južne Srbije	453 (15,3)	525 (14,0)	
Ekvivalentni ukupni dohodak n (%)			<0.001
0-20%	724 (25,9)	713 (21,6)	
20-40%	494 (18,6)	529 (15,7)	
40-60%	447 (18,7)	430 (13,4)	
60-80%	392 (17,5)	410 (12,5)	
80-100%	312 (15,6)	307 (10,2)	

*ponderisane vrednosti

U 2013. godini nezaposleni ispitanici su imali najveću učestalost nezadovoljenih potreba (22,9%), dok su u 2014.godini nezadovoljene potrebe bile skoro iste u kategoriji zaposlenih, nezaposlenih i penzionera. Neoženjeni ili neudati ispitanici su u obe godine istraživanja imali najmanju učestalost nezadovoljenih potreba (16,4% u 2013. godini i 9,4% u 2014. godini), dok su ispitanici koji su u braku ili su bili u braku znatno češće prijavljivali nezadovoljene potrebe za uslugama lekara. U retko naseljenim područjima i u Regionu Vojvodine nezadovoljene potrebe za uslugama lekara su bile najveće u obe godine istraživanja (21,9% u 2013. godini i 19,3% u 2014. godini). Najmanja učestalost nezadovoljenih potreba za uslugama lekara je bila u 2013. godini u Regionu Istočne i Južne Srbije (15,3%) a u 2014. godini u Beogradskom regionu (11,7%). Približno oko 40% ukupnih nezadovoljenih potreba za uslugama lekara u obe godine istraživanja su prijavili ispitanici koji su živeli u domaćinstvima koja imaju ekvivalentni dohodak u najsiromašnijem prvom i drugom kvintilu.

4.2.2. Samoprocenjeno zdravstveno stanje ispitanika sa nezadovoljenim potrebama za uslugama lekara

Sa pogoršanjem zdravstvenog stanja ispitanika rasle su i nezadovoljene potrebe za uslugama lekara i njihova učestalost je bila najveća, u 2013 godini, u kategoriji ispitanika koji su procenili svoje zdravstveno stanje kao veoma loše (30,3%), dok je u 2014 godini najveća učestalost nezadovoljenih potreba bila u kategoriji ispitanika koji su svoje zdravstveno stanje procenili kao solidno i loše (22,9%). Najmanja učestalost nezadovoljenih potreba u obe godine istraživanja je bila u kategoriji ispitanika koji su svoje zdravstveno stanje procenili kao veoma dobro (8,5% u 2013. i 4,5% u 2014. godini). Postojanje bilo kog hroničnog oboljenja je doprinelo povećanju nezadovoljenih potreba za

uslugama lekara. Iako je manje od 20% ispitanika imalo poteškoće u obavljanju uobičajenih aktivnosti oni su imali oko 50% nezadovoljenih potreba za uslugama lekara.

Tabela 4.2.2 Samoprocenjeno zdravstveno stanje ispitanika sa nezadovoljenim potrebama za uslugama lekara 2013. i 2014. godine

Varijable	Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara 2013. godina (n =2369)	Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara 2014. godina (n = 2389)	Nivo verova tnoće (p)
Samoprocenjeno zdravstveno stanje ispitanika			0.001
Veoma dobro	186 (8,5)	171 (4,5)	
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			<0.001
Ima	999 (24,8)	1038 (20,9)	
Nema	1361 (17,1)	1351 (12,3)	
Sprečenost pri obavljanju uobičajenih aktivnosti iz zdravstvenih razloga najmanje tokom poslednjih šest meseci			<0.001
Da, dosta sprečen	197(30,4)	174 (21,7)	
Da, sprečen	430 (27,5)	432 (22,5)	
Ne, nije bio sprečen	1738 (17,7)	1783 (13,4)	

*Ponderisane vrednosti

4.3. Razlozi nezadovoljenih potreba za uslugama lekara

Razlozi nezadovoljenih potreba za uslugama lekara u Srbiji koji ukazuju na odgovornost sistema zdravstvene zaštite, (ugrožena pristupačnost i dostupnost zdravstvene zaštite), su u 2013. godini bili odgovorni za 44,4% nezadovoljenih potreba dok je u 2014. godini su taj procenat je bio znatno veći i iznosio je 58,2%. Razlozi koji su bili u vezi sa ličnim preferencijama ispitanika su bili

zastupljeni u 55,6% slučajeva u 2013. godini, i 41,7% slučajeva u 2014. godini. Najdominantniji razlog u okviru ugrožene pristupačnosti je bio finansijski razlog (29,2% u 2013 i 36,65% u 2014. godini), a u okviru ugrožene dostupnosti to su bile liste čekanja na medicinske intervencije i procedure (10,8% u 2013. godini i 17,7% u 2014. godini). U okviru ugrožene prihvatljivosti 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 su bili dominantni razlozi zbog kojih su ispitanici imali nezadovoljene potrebe za uslugama lekara (tabela 4.3.1).

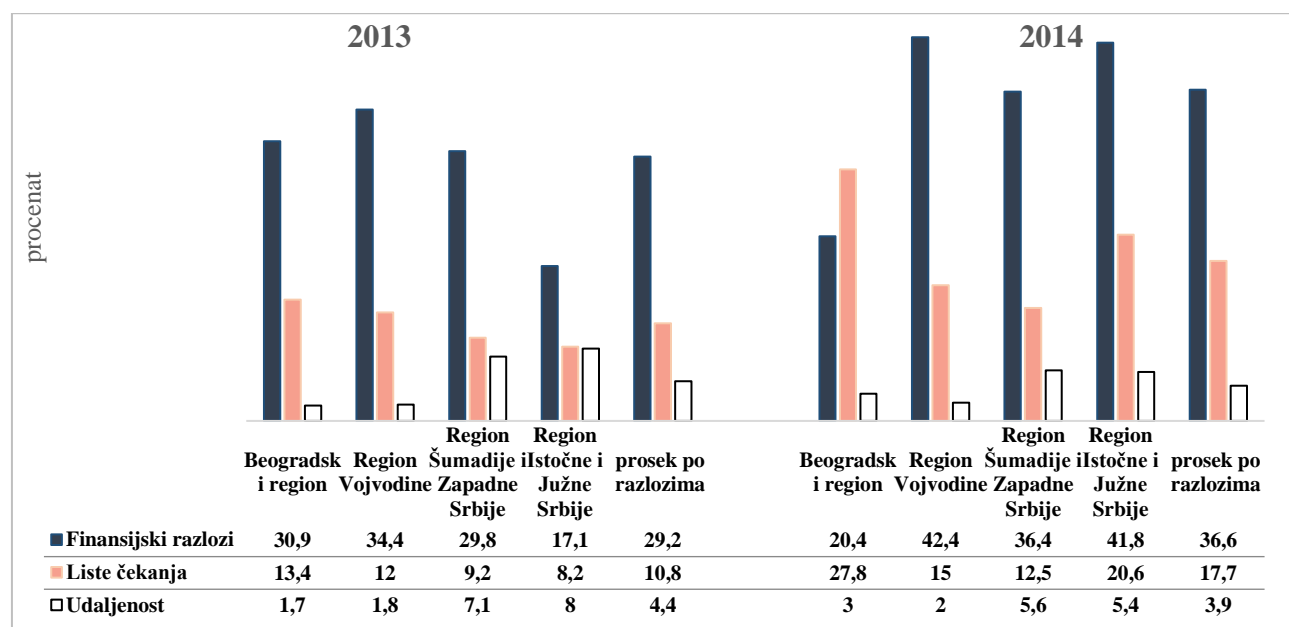
Tabela 4.3.1 Razlozi nezadovoljenih potreba za uslugama lekara u Srbiji 2013. i 2014. godine

Razlozi zbog kojih ispitanici nisu posetili lekara	2013		2014	
	n	%	n	%
Razlozi za koje je odgovoran zdravstveni sistem	1038	44,4	1186	58,2
Pristupačnost	793	33,6	847	40,5
Nije mogao da se priušti, suviše je skupo	686	29,2	770	36,6
Predaleko je da bi putovao, nema adekvatnog prevoza	107	4,4	77	3,9
Dostupnost	245	10,8	339	17,7
Postoji lista čekanja	245	10,8	339	17,7
Razlozi koji predstavljaju lične preferencije ispitanika	1328	55,4	859	41,7
Prihvatljivost	1328	55,4	859	41,7
Nije mogao 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

Finansijski razlozi nezadovoljenih zdravstvenih potreba su bili najučestaliji u Regionu Vojvodine u obe godine istraživanja (34,4% u 2013. i 42,4% u 2014. godini). U Regionu Istočne i Južne Srbije u

2014. godini, finansijski razlozi nezadovoljenih potreba su porasli za 24,7% a u Beogradskom regionu su smanjeni za oko 10%. Nezadovoljene potrebe zbog lista čekanja su u 2014. godini porasle u svim regionima (oko 7%) ali su bile najveće u Beogradskom regionu u obe godine istraživanja. 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 4.3.2).

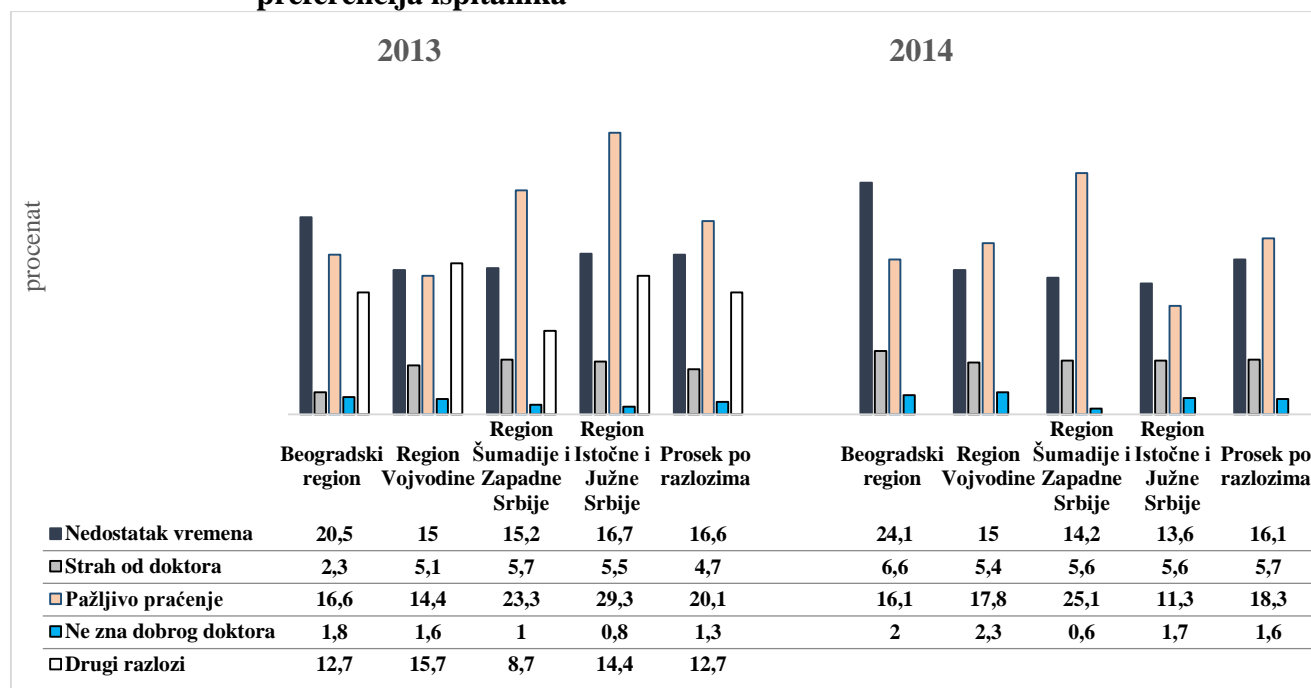
Grafikon 4.3.2 Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara po regionima Srbije zbog finansijskih razloga, lista čekanja i udaljenosti zdravstvenih ustanova



Razlozi povezani sa ličnim preferencijama ispitanika ili sa ugroženom prihvatljivošću zdravstvene zaštite su u 2013. godini bili zastupljeni kod 55,6% nezadovoljenih potreba za uslugama lekara, a u 2014. godini je njihova učestalost smanjena na 41,7% (tabela 4.3.1). Dominantan razlog u Beogradskom regionu je bio nedostatak vremena zbog posla ili brige o deci u obe godine istraživanja. U ostalima regionima najučestaliji razlog nezadovoljenih potreba je bio čekanje da se stanje popravi i bolest prođe sa neznatnim varijacijama u posmatranim godinama. Ovaj razlog je bio posebno

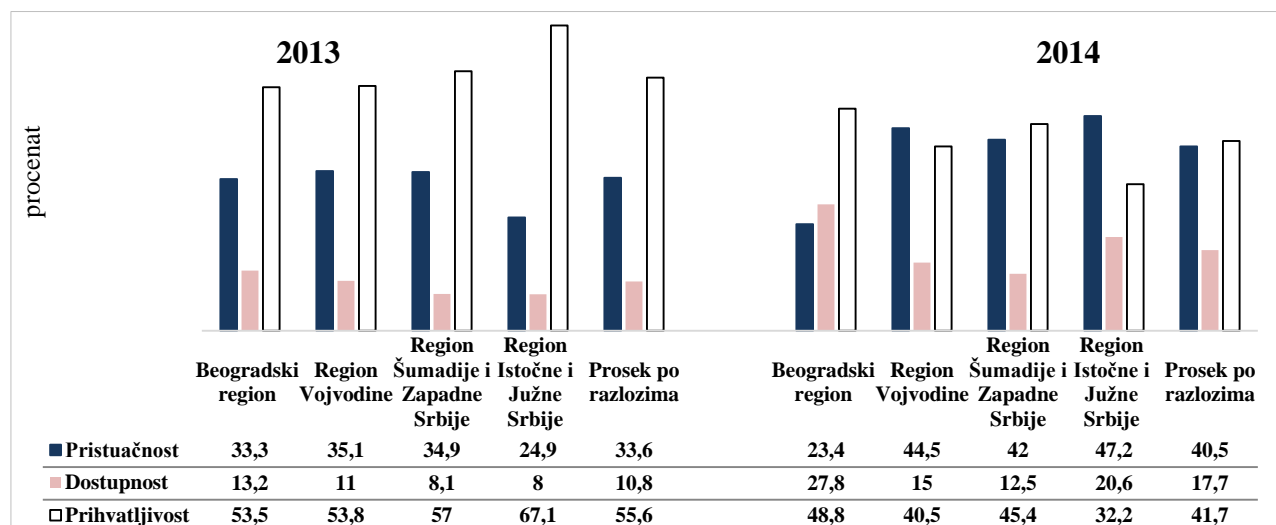
dominantan u Regionu Istočne i Južne Srbije u 2013. godini a u Regionu Šumadije i Zapadne Srbije u 2014 godini.

Grafikon 4.3.2.1 Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara po regionima Srbije zbog ličnih preferencija ispitanika



Kada se razlozi grupišu na razloge za koje je odgovoran zdravstveni sistem Srbije i koji određuju pristupačnost zdravstvene zaštite (finansijски razlozi i udaljenost zdravstvenih ustanova), i dostupnost zdravstvene zaštite (liste čekanja), i na razloge za koje je odgovoran pojedinac a koji odlikavaju 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 nezadovoljenih potreba bio prihvatljivost zdravstvene zaštite u svim regionima, dok je u 2014. godini najučestaliji razlog bila pristupačnost zdravstvene zaštite, i to najviše u Beogradskom regionu a najmanje u Regionu Istočne i Južne Srbije (grafikon 4.3.2.2).

Grafikon 4.3.2.2 Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara po regionima zbog ugrožene dostupnosti, pristupačnosti i prihvatljivosti zdravstvene zaštite



4.4. Prediktori nezadovoljenih potreba za uslugama lekara 2014. godine

U ovoj studiji predstavljeno je pet modela multivarijantne logističke regresije u kojima je prikazan unakrsni odnos (UO) i 95% interval poverenja (IP), za nezavisne varijable sa različitim razlozima zbog kojih dolazi do nezadovoljenih potreba, kao zavisnim varijablama. Nezavisne varijable koje su analizirane u istraživanju su demografske, socijalnoekonomske i varijable o samoprocenjenom zdravstvenom stanju ispitanika.

4.4.1. Povezanost demografskih, socijalnoekonomskih varijabli i varijabli samoprocenjenog zdravstvenog stanja sa ukupnim razlozima nezadovoljenih potreba za uslugama lekara

U prvom modelu logističke regresije predisponirajući i omogućavajući faktori ili demografske i socijalnoekonomske varijable koje su statistički značajno povezane sa nezadovoljenim potrebama zbog svih razloga su pol, uzrast, nivo obrazovanja, status na tržištu rada, bračni status, ekvivalentni ukupni dohodak, tip naselja i region u kome su ispitanici živeli (tabela 4.4.1). Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara zbog svih razloga su bile povezane samo sa samoprocenjenim zdravstvenim stanjem ispitanika kao faktorom koji pokazuje potrebu za zdravstvenom zaštitom.

Ispitanice ženskog pola su imale značajno manju verovatnoću da imaju nezadovoljene potrebe (OR=0,81), kao i ispitanici visokog stepena obrazovanja (OR=0,77), nezaposleni (OR=0,64) i ispitanici koji žive u domaćinstvima koja pripadaju najbogatijem kvintilu (OR=0,46). Ispitanici u starosnoj kategoriji 27-44 i 45-64 godina imali su 1,5 puta veću verovatnoću da imaju nezadovoljene potrebe za uslugama lekara kao i ispitanici u Regionu Šumadije i Zapadne Srbije (OR=1,54). Razvedene osobe i udovci/udovice su imali 1,3 puta veću verovatnoću da imaju nezadovoljene potrebe (OR=1,31). Pogoršanjem zdravstvenog stanja ispitanika rasla je i verovatnoća za nezadovoljene potrebe za uslugama lekara tako da su ispitanici koji su procenili svoje zdravstveno stanje kao loše (OR=6,34) i veoma loše (OR=6,37), imali šest puta veću verovatnoću da imaju nezadovoljene potrebe za uslugama lekara.

4.4.2. Povezanost demografskih, socijalnoekonomskih varijabli i varijabli samoprocenjenog zdravstvenog stanja sa nezadovoljenim potrebama za uslugama lekara zbog ugrožene dostupnosti zdravstvene zaštite

U drugom modelu logističke regresije predisponirajući i omogućavajući faktori (demografske i socijalnoekonomske varijable), koje su statistički značajno povezane sa nezadovoljenim potrebama zbog ugrožene dostupnosti zdravstvene zaštite su uzrast, nivo obrazovanja, tip naselja i region (tabela 4.4.1). Od faktora koji pokazuju potrebe za zdravstvenom zaštitom jedino je varijabla samoprocenjeno zdravstveno stanje bila statistički značajno povezana sa nezadovoljenim potrebama zbog ugrožene dostupnosti zdravstvene zaštite. Ispitanici uzrasta 45-64 godine (OR=2,32), sa visokim obrazovanjem (OR=1,33) su imali veću verovatnoću da imaju nezadovoljene zdravstvene potrebe. U retko (OR=0,55) i u srednje (OR=0,75) naseljenim područjima u Regionu Istočne i Južne Srbije (OR=0,70), ispitanici su imali manju verovatnoću da imaju nezadovoljene potrebe zbog ugrožene dostupnosti zdravstvene zaštite. Pogoršanjem zdravstvenog stanja povećavala se verovatnoća da ispitanici imaju nezadovoljene potrebe za uslugama lekara, osim za ispitanike sa veoma lošim zdravstvenim stanjem. Ispitanici koji su procenili svoje zdravstveno stanje kao loše, imali su pet puta veću verovatnoću da imaju nezadovoljene potrebe za zdravstvenom zaštitom zbog ugrožene dostupnosti (OR=5,0) a zatim ispitanici sa solidnim (OR=3,71) i lošim zdravstvenim stanjem (OR=2,21).

4.1.1. Povezanost demografskih, socijalnoekonomskih varijabli i varijabli samoprocenjenog zdravstvenog stanja sa nezadovoljenim potrebama za uslugama lekara zbog ugrožene pristupačnosti zdravstvene zaštite

Nezadovoljene potrebe zbog ugrožene pristupačnosti zdravstvene zaštite su bile zavisna varijabla u trećem modelu logističke regresije. U ovom modelu predisponirajući i omogućavajući faktori (demografske i socijalnoekonomske varijable), koje su statistički značajno povezane sa nezadovoljenim potrebama zbog ugrožene pristupačnosti zdravstvene zaštite su uzrast, nivo obrazovanja, status na tržištu rada, tip naselja i regioni i ekvivalentni ukupni dohodak (tabela 4.4.1). Od faktora koji pokazuju potrebe za zdravstvenom zaštitom varijabla samoprocenjeno zdravstveno stanje je bila statistički značajno povezana sa nezadovoljenim potrebama zbog ugrožene pristupačnosti zdravstvene zaštite. U ovom modelu ispitanicistarosne dobi od 27-44 su imali 1,6 puta veću verovatnoću da imaju nezadovoljene potrebe dok su ispitanici stariji od 65 godina imali manju verovatnoću da imaju nezadovoljene potrebe zbog ugrožene pristupačnosti zdravstvene zaštite (OR=0,59). Povećanjem nivoa obrazovanja smanjivala se verovatnoća da ispitanici imaju nezadovoljene potrebe, tako da su ispitanici sa visokim obrazovanjem (OR=0,38) imali manju verovatnoću da imaju nezadovoljene potrebe od ispitanika sa osnovnim obrazovanjem. Ispitanici koji su nezaposleni, neaktivni i penzioneri imali su značajno manju verovatnoću da imaju nezadovoljene zdravstvene potrebe zbog ugrožene pristupačnosti zdravstvene zaštite (OR=0,79). U retko naseljenim područjima (OR=1,41) i u Regionu Šumadije i Zapadne Srbije (OR=1,61), ispitanici su imali veću verovatnoću da imaju nezadovoljene potrebe. Sa povećanjem dohotka smanjuje se verovatnoća da ispitanici imaju nezadovoljene potrebe zbog ugrožene pristupačnosti zdravstvene zaštite. Ispitanici koji žive u domaćinstvima koja pripadaju najbogatijem petom kvintilu su imali značajno manju verovatnoću da imaju nezadovoljene potrebe (OR=0,09). Ispitanici sa veoma lošim zdravstvenim

stanjem su imali 11 puta veću verovatnoću da imaju nezadovoljene potrebe za uslugama lekara, dok su ispitanici sa solidnim zdravstvenim stanjem imali 6,5 puta veću verovatnoću da imaju nezadovoljene zdravstvene potrebe zbog ugrožene prihvatljivosti zdravstvene zaštite.

4.4.4. Povezanost demografskih, socijalnoekonomskih varijabli i varijabli samoprocenjenog zdravstvenog stanja sa nezadovoljenim potrebama za uslugama lekara zbog ugrožene prihvatljivosti zdravstvene zaštite

U četvrtom modelu logističke regresije zavisna varijabla je bila nezadovoljene potrebe zbog ugrožene prihvatljivosti zdravstvene zaštite. Predisponirajući i omogućavajući faktori koji su bili statistički značajno povezani sa nezadovoljenim potrebama zbog ugrožene prihvatljivosti su pol, status na tržištu rada, bračni status i region (tabela 4.4.1). Samoprocenjeno zdravstveno stanje i sprečenost pri obavljanju uobičajenih aktivnosti zbog zdravstvenih razloga su bili statistički značajni povezani sa nezadovoljenim potrebama zbog ugrožene prihvatljivosti zdravstvene zaštite.

U ovom modelu osobe ženskog pola (OR=0,80), neoženjeni/neudati (OR=0,73) i nezaposleni (OR=0,60) su imali statistički značajno manju verovatnoću da imaju nezadovoljene potrebe. Najveću verovatnoću da imaju nezadovoljene potrebe imali su ispitanici u Regionu Šumadije i Zapadne Srbije (OR=1,70), a zatim u Regionu Istočne i Južne Srbije (OR=1,53). Zdravstveno stanje je i u ovom modelu značajan prediktor nezadovoljenih potreba zbog ugrožene prihvatljivosti. Najveću verovatnoću da imaju nezadovoljene zdravstvene potrebe su imali ispitanici sa solidnim (OR=4,56), lošim (OR=3,65) i dobrim (OR=2,81) zdravstvenim stanjem.

4.4.5. Povezanost demografskih, socijalnoekonomskih varijabli i varijabli samoprocenjenog zdravstvenog stanja sa nezadovoljenim potrebama za uslugama lekara zbog odgovornosti sistema zdravstvene zaštite

U petom modelu logističke regresije zavisna varijabla je bila nezadovoljene potrebe zbog odgovornosti sistema zdravstven zaštite. Predisponirajući i omogućavajući faktori koji su bili statistički značajno povezani sa nezadovoljenim potrebama su uzrast, obrazovanje, status na tržištu rada, bračni status, region i ekvivalentni ukupni dohodak (tabela 4.4.1). Samoprocenje zdrno zdravstveno stanje kao faktor koji pokazuju potrebu za zdravstvenom zaštitom je jedino bio povezan sa nezadovoljenim potrebama zbog odgovornosti sistema zdravstvene zaštite.

U ovom modelu, najveću verovatnoću da imaju nezadovoljene potrebe imali su ispitanici uzrasta 27-44 (OR=1,72) i od 45-64 godina (OR=1,70). Porastom godina ispitanika i nivoa obrazovanja opadala je verovatnoća da zdravstvene potrebe budu nezadovoljene zbog odgovornosti sistema zdravstvene zaštite. Ispitanici u kategoriji nezaposlenih, neaktivnih i penzionera imali manju verovatnoću da imaju nezadovoljene zdravstvene potrebe (OR=0,78). Ispitanici u Regionu Šumadije i Zapadne Srbije imali su najveću verovatnoću da imaju nezadovoljene zdravstvene potrebe (OR=1,40). Sa povećanjem dohotka smanjivala se verovatnoća da ispitanici imaju nezadovoljene potrebe za uslugama lekara. Najmanju verovatnoću da imaju nezadovoljene potrebe su imali ispitanici koji su pripadali domaćinstvima koji su imali dohodak u najbogatijem kvintilu (OR=0,25). Pogoršanjem zdravstvenog stanja progresivno je rasla verovatnoća da ispitanici imaju nezadovoljene potrebe zbog odgovornosti sistema zdravstvene zaštite. Ispitanici koji su procenili svoje zdravstveno stanje kao veoma loše i loše (OR=7,80), imali su skoro osam puta veću verovatnoću da imaju nezadovoljene potrebe od ispitanika koji su procenili svoje zdravstveno stanje kao veoma dobro.

Tabela 4.4.1 Multivarijantna logistička regresija za nezadovoljene potrebe za uslugama lekara za 2014. godinu

Varijable	Razlozi nezadovoljenih potreba za zdravstvenim uslugama u 2014 godini				
	Model 1 Ukupno UO (95%IP)	Model 2 Dostupnost UO (95%IP)	Model 3 Pristupačnost UO (95%IP)	Model 4 Prihvatljivost UO (95%IP)	Model 5 Odgovornost sistema UO (95%IP)
Polna struktura					
Muškarci	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Žene	0.81 (0.74-0.90)*	0.99 (0.79-1.25)	0.89 (0.76-1.04)	0.80 (0.69-0.93)*	0.91 (0.8-1.04)
Uzrast (godine)					
16-26	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
27-44	1.55 (1.22-1.97)*	1.84 (0.93-3.78)	1.62 (1.06-2.48)*	1.37 (0.95-1.98)	1.72 (1.20-2.48)*
45-64	1.52 (1.16-1.94)*	2.32 (1.12-4.80)*	1.42 (0.90-2.21)	1.25 (0.84-1.84)	1.7 (1.20-2.48)*
65+	0.86 (0.65-1.10)	2.04 (0.95-4.38)	0.59 (0.37-0.95)*	0.81 (0.52-1.25)	0.86 (0.57-1.29)
Obrazovanje					
Osnovno	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Srednje	0.92 (0.82-1.02)	1.37 (1.03-1.82)	0.61 (0.52-0.73)*	1.19 (0.99-1.42)	0.75 (0.65-0.87)*
Visoko	0.77 (0.65-0.92)*	1.33 (0.90-1.95)*	0.38 (0.27-0.56)*	1.05 (0.82-1.36)	0.62 (0.48-0.80)*
Status na tržištu rada,					
Zaposleni	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Nezaposleni	0.64 (0.58-0.72)*	0.78 (0.59-1.03)	0.79(0.66-0.95)*	0.60 (0.51-0.71)*	0.78 (0.67-0.91)*
Bračni status,					
Udata/ Oženjen	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Neudata/neoženjen	0.95 (0.82-1.11)	1.05 (0.72-1.52)	1.03(0.81-1.31)	0.73 (0.58-0.92)*	1.04 (0.85-1.27)
Udovica/udovac/razveden	1.31 (1.15-1.48)*	1.30 (0.98-1.73)	1.21 (1.00-1.46)	1.11 (0.91-1.35)	1.23 (1.04-1.45)*
Tip naselja					
Gusto naseljena područja	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Srednje naseljena područja	0.86 (0.76-0.98)*	0.75 (0.56-0.99)*	1.10 (0.87-1.38)	0.83(0.69-1.00)	0.92 (0.77-1.10)
Retko naseljena područja	0.91 (0.81-1.03)	0.55 (0.41-0.73)*	1.41 (1.15-1.73)*	0.81 (0.68-0.98)	1.03 (0.87-1.22)

Region					
Beogradski region	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Region Vojvodine	0.99 (0.84-1.17)	0.98 (0.69-1.39)	0.74 (0.54-1.01)	1.17 (0.90- 1.52)	0.91 (0.72-1.14)
Region Šumadije i Zapadne Srbije	1.54 (1.36-1.75)*	0.96 (0.71-1.29)	1.61 (1.32-1.96)*	1.70 (1.38-2.10)*	1.40 (1.19-1.66)*
Region Istočne i Južne Srbije	1,0 (0.88-1.13)	0.70 (0.51-0.95)*	0.99 (0.81-1.21)	1.53 (1.24-1.89)*	0.90 (0.76-1.07)
Ekvivalentni ukupni dohodak					
0-20%	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
20-40%	0.73 (0.64-0.84)*	1.07 (0.77-1.49)	0.54 (0.45-0.65)*	1.16(0.92-1.45)	0.61 (0.52-0.73)*
40-60%	0.59 (0.51-0.68)*	0.90 (0.63-1.28)	0.35 (0.28-0.44)*	1.10 (0.87-1.40)	0.43 (0.35-0.52)*
60-80%	0.59(0.51-0.69)*	0.78 (0.54-1.14)	0.40 (0.32-0.51)*	1.17 (0.92-1.48)	0.45 (0.37-0.54)*
80-100%	0.46(0.39-0.54)*	0.90 (0.62-1.31)	0.09 (0.06-0.14)*	0.95 (0,740-1.22)	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(2.23-6.167)*	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)	075 (059-095)*	1.11 (093-1.31)
---------	-----------------	------------------	------------------	-----------------	-----------------

4.5. Nezadovoljene potrebe za uslugama stomatologa

4.5.1. Socijalnodemografske karakteristike ispitanika sa nezadovoljenim potrebama za uslugama stomatologa

Nezadovoljene potrebe za uslugama stomatologa u 2013. godini je imalo 2607 ispitanika (21,4%) a u 2014. godini 2599 (16,1%) ispitanika. U obe godine istraživanja nezadovoljene stomatološke potrebe su bile više zastupljenije u populaciji muškaraca (23,0% u 2013. godini i 16,9% u 2014. godini) i u populaciji ispitanika starosti od 45-64 godine (26,5% u 2013. i 21,6% u 2014. godini) a zatim od 27-44 godine (22,6% u 2013. i 14,2% u 2014. godini). Najveća učestalost nezadovoljenih stomatoloških potreba je bila među ispitanicima sa osnovnim (24,4% u 2013. i 21,3% u 2014. godini) i srednjim obrazovanjem. Nezaposleni ispitanici su imali najveću učestalost nezadovoljenih potreba u obe godine istraživanja (28,8% u 2013. i 20,4% u 2014. godini), a zatim zaposleni ispitanici. Najmanju učestalost nezadovoljenih potreba za uslugama stomatologa su imali neoženjeni ili neudati ispitanici u obe godine istraživanja (19,5% u 2013. godini i 11,9% u 2014. godini), dok su ispitanici koji su u braku ili su bili u braku znatno češće prijavljivali nezadovoljene potrebe za uslugama stomatologa. U obe godine istraživanja u retko naseljenim područjima u Regionu Vojvodine učestalost nezadovoljenih potreba za uslugama stomatologa je bila najveća (25,6% u 2013 i 19,7% u 2014. godini). U 2014. godini u Beogradskom regionu nezadovoljene potrebe za uslugama stomatologa su bile znatno ispod proseka Srbije. Približno oko 50% ukupnih nezadovoljnih potreba za uslugama stomatologa su imali ispitanici koji su živeli u domaćinstvima koja imaju ekvivalentni dohodak u najsiromašnijem prvom i drugom kvintilu. Sa povećanjem ekvivalentnog dohotka smanjivale su se nezadovoljene stomatološke potrebe i one su bile najmanje u najbogatijem petom kvintilu.

Tabela 4.5.1 Socijalnodemografske karakteristike ispitanika sa nezadovoljenim potrebama za uslugama stomatologa 2013. i 2014. godine

Varijable	Nezadovoljene potrebe za uslugama stomatologa u 2013. godini (n =2607)	Nezadovoljene potrebe za uslugama stomatologa u 2014. godini (n = 2599)	Nivo verovatnoće (p)
Struktura po polu n (%)			<0.001
Muškarci	1284 (23,0)	1325(16,9)	
Žene	1325 (20,0)	1274(15,4)	
Uzrast (godine), n (%)			<0.001
16-26	189 (14,1)	179 (8,1)	
27-44	711 (22,6)	607(14,2)	
45-64	1246 (26,5)	1219 (21,6)	
65+	461 (15,5)	594 (15,3)	
Obrazovanje, n (%)			<0.001
Osnovno obrazovanje	1057 (24,4)	1121 (21,3)	
Srednje obrazovanje	1271 (21,7)	1252 (15,4)	
Visoko obrazovanje	279 (14,6)	226 (9,3)	
Status na tržištu rada, n (%)			<0.001
Zaposleni	904 (21,4)	885 15,4)	
Nezaposleni,	710 (28,8)	664 (20,4)	
Penzioneri	699 (17,8)	706 (15,5)	
Neaktivni	294 (18,4)	282 (12,0)	
Bračni status, n (%)			<0.001
Neudata/neoženjen	521(19,5)	494(11,9)	
Udata/ Oženjen	1568 (22,1)	1554(17,2)	
Udovica/udovac	352 (20,1)	370 (18,0)	
Razvedena/razveden	166 (25,4)	181 (20,9)	
Tip naselja, n (%)			<0.001
Gusto naseljena područja	822 (20,4)	659 (13,1)	
Srednje naseljena područja	645 (19,3)	708 (16,0)	
Retko naseljena područja	1140 (23,9)	1232 (19,2)	
Region, n (%)			<0.001
Beogradski region	427 (20,2)	323 (12,6)	
Region Vojvodine	865 (25,6)	877 (19,7)	
Region Šumadije i Zapadne Srbije	795 (21,3)	750 (14,8)	
Region Istočne i Južne Srbije	520 (17,5)	649 (17,2)	
Ekvivalentni ukupni dohodak, n (%)			<0.001
0-20%	777 (28,1)	797 (24,5)	
20-40%	598 (22,3)	617(18,2)	
40-60%	508 (21,0)	504 (15,7)	
60-80%	427 (18,5)	386 (11,5)	
80-100%	297 (14,2)	295 (9,4)	

*Ponderisane vrednosti

4.5.2. Samoprocenjeno zdravstveno stanje ispitanika sa nezadovoljenim potrebama za uslugama stomatologa

Sa pogoršanjem zdravstvenog stanja ispitanika rasle su i nezadovoljene potrebe za uslugama stomatologa i njihova učestalost je bila najveća, u 2013 godini, u kategoriji ispitanika koji su procenili svoje zdravstveno stanje kao solidno (27,3 %) i veoma loše (27,0%), dok je u 2014 godini najveća učestalost nezadovoljenih potreba bila u kategoriji ispitanika koji su svoje zdravstveno stanje procenili kao veoma loše (25%). Najmanja učestalost nezadovoljenih potreba u obe godine istraživanja je bila u kategoriji ispitanika koji su svoje zdravstveno stanje procenili kao veoma dobro (13,0% u 2013. i 7,1% u 2014. godini).

Tabela 4.5.2 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)	Nezadovoljene potrebe za uslugama stomatologa u 2014. godini (n = 2599)	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)	

*Ponderisane vrednosti

Postojanje bilo kog hroničnog oboljenja je doprinelo povećanju nezadovoljenih potreba za uslugama stomatologa, tako da je učestalost nezadovoljenih stomatoloških potreba u kategoriji ispitanika sa hroničnim bolestima u 2013 bio 23,7% a u 2014. godini 13,9%. Iako je manje od 20% ispitanika imalo poteškoće u obavljanju uobičajenih aktivnosti oni su imali više 50% nezadovoljenih potreba za uslugama stomatologa.

4.6. Razlozi nezadovoljenih potreba za uslugama stomatologa

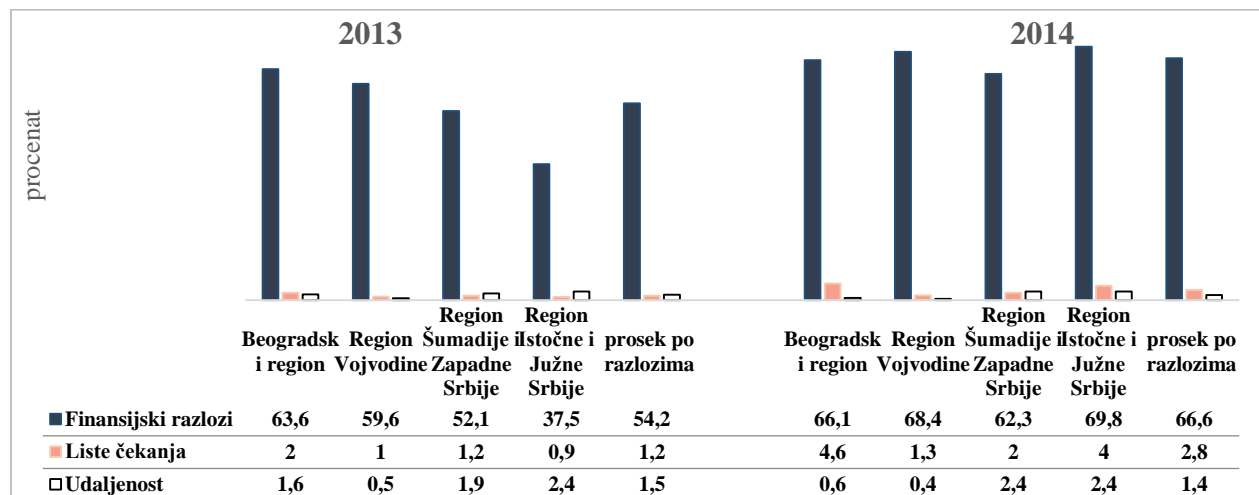
Razlozi nezadovoljenih potreba za uslugama stomatologa koji ukazuju na odgovornost sistema zdravstvene zaštite (ugrožena pristupačnost i dostupnost zdravstvene zaštite), 2013. godine su bili odgovorni za oko 57% nezadovoljenih potreba, dok su u 2014. godine zdravstveni sistem je bio odgovoran za 71% nezadovoljenih potreba. Razlozi koji su bili u vezi sa ličnim preferencijama ispitanika su bili zastupljeni u 43,1% slučajeva u 2013. godini, a u 2014. godini u 29,2% slučajeva. Najdominantniji razlog nezadovoljenih potreba u okviru ugrožene pristupačnosti bio je finansijski razlog 54,2% u 2013. godini i 66,6% u 2014. godini. Liste čekanja na stomatološke procedure su bile zastupljene u svega 1,2% slučajeva u 2013. godini i 2,8% u 2014. godini. Najdominantniji razlog u okviru ugrožene prihvatljivosti u obe godine istraživanja je bio strah od lekara i stomatoloških intervencija (17,4% u 2013. godini i 15,1% u 2014. godini) (tabela 4.6.1).

Tabela 4.6.1 Razlozi nezadovoljenih potreba za uslugama stomatologa u Srbiji 2013. i 2014. godine

Razlozi zbog kojih niste posetili stomatolga	2013		2014	
	n	%	n	%
Razlozi za koje je odgovoran zdravstveni sistem	1458	56,9	1570	71,0
<i>Pristupačnost</i>	<i>1425</i>	<i>55,7</i>	<i>1516</i>	<i>68,2</i>
Nije mogao da priušti, suviše je skupo	1387	54,2	1481	66,6
Predaleko je da bi putovao / nema adekvatnog prevoza	38	1,5	35	1,4
<i>Dostupnost</i>	<i>33</i>	<i>1,2</i>	<i>54</i>	<i>2,8</i>
Postoji lista čekanja	33	1,2	54	2,8
Razlozi koji predstavljaju lične preferencije ispitanika	1146	43,1	657	29,2
<i>Prihvatljivost</i>	<i>1146</i>	<i>43,1</i>	<i>657</i>	<i>29,2</i>
Nije mogao 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	-	-

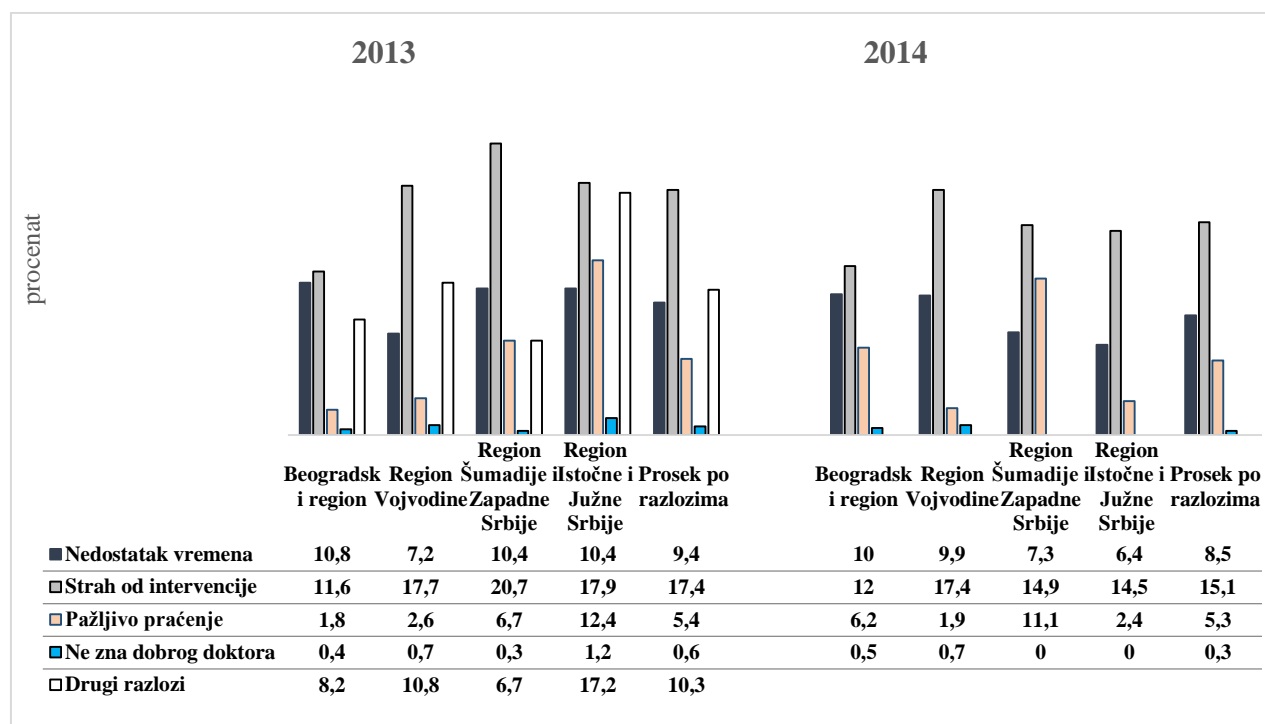
Nezadovoljene potrebe za stomatološkim uslugama zbog finansijskih razloga su izrazito dominirale u obe godine istraživanja. U 2013. godini u Beogradskom regionu su bile najizraženije i značajno veće od proseka Srbije, a najmanje u Regionu Istočne i Južne Srbije. U 2014. godini nezadovoljene stomatološke potrebe zbog finansijskih su se povećale za oko 10%, najveću učestalost nezadovoljenih potreba zbog finansijskih razloga je imao Region Istočne i Južne Srbije a zatim Region Vojvodine, dok su ostali regioni bili oko proseka Srbije (grafikon 4.6.1.1).

Grafikon 4.6.1.1 Nezadovoljene potrebe za uslugama stomatologa po regionima Srbije zbog finansijskih razloga, lista čekanja i udaljenosti zdravstvenih ustanova



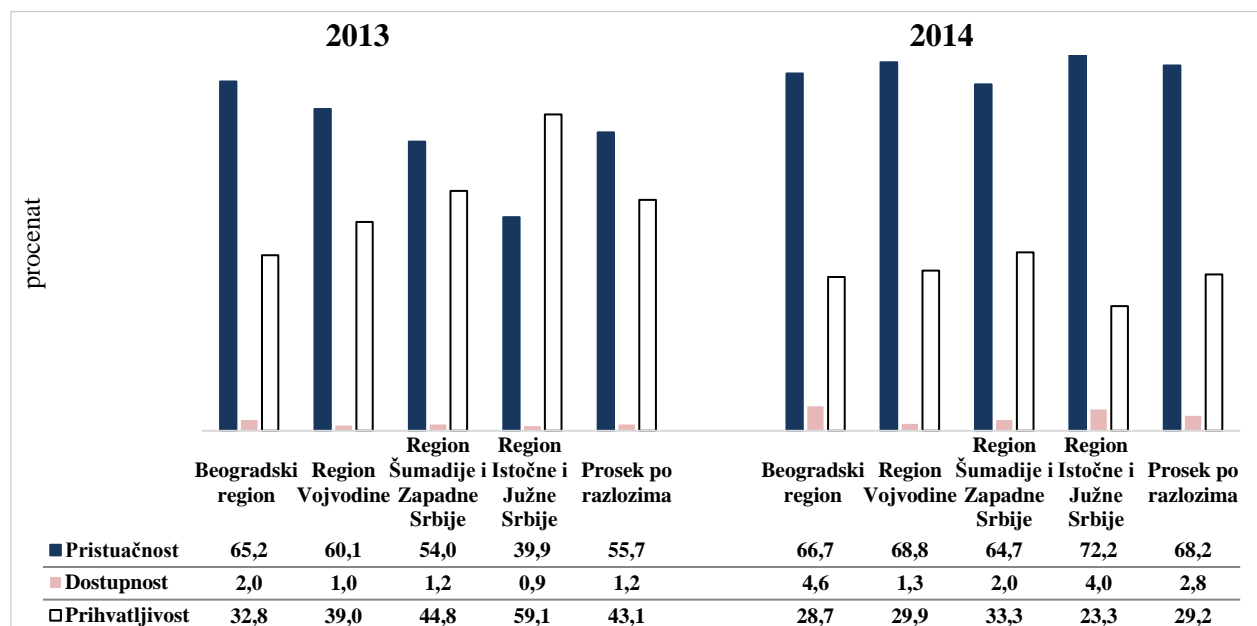
Nezadovoljne potrebe za stomatološkom zdravstvenom zaštitom zbog straha od stomatološke intervencije u 2013. godini je bio najdominantniji u Regionu Šumadije i Zapadne Srbije, a najmanje u Beogradskom regionu. U 2014. godini strah od intervencije je bio najzastupljeniji u Regionu Vojvodine a najmanje u Beogradskom regionu dok je u ostalim regionima bio u granicama proseka Srbije. Nedostatak vremena zbog posla ili brige o deci je kao razlog nezadovoljenih potreba u 2013. godini je bio podjednako zastupljen u svim regionima osim u Regionu Vojvodine, gde je bio ispod proseka Srbije. U 2014. godini ovaj razlog nezadovoljenih potreba je bio najmanje zastupljen u Regionu Istočne i Južne Srbije, a najviše u Beogradskom regionu i u Regionu Vojvodine.

Grafikon 4.6.1.2 Nezadovoljene potrebe za uslugama stomatologa po regionima Srbije zbog ličnih preferencija ispitanika



Kada se razlozi grupišu na razloge za koje je odgovoran zdravstveni sistem Srbije i koji određuju pristupačnost i dostupnost zdravstvene zaštite, i na razloge za koje je odgovoran pojedinac a koji odslikavaju prihvatljivost zdravstvene, analiza po regionima pokazuje da je u 2013. godini najčešći razlog nezadovoljenih potreba bio pristupačnost zdravstvene zaštite u svim regionima, osim u Regionu Istočne i Južne Srbije (grafikon 4.6.1.3).

Grafikon 4.6.1.3 Nezadovoljene potrebe za uslugama stomatologa po regionima Srbije zbog ugrožene pristupačnosti, dostupnosti i prihvatljivosti zdravstvene zaštite



U 2014. godini pristupačnost zdravstvene zaštite je bila najdominantniji razlog u svim regionima bez velikih odstupanja od proseka Srbije. Drugi razlog nezadovoljenih potreba po učestalosti je bila ugrožena prihvatljivost zdravstvene zaštite dok je ugrožena dostupnost bila najmanji razlog nezadovoljenih potreba.

4.7. Prediktori nezadovoljenih potreba za uslugama stomatologa 2014. godine

Predstavljeno je pet modela multivarijantne logističke regresije u kojima je prikazan OR i 95% IP, za nezavisne varijable nezadovoljenih potreba za uslugama stomatologa, sa različitim razlozima zbog kojih je došlo do nezadovoljenih potreba, kao zavisnim varijablama. Nezavisne varijable koje

su analizirane u istraživanju su demografske, socijalnoekonomske i varijable o samoprocenjenom zdravstvenom stanju ispitanika (tabela 4. 7.1).

4.7.1. Povezanost demografskih, socijalnoekonomskih varijabli i varijabli samoprocenjenog zdravstvenog stanja sa ukupnim razlozima nezadovoljenih potreba za uslugama stomatologa

U prvom modelu logističke regresije predisponirajući i omogućavajući faktori koji su statistički značajno povezani sa nezadovoljenim potrebama za uslugama stomatologa zbog svih razloga su pol, uzrast, obrazovanje, status na tržištu rada, ekvivalentni ukupni dohodak i region u kome su ispitanici živeli (tabela 4.7.1). Samoprocenjeno zdravstveno stanje ispitanika je jedina varijabla koja je statistički značajno povezana sa nezadovoljenim stomatološkim potrebama. Značajno manju verovatnoću da imaju nezadovoljene stomatološke potrebe su imale ispitanice ženskog pola (OR=0.79) i ispitanici stariji od 65 godina (OR=0.76). Ispitanici uzrasta od 27-44 (OR=1.48) i od 45-64 su imali veću verovatnoću da imaju nezadovoljene stomatološke potrebe (OR=1.49). Ispitanici sa višim nivoom obrazovanja, i oni koji su bili ekonomski neaktivni ili nezaposleni (OR=0.85) su imali manju verovatnoću da imaju nezadovoljene stomatološke potrebe. Sa porastom nivoa obrazovanja smanjivala se verovatnoća da ispitanici imaju nezadovoljene stomatološke potrebe i one su bile najmanje u kategoriji ispitanika sa visokim obrazovanjem (OR=0.58). Sa porastom dohotka smanjivala se verovatnoćada ispitanici imaju nezadovoljene stomatološke potrebe tako da su ispitanici koji su živeli u domaćinstvima sa dohotkom u bogatijim kvintilima imali najmanju verovatnoću da imaju nezadovoljene potrebe za stomatološkom zdravstvenom zaštitom. Ispitanici koji su živeli u Regionu Šumadije i Zapadne Srbije su imali veću verovatnoću da imaju nezadovoljene stomatološke potrebe (OR=1.31), dok su u isto vreme ispitanici u Regionu Istočne i Južne Srbije imali manju verovatnoću da imaju nezadovoljene stomatološke

potrebe (OR=0.82). Sa pogoršanjem zdravstvenog stanja povećavala se verovatnoća da ispitanici imaju nezadovoljene stomatološke potrebe i tako da su ispitanici sa veoma lošim zdravstvenim stanjem imali četiri puta veću verovatnoću da imaju nezadovoljene stomatološke potrebe (OR=4.22).

4.7.2. Povezanost demografskih, socijalnoekonomskih varijabli i varijabli samoprocenjenog zdravstvenog stanja sa nezadovoljenim potrebama za uslugama stomatologa zbog ugrožene dostupnosti zdravstvene zaštite

U drugom modelu logističke regresije nije bilo statistički značajne povezanosti predisponirajućih i omogućavajućih faktora (demografskih i socijalnoekonomskih varijabli) sa nezadovoljenim stomatološkim potrebama zbog ugrožene dostupnosti zdravstvene zaštite. Funkcionalna sprečenost pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti i postojanje hroničnih bolesti ispitanika su jedine varijable koje označavaju faktore koji pokazuju potrebu za zdravstvenom zaštitom, koje su bile povezane sa nezadovoljenim stomatološkim potrebama zbog ugrožene dostupnosti zdravstvene zaštite, tako da su ispitanici sa funkcionalnom sprečenošću imali značajno veću verovatnoću da imaju nezadovoljene stomatološke potrebe (OR=2.43). U isto vreme ispitanici sa hroničnim bolestima (OR=0.31) i oni koji su živeli u Regionu Šumadije i Zapadne Srbije (OR=0,36) i Regionu Istočne i Južne Srbije (OR=0.39) su imali značajno manju verovatnoću da imaju nezadovoljne stomatološke potrebe (tabela 4.7.1).

4.7.3. Povezanost demografskih, socijalnoekonomskih varijabli i varijabli samoprocenjenog zdravstvenog stanja sa nezadovoljenim potrebama za uslugama stomatologa zbog ugrožene pristupačnosti zdravstvene zaštite

Nezadovoljene potrebe zbog ugrožene pristupačnosti zdravstvene zaštite su bile zavisna varijabla u trećem modelu logističke regresije. U ovom modelu predisponirajući i omogućavajući faktori koji su statistički značajno povezani sa nezadovoljenim potrebama zbog ugrožene pristupačnosti zdravstvene zaštite su: pol, uzrast, obrazovanje, ekvivalentni ukupni dohodak i regionu kome su živeli ispitanici kao i samoprocenjeno zdravstveno stanje kao faktor koji pokazuje potrebe za zdravstvenom zaštitom (tabela 4.7.1).

Veću verovatnoću da imaju nezadovoljene stomatološke potrebe su imali ispitanici uzrasta od 27-44 (OR=1,97) i ispitanici od 45-64godina (OR=1,78) i oni koji su živeli u Regionu Šumadije i Zapadne Srbije (OR= 1.36). Sa porastom godina ispitanika smanjivala se verovatnoća da ispitanici imaju nezadovoljene potrebe za stomatološkom zdravstvenom zaštitom i one su bile najmanje u kategoriji ispitanika koji su bili stariji od 65 godina (OR=0.60). Povećanjem nivoa obrazovanja smanjivala se verovatnoća da ispitanici imaju nezadovoljene potrebe tako da su ispitanici sa visokim obrazovanjem (OR=0,47) imali manju verovatnoću da imaju nezadovoljene potrebe od ispitanika sa osnovnim obrazovanjem.

Porastom ekvivalentnog ukupnog dohotka smanjivala se verovatnoća doživljavanja nezadovoljenih stomatoloških potreba i ona je bila najmanja u kategoriji ispitanika koji su živeli u domaćinstvima koja su pripadala najbogatijem petom kvintilu (OR=0.23). Pogoršanjem zdravstvenog stanja progresivno raste i verovatnoća da će ispitanici imati nezadovoljene potrebe za stomatološkom zdravstvenom zaštitom zbog ugrožene pristupačnosti. Ispitanici sa veoma lošim zdravstvenim stanjem

su imali pet puta veća verovatnoću da imaju nezadovoljene stomatološke potrebe zbog ugrožene pristupačnosti zdravstvene zaštite (OR=5.11).

4.7.4. Povezanost demografskih, socijalnoekonomskih varijabli i varijabli samoprocenjenog zdravstvenog stanja sa nezadovoljenim potrebama za uslugama stomatologa zbog ugrožene prihvatljivosti zdravstvene zaštite

U četvrtom modelu logističke regresije u kojoj su nezadovoljene potrebe za uslugama stomatologa zbog ugrožene prihvatljivosti zdravstvene zaštite bile zavisna varijabla, predisponirajući i omogućavajući faktori koji su bili statistički značajno povezani sa nezadovoljenim potrebama zbog ugrožene prihvatljivosti su: pol, uzrast, nivo obrazovanja, status na tržištu rada, region i samoprocenjeno zdravstveno stanje, kao faktor koji pokazuje potrebu za zdravstvenom zaštitom. (tabela 4.7.1).

U ovom modelu osobe ženskog pola (OR=0.79), ispitanici stariji od 65 godina (OR= 0.63), sa visokim nivoom obrazovanja (OR=0.75) i oni koji su bili nezaposleni, penzioneri ili ekonomski neaktivni (OR=0.61), su imali statistički značajno manju verovatnoću da imaju nezadovoljene potrebe za uslugama stomatologa zbog ugrožene prihvatljivosti zdravstvene zaštite. Sa pogoršanjem zdravstvenog stanja povećavala verovatnoća da ispitanici imaju nezadovoljene stomatološke potrebe, osim za ispitanike sa veoma lošim zdravstvenim stanjem. Najveću verovatnoću da imaju nezadovoljene potrebe za uslugama stomatologa imali su ispitanici sa lošim (OR= 2.21) i solidnim (OR=2.13) zdravstvenim stanjem. Veću verovatnoću da imaju nezadovoljene stomatološke potrebe su imali ispitanici koji su živeli u Regionu Šumadije i Zapadne Srbije (OR=1,66) i Istočne i Južne Srbije (OR=1,38).

4.7.5. Povezanost demografskih, socijalnoekonomskih varijabli i varijabli samoprocenjenog zdravstvenog stanja sa nezadovoljenim potrebama za uslugama stomatologa zbog odgovornosti sistema zdravstvene zaštite

U petom modelu logističke regresije sa nezadovoljenim potrebama zbog odgovornosti sistema zdravstvene zaštite, kao zavisnom varijablom, predisponirajući i omogućavajući faktori koji su bili statistički značajno povezani sa nezadovoljenim potrebama su: pol, uzrast, obrazovanje, ekvivalentni ukupni dohodak i region u kome su ispitanici živeli (tabela 4.7.1). Samoprocenjeno zdravstveno stanje je jedino bilo povezano sa nezadovoljenim potrebama zbog odgovornosti sistema zdravstvene zaštite. Najveću verovatnoću da imaju nezadovoljene potrebe imali su ispitanici uzrasta 27-44 (OR=1.89) a zatim ispitanici od 45-64 godina (OR=1.74) Porastom godina ispitanika opadala je verovatnoća da zdravstvene potrebe budu nezadovoljene tako da su ispitanici stariji od 65 godina imali značajno manju verovatnoću da imaju nezadovoljene potrebe zbog odgovornosti sistema zdravstvene zaštite (OR=:60). Ispitanice ženskog pola su imale značajno manju verovatnoću da imaju nezadovoljene stomatološke potrebe (OR=:0:88). Porastom nivoa obrazovanja i ekvivalentnog dohotka domaćinstva opadala je verovatnoća da stomatološke potrebe budu nezadovoljene i one su bile najmanje u kategoriji ispitanika koji su bili visoko obrazovani (OR=0.50) i koji su živeli u domaćinstvima čiji je ekvivalentni dohodak pripadao najbogatijem kvintilu (OR=0,24). Pogoršanjem zdravstvenog stanja ispitanika rastu i nezadovoljene potrebe za stomatološkom zaštitom. Ispitanici sa veoma lošim zdravstvenim stanjem (OR=4.90) su imali pet puta veću verovatnoću da imaju nezadovoljene zdravstvene potrebe od ispitanika sa veoma dobrim zdravstvenim stanjem. Takođe, ispitanici koji su živeli u Regionu Šumadije i Istočne Srbije su imali veću verovatnoću da imaju nezadovoljene stomatološke potrebe zbog odgovornosti sistema zdravstvene zaštite (OR=1.29).

Tabela 4.7.1 Multivarijantna logistička regresija za nezadovoljene potrebe za uslugama stomatologa za 2014. godinu

Varijable	Razlozi nezadovoljenih potreba za uslugama stomatologa u 2014 godini				
	Model 1 Ukupno OR (95% CI)	Model 2 Dostupnost OR (95% CI)	Model 3 Pristupačnost OR (95% CI)	Model 4 Prihvatljivost OR (95% CI)	Model 5 Odgovornost zdravstvenog sistema OR (95% CI)
Polna struktura					
Muškarci	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Žene	0.79 (0.72 – 0.87)*	1.20 (0.68 – 2.11)	0.87 (0.77 – 0.97)*	0.79 (0.67 – 0.93)*	0.88 (0.78 – 0.98)*
Uzrast (godine)					
16 – 26	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
27 – 44	1.48 (1.21 – 1.82)*	0.79 (0.24 – 2.60)	1.97 (1.48 – 2.62)*	0.88 (0.64 – 1.22)	1.89 (1.43 – 2.50)*
45 – 64	1.49 (1.19 – 1.86)*	1.03 (0.28 – 3.76)	1.78 (1.31 – 2.41)*	0.82 (0.57 – 1.17)	1.74 (1.29 – 2.34)*
65+	0.76 (0.59 – 0.98)*	0.89 (0.21 – 3.73)	0.60 (0.43 – 0.84)*	0.63 (0.42 – 0.97)*	0.60 (0.44 – 0.84)*
Obrazovanje					
Osnovno obrazovanje	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Srednje obrazovanje	0.79 (0.71 – 0.87)*	1.18 (0.59 – 2.34)	0.76 (0.67 – 0.87)*	0.95 (0.78 – 1.15)	0.77 (0.68 – 0.88)*
Visoko obrazovanje	0.58 (0.49 – 0.69)*	1.63 (0.65 – 4.06)	0.47 (0.36 – 0.59)*	0.75 (0.55 – 1.01)*	0.50 (0.39 – 0.63)*
Status na tržištu rada					
Zaposleni	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Nezaposleni, penzioneri i neaktivni	0.85 (0.76 – 0.95)*	1.46 (0.72 – 2.98)	0.96 (0.84 – 1.09)	0.61 (0.50 – 0.73)*	0.97 (0.85 – 1.11)
Bračni status					
Udata/Oženjen	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Neudata/Neoženjen	0.97 (0.84 – 1.11)	0.73 (0.28 – 1.86)	0.96 (0.80 – 1.14)	0.86 (0.68 – 1.10)	0.95 (0.80 – 1.12)
Razveden/a. udovac/ca	1.01 (0.89 – 1.14)	1.28 (0.63 – 2.60)	0.97 (0.83 – 1.14)	0.84 (0.65 – 1.08)	0.98 (0.84 – 1.15)
Ekvivalentni ukuni dohodak					
0 – 20%	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
20 – 40%	0.77 (0.68 – 0.87)*	0.54 (0.23 – 1.28)	0.75 (0.64 – 0.86)*	0.89 (0.70 – 1.14)	0.74 (0.64 – 0.85)*
40 – 60%	0.64 (0.56 – 0.73)*	0.77 (0.35 – 1.73)	0.52 (0.44 – 0.62)*	0.90 (0.69 – 1.14)	0.53 (0.45 – 0.62)*
60 – 80%	0.50 (0.43 – 0.58)*	0.69 (0.29 – 1.65)	0.43 (0.36 – 0.52)*	0.80 (0.61 – 1.03)	0.44 (0.37 – 0.53)*

80 – 100%	0.40 (0.34 – 0.47)*	0.70 (0.29 – 1.67)	0.23 (0.18 – 0.28)*	0.766 (0.58 – 1.01)	0.24 (0.19 – 0.30)*
Samoprocenjeno zdravstveno stanje					
Veoma dobro	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Dobro	1.91 (1.63 – 2.25)*	1.20 (0.50 – 2.91)	2.07 (1.66 – 2.59)*	1.67 (1.30 – 2.15)*	2.02 (1.63 – 2.51)*
Solidno	3.16 (2.64 – 3.77)*	1.53 (0.55 – 4.28)	4.13 (3.26 – 5.25)*	2.13 (1.58 – 2.87)*	4.00 (3.18 – 5.05)*
Loše	3.65 (2.94 – 4.53)*	1.57 (0.42 – 5.83)	4.85 (3.66 – 6.43)*	2.21 (1.50 – 3.26)*	4.69 (3.56 – 6.18)*
Veoma loše	4.22 (3.10 – 5.74)*	1.40 (0.21 – 9.43)	5.11 (3.46 – 7.56)*	1.21 (0.56 – 2.62)	4.90 (3.34 – 7.19)*
Postojanje hroničnih oboljenja					
Nema	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Ima	1.12 (0.99 – 1.27)	0.31 (0.14 – 0.70)*	1.14 (0.98 – 1.32)	0.99 (0.78 – 1.24)	1.09 (0.94– 1.26)
Sprečenost pri obavljanju uobičajenih aktivnosti iz zdravstvenih razloga					
Nije sprečen	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Sprečen	0.98 (0.86 – 1.13)	2.43 (1.07 – 5.53)*	0.97 (0.82 – 1.14)	0.81 (0.61 – 1.1)	1.00 (0.85 – 1.18)
Tip naselja					
Gusto naseljena područja	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Srednje naseljena područja	0.99 (0.87 – 1.12)	0.73 (0.35 – 1.53)	1.06 (0.90 – 1.24)	0.85 (0.68 – 1.07)	1.04 (0.89 – 1.22)
Retko naseljena područja	1.11 (0.99 – 1.25)	0.80 (0.40 – 1.59)	1.15 (0.99 – 1.33)	1.07 (0.87 – 1.32)	1.13 (0.97 – 1.31)
Region					
Beogradski region	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Region Vojvodine	0.92 (0.79 – 1.08)	0.68 (0.31 – 1.49)	1.09 (0.89 – 1.33)	1.0 (0.74 – 1.35)	1.07 (0.88 – 1.30)
Region Šumadije i Zapadne Srbije	1.31 (1.16 – 1.47)*	0.36 (0.16 – 0.79)*	1.36 (1.17 – 1.58)*	1.66 (1.32 – 2.10)*	1.29 (1.12– 1.50)*
Region Istočne i Južne Srbije	0.82 (0.73 – 0.93)*	0.39 (0.19 – 0.82)*	0.90 (0.77 – 1.05)	1.38 (1.10 – 1.74)*	0.86 0.74– 1.00)

5. DISKUSIJA

Diskutovanje rezultata je predstavljeno redosledom na način da prati rezultate istraživanja. Istraživanje o prihodima i uslovima života u Evropi (*Survey on Income and Living Conditions – EU-SILC*) se smatra relevantnim za potrebe praćenja siromaštva, socijalne isključenosti, nejednakosti i životnog standarda. EU-SILC se u zemljama Evropske unije (EU) sprovodi od 2003. godine, na osnovu sporazuma šest zemalja članica EU (Belgije, Danske, Grčke, Irske, Luksemburga i Austrije) kao i Norveške. Tokom sledećih godina dolazi do pridruživanja drugih zemalja, tako da je na kraju 2013. godine u ovom istraživanju učestvovalo 35 zemalja (Republički zavod za statistiku, 2015; Eurostat Statistics Explained, 2014). Glavni ciljevi EU-SILC odnose se na (European Commission Eurostat, 2013):

- prikupljanje podataka na godišnjem nivou o primanjima, siromaštvu, socijalnoj isključenosti i životnom standardu kao i o praćenju podataka o promenama na individualnom nivou u periodu od četiri godine, i
- integraciju instrumenta istraživanja u zvaničnu statistiku zemlje i njegovo promovisanje.

Svaka zemlja je imala mogućnost modifikacije instrumenta istraživanja kao izvora prikupljanja podataka i dizajna uzorka. Republički zavod za statistiku na osnovu Zakona o zvaničnoj statistici (Službeni glasnik RS, 104/09) i obaveza u pridruživanju Srbije EU je 2013. godine prvi put sproveo SILC istraživanje. To je bila godina probne implementacije i usklađivanja sa istraživanjem EU - SILC, da bi u 2014. godini ono bilo potpuno usklađeno i uporedivo. Anketa obezbeđuje dve vrste podataka na godišnjem nivou:

- podaci preseka stanja (*Cross-sectional*), koji daju informacije o primanjima, siromaštvu, socijalnoj uključenosti i životnom standardu, za određeni vremenski period,
- podaci praćenja stanja (*Longitudinal*), koji daju podatke o promenama na individualnom nivou u periodu od četiri godine.

Obzirom da podaci u ovom istraživanjem ne obuhvataju hospitalizovane osobe i one koji se nalaze u domovima za stare, čije je zdravstveno stanje mnogo ozbiljnije od onih koji žive u svojim domaćinstvima, informacije o zdravstvenom stanju u celini mogu biti potcenjene. S druge strane, isključivanje ovih osoba, kojima je zdravstvena usluga uvek dostupna, vodi ka precenjivanju veličine nezadovoljenih zdravstvenih potreba. Podaci o nezadovoljenim zdravstvenim potrebama zasnovani na samoizveštavanju i da stoga, u određenom stepenu, reflektuju subjektivni doživljaj koji je pod uticajem socijalnog i kulturnog okruženja učesnika Ankete o prihodima i uslovima života.

Doprinos ovog naučno istraživačkog rada je u tome što on predstavlja prvo istraživanje o nezadovoljenim potrebama za uslugama lekara i stomatologa u Srbiji, u uslovima sve veće ranjivosti pojedinih populacionih grupa u zdravstvenom sistemu, koja generiše nejednakosti u zdravlju. Sagledavanjem demografskih i socijalnoekonomskih karakteristika osoba sa nezadovoljenim zdravstvenim potrebama, mogu se identifikovati ranjive populacione grupe i prediktori za nastanak nezadovoljenih zdravstvenih potreba prema dostupnosti, pristupačnosti i prihvatljivosti zdravstvene zaštite. Istraživanje učestalosti nezadovoljenih zdravstvenih potreba može doprineti da se sagleda odgovornost sistema zdravstvene zaštite i odgovornost ispitanika, za nastanak nezadovoljenih potreba i u skladu sa rezultatima predlože mere koje će doprineti smanjenju nejednakosti u zdravlju i poboljšanju zdravlja kako ranjivih populacionih grupa tako i

celog stanovništva. Analiza regionalnih nejednakosti nezadovoljenih zdravstvenih potreba može doprineti mogućnosti da se predlože mere u sistemu zdravstvene zaštite koje mogu doprineti poboljšanju finansijske održivosti, jačanju i unapređenju sistema, kreiranje zdravstvenih politika na nacionalnom i lokalnom nivou i intervencija namenjenih osetljivim populacionim grupama, koje mogu smanjiti broj nezadovoljnih zdravstvenih potreba i povećati pravednost zdravstvenog sistema.

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.

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 rastle prosečno 1,23% godišnje (Raeves i sar., 2015). Globalna kriza je uticala da se zdravstveni sistemi nađu pod velikim pritiskom i značajnim smanjenjem finansijskih sredstava, tako da su mnoge zemlje 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

Istraživanjem demografskih i socijalnoekonomskih karakteristika populacije koja je obuhvaćena SILC istraživanjem u Srbiji, identifikovano je više žena nego muškaraca za 3,8% u

2013. godini i 3,6% u 2014. godini, što je u skladu sa demografskim promenama u Srbiji, gde u pogledu starosno polne strukture dominiraju žene kod sredovečnog i starog stanovništva, dok u mlađoj populaciji dominiraju muškarci (Zdravković, 2016; Marinković, 2013). Stanovništvo Srbije po starosnoj strukturi je jedno od najstarijih u Evropi i svetu pri čemu prosečna starost stanovništva iznosi 42,2 godine a udeo populacije starije od 65 godina iznosi 17,3% (Vlada RS, 2014). U našem istraživanju najveći procenat ispitanika je u obe godine istraživanja je u starosnom dobu od 45-64 godine (oko 35%), a zatim od 27-44 godine (28,8% u obe godine istraživanja). Stanovništvo Srbije karakterišu porodice sa manjim brojem članova domaćinstva i opadajući broj stanovnika u ruralnim i udaljenim područjima (Vlada Republike Srbije, 2014).

Obrazovna struktura stanovništva je nepovoljna i izražene su razlike u pogledu stepena obrazovanja stanovništva među regionima. U našem istraživanju najveći procenat ispitanika u obe godine istraživanja ima srednje obrazovanje (oko 50%) a zatim osnovno obrazovanje (nešto više od 30%), dok visoko obrazovanje ima samo oko 17% ispitanika. Naši rezultati su u skladu sa obrazovnom strukturom populacije u Srbiji, gde u skoro dve trećine opština je prisutna niska obrazovna struktura. Oko 32% stanovništva starijeg od 15 godina ima osnovno ili niže obrazovanje, oko 49% stanovništva ima srednje obrazovanje a svega oko 16% stanovništva ima više i visoko obrazovanje (Vlada RS, 2014). Najveći procenat stanovništva sa visokim obrazovanjem od 15-64 godine, živi u Beogradskom regionu (18,6%), dok u ostalim regionima procenat stanovništva sa visokim i višim obrazovanjem iznosi oko 9% (Vlada RS, 2014).

Visoka stopa nezaposlenosti predstavlja jedan od najvećih ekonomskih i socijalnih problema i direktno je povezana sa niskim životnim standardom i siromaštvom stanovništva (Wilkinson i sar., 2003; Republički zavod za statistiku RS, 2008). Podaci o kretanju stope zaposlenosti, nezaposlenosti i neaktivnosti ukazuju na postepen oporavak tržišta rada u Srbiji, u periodu posle

ekonomske krize 2012. godine. Nezaposlenost je kao ekonomski i socijalni problem nasleđen iz predtranzicionog perioda ali je u procesu svojinske transformacije eskalirao (privatizacija ili restrukturiranje društvenih preduzeća). Grupe stanovništva koji su prepoznate da su pod posebnim rizikom od nezaposlenosti a samim tim i od siromaštva su neobučeni radnici, sa nepotpunim osnovnim ili samo sa osnovnim obrazovanjem, samohrane majke, porodice sa više dece i sa niskim dohotkom etičke manjine i imigranti (Duffy, 1998). Stopa nezaposlenosti je u periodu od 2013. godine do 2014.godine smanjena sa 23,0% na 19,7% (Jandrić i sar., 2017). U isto vreme stopa zaposlenosti je povećana sa 47,5% na 49,6% i stopa aktivnosti sa 61,6% na 61,8%.% (Jandrić i sar., 2017). Struktura i kvalitet zaposlenosti govori o konstantno prisutnim visokim stopama dugotrajne nezaposlenosti, nezaposlenosti starijih radnika i nezaposlenosti radnika sa nižim stepenom obrazovanja, visokim stopama neformalne zaposlenosti i niže učešće zaposlenih radnika koji imaju ugovore na neodređeno vreme (Jandrić i sar., 2017). Takođe stopa nezaposlenosti mladih od 15-24 godina je u konstantnom porastu i u 2013. godini je iznosila 49,4%. % (Jandrić i sar., 2017). Udeo zaposlenih radnika koji imaju probleme sa ostvarivanjem osnovnih prava na osnovu rada i prava na zdravstveno i penzijsko osiguranje je visok i iznosi oko 9% (Jandrić i sar., 2017). Iako je u ovom istraživanju najveći procenat ispitanika u kategoriji zaposlenih (37%) a zatim u kategoriji penzionera oko 28%, procenat nezaposlenih ispitanika je veliki i u obe godine istraživanja je ostao na skoro istom nivou oko 20%.

Regionalni dispariteti su veoma prisutni ne samo između razvijenih i nerazvijenih regiona već i između gradova i opština u regionima i između ruralnih i urbanih područja. Razvijeni region, jedini koji je ostvarivao vrednost BDP, iznad vrednosti republičkog proseka, u 2013. godini je bio Beogradski region (Službeni glasnik RS, 2013). Nedovoljno razvijeni regioni u kojima je vrednost BDP ispod vrednosti republičkog proseka su: Region Vojvodine, Region Šumadije i Zapadne

Srbije i Region Južne i Istočne Srbije (Službeni glasnik RS, 62/13). Ruralna područja u Srbiji karakteriše veće siromaštvo, regionalne i razvojne nejednakosti, migracije, nepovoljna demografska i obrazovna struktura stanovništva i ranjiva zaposlenost. Prema nivou rizika od siromaštva u 2013. godini, najugroženiji je Region Istočne i Južne Srbije (31%) i Region Šumadije i Zapadne Srbije (28,2%) a jedino je Beogradski region imao dva puta manji rizik od siromaštva od proseka Srbije (11,6%) dok je prosek za Srbiju bio 24,6%. (Republički zavod za statistiku, 2015). U ruralnim područjima u periodu od 2011 - 2013. godine, procenat apsolutno siromašnog stanovništva je bio dvostruko veći u odnosu na gradska područja (12% i 6,3% respektivno) (Mijatović, 2015). Izrazita materijalna deprivacija je u korelaciji sa niskim dohotkom i svaki drugi ispitanik sa dohotkom u najnižem kvintilu je izrazito materijalno depriviran, tako da je stopa ugroženosti u prvom kvintilu (53,1%) gotovo deset puta veća od one u petom najbogatijem kvintilu (5,9%) (Republički zavod za statistiku, 2015). U ovom istraživanju u obe godine istraživanja gotovo isti procenat ispitanika živi u gusto i u retko naseljenim područjima oko 36% a najveći procenat ispitanika živi u Regionu Šumadije i Zapadne Srbije i u Regionu Vojvodine ili u nedovoljno razvijenim područjima, u kojima je rizik od siromaštva znatno veći od proseka Srbije.

Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara u 2013. godini je imao svaki peti ispitanik (19,6%) a u 2014. godini svaki šesti ispitanik (14,9%), što je znatno više od prosečne učestalosti nezadovoljenih zdravstvenih potreba stanovništva u 28 zemalja Evrope, koja je u 2013. godini iznosila 6,9% (Eurostat Statistic Explained, 2014). Veću učestalost nezadovoljenih potreba od Srbije u obe godine istraživanja imala je jedino Letonija (20% u 2013. i 19,2% u 2014. godini). U odnosu na zemlje bivše Jugoslavije, u obe godine istraživanja, ispitanici iz Srbije su imali najveći procenat nezadovoljenih potreba za uslugama lekara (Crna Gora 12,7%, BJR Makedonija 12,7% Hrvatska 8,5%, Slovenija 0,2%,.).

U Srbiji je u 2013. godini prihvatljivost zdravstvene zaštite je bio dominantniji razlog nezadovoljenih potreba za uslugama lekara, dok je u 2014. godini odgovornost zdravstvenog sistema preovladao i to prvenstveno zbog povećanja nezadovoljenih potreba zbog finansijskih razloga i lista čekanja na medicinske procedure. Jedan od mogućih razloga je značajno povećanje broja pacijenata koji su stavljeni na listu čekanja (čak za 2023 pacijenta) i produžena dužina čekanja na određene procedure ili intervencije (Institut za javno zdravlje, 2014). Prosečne dužine čekanja na procedure ili intervencije sa liste čekanja u Srbiji su značajno veće u odnosu na najrazvijenije zemlje sveta (Institut za javno zdravlje, 2014).

Kada se uporede podaci iz SILC istraživanja i Istraživanja zdravlja stanovnika Srbije za 2013. godinu, učestalost nezadovoljenih potreba je veća prema SILC istraživanju, tako da 29,2 % stanovnika nije koristilo zdravstvene usluge zbog finansijskih razloga (u Istraživanju zdravlja 24,8%), zbog lista čekanja 10,8% (u Istraživanju zdravlja 11,9%) i udaljenosti ili nedostatka odgovarajućeg prevoza 4,4% (u Istraživanju zdravlja je taj procenat iznosio 4,1%). Istraživanje zdravlja je omogućilo detaljniji uvid u nedostatak finansijskih sredstava za korišćenje usluga zdravstvene službe, pa tako 12% stanovnika starijih od 15 godina nije koristilo dijagnostičke, terapijske i rehabilitacione usluge zbog nedostatka novca, 12,6% stomatološke usluge, 9,7% nije dobilo propisane lekove a 2,2% ispitanika nije koristilo usluge zbog problema sa mentalnim zdravljem.

Zdravstveni sistemi u Evropi obezbeđuju obuhvat stanovništva osnovnim zdravstvenim uslugama skoro za sve građane, ipak značajan deo populacije ima nezadovoljene zdravstvene potrebe, najčešće zbog finansijskih razloga (OECD, 2015; Eurostat Statistic Explained, 2014). Varijacije u stopama nezadovoljenih zdravstvenih potreba između zemalja koje su obuhvaćene SILC istraživanjima, delimično mogu biti rezultat različitih modela finansiranja i organizacije

sistema zdravstvene zaštite (Chaupain-Guillot i sar., 2014). U okviru organizacije sistema zdravstvene zaštite značajna je obezbeđenost lekarima i stomatolozima, pravila koja regulišu pristup izabranom lekaru i specijalističkim službama, metod plaćanja lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, kao i plaćanja iz džepa stanovništva za zdravstvene usluge (Chaupain-Guilloti sar., 2014). Istraživanja su pokazala korelaciju između izdvajanja iz džepa stanovništva kao dela ukupnih troškova za zdravstvenu zaštitu i verovatnoće da će ispitanici odložiti ili odustati od medicinskog tretmana (Chaupain-Guilloti i sar., 2014; OECD, 2015). Takođe, ispitanici koji nisu imali komplementarno zdravstveno osiguranje su imali veću verovatnoću da imaju nezadovoljene zdravstvene potrebe. (Thomsoni sar., 2009; OECD, 2004).

Glavni razlozi nezadovoljenih potreba u 28 zemalja Evrope u 2013. godini su takođe bili finansijski razlozi, zatim liste čekanja, nedostatak vremena, čekanje da bolest prođe i udaljenost medicinskih centara. Zdravstveni sistemi u zemljama Evropske unije su bili odgovorni za nešto više od 50% ukupno nezadovoljenih potreba za zdravstvenom 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 sebe .

Starost i pol ispitanika igraju značajnu ulogu u ispoljavanju zahteva za korišćenjem zdravstvene zaštite, a takođe i u percepciji zadovoljenja zdravstvenih potreba. 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 uvećava (Hernández-Quevedo i sar., 2010). U ovom istraživanju 2013. godine učestalost nezadovoljenih potreba za uslugama lekara su bile skoro izjednačene među ispitanicima muškog i ženskog pola,

dok su u 2014. godini ispitanici muškog pola nešto češće prijavljivali nezadovoljene potrebe za zdravstvenom zaštitom (15,2% vs 14,5%). Najveća učestalost nezadovoljenih potreba za uslugama lekara bio je u starosnoj grupi od 46-64 godina, odnosno u grupi starijeg radno-aktivnog stanovništva. Učestalost nezadovoljenih potreba počinje da opada kod ispitanika starijih od 65 godina. Za razliku od Srbije, u zemljama Evropske unije nezadovoljene zdravstvene potrebe su 2013. godine bile učestalije u populaciji žena i kod starijih ispitanika (Eurostat Statistic Explained, 2014).

Rezultati multivarijantne regresije ukazuju da su demografske i socioekonomske karakteristike, kao i zdravstveni status ispitanika, povezani sa nastajanjem nezadovoljenih potreba za uslugama lekara. Ispitanice ženskog pola su imale manju verovatnoću da imaju nezadovoljene potrebe za zdravstvenom zaštitom zbog svih razloga, kao i zbog prihvatljivosti zdravstvene zaštite, što je suprotno rezultatima drugih istraživanja. (Cavalieri, 2013; Hernández – Quevedo, 2010; Kim, 2013; Levesque, 2012). Moguće objašnjenje je činjenica da žene imaju viši nivo svesti o postojanju zdravstvenih potreba, problema i simptoma bolesti u poređenju sa muškarcima, što potvrđuju rezultati Nacionalnog istraživanja zdravlja stanovništva u 2013. godini, gde su žene (71,6%) značajno češće posećivale lekara opšte prakse nego muškarci (59%) (Institut za javno zdravlje Srbije, 2014).

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da se verovatnoća doživljavanja nezadovoljnih zdravstvenih potreba zbog odgovornosti sistema zdravstvene zaštite smanjuje sa povećanjem godina života, sa izuzetkom dostupnosti zdravstvene zaštite. Verovatnoća doživljavanja nezadovoljenih potreba za uslugama lekara je najveća u populaciji radno aktivnog stanovništva, dok nasuprot ovim rezultatima, rezultati drugih istraživanja su pokazali da su ispitanici u mlađoj

starosnoj grupi imali veću verovatnoću da imaju nezadovoljene potrebe za uslugama lekara (Cavalieri, 2013; Levesque, 2012; Marshal, 2011).

Obrazovanje kao socijalnoekonomska determinanta zdravlja ima veliki uticaj na korišćenje zdravstvene zaštite, na obolevanje i umiranje od mnogih bolesti. Stanovništvo sa višim nivoom obrazovanja ima više resursa (kognitivni, komunikacioni i relacioni), zatim veću verovatnoću da bude zaposleno, da ima stabilnija i veća primanja, viši socijalni status i da bude zdravije (Whiteheadi sar., 2006). Takođe, viši nivo obrazovanja omogućava bolje informisanje o zdravstvenim problemima i donošenje efikasnijih odluka za zdravlje (Terraneo, 2015). Stepem obrazovanja može imati mnogo veći uticaj na zdravlje od prihoda i zanimanja, jer se preko zdravstvene informisanosti i pismenosti može efikasnije delovati na promenu načina ponašanja koja utiču na zdravlje (Acheson, 1998). U Srbiji se u obe godine istraživanja, sa povećanjem obrazovnog nivoa smanjuje učestalost i verovatnoća doživljavanja nezadovoljenih potreba za zdravstvenim uslugama. Osim u pogledu dostupnosti, povećanjem obrazovnog nivoa smanjivala se verovatnoća nezadovoljenih potreba za zdravstvenom zaštitom. Obrazovni nivo ispitanika povezan je sa barijerama koje se odnose na dostupnost, pristupačnost i prihvatljivost zdravstvene zaštite i da su one veće u populaciji ispitanika koji su nižeg obrazovnog nivoa (Papa, 2013). Isti obrazac smanjenja nezadovoljenih potreba je uočen i u zemljama Evropske unije, koje su obuhvaćene EU SILC istraživanjem, osim u Estoniji gde je učestalost nezadovoljenih potreba najveća među ispitanicima sa visokim obrazovanjem (Eurostat Statistic Explained, 2014). Ovo je u skladu sa prethodnim studijama u Srbiji kojima je utvrđeno da ispitanici sa visokim obrazovanjem imaju viši socijalni status, stabilniji i veće prihode, koriste više privatnih zdravstvenih usluga i plaćaju više iz privatnih izvora neophodne zdravstvene usluge (Janković i sar., 2009; Arsenijević i sar., 2013). Ovakav opšti obrazac smanjenja nezadovoljnih zdravstvenih potreba sa povećanjem

obrazovnog nivoa je isti kao i u drugim zemljama koje imaju najveći udeo stanovništva sa srednjim obrazovanjem, kao što su Bugarska i Hrvatska.

Zaposlenost predstavlja jednu od socijalnoekonomskih odrednica zdravlja i jedan od ključnih faktora u sprečavanju siromaštva (ILO, 2005; OECD, 1998). Zaposleno stanovništvo ima značajne finansijske i psihološke prednosti, kako za sebe tako i za svoju porodicu. Finansijske prednosti se vide u značajnom povećanju prihoda domaćinstva i u smanjenju siromaštva i finansijskih poteškoća stanovništva. Poboljšanje uslova života i rada utiče na poboljšanje fizičkog i psihičkog zdravlja i blagostanja dok nasuprot tome nezaposlenost ima štetne efekte po zdravlje, ne samo pojedinaca već i njihovih porodica i nosi psihičke, fizičke, kao i finansijske posledice (Wilkinson i sar., 2003). Nesiguran položaj zaposlenih ili 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 zaštitom (Wilkinson i sar., 2003). Verovatnoća doživljavanja nezadovoljenih potreba za uslugama lekara u svakom modelu je znatno niža za nezaposlene ispitanike. Ovu veza može se objasniti činjenicom da su ispitanici koji su bili u radnom odnosu imali više poteškoća u da dođu do izabranog lekara zbog nedostatka vremena ili zbog nereguliranih obaveza poslodavaca za plaćanje zdravstvenog osiguranja. Izmenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju (Službeni glasnik RS, 2011 i 2012), omogućeno je i olakšano ostvarivanje prava osiguranih lica kojima nije overena zdravstvena knjižica, zbog neizvršenja zakonske obaveze poslodavaca o uplati doprinosa za zdravstveno osiguranje (Vlada Republike Srbije, 2014). Zdravstvena ustanova je u obavezi da pruži potrebnu zdravstvenu uslugu licu kome nije overena zdravstvena knjižica, koju će zatim fakturisati na naplatu Republičkom fondu za zdravstveno osiguranje, koji će preduzeti dalje mere da se usluga naplati od poslodavca. Međutim

i pored ovih mera zaposleni u preduzećima koja su u restrukturiranju i u stečaju se sreću sa brojnim problemima u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu, što značajno doprinosi ograničenju dostupnosti i pristupačnosti zdravstvene zaštite osiguranih lica (Vlada Republike Srbije, 2014).

Iako se sistem zdravstvene zaštite u Srbiji zasniva na principima pristupačnosti zdravstvene zaštite (fizičke, geografske, ekonomske i kulturne) i načela ravnopravnosti, nejednakosti se mogu uočiti u zdravstvenom stanju stanovništva, dostupnosti i korišćenju zdravstvenih usluga, nivou zadovoljstva pruženim uslugama i visini izdvajanja iz džepa za zdravstvene usluge između ugroženih populacionih grupa i većinskog stanovništva (Janković i sar., 2009; Janković i sar., 2011; Janković i sar., 2012). Prema Zakonu o zdravstvenom osiguranju (Službeni glasnik RS, 107/2005, 109/2005) i Pravilniku o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji, (Službeni glasnik RS, 3/2014), definisano je 17 grupa osiguranika koji pripadaju osetljivim populacionim grupama, spadaju u kategoriju socijalno ugroženog stanovništva (među kojima su i nezaposleni) ili su izloženi povećanom riziku obolevanja, ili kojima je zdravstvena zaštita potrebna za sprečavanje, suzbijanje, rano otkrivanje i lečenje bolesti većeg socijalnomedicinskog značaja. Zdravstvena zaštita za ovu grupu osiguranika se finansira iz budžeta Republike Srbije a takođe ova grupa osiguranika je u potpunosti oslobođena plaćanja participacije za bilo koje zdravstvene usluge. I pored nastojanja Ministarstva zdravlja Srbije da promoviše jednakost u zdravlju kao vodeći cilj reformi, implementacija mehanizma izuzeća od plaćanja participacije nije uspela u potpunosti da zaštititi ciljane grupe kao što su siromašni, nezaposleni ali i oni čije zdravstveno stanje zahteva često korišćenje zdravstvene zaštite. Rezultati istraživanja o nivou i dinamici plaćanja iz džepa stanovništva u Srbiji koje je obuhvatalo populaciju ispitanika koji su pripadali osetljivim populacionim grupama i koji su bili oslobođeni od plaćanja participacije (ispitanika starijih od 65 godina, mlađih od 15. godina, nezaposlenih, ispitanika sa invaliditetom i

onih sa niskim porodičnim prihodom), pokazuju da su ispitanici i pored izuzeća od plaćanja participacije, plaćali različite vrste plaćanja za ambulantno i bolničko lečenje (Arsenijević i sar., 2013).

Analizirajući odnose između profesionalno definisanih potreba, korišćenja zdravstvenih usluga i nezadovoljnih potreba za zdravstvenom zaštitom, istraživanja su pokazale da razvedeni ispitanici imaju više kontakata sa profesionalnim zdravstvenim radnicima (lekari opšte prakse, psihijatri, psiholozi) zbog socijalnih i emocionalnih problema (Colman i sar., 2012). Rezultati ovog istraživanja su bili u skladu sa rezultatima studije koja je sprovedena u Italiji, gde je verovatnoća nezadovoljenih zdravstvenih potreba bila najveća u grupi razvedenih ispitanika, zbog ukupnih razloga i zbog odgovornosti sistema zdravstvene zaštite dok biti neoženjen ili neudat predstavlja protektivni faktor koji smanjuje verovatnoću nastajanja nezadovoljenih potreba zbog prihvatljivosti zdravstvene zaštite (Cavalieri, 2013).

Regionalna nejednakost pristupa osnovnim zdravstvenim uslugama značajno je prisutna u Srbiji, uprkos sistemskim zakonima i usvojenim principima fizičke, geografske, ekonomske i kulturne dostupnosti zdravstvene zaštite i načela jednakosti. Iako Region Istočne i Južne Srbije, ima najveći procenat ispitanika u najsiromašnijem kvintilu prihoda, nema najveću učestalost nezadovoljenih zdravstvenih potreba. Istovremeno, Region Vojvodine je imao najveću učestalost nezadovoljenih potreba za zdravstvenom zaštitom, naročito u retko naseljenim područjima, među ispitanicima koji pripadaju najsiromašnijem kvintilu prihoda. Jedan od razloga bi mogao biti to što su u retko naseljenim područjima ambulante i zdravstveni centri u ruralnim područjima bili zatvoreni zbog reformi i smanjenja troškova u zdravstvenom sistemu tokom ekonomske krize, što je rezultiralo smanjenjem dostupnosti ovih usluga pretežno starijoj populaciji (Vlada RS, 2014).

Ukidanje zdravstvenih usluga, zatvaranje objekata, smanjen broj zdravstvenih radnika i skraćeno radno vreme može doprineti ugrožavanju pristupačnosti zdravstvene zaštite (Reeves, 2015).

U retko naseljenim područjima, koja su u isto vreme i ruralna, kao posledica depopulacije i migracije stanovništva dolazi do zatvaranja zdravstvenih stanica i ambulanti, što dovodi do otežane dostupnosti zdravstvenih usluga seoskom, uglavnom starijem stanovništvu, koje najčešće živi u domaćinstvima koja se izdržavaju od poljoprivrede (Vlada Republike Srbije, 2014). Ova domaćinstva se češće susreću sa problemima vezanim za obavezno zdravstveno osiguranje, zbog neregulisanog formalnog statusa poljoprivrednika i neregulisanog katastarskog poreza (Cvejić, 2010). Za ovo stanovništvo vlasništvo nad zemljom predstavlja ključnu osnov 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 zdravstveno i socijalno osiguranje.

U isto vreme, izražene su varijacije u korišćenju zdravstvenih usluga po oblastima, pri čemu je korišćenje najveće u oblastima u kojima su smešteni univerzitetski klinički centri (Beograd, Novi Sad, Niš i Kragujevac) (Institut za javno zdravlje, 2013). Ove varijacije u korišćenju zdravstvene zaštite bi mogle biti potencijalan razlog visoke učestalosti nezadovoljenih potreba za zdravstvenom zaštitom u gusto naseljenim područjima, jer se veliki broj složenih dijagnostičkih procedura obavlja samo na tercijarnom nivou zdravstvene zaštite koji su smešteni u velikim gradovima regija.

Omogućavajući faktori su značajno povezani sa nezadovoljenim zdravstvenim potrebama tako da povećanje ukupnog raspoloživog dohotka smanjuje verovatnoću nezadovoljenih zdravstvenih potreba za uslugama lekara u svim modelima multivarijantne regresije. Analizirajući ekvivalentni dohodak po kvartilima 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. Ispitanici koji su pripadali domaćinstvima u prvom najsiromašnijem kvintilu, u svim regionima su imali najveće nezadovoljene potrebe za zdravstvenom zaštitom. 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 i verovatnoća nezadovoljenih potreba tako da je u poslednjem, najbogatijem kvintilu, broj osoba sa nezadovoljenim potrebama bio skoro dvostruko manji od onih u prvom kvintilu. U Regionu Istočne i Južne Srbije, koji je najsiromašniji region, u obe godine istraživanja, nezadovoljene zdravstvene potrebe su bile znatno ispod proseka Srbije, u svim kvintilima. Prilikom analize podataka o subjektivnom doživljavanju nezadovoljenih potreba treba imati u vidu da odgovori variraju u zavisnosti od karakteristika ispitanika, njihovih očekivanja, aspiracija, nivoa dohotka i obrazovanja. Istraživanja su pokazala da je subjektivni osećaj siromaštva intenzivnije doživljen ukoliko su ispitanici bolesni, nezaposleni, i kada su njihova očekivanja veća od njihovih trenutnih mogućnosti (Ravallion, 2012). Ispitanici sa višim životnim standardom strože procenjuju svoj životni standard a u uslovima dugotrajnog siromaštva ispitanici vrlo često imaju smanjena očekivanja (Guio, 2009). Takođe važno je istaći da se siromaštvo i materijalni položaj uvek procenjuje u odnosu na neku referentnu grupu koju najčešće čine susedi ili rodbina (Ravallion, 2012).

Samoprocena zdravlja predstavlja veoma dobar izvor informacija o subjektivnom zdravstvenom stanju ispitanika koji obuhvata fizički, mentalni i socijalni aspekt zdravlja i blagostanja (Norris i sar. 2003). U istraživanjima se pokazala kao validan i pouzdan pokazatelj

zdravstvenog stanja i kao dobar prediktor smrtnosti i obolevanja (Idler, 1997; Benjamins, 2004). Zasniva se na jednostavnom pitanju: „Kakvo je vaše zdravstveno stanje?” i preporučena je od strane Svetske zdravstvene organizacije i Komisije EU kao globalni pokazatelj zdravstvenog stanja stanovnika. Nejednakosti koje postoje u stopama mortaliteta između evropskih zemalja ili „evropski zdravstveni jaz u mortalitetu”, se javlja i u samoproceni zdravlja. Upoređujući veličinu nejednakosti u samoproceni zdravlja između 22 evropske zemlje zaključeno je da je u skoro svim zemljama samoprocenjeno zdravlje značajno lošije među ispitanicima koji žive u lošijim socijalnoekonomskim uslovima (Mackenbach i sar., 2008). 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 (loše i veoma loše zdravlje u zemljama EU u 2013. godini je imalo 10% ispitanika) (Eurostat Statistical books, 2014). U 2014. godini u Srbiji, procenat ispitanika koji su svoje zdravlje procenili kao loše i veoma loše je 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.

Sa pogoršanjem zdravstvenog stanja ispitanika rasla je i verovatnoća nastajanja nezadovoljenih potreba u obe godine istraživanja. One su bile najučestalije u kategoriji ispitanika koji su svoje zdravstveno stanje procenili kao veoma loše (30,3%), što ukazuje na malu brigu o sopstvenom zdravlju, zanemarivanju simptoma određenih oboljenja i visokom nivou rizičnog ponašanja. Postojanje hroničnih bolesti i funkcionalnih poteškoća je značajno uticalo na povećanje nezadovoljenih potreba za uslugama lekara. Funkcionalne poteškoće sa kojima su se ispitanici najčešće sretali su zbog problema sa vidom, sluhom, hodom, pamćenjem, komunikacijom i

samostalnošću pri odevanju ishrani i održavanjem higijene. Najveći procenat osoba sa funkcionalnim poteškoćama živi u Regionu Južne i Istočne Srbije a najmanje u Beogradskom regionu (Vlada RS, 2014).

Oralno zdravlje predstavlja integralnu komponentu fizičkog i mentalnog zdravlja i blagostanja i ima veliki uticaj i na svakodnevno funkcionisanje i kvalitet života, naročito sa psihosocijalnog aspekta (Holm-Pedersen, 2008). Iako stomatološki problemi obično ne ugrožavaju život, mogu imati dugotrajne štetne efekte na zdravlje i blagostanje stanovništva. Posledice oralnih oboljenja umanjuju mogućnost normalne ishrane, komunikacije, kretanja i na taj način onemogućuju samostalno funkcionisanje pogotovu starijih osoba (Holm-Pedersen, 2008). Na oralno zdravlje utiču demografske, socijalnoekonomske i psihološke karakteristike, rizični stilovi života (nepravilna ishrana, upotreba duvanskih proizvoda) i opšte zdravstveno stanje ispitanika (Starr i sar., 2007; Wang, i sar., 2013; Kleini sar., 2004; Okoro i sar., 2011; Morita i sar., 2007; Peterseni sar., 2011, Beaglehole i sar., 2009). Takođe, oralno zdravlje je pod uticajem životnog iskustava, očekivanja, percepcije ispitanika i sposobnosti prilagođavanja datim okolnostima (Petersen, 2003). Oralne bolesti predstavljaju jedan od vodećih javnozdravstvenih problema u svetu zbog visoke prevalencije i incidencije, a najveću učestalost oralnih bolesti imaju ugrožene i socijalno marginalizovane populacione grupe (Petersen, 2003; Petersen, 2005). Loše oralno zdravlje kao i gubitak zuba, negativno utiče na kvalitet života uzrokujući pojavu nelagode, bola, gubitka zuba, poremećaj funkcije usne duplje i estetike lica, gubitak samopoštovanja (Petersen, 2011; Wakaguri i sar., 2012). U poređenju sa drugim razvijenim zemljama Evrope i sveta u Srbiji je uočena visoka rasprostranjenost karijesa i oboljenja parodontijuma sa jedne strane a sa druge nizak obuhvat stanovništva stomatološkom zaštitom prioritetnih grupa stanovništva (odojčadi i male dece kao i žena u vezi sa trudnoćom) (Ivanović i sar., 2010).

Pristup stomatološkim uslugama je takođe važan aspekt oralnog zdravlja i kvaliteta života stanovništva. Prosečne nezadovoljene potrebe za stomatološkim zdravstvenim uslugama prema podacima iz EU SILC u 2013. godini u 28 zemalja Evrope su iznosile 7,9%. Najveće nezadovoljene potrebe za stomatološkim 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%). Nezadovoljene potrebe za stomatološkim zdravstvenim uslugama u Srbiji u 2013. godini je imalo 21,4% osoba ili svaki peti ispitanik, dok je taj procenat u 2014. godini nešto manji i iznosio je 16,1%, ili svaki četvrti ispitanik, što je skoro najveći procenat nezadovoljenih potreba u Evropi među zemljama koje su radile EU SILC istraživanje. (Eurostat Statistic Explained, 2014). U odnosu na zemlje bivše Jugoslavije, ispitanici Srbije su imali najveći procenat nezadovoljenih potreba za stomatološkim uslugama u 2013. godini (Crna Gora 11,9%; Makedonija 7,5%; Hrvatska 5,2%; Slovenija 1,0%).(Eurostat Statistic Explained, 2014)

U našem istraživanju, u 2013. i 2014. godini, verovatnoća doživljavanja nezadovoljenih stomatoloških potreba je bila manja kod ispitanika ženskog pola. Rezultati istraživanja zdravlja stanovnika iz 2013. godine pokazuju da iako je došlo do porasta broja stanovnika bez ijednog zuba, sa 10,2% u 2006 na 12,4% u 2013. godini, porasla je upotreba dentalnih proteza pogotovu u populaciji žena. Žene u većem procentu koriste dentalnu protezu (85,7%) u odnosu na muškarce (75,2%), što može biti jedan od razloga manje učestalosti nezadovoljenih potreba za uslugama stomatologa. Nasuprot tome, istraživanjem koje je rađeno u Koreji je utvrđeno da su nezadovoljene potrebe za stomatološkim uslugama značajno veće u populaciji starijih žena i to zbog većeg broja hroničnih bolesti koje su prisutne kod žena (Kim, 2014).

Najveću verovatnoću nezadovoljenih potreba za stomatološkim uslugama imali su ispitanici u starosnoj kategoriji od 27-44 i od 45-64 godina, odnosno u grupi radnoaktivnog stanovništva. Sa

porastom godina se smanjivala verovatnoća doživljavanja nezadovoljenih stomatoloških potreba. U zemljama Evropske unije nezadovoljene potrebe za stomatološkom zaštitom su takođe najveće u 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 godina (Eurostat Statistic Explained, 2014).

Najveću učestalost nezadovoljenih potreba za stomatološkim zdravstvenim uslugama u našem istraživanju su imali ispitanici sa osnovnim obrazovanjem. Povećanjem obrazovnog nivoa smanjivala se verovatnoća doživljavanja nezadovoljenih stomatoloških potreba. Isti obrazac povezanosti obrazovanja sa nezadovoljenim potrebama je uočen u većini zemalja Evropske unije (Eurostat Statistic Explained, 2014). Iako razlike nisu bile značajne, u Irskoj je uočeno da najmanju prevalencu nezadovoljenih potreba za stomatološkom zaštitom su imali ispitanici sa nižim srednjim obrazovanjem. U Estoniji, Litvaniji, Poljskoj i Velikoj Britaniji najmanju učestalost nezadovoljenih potreba su imali ispitanici koji su završili tercijarno obrazovanje, dok je najveća učestalost zabeležena uglavnom kod osoba koje su završile više sekundarno obrazovanje (Eurostat Statistic Explained, 2014).

Regionalna nejednakost u nezadovoljenim stomatološkim potrebama je prisutna u obe godine istraživanja. Iako najsiromašniji Region Istočne i Južne Srbije u 2013. godini je imao najmanje nezadovoljene potrebe za stomatološkim uslugama. Rezultati u ovoj analizi su pokazali da u obe godine istraživanja četvrtina ispitanika sa nezadovoljenim stomatološkim potrebama živi u prvom, najsiromašnijem kvintilu (28,1% u 2013. godini i 24,5% u 2014. godini). 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, smanjuje se učestalost i verovatnoća nezadovoljenih potreba za stomatološkim

zdravstvenim uslugama. Isti obrazac je uočen i u zemljama Evropske unije gde je 9,6% ispitanika koji su imali nezadovoljene potrebe za stomatološkom zdravstvenom zaštitom zbog finansijskih razloga, živelo u prvom najsiromašnijem kvintilu. Kao i u ostalim zemljama Evropske unije sa pogoršanjem zdravstvenog stanja povećavaju se i nezadovoljene potrebe za stomatološkom zdravstvom zaštitom.

Odgovornost zdravstvenog sistema Srbije ili ugrožena dostupnost i pristupačnost je bila dominantniji razlog nezadovoljenih potreba u obe godine istraživanja. U okviru ugrožene pristupačnosti najdominantniji razlog je bio finansijski razlog, a zatim udaljenost stomatoloških ordinacija, a u okviru nezadovoljenih potreba zbog ugrožene prihvatljivosti, strah od stomatološke intervencije ili stomatologa i nedostatak vremena zbog posla i brige o deci. Najmanje zastupljen razlog nezadovoljenih potreba su liste čekanja koje se odnose na ugroženu dostupnost stomatološke zdravstvene zaštite. Isti obrazac zastupljen je i u zemljama Evropske unije gde su zdravstveni sistemi bili odgovorni za 5,5%, a lične preferencije ispitanika za 2,4% nezadovoljenih potreba za stomatološkom zdravstvenom zaštitom. U okviru odgovornosti zdravstvenih sistema, finansijski razlog je bio najdominantniji a u okviru ličnih preferencija ispitanika, strah od stomatologa ili stomatoloških intervencija (Eurostat Statistic Explained, 2014). Nezadovoljene potrebe stanovništva za stomatološkim zdravstvenim uslugama u svim evropskim zemljama su nešto veće nego za medicinskim uslugama a mogući razlog ovakve situacije je su ove usluge znatno skuplje od medicinskih. Drugi razlog je način finansiranja stomatoloske zdravstvene zaštite.

U zdravstvenom sistemu Srbije sadržaj i obim stomatoloških usluga koje čine set zagarantovanog minimuma na stomatološku zdravstvenu zaštitu, definisan je: Pravilnikom o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu, Pravilnikom o utvrđivanju cena zdravstvenih usluga za prevenciju, preglede i lečenje bolesti usta i zuba, Pravilnikom o bližim uslovima za obavljanje

zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe, kojim je određen broj kadrova u stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti (Službeni glasnik RS, 3/2014; Službeni glasnik RS, 4/2011; Službeni glasnik RS, 43/2006, 112/2009, 50/2010, 79/2011, 10/2012 - dr. pravilnik, 119/2012 - dr. pravilnik i 22/2013).

Odraslim osiguranicima zdravstvena zaštita na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja u oblastima lečenja bolesti usta i zuba je značajno sužena, ograničena po vrsti i sadržini i odnosi se na određene kategorije osiguranika. Pravo na stomatološku zdravstvenu zaštitu koja se finansira iz sredstava Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje imaju maloletna deca, đaci i studenti do završetka srednjeg školskog, odnosno visokoškolskog obrazovanja, lica sa duševnim i telesnim smetnjama u razvoju, žene u vezi sa trudnoćom i porođajem, lica starija od 65 godina i teški bolesnici od različitih bolesti. Na taj način je ovim kategorijama stanovništva, zbog nedostatka sopstvenih sredstava dato pravo na korišćenje stomatoloških usluga na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja ali pod uslovom da je nivo njihovih primanja ispod cenzusa, koji zajednički propisuju ministar zdravlja i ministar socijalne zaštite građana. I pored ovih mera, značajan deo populacije uglavnom najsiromašnijih slojeva stanovništva ima finansijske teškoće pri korišćenju zdravstvene zaštite i značajno manje koristi stomatološke usluge što predstavlja jedan od razloga velikog smanjenja broja poseta stomatologu kod odrasle populacije (Institut za javno zdravlje, 2013). U 2013. godini samo 31,5% ispitanika je imalo svog izabranog stomatologa i to su bili većinom ispitanici u starosnoj kategoriji od 65-74 godine (36,7%), koji žive u gradskim naseljima, srednjeg, višeg i visokog obrazovanja, sa najvišim prihodom po članu domaćinstva i koji pripadaju grupi najbogatijih i bogatih ispitanika (Institut za javno zdravlje, 2013).

6. ZAKLJUČCI

- U Srbiji je 2013. godine skoro svaki peti ispitanik stariji od 16 godina (19,6%) imao nezadovoljene potrebe za uslugama lekara, dok u 2014. godini skoro svaki sedmi ispitanik (14,9%). U 2013. godini nezadovoljene potrebe za uslugama lekara su bile skoro izjednačene u populaciji muškaraca i žena, dok su u 2014. godini osobe muškog pola češće prijavljivale nezadovoljene potrebe za uslugama lekara. Nezadovoljene potrebe za uslugama lekara u obe godine istraživanja su bile najveće u populaciji ispitanika starosti od 45-64 godina i među ispitanicima sa osnovnim obrazovanjem. U 2013. godini nezaposleni ispitanici su imali najveću učestalost nezadovoljenih potreba, dok su u 2014. godini nezadovoljene potrebe bile skoro iste u kategoriji nezaposlenih, zaposlenih i penzionera. Ispitanici koji su u braku ili su bili u braku znatno češće su prijavljivali nezadovoljene potrebe za uslugama lekara.
- U retko naseljenim područjima i u Regionu Vojvodine nezadovoljene potrebe su bile najveće u obe godine istraživanja. Najmanja učestalost nezadovoljenih potreba je bila u 2013. godini u Regionu Istočne i Južne Srbije a u 2014. godini u Beogradskom regionu. Približno oko 40% ukupnih nezadovoljenih potreba za uslugama lekara u obe godine istraživanja su prijavili ispitanici koji su živeli u domaćinstvima koja imaju ekvivalentni dohodak u najsiromašnijim kvintilima. Sa pogoršanjem zdravstvenog stanja ispitanika rasle su i nezadovoljene potrebe i njihova učestalost je bila najveća, u kategoriji ispitanika koji su procenili svoje zdravstveno stanje kao veoma loše. Postojanje bilo kog hroničnog oboljenja je doprinelo povećanju nezadovoljenih potreba za uslugama lekara.
- Razlozi nezadovoljenih potreba za uslugama lekara u Srbiji koji ukazuju na odgovornost sistema zdravstvene zaštite, (ugrožena pristupačnost i dostupnost zdravstvene zaštite), su u

2013. godini bili odgovorni za 44,4% nezadovoljenih potreba a u 2014. godini u 58,2% slučajeva. Razlozi koji su bili u vezi sa ličnim preferencijama ispitanika su bili zastupljeni u 55,6% slučajeva u 2013. godini i 41,7% slučajeva u 2014. godini. Najdominantniji razlog u okviru ugrožene pristupačnosti je bio finansijski razlog, a u okviru ugrožene dostupnosti to su bile liste čekanja na medicinske intervencije i procedure. U okviru ugrožene prihvatljivosti 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 su bili dominantni razlozi zbog kojih su ispitanici imali nezadovoljene potrebe za uslugama lekara.

- Ispitivanjem povezanosti nezadovoljenih potreba za uslugama lekara i razloga zbog kojih su one nastale može se zaključiti da ispitanici muškog pola, starosti od 27-44 i 45-64 godina, nižeg obrazovnog nivoa, zaposleni, razvedeni ili udovci, oni koji žive u domaćinstvima koja pripadaju najsiromašnijim kvintilima u Regionu Šumadije i Zapadne Srbije koji su procenili svoje zdravstveno stanje kao veoma loše i loše su mali značajno veću verovatnoću da imaju nezadovoljene potrebe za uslugama lekara.
- Nezadovoljene potrebe za uslugama stomatologa u 2013. godini je imao skoro svaki peti ispitanik (21,4%) a u 2014. godini skoro svaki šesti ispitanik (16,1%). Najveća učestalost nezadovoljenih stomatoloških potreba je bila u populaciji muškaraca, među ispitanicima starosti od 45-64 godine sa osnovnim obrazovanjem, nezaposlenim, onima koji su bili u braku i koji su živeli u domaćinstvima koja su pripadala najsiromašnijim kvintilima u retko naseljenim područjima u Regionu Vojvodine.
- Razlozi nezadovoljenih potreba za uslugama stomatologa koji ukazuju na odgovornost sistema zdravstvene zaštite, 2013. godine su bili odgovorni za oko 57% nezadovoljenih potreba dok su u 2014. godine zdravstveni sistem je bio odgovoran za 71% nezadovoljenih

potreba. Razlozi koji su bili u vezi sa ličnim preferencijama ispitanika su bili zastupljeni u 43,1% slučajeva u 2013. godini, a u 2014. godini u 29,2% slučajeva. Najdominantniji razlog nezadovoljenih potreba u okviru ugrožene pristupačnosti bio je finansijski razlog. Najdominantniji razlog u okviru ugrožene prihvatljivosti u obe godine istraživanja je bio strah od lekara i stomatoloških intervencija.

- Analiza po regionima pokazuje da je u 2013. godini najučestaliji razlog nezadovoljenih potreba za uslugama stomatologa bio pristupačnost zdravstvene zaštite u svim regionima. U 2014. godini pristupačnost zdravstvene zaštite je bila najdominantniji razlog u svim regionima bez velikih odstupanja od proseka Srbije. Drugi razlog nezadovoljenih potreba po učestalosti je bila ugrožena prihvatljivost zdravstvene zaštite dok je ugrožena dostupnost bila najmanji razlog nezadovoljenih potreba u svim regionima.
- Ispitivanjem povezanosti nezadovoljenih potreba za uslugama stomatologa i razloga zbog kojih su one nastale može se zaključiti da su pol, uzrast, obrazovanje, status na tržištu rada, ekvivalentni ukupni dohodak, region u kome su ispitanici živeli i zdravstveno stanje ispitanika mogući prediktori nezadovoljenih stomatoloških potreba. Najveću verovatnoću da imaju nezadovoljene stomatološke potrebe su imali ispitanici muškog pola uzrasta od 27-44 i od 45-64, nižeg obrazovnog nivoa, zaposleni i oni sa dohotkom u najsiromašnijim kvintilima u Regionu Šumadije i Zapadne Srbije.

7. LITERATURA

Acheson D. (1998). *Inequalities in health: report of an independent inquiry*. London: Stationery Office.

Al-Haboubi M., Klass C., Jones K., Bernabé E., & Gallagher J. E. (2013). Inequalities in the use of dental services among adults in inner South East London. *European Journal of Ocaral Sciences*, 121(3 Pt 1), 176-181. DOI: 10.1111/eos.12043.

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

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

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

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

Andersen R. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?. *Journal of Health and Social Behavior*, 36:1-10.

Arsenijević J., Pavlova M., Groot W. (2013) Out-of-pocket payments for public healthcare services by selected exempted groups in Serbia during the period of post-war healthcare reforms. *Int J Health Plann Mgmt* 29: 373-398.

Asadi-Lari M., Packham C., Gray D. (2003). Need for redefining needs. *Health and Quality of Life Outcomes* 1(34) BioMed Central Open Access article.

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. *Health Quality Life Outcomes* 1:26.

Ayanian J.Z., Weissman J.S., Schneider E.C, et al (2000). Unmet Health Needs of Uninsured Adults in the United States. *Jama* 284(16):2061-69.

Babić M., Bjegović Mikanović V., Vuković D., Djikanović B., Janković J., Jović Vraneš A. (2012). *Socijalna medicina udžbenik za studente socijalne medicine, 2012: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu.*

Baggett TP., O'Connell JJ., Singer DE., Rigotti NA (2010). The Unmet Health Care Needs of Homeless Adults: A National Study. *American Journal of Public Health* 100(7):1226-33.

Beaglehole R, Benzian H, Crail J, Mackay J. 2009. *The Oral Health Atlas. Mapping a neglected global health issue.* Geneva: FDI World Dental Foundation.

Belsley D. A., Kuh E., Welsch R. E. (2005). *Regression diagnostics: Identifying influential data and sources of collinearity (Vol. 571).* John Wiley & Sons.

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

Bradshaw J. (1972). 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.

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

Calzón Fernández S., Fernández Ajuria A., Martín J., Murphy M. (2015). The impact of the economic crisis on unmet dental care needs in Spain. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(9), pp.880-885.

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

Cavalieri M (2013). Geographical variation of unmet medical needs in Italy: a multivariate logistic regression analysis. *Int J Health Geogr*12(1:27).

Cetorelli V., Busetta A. (2014). Unmet need for health care: the case of foreigners living in Italy. *European Population Conference (EPC 2014)*, 25-28 June, Budapest, Hungary.

Chae S., Lee Y., Kim J., Chun K., Lee J. (2017). Factors associated with perceived unmet dental care needs of older adults. *Geriatrics & Gerontology International*.

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

Chen J., Hou F. (2002). Unmet needs for health care. *Health Reports*13(2):23.

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. *BMC Health Services Research*12(1):420.

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

Cylus J., Papanicolas I. (2015). An analysis of perceived access to health care in Europe: How universal is universal coverage? *Health Policy* 119(9):1133-44.

Davis M.M. (1955). *Medical care for tomorrow*. New York: Harper.

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

Dupre D., Editor (2014). *Living conditions in Europe*. Eurostat Statistical books. EU: Luxembourg Publication Office.

Ernst and Young (2016). Possible directions of increasing efficiency of Healthcare system in the Republic of Serbia. Ernest and Yang.

European Commission (2004). Health & Consumer protection directorate-general. Strategy on European Community Health Indicators (ECHI) =the "Short List". Luxemburg.

European Commission, Eurostat (2013). EU-SILC 065. Description of Target Variables: Cross-sectional and Longitudinal 2013 operation (Version May 2013).

Eurostat Statistic Explained (2014). Unmet health care needs statistics. [Online]. Dostupno na: http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics [pristupljeno 2 Feb. 2016].

Eurostat Statistical Books (2014). *Living conditions in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Geyer S., Schneller T., Micheelis W. (2010). Social gradients and cumulative effects of income and education on dental health in the Fourth German Oral Health Study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 38(2), pp.120-128.

Global Health Expenditure Database [Internet]. Global Health Expenditure Database. 2016 [cited 4 July 2017]. Dostupno na : <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

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

Guio A. C. (2009). What can be learned from deprivation indicators in Europe. Indicator Subgroup of the Social Protection Committee, 10th February.

Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.

Hernández-Quevedo C., Masseria C., Mossialos E. (2010). 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.

Holm-Pedersen P., Schultz-Larsen K., Christiansen N., & Avlund K. (2008). Tooth loss and subsequent disability and mortality in old age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(3), 429-435.

Hurley J., Jamal T., Grignon M., Allin S. (2008). The relationship between self-reported unmet need for health care and health care utilization. Hamilton, Ontario, Canada: McMaster Research Data Centre Research Paper, 23.

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

Institut za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović Batut“ (2014). Zdravstveno statistički godišnjak 2013. Beograd. 2014.

Institut za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović Batut“ (2014). Analiza planiranog i ostvarenog obima i sadržaja prava osiguranih lica na stacionarnu zdravstvenu zaštitu u Republici Srbiji u 2014. godini.

Institut za javno zdravlje Srbije “Dr Milan Jovanović Batut” i Ministarstvo zdravlja RS (2014). Rezultati istraživanja zdravlja stanovništva Srbije – 2013. godina. Beograd.

Institute za javno zdravlje "Dr Milan Jovanovic Batut" Zdravstveno statistički godišnjak Republike Srbije. 2015. Beograd. 2016.p.62.

International Labour Organisation (ILO) (2005). Decent Work and Poverty Reduction Strategies: A Reference Manual for ILO Staff and Constituents Geneva: ILO International Labour Office).

Ivanović M., Carević M., Marković D. (2010). Program preventivne stomatološke zdravstvene zaštite dece i omladine. Stom Glas S.:36-44.

Jandrić M., Molnar D. (2017). Kvalitet zaposlenosti i tržište rada u Srbiji Koliko je Srbija daleko od EU?. Beograd: Friedrich Ebert Stiftung.

Janković J., Janević T., von dem Knesebeck O. (2012). Socioeconomic inequalities, health damaging behavior, and self-perceived health in Serbia: a cross-sectional study. Croatian Medical Journal; 53: 254-262. doi:10.3325/cmj.2012.53.254.

Janković J., Marinković J., Simić S. (2011) Utility of data from a national health survey: Do socioeconomic inequalities in morbidity exist in Serbia?. Scandinavian Journal of Public Health.; 39: 230-238. doi:10.1177/1403494811401477.

Janković J., Simić S., Marinković J. (2009). Inequalities that hurt: demographic, socio-economic and health status inequalities in the utilization of health services in Serbia. *The European Journal of Public Health.*: 20: 389-396. doi:10.1093/eurpub/ckp189.

Kane LR. (1974). *The Challenges of Community Medicine*. New York: Springer Publishing Company.

Kataoka SH., Zhang L., Wells KB. (2002). Unmet Need for Mental Health Care Among US Children: Variation by Ethnicity and Insurance Status. *Am. J. Psychiatry* 159:1548-55.

Kien V.D., Van Minh H., Giang K. B., Weinehall L.N. Ng. (2014). Horizontal inequity in public health care service utilization for non-communicable diseases in urban Vietnam. *Global health action*, 7(1), 24919.

Kim J., Kim T., Park E., Cho W. Factors Influencing Unmet Need for Health Care Services in Korea. *Asia-Pacific Journal of Public Health*. 2013; 27: NP2555-NP2569. doi: 10.1177/1010539513490789.

Kim N. (2014). Gender difference in unmet dental needs of the Korean elderly. *American Public Health Association*.

Klein B., Klein R., Knudtson M. (2004). Life-style Correlates of Tooth Loss in an Adult Midwestern Population. *Journal of Public Health Dentistry*, 64(3), pp.145-150.

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.

Levesque J-F., Pineault R., Hamel M., Roberge D., Kapetanakis C., Simard B. et al. Emerging organizational models of primary healthcare and unmet needs for care: insights from a population-

based survey in Quebec province. *BMC Family Practice*. 2012; 13, 66.
<http://doi.org/10.1186/1471-2296-13-66>.

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

Manski R., Moeller J. (2017). Barriers to oral health across selected European countries and the USA. *International Dental Journal*, 67(3), pp.133-138.

Marinković I. (2013). Popis stanovništva 2011. osnovne strukture populacije Srbije. *Demografski pregled*, 2013; 47: 1-4.

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

Maslow A. (1968). Maslow's Hierarchy of Needs. [online] Dostupno na:
<http://joebyrne.net/Resources/Literature/Fahrenheit%20451/F451%20Final%20Project/Fahrenheit%20451%20Maslow/Maslow%20Overview.pdf> [Pristupljeno 18 Feb. 2016].

Maslow AH. *Towards a psychology of being*. New York: Van Nostrand Reinhold, 1968.

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. *Pediatrics* 113(2): e109-15.

Mijatović B. (2015). Siromaštvo u Srbiji u 2014. godini. Tim za socijalno uključivanje i smanjenje siromaštva i SDC, Beograd.

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. (2007). Istraživanje zdravlja stanovnika Republike Srbije – 2006. godina, Osnovni rezultati. Beograd.

Molarius A., Engström S., Flink H., Simonsson B., Tegelberg, A. (2014). Socioeconomic differences in self-rated oral health and dental care utilisation after the dental care reform in 2008 in Sweden. *BMC Oral Health*, 14(1).

Molborn S., Stepanikova I., Cook KS. (2005). Delayed Care and Unmet Needs among Health Care Users: When Does Fiduciary Trust in a Physician Matter. *Health Service Research* 40(6):1898-917.

Morita I., Nakagaki H., Kato K., Murakami T., Tsuboi S., Hayashizaki J., Sheiham A. (2007). Relationship between number of natural teeth in older Japanese people and health related functioning. *Journal of Oral Rehabilitation*, 34(6), pp.428-432.

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

OECD (1998). Patterns of employment and joblessness a household perspective. Chapter IC, *Employment Outlook Paris: OECD*.

OECD (2004) Private health insurance in the European Union (pp. 320-323). London: European Commission.

Okoro C., Strine T., Eke P., Dhingra S., Balluz L. (2011). The association between depression and anxiety and use of oral health services and tooth loss. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 40(2), pp.134-144.

Pagan J., Pauly M. (2006). Community-Level Uninsurance and the Unmet Medical Needs of Insured and Uninsured Adults. *Health Services Research* 41:788-803.

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. *Int J Environ Res Public Health* 10(5):2017-27.

Parsons T. (1951). *The Social System*. Glencoe, IL: Free Press.

Petersen P. E. (2003). The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and oral epidemiology*, 31(s1), 3-24

Petersen P. E., Bourgeois D., Ogawa H., Estupinan-Day S., & Ndiaye, C. (2005). The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9), 661-669.

Petersen PE., Kwan S. (2011). Equity, social determinants and public health programmes – the case of oral health. *Community Dent Oral Epidemiol.*; 39:481-487.

Ravallion M. (2012). Poor, or just feeling poor? On using subjective data in measuring poverty.

Rebhan D. P. (2011). *Health Care Utilization: Understanding and applying theories and models of health care seeking behavior*. Case Western Reserve University, 1-19.

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.

Republički fond za zdravstveno osiguranje (2014). Izveštaj o finansijskom poslovanju Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje za 2014. godinu.

Republički fond za zdravstveno osiguranje [Internet]. Broj osiguranika u 2013 [cited 17 September 2016]. Dostupno na: <http://www.rfzo.rs/index.php/broj-osiguranika-sta>.

Republički zavod za statistiku (2008). Studija o životnom standardu 2002-2007. Beograd: Republički zavod za statistiku.

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

Republički zavod za statistiku RS. (2008). Studija o životnom standardu; Srbija 2002-2007. Beograd.

Rodrigues R., Zolyomi E., Kalavrezou N., Matsaganis M. (2013). The impact of the Financial Crisis on Unmet Needs for Healthcare: Research Note 7/2013. European Commission.

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. *Open Medicine*, 6(2), e48.

Rosenstock I. M., Strecher V. J., Becker M. H. (1994). The Health Belief Model and HIV Risk Behavior Change. In R. J. DiClemente & J. L. Peterson (Eds.). *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp 5-24). New York, NY: Plenum Press.

Saltman R., Figueras J. (1997). *European health care reform*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

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

Shi L., Stevens G. D. (2005). Vulnerability and unmet health care needs. *Journal of General Internal Medicine*, 20(2): 148-54.

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.

Službeni glasnik RS (43/2006, 112/2009, 50/2010, 79/2011, 10/2012 - dr. pravilnik, 119/2012 - dr. pravilnik i 22/2013). Pravilnik o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe.

Službeni glasnik RS (107/2005, 109/2005 - ispr. 57/2011, 110/2012 - odluka US, 119/2012, 99/2014, 123/2014, 126/2014 - odluka US, 106/2015 i 10/2016). Zakon o zdravstvenom osiguranju Beograd.

Službeni glasnik RS (107/2005, 99/2010 i 70/2017 - odluka US). Zakon o komorama zdravstvenih radnika.

Službeni glasnik RS (3/2014). Pravilnik o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji za 2014. godinu.

Službeni glasnik RS (4/2011). Pravilnik o utvrđivanju cena zdravstvenih usluga za prevenciju, preglede i lečenje bolesti usta i zuba.

Službeni glasnik RS (57/2011, 107/2012). Zakon o zdravstvenoj zaštiti.

Službeni glasnik RS (62/2009). Zakon o zvaničnoj statistici.

Službeni glasnik RS (62/2013). Uredba o utvrđivanju jedinstvene liste razvijenosti regiona i jedinica lokalne samuprave za 2013. godinu.

Službeni glasnik RS (75/2013). Pravilnik o listama čekanja. Beograd.

Starr J., Pattie A., Whalley L., Deary I. (2007). Predictors of tooth loss in the 1921 Lothian Birth Cohort. *Age and Ageing*, 37(1), pp.111-114.

Stevens A., Gillam S. (1976). *Need and the National Health Service: economics and social choice*. London: Martin Robertson.

Stevens A., Gillam S. (1998). Needs assessment: from theory to practice. *bmj*, 316(7142), 1448-1452.

Stevens A., Raftery J., Mant J. (2008). *Implementing Joint Strategic Needs Assessment ,Appendix 2 – Lessons from Health Care Needs Assessment*. Birmingham Health Care Needs Assessment series.

Stevens A.J., Bickler G. (2000) Health care needs assessment and health improvement programmes, in S. Rawaf and P. Orton (eds) *Health Improvement Programmes*. London, Royal Society of Medicine Press.

Suchman E. (1965). Social Patterns of Illness and Medical Care. *Journal of Health and Human Behavior*, 6(3): 114-28.

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

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

The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. *Defining Societal Health Needs (2012)*. Royal College Definition and Guide. Canada.

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. *BMC health services research*11(1):181.

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

UN (1948). Univerzalna deklaracija o ljudskim pravima. Dostupno na: www.poverenik.rs (Pristupljeno 5. januara 2016).

UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2000). General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant), 11 August 2000, Dostupno na: <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html> (Pristupljeno 1. Decembar 2015).

Vlada Republike Srbije (2014). Drugi nacionalni izveštaj o socijalnom ukljućivanju i smanjenju siromaštva u Republici Srbiji. Zdravlje. Beograd.

Wakaguri S., Ito K., Aida J., Takeuchi, K., Osaka K. (2012). Gender Differences in the Association Between Self-Rated Oral Health and Socioeconomic Status Among Japanese. In *Interface Oral Health Science 2011* (pp. 294-296). Springer, Tokyo.

Wang T., Yu S. and Chou C. (2013). Risk factors for tooth loss among adults aged 18 to 64 years in Taiwan. *Asian Biomedicine*. 7(2), pp.257-265.

Whitehead M., Dahlgren G. (2006). 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.

WHO (1948). WHO definition of Health. Dostupno na: www.who.int/about/definition/en/print.html (Pristupljeno 5. Januara 2016).

WHO (2008) Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health Final Report.

WHO 2012. Health 2020: A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Proceedings of Regional Committee for Europe, 10-13.

Who.int. (2017). WHO | Health Systems Strengthening Glossary. [online] Dostupno na: http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html [Pristupljeno 17 Jul. 2017].

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

Wolinsky F. (1988). Seeking and Using Health Services. In *The Sociology of Health* (2nd ed., 117-144). Belmont, CA: Wadsworth.

World Health Organization. (1965). Trends in the Study of Morbidity and Mortality. Public Health Papers, (27).

World Health Organization. (2012). Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Proceedings of Regional Committee for Europe, 10-13.

Wright J., Williams R., Wilkinson J. (1998). Health needs assessment: Development and importance of health needs assessment. *BMJ*, 316(7140), pp.1310-1313.

Wu Z., Penning MJ., Schimele CM. (2005). Immigrant Status and Unmet Health Care Needs. *Canadian Journal of Public Health* 96(5):369-73.

Young J. C. (1981). *Medical Choice in a Mexican Village*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Zdravković G. (2016). Demographic changes of Serbia's population between the two censuses, 2002-2011. *Timočki medicinski glasnik*, 41(4), 293-301.

8. Prilozi

Prilog 1.

Tabela 1. 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.	Chapain-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	Multivarijanta 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 healthcare needs. <i>Open Medicine</i> , 6(2), e48.	Komparativna analiza	2001, 2003, 2005 Kanada	360 105	Canadian Community Health Survey	Multivarijanta 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	134,072	Canadian Community Health Survey	Multivarijanta 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	5,465	Wisconsin Longitudinal Study.	Multivarijanta 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	97,828	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	Multivarijanta 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 Proceedings of the EU-SILC Conference, 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, 20(2):148-54.</i>	Studija preseka	2000 USA	32 374 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 96(5):369-73.</i>	Studija preseka	2000 – 2001	16 046 imigranata i 102173 građana	Canadian Community Health Survey	Multivarijantna 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 40(6):1898-917.</i>	Studija preseka	1998/1999 USA	29 994 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 113(2):e109-15.</i>	Studija preseka	2000 – 2002 USA	38866 dece sa posebnim potrebama	National Survey of Children With Special Health Care Needs	Multivarijantna 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 1:26.</i>	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 13(2):23.</i>	Studija preseka	2002 Kanada	14143	Canada's National Population Health Survey	Multivarijantna logistička regresija
25	Sanmartin, C (2002). Changes in unmet health care needs. <i>Health Reports 13(3):15.</i>	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 159:1548-55.</i> (Rad citiran 854 puta).	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 USA	105764 (1997) 117364 (1998) odraslih osoba	Random household telephone survey	Multivarijantna logistička regresija
28	Al-Haboubi, M., Klass, C., Jones, K., Bernabé, E., & Gallagher, J. E. (2013). Inequalities in the use of dental services among adults in inner South East London. <i>European Journal of Oral Sciences</i> , 121(3 Pt 1), 176-181.	Studija preseka	Severno istočni London	695 odrasle socijalno ugrožene populacije	National Health Service London Questionnaires	Deskriptivna statistika
29	Kim, N., Kim, C. and Shin, H. (2017). Inequality in unmet dental care needs among South Korean adults. <i>BMC Oral Health</i> , 17(1).	Studija preseka	(2007–2009) Južna Koreja	17,141 odraslih ispitanika	Korean National Health and Nutrition Examination Survey	Multivarijantna logistička regresija
30	Molarius, A., Engström, S., Flink, H., Simonsson, B. and Tegelberg, Å. (2014). Socioeconomic differences in self-rated oral health and dental care utilisation after the dental care reform in 2008 in Sweden. <i>BMC Oral Health</i> , 14(1).	Studija preseka	2012 Švedska	5999 odraslih ispitanika od 16-84	Health on equal terms Survey	Multivarijantna logistička regresija
31	Geyer, S., Schneller, T. and Micheelis, W. (2010). Social gradients and cumulative effects of income and education on dental health in the Fourth German Oral Health Study. <i>Community Dentistry and Oral Epidemiology</i> , 38(2), pp.120-128.	Studija preseka	Nemačka manje naseljena područja	925 ispitanika uzrasta od 35 do 44 godine	Fourth German Oral Health Study.	Multivarijantna logistička regresija
32	Calzón Fernández, S., Fernández Ajuria, A., Martín, J. and Murphy, M. (2015). The impact of the economic crisis on unmet dental care needs in Spain. <i>Journal of Epidemiology and Community Health</i> , 69(9), pp.880-885.	Studija preseka	Za 2007 i 2011 Španija	44 138 odraslih ispitanika do 65 godina	The Living Conditions Surveys	Koncentracijski indeks i multivarijantna logistička regresija
33	Chae, S., Lee, Y., Kim, J., Chun, K. and Lee, J. (2017). Factors associated with perceived unmet dental care needs of older adults. <i>Geriatrics & Gerontology International</i>	Studija preseka	2010 Južna Koreja	1419 odraslih osoba starijih od 65 godina	Fifth Korea National Health and Nutrition Examination Survey	Multivarijantna logistička regresija
34	Rodrigues, R., Zolyomi, E., Kalavrezou, N., & Matsaganis, M. (2013). The impact of the Financial Crisis on Unmet Needs for Healthcare: Research Note 7/2013. <i>European Commission</i> .	Studija preseka	Za 2007 i 2011 zemlje EU koje su najviše pogođene	Ispitanici stariji od 16 godina	EU-SILC	Multivarijantna logistička regresija

			svetskom krizom			
--	--	--	--------------------	--	--	--

Tabela 2. 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.	<p>Cilj studije je da opiše u kojoj mjeri 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.</p> <p>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 omogućavajući faktori i makro faktori na nivou, sistema zdravstvene zaštite, određuju korišćenje zdravstvenih usluga.</p>	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	<p>Ciljrada je da istraži varijacije u percepciji pristupa zdravstvenoj zaštiti u 29 zemalja EU.</p> <p>Rezultati: Iako većina EUzemalja 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 dobiju 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.</p>	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 izveštajaje analiza statističkih podataka o nezadovoljenim zdravstvenim potrebama i o samoprocenjenom zdravstvenom stanju stanovnika Evrope.	U zaključku se navodi da je Evropska komisija naglasila potrebu investiranja u održive zdravstvene sisteme koji bi poboljšali koheziju i ubrzali ekonomski

		<p>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.</p>	<p>razvoj smanjivanjem nejednakosti i omogućavanjem ljudima da duže žive u dobrom zdravlju</p>
4.	<p>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.</p>	<p>Cilj istraživanja je proceniti prevalenciju nekorišćenja stomatološke zdravstvene zaštite u evropskim zemljama i ustanoviti povezanost sa socijalnoekonomskim faktorima.</p> <p>Rezultati pokazuju značajne socijalnoekonomske nejednakosti u nekorišćenju 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.</p>	<p>U zaključku je navedeno da su u celini utvrđene značajne socijalnoekonomske nejednakosti u ne-korišćenju stomatoloških usluga. Zbog toga bi delotvorne zdravstvene politike trebalo usmeriti i na nacionalni i na individualni nivo kako bi ove nejednakosti bile smanjenje.</p>
5.	<p>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.</p>	<p>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.</p> <p>Rezultati pokazuju da zbog toga što zdravstveni sistemi u Evropi obezbeđuju obuhvat osnovnim zdravstvenim uslugama skoro za sve građane, značajan deo populacije ima nezadovoljene potrebe često zbog finansijskih razloga. Pojedine socijalne grupe su ugroženije i to može doprineti</p>	<p>Zaključak: Verovatnoća doživljavanja nezadovoljenih medicinskih ili stomatoloških usluga se primetno razlikuje od zemlje do zemlje. Ova međudržavna varijabilnost može se delimično objasniti razlikama u finansiranju sistema zdravstvene zaštite.</p>

		porastu nejednakosti u zdravlju. Pozitivna korelacija se može naći između plaćanja zdravstvenih usluga iz džepa u ukupnim troškovima lečenja i verovatnoćedoživljavanja nezadovoljenih potreba.	
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 poređenje 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 zdravstvenom zaštitom za sve građane kao i za ilegalne i legalne emigrante.	Zaključak: Evidentno je da postoje značajne razlike među nacionalnim grupama (Filipini sa najnižom verovatnoćom i Albanija, Rumunija, Makedonija, Moldavija i Maroko sa najvećom verovatnoćom) da neće imati nezadovoljene zdravstvene potrebe.
7.	Cavaliere, 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 zdravstvenom 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. Regionalno odlučivanje je uticalo na korišćenje zdravstvenih usluga, što dodatno povećavapostojeće geografske razlike u pristupu zdravstvenoj zaštiti.	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..
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 socijalnodemografskih karakteristika stanovništva i barijera koje seodnose 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 salekarima i lošije mentalno zdravlje povećavaju verovatnoću za nezadovoljene potrebe. Žene češće izveštavaju o barijerama koje seodnose na dostupnost i pristupačnost nego na	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.

		prihvatljivost zdravstvenih usluga. Obrazovni nivo je također povezan sa barijerama, više je nezadovoljenih potreba kod onih sa osnovnim i srednjim obrazovanjem.	
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	<p>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.</p> <p>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 može 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.</p>	U zaključku se ističe da razvedeni češće koriste zdravstvene usluge mentalnog zdravlja, češće zbog socijalnih ili emocionalnih problema. Oni također 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 healthcare needs. <i>Open Medicine</i> , 6(2), e48.	<p>Cilj studije je ispitivanje povezanosti sedam hroničnih stanja i percepcije nezadovoljenih zdravstvenih potreba.</p> <p>Rezultati pokazuju da su ispitanici sa poremećajem raspoloženja imali dvostruko 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.</p>	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	Cilj rada je procena nezadovoljenih zdravstvenih potreba kod mladih.	Zaključak: Ova studija pruža nova saznanja o nezadovoljenim potrebama kod mladih. Politike za podsticanje mladih za

	<p>needs? <i>Journal of Adolescent Health</i>, 49(5): 490-97.</p>	<p>Rezultati pokazuju da čak i sa univerzalnim obuhvatom zdravstvenom zaštitom, mladi češće prijavljuju nezadovoljene potrebe u poređenju sa onima u drugim 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.</p>	<p>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.</p>
12.	<p>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.</p>	<p>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 gledištima o pristupu zdravstvenoj zaštiti barijerama, kao i da ispita faktore rizika za slab pristup zdravstvenim uslugama.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p>
13.	<p>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.</p>	<p>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.</p> <p>Rezultati pokazuju da osobe koje izveštavaju da imaju nezadovoljene potrebe zbog čekanja više koriste usluge</p>	<p>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.</p>

		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 njija.	
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.	<p>Cilj istraživanja je da se proceni prevalencija i prediktori nezadovoljenih zdravstvenih potreba u prethodnoj godini za pet vrsta zdravstvenih usluga na nacionalnom nivou beskućnika, odraslih osoba u USA.</p> <p>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.</p>	U zaključku je navedeno da nacionalni uzorak odraslih beskućnika izveštava o značajnom broju nezadovoljenih zdravstvenih potreba za različite vidove zdravstvene zaštite. Širenje obuhvata osiguranjem bi povećalo dostupnost 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.	<p>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.</p> <p>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 prihodima i lošijim zdravstvenim stanjem imaju veći broj nezadovoljenih potreba.</p>	Zaključak: Važno je razloge nezadovoljenih potreba podeliti na one koji su relevantni za donosiocje političkih 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	Cilj studije je istražiti odnos između nezadovoljenih zdravstvenih potreba i različitih načina merenja korišćenja zdravstvene zaštite i identifikovati zdravstvene politike koje	Zaključak: Nezadovoljene potrebe mogu nastati zbog lošeg učinka sistema, ali takođe mogu nastati zbog velikih i

	<p>for health care and health care utilization. <i>Hamilton, Ontario, Canada: McMaster Research Data Centre Research Paper, 23.</i></p>	<p>su dovele do slabih performansi zdravstvenog sistema. Nije samo sistem odgovoran za porast nezadovoljenih potreba.</p> <p>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 sistema 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 njihove procenjene potrebe.</p>	<p>neopravdanih očekivanja pacijenata od zdravstvenog sistema.</p>
17.	<p>Pagan J, Pauly M (2006). Community-Level Uninsurance and the Unmet Medical Needs of Insured and Uninsured Adults. <i>Health Services Research 41(3):788-803.</i></p>	<p>Cilj rada je da istraži odnos između stope neosiguranja na lokalnom nivou i samoprocenjenih nezadovoljenih potreba kod osiguranih osoba.</p> <p>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.</p>	<p>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..</p>
18.	<p>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.</p>	<p>Cilj izveštaja je komparativna analiza nezadovoljenih potreba u 26 zemalja iz EUSILC. Takođe je izvršena procena horizontalne nejednakosti u pristupu zdravstvenoj zaštiti.</p> <p>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</p>	<p>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.</p>

		prepreke za pristup imati negativne posledice po zdravlje siromašnih sa hroničnom bolestima.	
19.	Shi, L., Stevens, G. D (2005). Vulnerability and unmet health care needs. <i>Journal of General Internal Medicine</i> , 20(2): 148-54.	<p>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.</p> <p>Rezultati pokazuju da je većina ispitanika izjavilo da imaju nezadovoljene potrebe za zdravstvenom 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</p>	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.	<p>Cilj rada je da se poredi da li se nezadovoljene zdravstvene potrebe razlikuju kod imigranata i stanovnika Kanade.</p> <p>Rezultati pokazuju da nema razlika u nezadovoljenim potrebama između ove dve populacione grupe. Razlike su pronađene u tome što su imigranti navodili da je zdravstvena zaštita nekorektna, nisu znali gde da je koriste jer nisu bili obavešteni i imali su probleme zbog nedovoljnog znanja jezika.</p>	Zaključak: Kanadski sistem zdravstvene zaštite obezbeđuje dovoljno zdravstvene zaštite imigrantima. 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 Fiduciariry Trust in a Physician Matter. <i>Health Service Research</i> 40(6):1898-917.	<p>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.</p> <p>Rezultati pokazuju da je bezrezervno poverenje pacijenata u lekare negativno povezano sa verovatnoćom odlaganja korišćenja zdravstvene zaštite i izveštavanja o nezadovoljenim potrebama. Među Afro-Amerikancima i Hispano-Amerikancima, siromašnim i neosiguranim osobama, poverenje u lekare nije značajno povezano sa verovatnoćom odlaganja korišćenja usluga. Kada su u pitanju nezadovoljene</p>	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.

		potrebe, samo kod neosiguranih poverenje nije značajno povezano sa izveštavanjem o njima.	
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)	<p>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.</p> <p>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.</p>	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-	<p>Cilj rada je da se procene nezadovoljene potrebe pacijenata sa koronarnom bolešću srca.</p> <p>Rezultati pokazuju da su pacijenti sa kardiovaskularnim oboljenjima najčešće izveštavali o teškoćama da dođu do zdravstvene ustanove, problemima sa transportom i sa obezbeđivanjem pratioaca tokom transporta.</p>	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.	<p>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</p> <p>Rezultati pokazuju da je u 1998/99 oko 7% Kanađana 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</p>	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.

		značajno povezane sa socijalnoekonomskim statusom ispitanika.	
25.	Sanmartin, C (2002). Changes in unmet health care needs. <i>Health Reports</i> 13(3):15-21.	<p>Cilj ovog rada je da ispita novije trendove u samoprocenjenim nezadovoljenim potrebama u domaćinstvima Kanade među osobama starijim od 12 godina i daponudi objašnjenje za uzroke ovakvog stanja.</p> <p>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 zdravstvenih potreba. Duge liste čekanja su osnovni razlog koje ispitanici navode za ovakvo stanje.</p>	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
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.	<p>Cilj rada je da se ispitaju etničke razlike u nezadovoljenim zdravstvenim potrebama kod osoba sa problemima mentalnog zdravlja.</p> <p>Rezultati ovog istraživanja pokazuju da skoro 80% dece u stanju zdravstvene potrebe nije dobilo usluge službi za mentalno zdravlje. Učestalost nezadovoljenih potreba je bila veća kod Latino-američke dece i kod neosigurane dece.</p>	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.	<p>Cilj rada je procena nezadovoljenih potreba neosiguranih odraslih osoba kako bi bili predloženi načini da im se poveća pristupačnost zdravstvene zaštite.</p> <p>Rezultati ovog 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,</p>	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.

		kardiovaskularnih rizika i rizika za dijabetes, posebno kod dugotrajno neosiguranih osoba.	
28	Al-Haboubi, M., Klass, C., Jones, K., Bernabé, E., & Gallagher, J. E. (2013). Inequalities in the use of dental services among adults in inner South East London. <i>European Journal of Oral Sciences, 121</i> (3 Pt 1), 176-181.	<p>Cilj rada je istraživanje nejednakosti u korišćenju stomatoloških usluga, zadovoljstvo i stavove za poboljšanje usluga među socijalno ugroženom, etnički raznovrsnom odraslom populacijom građana Londona.</p> <p>Rezultati pokazuju da je 69% ispitanika posetilo stomatologa u poslednjih 24 meseca sa nejednakostima prema društvenom statusu, etničkoj pripadnosti, polu i starosti, ali ne i prema prebivalištu, 90% ispitanika je zadovoljno kvalitetom zdravstvene zaštite</p>	Zaključak istraživanja pokazuje da postoje nejednakosti u korišćenju i zadovoljstvu stomatološkim uslugama, prema socijalno demografskim faktorima. Područja koja su identifikovana za poboljšanje usluga bila su dostupnost i pristupačnost stomatologa.
29	Kim, N., Kim, C. and Shin, H. (2017). Inequality in unmet dental care needs among South Korean adults. <i>BMC Oral Health, 17</i> (1).	<p>Cilj ove studije je bio da istraži nejednakosti u nezadovoljenim stomatološkim potrebama i da istraži uticaj socijalnoekonomskih faktora na nastajanje nezadovoljenih stomatoloških potreba među odraslim stanovništvom u Južnoj Koreji.</p> <p>Rezultati 43,9% ispitanika je imalo nezadovoljene stomatološke potrebe, najčešće zbog finansijskih poteškoća. Nejednakosti u nezadovoljenim potrebama su povezane sa visinom dohotka, normativnim potrebama lečenja i sa samoprocenjenim oralnim zdravstvenim statusom.</p>	Zaključak istraživanja pokazuje da je potrebno poboljšati javnozdravstvene politike, dostupnost zdravstvenih usluga ranjivim populacionim grupama i proširiti opseg dentalnog osiguranja kako bi se smanjio uticaj finansijskog opterećenja zbog korišćenja zdravstvene zaštite.
30	Molarius, A., Engström, S., Flink, H., Simonsson, B. and Tegelberg, Å. (2014). Socioeconomic differences in self-rated oral health and dental care utilisation after the dental care reform in 2008 in Sweden. <i>BMC Oral Health, 14</i> (1).	<p>Cilj studije je bio da istražiti socijalne nejednakosti u samoproceni oralnog zdravlja kod odraslih ispitanika starosti od 16 do 84 godina nakon reforme švedske stomatološke službe 2008. godine.</p> <p>Rezultati ove studije pokazuju da je loše oralno zdravlje najčešće među nezaposlenima, penzionerima i onim sa invaliditetom i osobama koje su na dugotrajnom bolovanju. Najvažniji razlog nezadovoljenih stomatoloških potreba je bilo suzdržavanje od stomatološkog lečenja zbog finansijskih razloga.</p>	Zaključak ovog istraživanja pokazuje da su uprkos reformi švedskog stomatološkog sistema pronađene velike socijalno ekonomske nejednakosti u samoproceni oralnog zdravlja. Važan faktor javno zdravstvenih politika treba da bude pravedan pristup stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti.

31	Geyer, S., Schneller, T. and Micheelis, W. (2010). Social gradients and cumulative effects of income and education on dental health in the Fourth German Oral Health Study. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 38(2).	<p>Cilj studije je da ispita uticaj različitih nivoa dohotka i obrazovanja na oralno zdravlje ispitanika</p> <p>Rezultati ove studije pokazuju da je socijalni gradijent prisutan i da utiče na oralno zdravlje ispitanika. Na oralno zdravlje takođe utiče kumulativni efekat najnižeg obrazovanja i najnižeg dohotka</p>	<p>Zaključak ovog istraživanja je da obrazovanje i dohodak utičuna nejednakosti u oralnom zdravlju, nezavisno jedan od drugog i kumulativno, a u isto vreme su umereno povezani.</p>
32	Calzón Fernández, S., Fernández Ajuria, A., Martín, J. and Murphy, M. (2015). The impact of the economic crisis on unmet dental care needs in Spain. Journal of Epidemiology and Community Health, 69(9), pp.880-885.	<p>Cilj studije je bio da analizira uticaj svetske ekonomske krize i rastuće socijalnoekonomske nejednakosti na nezadovoljene potrebe za stomatološkom zdravstvenom zaštitom u Španiji.</p> <p>Rezultati istraživanja pokazuju da su nezadovoljene stomatološke potrebe tokom ekonomske krize porasle i da su bile u korelaciji sa nezaposlenošću i sa niskim dohotkom.</p>	<p>U zaključku ovog istraživanja se navodi da je došlo do povećanja nezadovoljenih potreba za stomatološkom zdravstvenom zaštitom tokom ekonomske krize. Najranjiviji deo populacije su oni sa manjom kupovnom moći i nezaposleni.</p>
33	Chae, S., Lee, Y., Kim, J., Chun, K. and Lee, J. (2017). Factors associated with perceived unmet dental care needs of older adults. Geriatrics & Gerontology International.	<p>Cilj istraživanja je da se ispituju faktori koji su povezani sa s nezadovoljenim potrebama za stomatološkom zdravstvenom zaštitom u populaciji starijih osoba koje žive u zajednici.</p> <p>Rezultati istraživanja su pokazala da su starost, dohodak, teškoće u žvakanju i postojanje karijesa, faktori koji su bili povezani sa nezadovoljenim potrebama. Veću verovatnoću doživljavanja nezadovoljenih potreba su imali ispitanici uzrasta 65-69 godina. Niži dohodak porodice bio je povezan s većom verovatnoćom izražavanja nezadovoljenih potreba.</p>	<p>U zaključku ovog istraživanja stoji da su nezadovoljene potrebe za stomatološkom zdravstvenom zaštitom veće u grupi starijih ispitanika koja živi u lošijim socijalnoekonomskim uslovima i koja ima oštećeno oralno zdravlje.</p>
34	Rodrigues, R., Zolyomi, E., Kalavrezou, N., & Matsaganis, M. (2013). The impact of the Financial Crisis on Unmet Needs for Healthcare: Research Note 7/2013. European Commission.	<p>Cilj istraživanja je bio da analizira trend nezadovoljenih zdravstvenih potreba pre i posle svetske ekonomske krize, da identifikuje ranjive grupe građana i da istraži u kom stepenu je došlo do povećanja nezadovoljenih potreba zbog ugrožene dostupnosti i prihvatljivosti zdravstvene zaštite.</p> <p>Rezultati istraživanja pokazuju da su zemlje koje su najviše pogođene finansijskom krizom u Evropi uvele niz mera štednje u svojim zdravstvenim sistemima pa su troškove prebacile na privatna lica, bilo kroz povećanu naknadu za korišćenje usluga ili kroz veće troškove za lekove. To je dovelo do značajnog povećanja nezadovoljenih potreba za</p>	<p>U zaključku ovog istraživanja se navodi da su se nezadovoljene potrebe tokom ekonomske krize povećale. To povećanje je bilo manje ozbiljno za one ispitanike koji su u prethodnom istraživanju izveštavali o većim nezadovoljenim potrebama od prosečnih. Zbog dugoročnih negativnih efekata ekonomske krize na pristup zdravstvenoj zaštiti potrebno je praćenje efekata na zdravlje stanovnika.</p>

		celu populaciju naročito u Grčkoj i Litvaniji. U drugim evropskim zemljama ugrožena je bila dostupnost i pristupačnost zdravstvene zaštite pogotovu u grupi ispitanika koji nemaju zdravstveno osiguranje. Kao ranjive populacione grupe identifikovani su nezaposleni, emigranti i neaktivna populacija.	
--	--	---	--

АНКЕТА О ПРИХОДИМА И УСЛОВИМА ЖИВОТА

УПИТНИК ЗА ЛИЦЕ

ИНФОРМАЦИОНИ ПАНЕЛ ЗА ЛИЦЕ			
Проверите да ли лице има 15 или више година!			
ИД1.	Редни број домаћинства у узорку: _ _ _ _ _	ИД2.	Матични број општине: _ _ _ _ _ _ _
ИД3.	Редни број пописног круга у општини: _ _ _ _ _	ИД4.	Датум анкетања: _ _ _ _ _ _ _ (дан) (месец) (година)
ИД5.	Име и презиме лица за које се попуњава упитник: _____		
	Редни број лица из ХЛ1: _ _		
ИД6.	Име анкетара: _____ Шифра анкетара: _ _ _ _ _	ИД7.	Име вође тима: _____ Шифра вође тима: _ _ _ _ _
ИД8.	Име контролора: _____	Шифра контролора: _ _ _ _ _	

ИД9.	Упишите време почетка анкетања: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ (сати) (минути)
------	---

Након што попуните упитник за ово лице, унесите следеће информације				
ИД10.	На који начин су добијени подаци о овом лицу?	Директним анкетањем лица	1	1 ⇒ ИД12
		Друго лице из домаћинства је дало информације	2	
ИД11.	Редни број лица из ХЛ1 које је дало информације:	_		
ИД12.	Пол и старост лица за које се попуњава упитник:	Мушки	1	
		Женски	2	
		Старост (уписати)..... _ _		

--	--	--	--

ЕКОНОМСКА АКТИВНОСТ

Уколико лице за које се попуњава упитник има више послова којима се бави, оно мора само да одлучи који је његов главни посао. **Главни посао** може бити посао који лице обавља у фирми где му је радна књижица, затим на којем проводи највише времена или на којем остварује највећу зараду или профит. Лице које је током референтне седмице променило посао треба као свој главни посао да сматра посао који је имало крајем референтне седмице.

ДЕО 1. ЗАПОСЛЕНОСТ И НЕЗАПОСЛЕНОСТ				
Л1.1	Да ли сте <u>током претходне седмице</u> обављали било какав посао за плату или профит (у готовини, роби или услугама), у трајању од најмање једног сата, код послодавца, самостално или на пољопривредном имању, чак и ако није остварен приход или ништа није произведено?	Да.....	1	1 ⇔ Л2.1
		Не.....	2	
Л1.2	Да ли сте <u>током претходне седмице</u> радили на покретању властитог бизниса, производне, услужне или пољопривредне делатности од које би ваше домаћинство остварило приход (у готовини, роби или услугама) или сте градили кућу за продају или издавање?	Да.....	1	1 ⇔ Л2.1
		Не.....	2	
Л1.3	Да ли сте <u>током претходне седмице</u> обављали неки неплаћени посао код члана вашег домаћинства који је власник пољопривредног имања на коме остварује плату или профит?	Да.....	1	1 ⇔ Л2.1
		Не.....	2	
Л1.4	Да ли сте <u>током претходне седмице</u> били ангажовани на свом или туђем пољопривредном имању, бавили се ловом и риболовом, сакупљањем пужева, печурака, биљака, дрва за огрев и слично?	Да.....	1	
		Не.....	2	2 ⇔ Л1.6
Л1.5	Да ли се наведени производи барем делимично продају?	Да, продају се	1	⇔ Л2.1
		Не, у потпуности се троше у домаћинству	2	
Л1.6	Да ли имате властити бизнис, пољопривредно имање или приватно обављате професију са које сте били одсутни <u>током целе претходне седмице</u> и на коју намерава да се вратите?	Да.....	1	1 ⇔ Л1.12
		Не.....	2	
Л1.7	Да ли имате неки посао на којем примате плату а са којег сте били одсутни <u>током целе претходне седмице</u> ?	Да.....	1	
		Не.....	2	2 ⇔ Л1.9
Л1.8	Да ли постоји гаранција/сигурност да се можете вратити на посао након истека одсуства (имате уговор или договор у вези с тим послом)?	Да.....	1	1 ⇔ Л1.12
		Не.....	2	
Л1.9	Да ли имате било какав неплаћени посао код члана вашег домаћинства, са ког сте били одсутни <u>током целе претходне седмице</u> ?	Да.....	1	
		Не.....	2	2 ⇔ Л1.11
Л1.10	Да ли ће члан домаћинства код којег радите прихватити ваш повратак на посао?	Да.....	1	1 ⇔ Л1.12
		Не.....	2	
		Одсуство или привремени прекид радног уговора на иницијативу послодавца	1	

Л1.11	Зашто нисте радили <u>током претходне седмице</u> ?	Добровољно одслужење војног рока	2	2 ⇒ Л3.1
		Сезонска пауза на сезонском послу	3	
		Остали разлози (нису имали посао и слично)	4	4 ⇒ Л3.1

	у прошлом месецу?	Лице је било запослено у прошлом месецу, али није примило плату	00	00 ⇒ Л2. 9
--	-------------------	--	----	-----------------------------

Л2.8	Можете ли да процените у ком је интервалу била ваша нето зарада у прошлом месецу:	До 20 000 динара	1	
		20 001 – 25 000	2	
		25 001 – 35 000	3	
		35 001 – 45 000	4	
		45 001 – 60 000	5	
		60 001 – 80 000	6	
		80 001 – 100 000	7	
		100 001 – 150 000	8	
		150 001 – 200 000	9	
		200 001 динар и више	10	
	<i>Одбија да одговори</i>	99		
Л2.9	Број лица која раде с вама (укључујући и вас) у локалној јединици:	Тачан број од 1 до 10		
		Од 11 до 19	11	
		Од 20 до 49	12	
		50 или више	13	
		Не зна тачно, али мање од 11	14	
		Не зна тачно, али више од 10	15	
Л2.10	Колико сати током <u>седмице</u> обично радите на главном послу? <i>Уписати 00 уколико лице не може да одреди уобичајени број радних сати</i>	Сати		
Л2.11	Да ли сте током <u>претходних 12 месеци</u> мењали посао?	Да.....	1	2 ⇔ Л2.13
		Не.....	2	
Л2.12	Главни разлог због којег сте напустили претходни посао:	Нашао је или тражи бољи посао	1	
		Истекао му је уговор	2	
		Био је принуђен од стране послодавца (банкрот, смањење броја запослених, отказ и сл.)	3	
		Услед затварања приватног посла	4	
		Нега детета и слично	5	
		Преселио се због породичних разлога	6	
		Други разлози	7	
Л2.13	Да ли сте током <u>претходне седмице</u> , поред главног посла, обављали додатне плаћене послове?	Да.....	1	2 ⇔ Л2.15
		Не.....	2	
Л2.14	Колико просечно сати недељно радите на том додатном послу / тим додатним пословима? <i>Уписати 00 уколико лице не може да одреди уобичајени број радних сати</i>	Сати		
Л2.15	ЗА АНКЕТАРА: Уколико је збир сати код питања Л2.10 и Л2.14 мањи од 36, означите 1. У супротном, означите 2.	Мање од 36 сати	1	2 ⇔ Л3.11
		36 сати и више	2	
Л2.16	Главни разлог због којег сте радили мање од 36 сати:	Школовање или обука	1	⇔ Л3.11
		Болест или неспособност	2	
		Немогућност да нађе посао са дужим радним временом	3	
		Не жели да ради дуже	4	
		То је пуно радно време	5	
		Породични или лични разлози	6	

		Други разлози	7	
--	--	---------------	---	--

ЛЗ.8	надгледали рад барем једног радника (искључујући приправнике)?	Не.....	2	
------	--	---------	---	--

ЛЗ.9	Да ли сте тај посао обављали:	На неодређено време	1
		На одређено време	2
		Сезонски	3
		Повремено	4
ЛЗ.10	Које је ваше занимање на последњем послу ? <i>Полуњава статистика</i>	_____	
ЛЗ.11	Колико сте година имали када сте први пут почели да радите на послу који је трајао најмање шест месеци? <i>Најмањи број година 8, а највећи 65</i>	Година.....	
ЛЗ.12	Колико сте година укупно радили на свим плаћеним пословима (у готовини, роби или услугама)?	Година.....	
ЛЗ.13	Који је, по вашем мишљењу, ваш садашњи главни статус?	Запослени радник са пуним радним временом	1
		Запослени радник са непуним радним временом	2
		Самозапослени са пуним радним временом укључујући и/или неплаћеног помажућег члана у породичном послу	3
		Самозапослени са непуним радним временом, укључујући и неплаћеног помажућег члана у породичном послу	4
		Незапослено лице	5
		Ученик/студент, постдипломац, лице на обавезној неплаћеној пракси	6
		Пензионер	7
		Лице са трајним инвалидитетом које не ради	8
		Лице које обавља кућне послове у свом домаћинству	9
		Друго неактивно лице	10
ЛЗ.14	До какве је промене дошло у вашем професионалном статусу <u>током претходних 12 месеци</u> ? Молимо вас да наведете последњу промену у професионалном статусу.	Запослен → незапослен	1
		Запослен → пензионер	2
		Запослен → неактиван	3
		Незапослен → запослен	4
		Незапослен → пензионер	5
		Незапослен → неактиван	6
		Пензионер → запослен	7
		Пензионер → незапослен	8
		Пензионер → неактиван	9
		Неактиван → запослен	10
		Неактиван → незапослен	11
		Неактиван → пензионер	12
		Није било промене	13

ДЕО 4. ЕКОНОМСКА АКТИВНОСТ У 2012. ГОДИНИ											
Који је, по вашем мишљењу, био ваш главни статус у 2012. години, по месецима?											
Л4.1	Месец	Запослен радник		Самозапослен, укључујући неплаћеног помажућег члана домаћинства		Незапослен	Студент/ученик	Пензионер	Трајно онеспособљен	Лице које обавља кућне послове	Друго неактивно лице
		пуно радно време	скраћено радно време	пуно радно време	скраћено радно време						
	Јануар	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Фебруар	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Март	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Април	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Мај	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Јун	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Јул	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Август	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Септембар	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Октобар	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Новембар	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Децембар	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ЗА АНКЕТАРА: Обратите посебну пажњу па питање Л4.1. Ако је лице макар током једног месеца било запослен радник (пуно или скраћено време), поставити питање Л5.1. У супротном, пређите на питање Л6.1.											
ПРИМАЊА У 2012. ГОДИНИ											
Овај део упитника односи се на примања у претходној календарској години. Добијене информације биће веома значајне за читаво истраживање с обзиром на то да се оне користе у анализи сиромаштва и неједнакости у Републици Србији. Молимо вас да на ова питања одговорите што је могуће искреније. Подсећамо да ће ваши одговори бити третирани као службена тајна.											
ДЕО 5. ПРИМАЊА ЗАПОСЛЕНИХ РАДНИКА КОД ПОСЛОДАВЦА У 2012. ГОДИНИ											
Л5.1	Да ли сте као запослени радник код послодавца имали примања у виду плате у 2012. години?		Да.....	1	2 ⇒ Л6.1						
			Не.....	2							
Л5.2	Како би вам било најлакше да изразите укупан износ ваших примања?		Као просечан месечни износ у 2012. години	1	2 ⇒ Л5.4 99 ⇒ Л5.5						
			Као укупан годишњи износ у 2012. години	2							
			Одбија да да податке о примањима	99							
Л5.3	Наведите просечан месечни НЕТО износ ваших примања у 2012. години и број месеци током којих сте имали ова примања?		Динара.....	99 ⇒ Л5.5 ⇒ Л5.6							
			Не зна / одбија да одговори.....		99						
			Број месеци.....								

Л5.4	Наведите укупан годишњи НЕТО износ ваших примања у 2012. години и број месеци током којих сте имали ова примања?	Динара..... _ _ _ _ _ _ _	99 ⇒ Л5.5
		Не зна / одбија да одговори..... 99	
		Број месеци..... _ _	⇒ Л5.6

Л5.5	Можете ли да процените у ком су интервалу била ваша просечна месечна НЕТО примања у 2012. години и број месеци током којих сте имали ова примања?	До 20 000 динара	1		
		20 001 – 25 000	2		
		25 001 – 35 000	3		
		35 001 – 45 000	4		
		45 001 – 60 000	5		
		60 001 – 80 000	6		
		80 001 – 100 000	7		
		100 001 – 150 000	8		
		150 001 – 200 000	9		
		200 001 динар и више	10		
		Одбија да одговори	99		
Број месеци.....					
Л5.6	Да ли сте осим плате имали и нека од наведених додатних НОВЧАНИХ примања у 2012. години:	<i>Заокружити ДА или НЕ у зависности од одговора испитаника</i>		Да	Не
		1	Новчана надокнада за прековремени рад	1	2
		2	Део дневница са пута који није потрошен и остао му је као додатна зарада	1	2
		3	Новчана надокнада у виду годишњег бонуса	1	2
		4	Новчана надокнада добијена приликом расподеле профита	1	2
		5	Провизија	1	2
		6	Бакшиш	1	2
		7	Регрес	1	2
		8	Топли оброк, као додатак на плату	1	2
		9	Накнада за превоз	1	2
		10	Друга додатна новчана надокнада (тринаеста плата и слично)	1	2
ЗА АНКЕТАРА: Уколико је код сваке понуђене опције заокружена шифра „2“, прећи на питање Л5.9.					
Л5.7	Да ли сте ова додатна новчана примања већ укључили у износ ваших НЕТО примања у 2012. години?	Да.....	1	1 ⇔ Л5.9	
		Не.....	2		
Л5.8	Колика је укупна вредност додатних новчаних примања која НИСТЕ УКЉУЧИЛИ у износ ваших НЕТО примања у 2012. години?	Динара.....	Не зна / одбија да одговори..... 99		
Л5.9	Да ли вам је послодавац уплаћивао порезе и доприносе у 2012. години?	Да, редовно	1	3 ⇔ Л5.11 99 ⇔ Л5.11 1	
		Да, нередовно	2		
		Не	3		
		Не зна	99		
Л5.10	Колики је износ зараде на коју сте били пријављени ПРОСЕЧНО МЕСЕЧНО у 2012. години?	Динара.....	Не зна / одбија да одговори..... 99		
Л5.11	Да ли сте у 2012. години на располагању имали службено возило које сте користили и у приватне сврхе?	Да.....	1	2 ⇔ Л5.13	
		Не.....	2		

Л5.12	Колико сте месеци у 2012. години имали на располагању службено возило у приватне сврхе?	Број месеци..... _ _	
-------	---	----------------------	--

Л5.13	Да ли сте у 2012. години користили сопствено возило у пословне сврхе?	Да.....	1	
		Не.....	2	2 ⇨ Л5.18
Л5.14	Да ли сте у 2012. години од послодавца добијали новчану накнаду за коришћење сопственог возила у пословне сврхе? <i>Уписати укупну вредност ових примања</i>	Да.....	1	
		Динара..... _ _ _ _ _ _ _ _ _		
		Број месеци..... _ _		
		Не.....	2	2 ⇨ Л5.18
Л5.15	Да ли је сва новчана надокнада за коришћење сопственог возила искоришћена у пословне сврхе?	Да.....	1	1 ⇨ Л5.17
		Не.....	2	
Л5.16	Колики је проценат искоришћен у пословне сврхе?	Процент..... _ %		
Л5.17	Да ли сте ову новчану надокнаду већ укључили у износ ваших НЕТО примања у 2012. години?	Да.....	1	
		Не.....	2	
Л5.18	Да ли сте у 2012. години од свог послодавца добили нешто бесплатно или по нижој цени што сте користили у приватне сврхе (гориво, трошкови мобилног телефона, трошкови становања и слично)?	Да.....	1	
		Не.....	2	2 ⇨ Л6.1
Л5.19	Наведите годишњу вредност ових давања од стране послодавца коришћених за приватне сврхе:	Динара..... _ _ _ _ _ _ _ _ _		
ДЕО 6. ПРИМАЊА САМОЗАПОСЛЕНИХ ЛИЦА У 2012. ГОДИНИ				
Л6.1	Да ли сте у 2012. години били предузетник или ортак у ортак кој предузетничкој радњи (СТР, СЗР, СУР, адвокатска канцеларија, ординација и слично)?	Да.....	1	
		Не.....	2	2 ⇨ Л6.11
Л6.2	Да ли сте у 2012. години у овом својству остварили примања у виду плате?	Да.....	1	
		Не.....	2	2 ⇨ Л6.11
Л6.3	Како би вам било најлакше да изразите укупан износ ваших примања?	Као просечан месечни износ у 2012. години	1	
		Као укупан годишњи износ у 2012. години	2	2 ⇨ Л6.5
		Одбија да да податке о примањима	99	99 ⇨ Л6.6
Л6.4	Наведите просечан месечни НЕТО износ ваших примања у 2012. години и број месеци током којих сте имали ова примања?	Динара..... _ _ _ _ _ _ _ _ _		
		Не зна / одбија да одговори	99	99 ⇨ Л6.6
		Број месеци..... _ _		⇨ Л6.7

Л6.5	Наведите укупан годишњи НЕТО износ ваших примања у <u>2012.</u> години и број месеци током којих сте имали ова примања?	Динара..... _ _ _ _ _ _ _ _ _	99 ⇒ Л6.6
		Не зна / одбија да одговори99	
		Број месеци..... _	⇒ Л6.7

ЗА АНКЕТАРА: Уколико је код питања Л5.1 заокружена шифра 1 или је код сва три питања: Л6.1, Л6.11 и Л6.13, заокружена шифра „2“, прећи на питање Л6.17. У супротном, наставити са питањем Л6.15.					
Л6.15	Да ли сте у 2012. години користили службено возило у приватне сврхе?	Да.....	1		
		Не.....	2	2 ⇒ Л6.17	
Л6.16	Колико сте месеци користили службени аутомобил у приватне сврхе?	Број месеци..... _			
Л6.17	Да ли сте у 2012. години остварили зараду на основу неког од следећих облика samozапослености: <i>Уколико је више чланова домаћинства учествовало у неким од доле наведених активности, замолисте испитаника да профит подели сразмерно учешћу појединца у активности.</i>	Да	<i>Уколико је одговор ДА, уписати износ у динарима</i>		Не
	1 Помоћ другим домаћинствима (чување деце, помоћ у кући, чување старих лица, помоћ на фармама и сл.)	1	_ _ _ _ _ _ _	2	
	2 Продаја занатских производа које сте сами произвели (рукотворине, сувенири, џемпери и сл.), као и зарада од бављења неким другим хобијима (узгајање кунића и зечева, голубова, лов и риболов и сл.)	1	_ _ _ _ _ _ _	2	
	3 Препродаја купљене робе	1	_ _ _ _ _ _ _	2	
	4 Пружање услуга (фризерске услуге, држање приватних часова, услуге транспорта, занатске услуге и сл.)	1	_ _ _ _ _ _ _	2	
	5 Друго (посредовање у финансијским трансакцијама и сл.)	1	_ _ _ _ _ _ _	2	
Л6.18	Да ли сте у 2012. години плаћали доприносе социјалног осигурања?	Да, и пензионо и здравствено осигурање	1		
		Да, само пензионо осигурање	2		
		Да, само здравствено осигурање	3		
		Не, није уплаћивао	4	4 ⇒ Л7.1	
Л6.19	Колико сте просечно месечно плаћали социјалне доприносе?	Динара..... _ _ _ _ _ _ _ Не зна..... 99			
ДЕО 7.	ПЕНЗИЈЕ И СОЦИЈАЛНА ДАВАЊА У 2012. ГОДИНИ				
Л7.1	Да ли сте у 2012. години имали неку од наведених пензија:	Да	<i>Месечни просек</i>	<i>Број месеци</i>	Не
	1 Старосна пензија	1	_ _ _ _ _ _ _	_ _	2
	2 Инвалидска пензија	1	_ _ _ _ _ _ _	_ _	2
	3 Породична пензија (на име испитаника)	1	_ _ _ _ _ _ _	_ _	2
	4 Пољопривредна пензија	1	_ _ _ _ _ _ _	_ _	2
	5 Пензија из приватног пензионог осигурања	1	_ _ _ _ _ _ _	_ _	2

	6	Пензија из иностранства	1			2	
	7	Примања војних инвалида и цивилних жртава рата	1			2	
	8	Друго (тринаеста пензија и сл.)	1			2	

Да ли сте у 2012. години примили неку од следећих накнада односно помоћи:		Да	Месечни просек	Број месеци	Не
Л7.2	1 Новчана накнада због привремене онеспособљености за рад (боловање)	1			2
	2 Накнада за незапосленост	1			2
	3 Накнада или додатак за помоћ и негу другог лица / увећани додатак за помоћ и негу другог лица	1			2
	4 Отпремнина за престанак радног односа (без регуларне отпремнине при одласку у пензију)	1			2
	5 Регуларна отпремнина при одласку у пензију	1			2
	6 Накнада за трудничко и породичко одсуство	1			2
	7 Помоћ за расељена лица са КиМ	1			2
	8 Накнада за хранитељство	1			2
	9 Помоћ у вези са образовањем	1			2
ДЕО 8. ПОРЕЗИ И ДОПРИНОСИ СОЦИЈАЛНОГ ОСИГУРАЊА У 2012. ГОДИНИ					
Л8.1	Да ли сте у 2012. години уплаћивали доприносе у приватни пензиони фонд?	Да.....			1
		Не.....			2
Л8.2	Колико сте укупно уплатили у приватни пензиони фонд?	Динара..... _ _ _ _ _ _ _			
ДЕО 9. ОСТАЛА ПРИМАЊА У 2012. ГОДИНИ					
Л9.1	Да ли сте у 2012. години имали још нека примања (у новцу и/или натури) која до сада нису наведена?	Да.....			1
		Не.....			2
	ЗА АНКЕТАРА: Уколико је испитаник имао оваква примања, замолиите га да наведе шта је добио (у новцу и/или натури) и упишите одговарајући износ, односно вредност тих добара/услуга.				
	1	_____	Динара..... _ _ _ _ _ _ _		
2	_____	Динара..... _ _ _ _ _ _ _			
3	_____	Динара..... _ _ _ _ _ _ _			

КВАЛИТЕТ ЖИВОТА

ДЕО 10. ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ					
Л10.1	Какво је ваше здравствено стање?	Веома добро	1		
		Добро	2		
		Солидно	3		
		Лоше	4		
		Веома лоше	5		
Л10.2	Да ли болујете од хроничних болести?	Да.....	1		
		Не.....	2		
Л10.3	Да ли сте били спречени да обављате уобичајене активности из здравствених разлога најмање током последњих шест месеци?	Да, доста спречен	1		
		Да, спречен	2		
		Не, није био спречен	3		
Л10.4	Да ли имате потешкоћа у обављању неких од следећих активности:	<i>Одговорити са ДА или НЕ на сваку од понуђених алтернатива:</i>		Да	Не
		1	Храњење, облачење, купање, кретање унутар стана	1	2
		2	Припрема хране, самосталан излазак из стана због куповине/набавке/посете лекару и сл.	1	2
		3	Рад на послу или присуствовање часовима/настави	1	2
		4	Учествовање у другим активностима и социјалним контактима, нпр. слободним активностима и сл.	1	2
Л10.5	Да ли имате трајни инвалидитет?	Да.....	1		
		Не.....	2	⇒ Л10.8	
Л10.6	Да ли имате неки од инвалидитета који вам је потврдила лекарска комисија ПИО?	Да.....	1		
		Не.....	2	⇒ Л10.8	
Л10.7	Колики вам је проценат инвалидитета одређен?	50–70%	1		
		71–90%	2		
		Преко 90%	3		
Л10.8	Да ли се у претходних 12 месеци догодило да нисте посетили лекара а требало је?	Да.....	1		
		Не.....	2	⇒ Л10.10	
Л10.9	Који је главни разлог због ког нисте посетили лекара?	Није могло да приушти (превише је скупо)	1		
		Постоји листа чекања	2		
		Није могло да нађе времена због посла, бриге о деци или другима	3		
		Предалеко је да би путовало / нема адекватног превоза	4		
		Страх од лекара/болнице/испитивања/лечења	5		
		Желело је да сачека и види да ли ће се стање поправити	6		

		Није знало ни за једног доброг лекара или специјалисту	7	
		Из других разлога	8	

Л10.10	Да ли се у претходних 12 месеци догодило да нисте посетили зубара а требало је?	Да.....	1	2 ⇒ Л11.1										
		Не.....	2											
Л10.11	Који је главни разлог због ког нисте посетили зубара?	Није могло да приушти (превише је скупо)	1											
		Постоји листа чекања	2											
		Није могло да нађе времена због посла, бриге о деци или другима	3											
		Предалеко је да би путовало / нема адекватног превоза	4											
		Страх од зубара/интервенције/лечења	5											
		Желело је да сачека и види да ли ће се стање поправити	6											
		Није знало ни за једног доброг зубара	7											
		Из других разлога	8											
ДЕО 11. УСЛОВИ ЖИВОТА														
Л11.1	Како оцењујете:	<i>Обележити одговор на скали од 0 до 10, где 0 представља „уопште нисам задовољан“, а 10 „у потпуности сам задовољан“.</i>											Не зна	
	1 Ваш тренутни начин живота	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	
	2 Финансијску ситуацију вашег домаћинства	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	
	3 Ваш смештај	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	
	4 Ваш тренутни посао	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	
	5 Време проведено у путу до посла/школе и назад	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	
	6 Време које вам је на располагању да радите ствари које волите	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	
	7 Ваш однос са рођацима, пријатељима, колегама са посла и сл.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	
	8 Рекреационе центре и зелене површине у околини у којој живите?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	
	9 Уређеност ваше околине (број продавница, биоскопа, позоришта, јавног превоза и сл.)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	
Л11.2	Све у свему, у којој мери сматрате да су ствари које радите у животу вредне труда?	<i>Обележити одговор на скали од 0 до 10, где 0 представља „није уопште вредно труда“, а 10 „у потпуности је вредно труда“.</i>											Не зна	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99	
Л11.3	Колико сте времена током претходне четири недеље били:	Све време	Већину времена	Неко време	Мало времена	Нисам се тако осећао	Не зна							
	1 Веома нервозни	1	2	3	4	5	9							
	2 Толико нерасположени да ништа није могло да вас орасположи	1	2	3	4	5	9							
	3 Мирни и сталожени	1	2	3	4	5	9							
	4 Потштени и депресивни	1	2	3	4	5	9							
	5 Срећни	1	2	3	4	5	9							

Л11.4	Да ли имате некога са киме можете да причате о својим личним проблемима?	Да.....	1	
		Не.....	2	
		Не зна.....	9	

	Да ли имате рођаке, пријатеље или комшије којима се можете обратити за помоћ уколико је потребно (моралну, финансијску, материјалну или неку другу помоћ)?	Да	1
Л11.5		Не.....	2
		Не зна.....	9
Л11.6	Да ли сматрате да се већини људи може веровати?	Обележити одговор на скали од 0 до 10, где 0 представља да уопште не верујете људима, а 10 да се већини људи може веровати.	
		Не зна	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	99
Л11.7	Колико се осећате безбедно у крају у којем живите?	Веома безбедно	1
		Углавном безбедно	2
		Не осећа се баш безбедно	3
		Нимало се не осећа безбедно	4
		Не зна	9
	Колико поверења имате у:	Обележити одговор на скали од 0 до 10, где 0 представља „немам поверења уопште“, а 10 представља „имам пуно поверење“.	
		Не зна	
Л11.8	1 Политички систем	Запажања вође тима	
	2 Правни систем	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	99
	3 Полицију	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	99
ДЕО 12.	МАТЕРИЈАЛНА УСКРАЋЕНОСТ		
	Да ли можете да приуштите:	Да	Не, не може да приушти
			Не, други разлози
Л12.1	1 Два пара обуће (укључујући један пар који је за све временске услове)	1	2
	2 Мењање изношене гардеробе новом	1	2
	3 Окупљање са пријатељима/породицом на пићу/ручку/вечери барем једном месечно	1	2
	4 Редовне активности у слободно време као што су бављење спортом, одлазак у биоскоп, на концерте итд.	1	2
	5 Трошење мање количине новца без обавезе да се консултујете	1	2
	6 Приступ интернету за личну употребу код куће (преко телефона, компјутера итд.)	1	2
Л12.2	Да ли користите јавни превоз?	Да	1
		Не – карта је превише скупа	2
		Не – станица је далеко	3
		Не – тежак је приступ	4
		Не – користи приватни превоз	5
		Не – други разлог	6
ИД13.	Упишите време завршетка анкетирања:	Својеручни потпис контролора	
		(сам) (минути)	

Запажања анкетара

Својеручни потпис анкетара

Prilog 3. Upitnik za domaćinstvo



СИЛК

Закон о званичној статистици
„Службени гласник РС”, број 104/2009

АНКЕТА О ПРИХОДИМА И УСЛОВИМА ЖИВОТА

УПИТНИК ЗА ДОМАЋИНСТВО

ИНФОРМАЦИОНИ ПАНЕЛ ЗА ДОМАЋИНСТВО			
ПД1.	Редни број домаћинства у узорку: <input type="text"/>	ПД2.	Матични број општине: <input type="text"/>
ПД3.	Редни број пописног круга у општини: <input type="text"/>	ПД4.	Датум анкетања: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (дан) (месец) (година)
ПД5.	Име анкетара: _____ Шифра анкетара: <input type="text"/>	ПД6.	Име вође тима: _____ Шифра вође тима: <input type="text"/>
ПД7.	Име контролора: _____	Шифра контролора: <input type="text"/>	
ПД8.	Упишите време почетка анкетања: <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> (сати) (минути)	
Након што попуните упитник за ово домаћинство, унесите следеће информације			
ПД9.	Име и презиме лица које је дало одговоре на питања из Упитника за домаћинство:	Редни број лица из ХЛ1: <input type="text"/>	
ПД10.	Име и презиме лица на које се води домаћинство: _____ _____	Редни број лица из ХЛ1: <input type="text"/>	

	(Улица и кућни број)	_____/_____ (Позивни број и број телефона)
ПД11.	Име и презиме власника, закупца или корисника стана:	Редни број лица из ХЛ1: _ _
ПД12.	Име и презиме другог власника, закупца или корисника стана:	Редни број лица из ХЛ1: _ _

МОДУЛ ХЛ		СПИСАК ЧЛАНОВА ДОМАЋИНСТВА															
ЗА СВЕ ЧЛАНОВЕ ДОМАЋИНСТВА																	
ХЛ1. Редни број	ХЛ2. Име и презиме члана домаћинства	ХЛ3. Пол 1 Мушки 2 Женски	ДАТУМ РОЂЕЊА ЛИЦА			ХЛ7. Навршене године живота (на дан 31.12.2012) <i>Уписати број пуних година. Ако особа има 95 година или више, уписати „95“.</i>	ХЛ8. <i>Да ли је лице старо 15 и више година?</i>		ХЛ9. Ко је отац/старатељ овог лица? <i>Уписати редни број оца/старатеља</i>	ХЛ10. Ко је мајка/старатељ овог лица? <i>Уписати редни број мајке/старатеља</i>	ХЛ11. Ко је супружник/партнер овог лица? <i>Уписати редни број партнера/супружника</i>	ХЛ12. Да ли је лице у време анкетирања:		ХЛ13. Колико месеци је лице живело у овом домаћинству током 2012? <i>Уписати број месеци</i>	ХЛ14. Да ли лице поседује оверену здравствену књижицу?		
			ХЛ4. Дан 98 (Не зна)	ХЛ5. Месећ 98 (Не зна)	ХЛ6. Година 9998 (Не зна)		1 присутно 2 привремено одсутно	П О				1 Да 2 Не					
Редни број	Име и презиме	М	Ж	Дан	Месећ	Година	Старост	Да	Не	Отац	Мајка	Супружник	П	О	Месеци	Да	Не
01		1	2					1	2				1	2		1	2
02		1	2					1	2				1	2		1	2
03		1	2					1	2				1	2		1	2
04		1	2					1	2				1	2		1	2
05		1	2					1	2				1	2		1	2
06		1	2					1	2				1	2		1	2
07		1	2					1	2				1	2		1	2
08		1	2					1	2				1	2		1	2
09		1	2					1	2				1	2		1	2

10		1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2

МОДУЛ ОП		ОПШТИ ПОДАЦИ											
ЗА СВЕ ЧЛАНОВЕ ДОМАЋИНСТВА						ЗА ЛИЦА СТАРА 15 И ВИШЕ ГОДИНА							
ОП1. Редни број	ОП2. Име <i>Преписати име из колоне ХЛ2</i>	ОП3. Старост <i>Преписати из колоне ХЛ7</i>	ОП4. Да ли лице тренутно похађа неку образовну установу? 1 Да 2 Не <i>У случају одговора „Не“, ако је лице млађе од 15 година, прећи на следећег члана. У супротном, прећи на ОП6.</i>		ОП5. Коју школу лице тренутно похађа? 1 Обданиште 2 Припремни предшколски програм (ППП) 3 I-IV разреда основне школе 4 V-VIII разреда основне школе 5 Средњу школу 6 Специјализацију после средње школе 7 Високо образовање 8 Докторске студије	ОП6. Стечени ниво образовања: 1 Без школе ⇒ ОП8. 2 IV разред основне школе 3 V-VII разред основне школе 4 Основна школа 5 Средња школа у трајању до 3 године 6 Четворогодишња средња школа 7 Специјализација после средње школе 8 Виша школа, први степен факултета 9 Високо образовање 10 Докторске студије	ОП7. Које године је лице стекло највиши степен образовања? <i>Упишите годину</i>	ОП8. Које је законско брачно стање лица? 1 Нежењен/неудата 2 Ожењен/удата 3 Удовац/удовица 4 Разведен/разведена	ОП9. Да ли лице живи у ванбрачној заједници? 1 Да 2 Не		ОП10. У којој држави је лице рођено? 1 У Републици Србији 2 У држави чланице ЕУ 3 У држави која није чланица ЕУ	ОП11. Чије држављанство има ово лице? 1 Републике Србије 2 Државе Чланице ЕУ 3 Државе која није чланица ЕУ 4 Без држављанства	ОП12. Тренутни статус лица 1 Запослен 2 Незапослен 3 Пензионер 4 Неактиван
Редни	Име	Старост	Да	Не	Похађање школе	Ниво образовања	Година	Брачно стање	Да	Не	Земља рођења	Држављанство	Статус
01		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10		<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

МОДУЛ БД БРИГА О ДЕЦИ

ЗА ДЕЦУ УЗРАСТА 0-11 ГОДИНА НА ДАН АНКЕТИРАЊА

БД1. Редни број <i>Преписати редни број детета из колоне ХЛ1 ако је у колони ХЛ7 старост 00-11</i>	БД2. Име <i>Преписати име детета из ХЛ2</i>	БД3. Старост детета на дан анкетања <i>Ако дете има 12 година, уписати 00 у свакој колони за питања БД4.-БД10.</i>	Колико је сати недељно дете обично проводило:						
			БД4. у јаслицама или обданишту	БД5. у припремном предшколском програму (ППП)	БД6. на настави у основној школи	БД7. у продуженом боравку пре или после наставе	БД8. у установи за дневни боравак деце са сметњама у развоју	БД9. са лицем које је плаћено да брине о детету	БД10. са баком, деком или рођаком, пријатељем, комшијом (осим родитеља/старатеља) <i>Лице које не добија новчану надокнаду за бригу о детету</i>
Редни број	Име детета	Старост	Јаслице, обданиште	ППП	Основна школа	Продужени боравак	Дневни боравак	Лице које се плаћа	Лице које се не плаћа
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

□ □		□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
□ □		□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
□ □		□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
□ □		□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □

СТАНОВАЊЕ

ДЕО 1. МЕСТО И УСЛОВИ СТАНОВАЊА						
Д1.1	Врста зграде у којој домаћинство живи:	Издвојена зграда са једним станом			1	
		Издвојена и полуиздвојена зграда (са два стана)			2	
		Зграда у низу (с најмање три припојена стана, од којих сваки има свој улаз)			3	
		Стамбена зграда са 3–9 станова			4	
		Стамбена зграда са 10 и више станова			5	
		Друга врста смештаја			6	
Д1.2	Наведите број соба које користи ваше домаћинство (не рачунајући кухињу, нужник, купатило и собе које се користе као канцеларијски простор): <i>Може се уписати и децимални број</i>	Број соба..... ,				
Д1.3	Да ли ваше домаћинство може да приушти адекватно загревање стана?	Да.....			1	
		Не.....			2	
Д1.4	Да ли ваше домаћинство може да приушти замену дотрајалог намештаја?	Да			1	
		Не, не може да приушти			2	
		Не, други разлог			3	
Д1.5	Да ли у стану постоји:	Да	Да, заједничко	Не		
	1 Купатило?	1	2	3		
	2 Нужник са водокотлићем?	1	2	3		
Д1.6	Да ли ваше домаћинство има:	Да	Не, не може да приушти	Не, други разлог		
	1 Телефон (фиксни или мобилни)?	1	2	3		
	2 ТВ у боји?	1	2	3		
	3 Рачунар или лаптоп?	1	2	3		
	4 Интернет конекцију?	1	2	3		
	5 Веш-машину?	1	2	3		
	6 Аутомобил или комби?	1	2	3		
	7 Клима уређај?	1	2	3		
Д1.7	Да ли се ваше домаћинство суочава са неким од следећих проблема:	<i>Заокружити одговор</i>			Да	Не
		1 Стан прокишњава, влага на зидовима/поду/темељима, буђ око прозора или на поду?	1	2		
		2 Стан је превише мрачан, односно нема довољно дневне светлости?	1	2		
		3 Бука из комшилукa или са улице?	1	2		
		4 Клизиште?	1	2		
Д1.8	Да ли се у крају у којем живите	<i>Заокружити одговор</i>			Да	Не
		1 Загађена околина?	1	2		

	сусрећете са следећим проблемима:	2	Ризик од криминала, насиља или вандализма?	1	2	
--	-----------------------------------	---	--	---	---	--

Д1.9	Да ли сте ви или неко од чланова вашег домаћинства власник стана у којем живите или стан изнајмљујете?	Да, пуноправни власник	1	1⇒Д2.1
		Да, али отплаћује кредит	2	2⇒Д2.1
		Закупац целог или дела стана, са рентом која је по тржишним условима	3	3⇒Д3.1
		Закупац који плаћа ренту по цени нижој од тржишне	4	4⇒Д4.1
		Смештај је бесплатан	5	5⇒Д5.1
ДЕО 2. ВЛАСНИЦИ СТАНА				
Д2.1	Од које године ваше домаћинство живи у овом стану као власник? <i>Упишите годину</i>	Година		
Д2.2	Да ли отплаћујете кредит помоћу којег сте купили стан/кућу у којој живите?	Да.....	1	
		Не.....	2	2⇒Д2.5
Д2.3	Колики је износ кредита који сте подигли? <i>Упишите почетну вредност кредита</i>	Валута		
		Износ		
Д2.4	Наведите следеће информације у вези са отплатом кредита за стан у коме живите:	Валута		
	1 Колики је износ <u>месечне рате</u> за отплату кредита?	Износ.....		
	2 Колико је износила камата <u>у претходном месецу</u> на име подигнутог кредита?	Износ..... Не зна 98		
	3 Колико је ваше домаћинство платило камату на име подигнутог кредита <u>у 2012. години</u> ?	Износ..... Не зна 98		
	4 Колико је износила главница <u>у претходном месецу</u> на име подигнутог кредита?	Износ..... Не зна 98		
	5 На <u>колико година</u> је подигнут кредит?	Година.....		
Д2.5	Да изнајмљујете стан у којем живите или стан сличан вашем, шта мислите, колико бисте месечно плаћали ренту?	Валута		⇒Д6.1
		Износ		
ДЕО 3. ЗАКУПЦИ СТАНА СА РЕНТОМ ПО ТРЖИШНИМ УСЛОВИМА				
Д3.1	Од које године изнајмљујете стан у којем живите под тренутним условима? <i>Упишите годину</i>	Година		
	Колико износи месечна рента коју	Валута		

ДЗ.2	плаћате? Уколико је неки од трошкова становања (комуналне услуге, редовне поправке и одржавање) укључен у ренту, треба га искључити!	Износ	⇒Д6.1
------	--	-------------	-------

ДЕО 4. ЗАКУПЦИ СТАНА СА РЕНТОМ НИЖОМ ОД ТРЖИШНЕ				
Д4.1	Од које године изнајмљујете стан у којем живите под тренутним условима? <i>Упишите годину</i>	Година		
Д4.2	Колико износи месечна рента коју плаћате? <i>Уколико је неки од трошкова становања (комуналне услуге, редовне поправке и одржавање) укључен у ренту, треба га искључити!</i>	Валута	Износ	
Д4.3	Шта мислите, колико би износила реална рента за стан у којем живите?	Валута	Износ	⇒Д6.1
ДЕО 5. СТАНАРИ КОЈИ НЕ ПЛАЋАЈУ РЕНТУ				
Д5.1	Од које године живите у овом стану бесплатно? <i>Упишите годину</i>	Година		
Д5.2	Да изнајмљујете стан у којем живите или стан сличан вашем, шта мислите, колико бисте месечно плаћали ренту?	Валута	Износ	
ДЕО 6. ТРОШКОВИ СТАНОВАЊА				
Д6.1	Да ли сте имали неке од наведених трошкова и колико су износили?			
	ПРОСЕЧНИ МЕСЕЧНИ ТРОШАК ЗА ПРЕТХОДНИХ 12 МЕСЕЦИ:	Да	<i>Уколико је одговор ДА, упишите просечну месечну вредност трошкова</i>	Не
	1. <i>(Уколико се неки од трошкова плаћају на годишњем нивоу, поделити са 12 и уписати месечни износ)</i>			
	1.1 Струја	1		2
	1.2 Грејање	1		2
	1.3 Осигурање стана	1		2
	1.4 Редовно одржавање стана (кречење, стављање тапета, мењање славине и сл.)?	1		2
	2. ЗА ПРЕТХОДНИ МЕСЕЦ:	Да	<i>Уколико је одговор ДА, упишите износ трошкова</i>	Не
	2.1 Вода	1		2
	2.2 Фиксни телефон	1		2
	2.3 Мобилни телефон (свих чланова домаћинства)	1		2
	2.4 Кабловска ТВ (Тотал ТВ)	1		2
	2.5 Интернет	1		2
2.6 Топла вода	1		2	
2.7 Одношење смећа	1		2	
2.8 Други трошкови (лифт, чишћење, паркинг и сл.)	1		2	
	Да ли сте у претходних 12 месеци	Да	<i>Уколико је одговор ДА, упишите укупан износ трошка за претходних 12 месеци</i>	Не

Д6.2	имали издатак за порез на имовину за стан у којем живите?	1	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											2	

Д6.3	У којој мери укупни трошкови становања утичу на буџет вашег домаћинства?	Знатно га оптерећују		1			
		У извесној мери га оптерећују		2			
		Не оптерећују га уопште		3			
Д6.4	Да ли сте ви или неки други члан вашег домаћинства позајмили новац од банке или неке друге финансијске институције у виду кредита или минуса на текућем рачуну који тренутно отплаћујете? <i>Овде се не узимају у обзир позајмице од физичких лица, нити се рачуна евентуални кредит за стан у којем домаћинство живи</i>	Да.....		1	2⇒Д6.6		
		Не.....		2			
Д6.5	У којој мери враћање ових кредита или позајмица утиче на буџет вашег домаћинства?	Знатно га оптерећује		1			
		У извесној мери га оптерећује		2			
		Не оптерећује га уопште		3			
Д6.6	Да ли сте у претходних 12 месеци били у ситуацији да касните са плаћањем трошкова или са отплатом кредита због финансијских тешкоћа:	Да, једном	Да, два и више пута	Не	Није применљиво		
	1 Отплата кредита за стан у којем живите?	1	2	3	4		
	2 Отплата других кредита (потрошачки кредити, кредити по кредитним картицама, кредити за аутомобиле и сл.)?	1	2	3	4		
	3 Рента за стан?	1	2	3	4		
	4 Комуналне услуге за стан у којем живите (грејање, струја, гас, вода и сл.)? <i>Не односи се на рачун за телефон!</i>	1	2	3	4		
Д6.7	Може ли ваше домаћинство да приушти:	<i>Заокружити одговор</i>			Да	Не	
		1	Недељу дана одмора ван куће, бар једном годишње?		1	2	
		2	Месо или рибу у оброку сваког другог дана (или њихову вегетаријанску замену)?		1	2	
		3	Неочекивани трошак у износу од 10.000 динара који би био плаћен из буџета домаћинства (укључујући и коришћење дозвољеног минуса на рачуну и кредитне картице)?		1	2	
Д6.8	Када размишљате о укупном приходу вашег домаћинства, сматрате ли да је ваше домаћинство у могућности да „састави крај с крајем“, тачније да плати своје неопходне трошкове?	Веома тешко		1			
		Тешко		2			
		Са извесним тешкоћама		3			
		Прилично лако		4			
		Лако		5			
		Веома лако		6			

Д6.9	Колико износи, по вашем мишљењу, минимални месечни нето приход који би вашем домаћинству био довољан да плати своје неопходне трошкове?	Динара.....	
------	---	-------------	--

Д9.4	Колика је укупна сума помоћи коју је ваше домаћинство добило из иностранства у 2012. години?	Износ.....	
------	--	------------	--

7	Мед (у килограмима)	1	2	<input type="text"/>	3	Мање од 5	1	5-9	2	10-15	3	Више од 15	4
---	---------------------	---	---	----------------------	---	--------------	---	-----	---	-------	---	---------------	---

ДЕО 13. ПРОИЗВОДЊА БИЉНИХ ПРОИЗВОДА														
Д13.1	Да ли је ваше домаћинство у 2012. години производило биљне производе?			Да.....					1					
				Не.....					2		2⇒Д14.1			
Д13.2	Да ли сте у 2012. години остварили зараду од продаје биљних производа?			Да		Уколико је одговор ДА, упишите вредност укупне зараде у 2012. години					Не			
				1							2			
Д13.3	Да ли је ваше домаћинство у 2012. години производило неке од наведених биљних производа за сопствене потребе, укључујући и сакупљање печурака, шумског воћа и сл.?													
ПРОИЗВОДИ (у килограмима)	Да	Не	Потрошено за сопствене потребе	Уколико лице не може да одреди потрошену количину, потребно је да одабере један од понуђених интервала										
				процена	процена потрошене количине у интервалима									
	1	2	3	4	5									
1	Житарице	1	2		3	Мање од 300	1	300-599	2	600-800	3	Више од 800	4	
2	Јабукe	1	2		3	Мање од 20	1	20-49	2	50-70	3	Више од 70	4	
3	Крушке	1	2		3	Мање од 20	1	20-49	2	50-70	3	Више од 70	4	
4	Шљиве	1	2		3	Мање од 20	1	20-49	2	50-70	3	Више од 70	4	
5	Трешње/вишње	1	2		3	Мање од 5	1	5-9	2	10-15	3	Више од 15	4	
6	Јагоде/малине или неко друго бобичасто воће	1	2		3	Мање од 5	1	5-9	2	10-15	3	Више од 15	4	
7	Брескве/кајсије	1	2		3	Мање од 5	1	5-9	2	10-15	3	Више од 15	4	
8	Друго воће	1	2		3	Мање од 20	1	20-49	2	50-70	3	Више од 70	4	
9	Парадајз	1	2		3	Мање од 20	1	20-49	2	50-70	3	Више од 70	4	
10	Краставац	1	2		3	Мање од 10	1	10-19	2	20-30	3	Више од 30	4	
11	Купус и кељ	1	2		3	Мање од 40	1	40-74	2	75-100	3	Више од 100	4	
12	Паприка	1	2		3	Мање од 20	1	20-49	2	50-70	3	Више од 70	4	
13	Лук (црни/бели/празилук)	1	2		3	Мање од 20	1	20-49	2	50-70	3	Више од 70	4	
14	Карфиол	1	2		3	Мање од 10	1	10-19	2	20-30	3	Више од 30	4	
15	Шаргарепа	1	2		3	Мање од 10	1	10-19	2	20-30	3	Више од 30	4	
16	Грашак	1	2		3	Мање од 10	1	10-19	2	20-30	3	Више од 30	4	
17	Кромпир	1	2		3	Мање од 100	1	100-199	2	200-300	3	Више од 300	4	
18	Спанаћ/зелена салата или неко друго лиснато поврће	1	2		3	Мање од 5	1	5-9	2	10-15	3	Више од 15	4	
19	Пасуљ, боб, сочиво	1	2		3	Мање од 10	1	10-19	2	20-30	3	Више од 30	4	
20	Остало свеже поврће	1	2		3	Мање од 5	1	5-9	2	10-15	3	Више од 15	4	
21	Бостан (диње и лубенице)	1	2		3	Мање од 40	1	40-74	2	75-100	3	Више од 100	4	
22	Печурке	1	2		3	Мање од 5	1	5-9	2	10-15	3	Више од 15	4	
23	Навести:	1	2		3									
24	Навести:	1	2		3									

25	Навести:	1	2				3	
----	----------	---	---	--	--	--	---	--

КВАЛИТЕТ ЖИВОТА

ДЕО 14. МАТЕРИЈАЛНА УСКРАЋЕНОСТ ЗА ДЕЦУ УЗРАСТА ОД 1 ДО 15 ГОДИНА

ЗА АНКЕТАРА: Ово питање поставити само у домаћинствима која имају децу узраста од 1 до 15 година.		Да	Не, домаћинство не може да приушти	Не, други разлози	
Да ли сва деца узраста од 1 до 15 година:					
1	Имају могућност да им се замени дотрајала одећа новом?	1	2	3	
2	Имају два пара обуће (укључујући један пар који је за све временске прилике)?	1	2	3	
3	Једу воће и поврће једном дневно?	1	2	3	
4	Имају оброк са месом или рибом најмање једном дневно?	1	2	3	
5	Имају књиге које су прилагођене њиховом узрасту?	1	2	3	
6	Имају опрему за играње ван куће (бицикл, ролере, рекете и сл.)?	1	2	3	
7	Имају кућне играчке (лутке, компјутерске игрице и сл.)?	1	2	3	
8	Редовно имају активности у слободно време (пливање, фудбал, свирање музичког инструмента и сл.)?	1	2	3	
9	Имају прославе за специјалне прилике (рођендане и сл.)?	1	2	3	
10	Могу с времена на време да позову пријатеље ради заједничке игре или јела?	1	2	3	
11	Иду негде на одмор ван куће најмање једном годишње?	1	2	3	
Д14.2	Да ли сва деца узраста од 1 до 15 година у вашем домаћинству, која иду у школу или обданиште, иду на екскурзије или учествују у догађајима који се плаћају?	Да		1	
		Не, домаћинство не може да приушти		2	
		Не, други разлог		3	
		Није применљиво		99	
Д14.3	Да ли сва деца узраста од 1 до 15 година у вашем домаћинству, која иду у школу, имају свој простор за учење?	Да.....		1	
		Не.....		2	
		Није применљиво		99	
ПД13.	Упишите време завршетка анкетања:				
					(сати) (минути)

МОДУЛ ИА ИЗВЕШТАЈ АНКЕТАРА

ИА1. Укупан број чланова домаћинства							□ □ □
ИА2. Број чланова домаћинства старих 15 и више година							□ □ □
ИА3. Лице које је дало одговоре на питања из Упитника за домаћинство							□ □ □
ИА4. Редни број лица	ИА5. Да ли лице има 15 година или више? 1 Да 2 Не		Упитник за лице (лице старо 15 и више година)				
			ИА6. Да ли је попуњен Упитник за лице? 1 Да ⇒ ИА8 2 Не	ИА7. Ако није, који је разлог непопуњавања? ⇒ крај	ИА8. На који начин су добијени подаци о испитанику? 1 ⇒ крај 2 ⇒ ИА9	ИА9. Редни број лица које је дало информације:	
Редни број	Да	Не	Да	Не	Разлог непопуњавања	Начин добијања информација	Лице које је дало информације
01	1	2	1	2	□ □ □	□	□ □ □
02	1	2	1	2	□ □ □	□	□ □ □
03	1	2	1	2	□ □ □	□	□ □ □
04	1	2	1	2	□ □ □	□	□ □ □
05	1	2	1	2	□ □ □	□	□ □ □
06	1	2	1	2	□ □ □	□	□ □ □
07	1	2	1	2	□ □ □	□	□ □ □
08	1	2	1	2	□ □ □	□	□ □ □
09	1	2	1	2	□ □ □	□	□ □ □
10	1	2	1	2	□ □ □	□	□ □ □
Питање ИА7.						Питање ИА8.	
Разлози непопуњавања Упитника за лице						Начин добијања података о лицу	
21 – Не, испитаник није у могућности да да одговоре 22 – Не, упитник је изгубљен након што је дат на самостално попуњавање 23 – Не, лице одбија да учествује у анкетирању 31 – Не, испитаник је тренутно одсутан и нико други не може да да информације за њега/њу 32 – Не, из неких других разлога није могуће контактирати лице 33 – Не, упитник није попуњен у целини, из непознатих разлога						1 – Директним анкетирањем лица 2 – Друго лице из домаћинства је дало информације	

Запажања анкетара

Својеручни потпис анкетара

Запажања вође тима

Својеручни потпис вође тима

Запажања контролора

Својеручни потпис контролора

Prilog 1

Изјава о ауторству

Потписани-а Nataša Popović

број уписа JZ-05/14

Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом

„Nezadovoljene zdravstvene potrebe kao pokazatelj dostupnosti, pristupačnosti i prihvatljivosti zdravstvene zaštite“

- резултат сопственог истраживачког рада,
- да предложена дисертација у целини ни у деловима није била предложена за добијање било које дипломе према студијским програмима других високошколских установа,
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио интелектуалну својину других лица.

Потпис докторанда

У Београду, 27.11.2017

Natasa Popovic

**Изјава о истоветности штампане и електронске верзије
докторског рада**

Име и презиме аутора Nataša Popović

Број уписа JZ-05/14

Студијски програм Javno zdravlje

Наслов рада „Nezadovoljene zdravstvene potrebe kao pokazatelj dostupnosti, pristupačnosti i prihvatljivosti zdravstvene zaštite“

Ментор Prof. dr Zorica Terzić Šupić

Потписани Nataša Popović

изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла за објављивање на порталу Дигиталног репозиторијума Универзитета у Београду.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског звања доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

Потпис докторанда

У Београду, 27.11.2017 _____

Natasa Popovic

Прилог 3.

Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

„Nezadovoljene zdravstvene potrebe kao pokazatelj dostupnosti, pristupačnosti i prihvatljivosti zdravstvene zaštite“

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство

2. Ауторство - некомерцијално

3. Ауторство – некомерцијално – без прераде

4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима

5. Ауторство – без прераде

6. Ауторство – делити под истим условима

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци, кратак опис лиценци дат је на полеђини листа).

Потпис докторанда

У Београду,

27.11.2017

Natasa Popovic

