



**УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ  
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА**

**Милош Митрашевић**

**Неостварене потребе за здравственом заштитом  
у популацији одраслог становништва Србије**

**Докторска дисертација**

**Крагујевац, 2020.**



**UNIVERSITY OF KRAGUJEVAC  
FACULTY OF MEDICAL SCIENCES**

**Milos Mitrasevic**

**Unmet needs for health care in the adult population  
of Serbia**

**Doctoral Dissertation**

**Kragujevac, 2020.**

## ИНДЕТИФИКАЦИОНА СТРАНИЦА ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

<b><i>I. Аутор</i></b>
Име и презиме: Милош Митрашевић
Датум и место рођења: 26.09.1973. Крагујевац
Садашње запослење: Клинички центар Крагујевац
<b><i>II. Докторска дисертација</i></b>
Наслов: Неостварене потребе за здравственом заштитом у популацији одраслог становништва Србије
Број страница: 90
Број слика: 81
Број библиографских података: 118
Установа и место где је рад израђен: Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу
Научна област (УДК): Медицина. Превентивна медицина.
Ментор/коментор: Доц. др Снежана Радовановић
<b><i>III. Оцена и одбрана</i></b>
Датум пријаве теме: <b>18.01.2017. године</b>
Број одлуке и датум прихватања докторске дисертације: <b>IV-03-97/13 од 07.02.2018. године</b>
Комисија за оцену научне заснованости теме и испуњености услова кандидата:  <ol style="list-style-type: none"><li>1. Проф. др Нела Ђоновић, ванредни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Хигијена и екологија, председник</li><li>2. Доц. др Драган Васиљевић, доцент Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Хигијена и екологија, члан</li><li>3. Др сци мед Немања Ранчић, научни сарадник Медицинског факултета Војномедицинске академије Универзитета одбране у Београду за ужу научну област Фармакологија, члан</li></ol>
Комисија за оцену и одбрану докторске/уметничке дисертације:  <ol style="list-style-type: none"><li>1. Доц. др Ивана Симић Вукомановић, доцент Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Социјална медицина, председник;</li><li>2. Доц. др Марија Секулић, доцент Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Хигијена и екологија, члан;</li><li>3. Др сци мед Немања Ранчић, научни сарадник Медицинског факултета Војномедицинске академије Универзитета одбране у Београду за ужу научну област Фармакологија, члан</li></ol>
Датум одбране дисертације:

## ЗАХВАЛНИЦА

*Захваљујем се прво Господу Богу,  
и Анђелима са Неба,  
што ми указаше где не знам и где не могу,  
и где не морам а где не треба.*

*Захваљујем се потом, Љубави лично,  
јер бејаш сам и у изганству,  
што доживех ништа од раније слично,  
и што ми показаше пут ка човечанству.*

*А последње хвала пријатељима својим,  
који ми беху последња нада,  
њима ћу сутра Свет да обојим,  
а Душом својом одмах и сада.*

*Резултат сваког напора постојања је опредмећени интелектуални пород који не би био икада могућ без постојања и љубави искрених пријатеља. Хвала искреним пријатељима, Prof. dr Небојши Арсенијевићу, Doc. dr Снежани Радовановић, Prof. dr Тамјани Кањевац, Doc. dr Светлани Радевић, Prof. dr Ивани Живановић - Мачужсић, Милени Маричић и свима онима који су били уз мене укључујући и оног пса луталицу што ме је свако јутро дочекивао погледа пуног очекивања, као и остарелом клавирском дрвету које ме је штитило од прејаких вибрација врућине зимског ваздуха.*

*Слава Господу и свима нама деци његовој!*

## **АПСТРАКТ**

**Увод:** Незадовољна потреба за заштитом здравља може се посматрати као спектар здравствених потреба које нису оптимално задовољене.

**Циљ:** Идентификација фактора повезаних са неоствареним здравственим потребама у одраслој популацији Србије.

**Метод:** Истраживање је саставни део Истраживања здравственог стања становништва Србије спроведеног 2013. године. У сврху добијања резултата за наше истраживање употребљен је репрезентативни узорак од 13 765 одраслог становништва старосне доби од 20 и више година. Упитници који су усклађени са упитником Европског истраживања здравља, представљали су инструмент истраживања.

**Резултати:** Највећу препреку за остваривање здравствених потреба код одраслог становништва Србије, чинили су финансијски разлози (19,9%), дуго чекање на заказану посету или преглед (12,8%) и удаљеност односно проблеми са превозом до места пружања здравствене услуге (4,7%). Најтеже се долазило до стоматолошке (13,3%) и медицинске здравствене заштите (12,9%), а затим следе прописани лекови (10,7%) и заштита менталног здравља (2,4%).

**Закључак:** Истраживање даје увид у предикторе неједнакости у коришћењу, приступу и остваривању здравствене заштите са циљем скретања пажње доносиоцима политике здравствене заштите које политичке акција треба предузети.

**Кључне речи:** Национално истраживање здравља, Србија, неостварене здравствене потребе

## **ABSTRACT**

**Background:** An unsatisfied need for health care can be viewed as a spectrum of health needs that are not optimally met.

**Aim:** Identification of factors related to unmet health needs in the population of Serbia.

**Methods:** The research is an integral part of the Health Survey of the Population of Serbia conducted in 2013 under the auspices of the Ministry of Health of the Republic of Serbia. For the purposes of this study, a representative sample of 13,765 adults aged 20 and over was used. Questionnaires, which were harmonized with the European Health Research Questionnaire, were a research instrument.

**Results:** The biggest obstacle to meeting the health needs of the adult population of Serbia was financial reasons (19,9%), long waits for a scheduled visit or examination (12,8%) and distance or problems with transportation to the place of health care (4,7%). The most difficult were dental (13,3%) and medical health care (12,9%), followed by prescribed medication (10,7%) and mental health care (2,4%).

**Conclusion:** The research provides insight into the predictors of inequality in the use, access and realization of health care in order to draw attention to health policy makers what policy action should be taken.

**Key words:** National health survey, Serbia, Unfulfilled health needs

## САДРЖАЈ

<b>1. УВОД</b>	.....	1
<b>2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ СТУДИЈЕ</b>	.....	7
<b>3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД</b>	.....	8
3.1. Врста студије	.....	8
3.2. Популација на којој је вршено истраживање	.....	8
3.3. Узорковање	.....	8
3.4. Инструменти коришћени у току истраживања	.....	8
3.5. Варијабле	.....	9
3.6. Прикупљање података	.....	9
3.7. Снага студије и величина узорка	.....	10
3.8. Статистичка обрада података	.....	10
<b>4. РЕЗУЛТАТИ</b>	.....	11
<b>4.1. Социодемографске карактеристике испитаника</b>	.....	11
<b>4.2. Неостварене здравствене потребе</b>	.....	16
4.2.1. Неостварене потребе за здравственом заштитом	.....	16
4.2.2. Неостварене потребе за медицинском заштитом из финансијских разлога	.....	24
4.2.3. Неостварене потребе за стоматолошком здравственом заштитом из финансијских разлога	.....	30
4.2.4. Неостварене потребе за лековима	.....	35
4.2.5. Неостварене здравствене потребе услед дугог на чекања на здравствену услугу	.....	42
4.2.6. Неостварене потребе услед географске удаљености здравствене службе	.....	49
<b>5. ДИСКУСИЈА</b>	.....	56
<b>6. ЗАКЉУЧАК</b>	.....	79
<b>7. ЛИТЕРАТУРА</b>	.....	81
<b>8. ПРИЛОГ</b>	.....	
8.1. Прилог 1- Анкетни упитник „лицем у лице“ за испитанике старосне доби 15 година и више	.....	





## 1. УВОД

Здравствена заштита је свеобухватна и организована друштвена делатност на унапређењу и очувању здравља грађана и породице. Представља одговор друштва на непланиране и непредвидиве догађаје који угрожавају здравље, а темељи се на мерама путем којих се обезбеђује највиши могући нивоа здравља и здравствене сигурности у случају болести. Доступност здравствене заштите одређена је различитим факторима који се односе како на самог пацијента тако и на здравствени систем. Покривеност здравственим осигурањем, обезбеђеност кадром, простором, опремом и финансијским средствима, систем заказивања, упућивања, квалитет пружених услуга и континуитет здравствене заштите представљају факторе здравственог система који могу утицати на доступност здравствене заштите, док фактори као што су старост, социоекономски статус, претходна искуства са здравственом службом, перцепција квалитета здравствене заштите и ниво здравствене писмености чине карактеристике појединца, које такође могу утицати на њихове одлуке да траже здравствену заштиту (1). Неједнак приступ здравственој заштити представља једну од социјалних и економских детерминанти здравља (2). Незадовољене потребе за здравственом заштитом су један од најзначајних индикатора неопходних за идентификовања неједнакости у коришћењу, приступу и остваривању заштите здравља становништва (3).

Незадовољна потреба за заштитом здравља може се посматрати као спектар здравствених потреба које нису оптимално задовољене. На једном крају постоји "неизражена потражња" (људи који имају здравствене потребе, али их нису свесни, или који одлуче да не траже здравствену заштиту). На другом крају постоји "изражена потражња која није оптимално задовољена". Ово може укључити људе који не испуњавају услове за лечење или који имају третман лошијег квалитета него што би то оптимално било. За неке особе њихова незадовољна потреба може бити комбинација ова два. Незадовољена потреба се може описати као покретање становништва или покретање услуга. У случају незадовољених потреба становништва, појединци не улазе или не приступају здравственом систему. Разлози за то би могли бити, између осталог, невољност да се тражи помоћ или недостатак свести о озбиљности проблема. За незадовољне потребе усмерене на услуге, услуге не достижу циљану популацију или их испуштају из система. То би могло бити због тога што људи нису свесни доступне услуге, лоших механизма препоруке или искључених услуга. Такође, у социјално угроженим подручјима људи пате од више здравствених проблема (укључујући

мултиморбидитет) него у имућнијим категоријама становништва, па је и ту потребно истражити неостварене потребе у различитим демографским категоријама становништва како би се допринело смањењу неостварених потреба за здравственом заштитом (4).

Како неостварене потребе представљају разлику између неопходних здравствених услуга за лечење одређених проблема везаних за здравље и задовољених здравствених услуга, особа која препозна да треба да задовољи одређену здравствену услугу, а које овакву врсту услуге није остварило има незадовољену здравствену потребу (5). Незадовољене потребе у великој мери одређују здравствено стање, утичу на квалитет живота људи, повећавају ризик од морталитета и утичу на повезаност са симптомима психосоматске и менталне природе (6, 7, 8). Чиниоци који се могу довести у везу са незадовољеним здравственим потребама су старост, полна дистрибуција, недостатак здравственог осигурања, образовање, низак материјални доходак или незапосленост и лоше здравствено стање што указује на неједнак приступ здравственој заштити према социоекономском статусу (9,10,11,12).

У нашој земљи, као и у другим државама у развоју, социодемографске неједнакости као и неправичности у погледу здравља су недовољно проучаване, а и није им посвећено довољно пажње у политикама из области јавног здравља, док је смањење неједнакости у здрављу и заштити здравља веома битна за развој здравствених система са свим својим карактеристикама (13).

Социоекономске неједнакости евидентирание како у здравственом стању тако и у приступу и коришћењу здравствених услуга представљају велики јавноздравствени проблем (14). Неједнакости у приступу и коришћењу услуга везаних за здравље представљају значајну социоекономску здравствену детерминанту и потребно је да креатори здравствених стратегија узму активно учешће у идентификацију тих чинилаца, како би се омогућило сагледавање специфичних препрека у територијалној, географској, културној и материјалној доступности здравствене заштите, са којима се суочавају корисници здравствених услуга (15, 16). Идентификовање различитих препрека у остваривању здравствене заштите, један је од значајних индикатора за мерење здравствених неједнакости на свим нивоима друштвене заједнице (17, 18).

Приступ здравственој заштити одређен је како карактеристикама здравственог система, тако и личним факторима појединца (19), док је доступност степен до кога

могу да се задовоље потребе корисника одговарајућим пружањем здравствених услуга од стране здравствене службе (20).

Карактеристике здравственог система подразумевају доступности и расположивости приступачних сигурних висококвалитетних, ефикасних и економичних здравствених услуга, док се фактори који се односе на личне карактеристике појединца односе на демографске и социоекономске карактеристике, одлике коришћења здравствене заштите, перцепције квалитета и користи здравствених услуга и нивоа здравствене писмености (21).

Документа Светске здравствене организације налажу да највиши стандарди у здрављу трба да буду доступни свима без обзира на вероисповест, расу, политичку опредељеност, социјалне и економске услове. Следствено наведеним принципима, смањивање разлика на најмању могућу меру и стварање једнаких могућности за здравље подразумева правичност у здрављу (22).

За одређивање нивоа неједнакости у приступу, остваривању и коришћењу здравствених услуга један од кључних индикатора су неостварене потребе за здравственом заштитом. Различити приступи мерењу незадовољених потреба разматрани су на основу клиничких прегледа или субјективне процјене (23). Клиничку процену се ослања на то да ли је појединац примио одговарајућу здравствену услугу. Она је специфична такође здравствени радници имају недовољно информације о здравственим потребама пацијената, а често се дешава да појединци због лоше сарадње и квалитета комуникације између пацијената и лекара незадовоље своју здравствену потребу у потпуности (24). Управо због тога адекватнији је приступ субјективне процјене незадовољених потреба посебно зато што су особе способније процијенити свој здравствени статус, и своје здравствене потребе (25). Такође субјективна процена неиспуњених здравствених потреба даје и информације о разлозима за неизвјесне потребе. Вероватноћа доживљавања неостварених здравствених потреба значајно се разликује између земаља. Ова варијабилност се делимично може објаснити разликом у финансирању и организацији здравственог система, наведено је да универзално обухваћање здравствене заштите, правила приступа и слободан избор општих доктора и приступ специјализованим службама без упућивања, система именовања и кретања пацијената су од суштинског значаја за систем који смањује неизвестан здравствени проблем (26). У земљама у којима је здравствени систем организован тако да пацијенти могу слободно да изаберу свог лекара опште праксе и посете специјалисте без упута,

мање су потребе за здравственом заштитом мање (Белгија, Немачка, Исланд, Луксембург, Португалија) (27).

Након 2010. године, неостварене здравствене потребе у Европи имале су просечни годишњи раст од 1,23% годишње (28). Повећање је приписано старењу становништва, перцепцији здравља и њеном месту у систему вредности, порасту хроничних болести, научним и техничким иновацијама и повећању трошкова здравствене заштите. Неостварене потребе за здравственом заштитом расту у здравственим системима уз универзално обухватање становништва; од почетка глобалне економске кризе у Европи, више од 1,5 милиона људи се суочило са неоствареним здравственим потребама (29).

Болест појединца утиче у највећој мери на коришћење здравствене заштите, али је несумњиво велики и утицај социоекономских фактора, посебно на квантитет и квалитет коришћења здравствених услуга. Економске баријере у коришћењу здравствених услуга су посебно изражене међу људима из сиромашнијих слојева, како због недостатка осигурања, тако и због њихове немогућности да издвоје новац за здравствену заштиту (30).

Неосигурани становници имају лошији приступ здравственој заштити што указује да је потпуна покривеност трошкова здравствене заштите у корелацији са мањом преваленцијом неостварених потреба за здравственом заштитом (31).

Иако многе студије указују на трошкове здравствене заштите као главни разлог неостварених здравствених потреба, друге студије говоре да је снажнији ефекат социоекономских фактора. Анализом утицаја социо-демографских варијабли на неостварене здравствене потребе, откривено је да је проценат грађана који се уздржавају од посете лекару упркос перцепционој потреби велики. Жене, нарочито оне са ниским степеном образовања се уздржавају од одласка лекару у већој мери од мушкараца и оних са високим образовањем. Најчешће наведени разлози за неоставрене здравствене потребе су недостатак поверења и финансијских средстава (32).

Иако је здравствена заштита универзална у многим европским државама, финансијске потешкоће су се појавиле као главна детерминанта неједнаког приступа европских грађана здравственој заштити. На то указује и то да су особе са вишим приходима у стању да избегну листе чекања. Утврђено да је финансијски статус важан фактор за све врсте неостварених потреба за здравственом заштитом у Европи. Број

лекара као и високе цене џепних плаћања повезане су такође са неоствареним здравственим потребама (33).

Иако се значајан број истраживања примјењује на репрезентативни узорак становништва, постојале су и студије које су се фокусирали на специфичне групе становништва: сиромашни, бескућници, дјеца са посебним здравственим потребама, жене током репродуктивног периода и старије особе (34)

Владе многих земаља као и разне међународне организације које се баве питањима здравља сматрају да је неопходно извршити реформу како здравствених тако и других друштвених система, чиме би се умањиле здравствене и друге неједнакости а следствено повећала очекивана дужина трајања живота у добром здрављу и благостању. Основни циљ свега тога је да се обезбеде здравствене услуге целокупном становништву у складу са њиховим потребама, а без непотребних финансијских потешкоћа. У сваком случају, процењени број људи са неоствареном здравственом потребом указује на то да су неопходне значајне промене у здравственој политици у многим земљама света. Индикација фактора који утичу на учесталост неостварених здравствених потреба је важна за планирање здравствене заштите и социјалне политике. Чињеница је да постоје различите баријере које спречавају људе да приступе постојећим здравственим услугама. Поред социоекономских баријера, битне су и баријере као што су препознавање или свест о потребама, знање о услугама, доступност, приступачност и употребљивост. Људи који су идентификовали потребу можда не траже помоћ од званичних служби. Такође, појединци са потребама можда су тражили услуге, али њихове потребе нису препознате (35).

Резултати истраживања спроведених у земљама у окружењу, показују да су најчешћи разлози за неостварене здравствене потребе недостатак финансијских средстава, дуго чекање на заказану посету/преглед и удаљеност од места пружања здравствене заштите, са учесталосту од 12,7% у Црној Гори, 10,8% у Македонији, 7,5% у Хрватској и 0,4% у Словенији (36).

Највећи број истраживања везаних за неостварене потребе за здравственом заштитом спроведене су у САД и Канади, као и у европским земљама попут Италије, Грчке, Шпаније и Белгије (37).

У САД и Канади постоји тренд раста у проценту људи који пријављују неостварене здравствене потребе. Стопе неостварених здравствених потреба у САД су више (између 5% и 20%) од оних у Канади (између 4 % и 12%), што показује да на

неостварене здравствене потребе снажно утиче степен покривености здравственим осигурањем. Такође неке вулнерабилне групе становништва (жене, болесни, појединци са ниским дохотком, имигранти) чешће имају проблеме у испуњавању својих здравствених потреба (38).

У многим земљама Европске уније, неостварене потребе за здравственом заштитом у последњој деценији су готово удвостручене са 5,26% на 9,9%, док је у многим забележен значајан пораст од 15%. Две трећине свих неостварених здравствених потреба у земљама Европске уније било је због листа чекања и слабе доступности здравствене заштите. Снажан утицај на неостварене потребе за здравственом заштитом имају и карактеристике здравственог система као што су: број доктора или стоматолога, начин плаћања лекара примарне здравствене заштите и висина плаћања услуга из џепа. Резултати многих студија показују да учесталост неостварених медицинских или стоматолошких потреба значајно варира од земље до земље, што се може делимично објаснити разликама у финансирању здравствене заштите (39).

Незадовољене здравствене потребе евидентиране у становништву су битан изазов за здравствени систем, па би идентификовање чинилаца који утичу на њих било неопходно за формулисање здравствених стратегија и политика којима би се умањиле неједнакости у остваривању здравствених потреба.

## 2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ СТУДИЈЕ

Одређивање преваленце незадовољених здравствених потреба за заштитом здравља и идентификовање демографских и социоекономских чинилаца који су повезани са незадовољеним здравственим потребама у одраслој популацији Републике Србије, представља циљ наше студије.

### А. Главни циљеви

1. Одредити преваленцу незадовољених здравствених потреба у одраслој популацији Србије.
2. Испитати повезаност демографских фактора и незадовољених здравствених потреба у одраслој популацији Србије.
3. Испитати утицај социо-економских чинилаца на незадовољене здравствене потребе међу одраслим становништвом Србије.
4. Анализа разлика у остваривању здравствених потреба у односу на социодемографске карактеристике одрасле популације Србије за период 2006 - 2013. година.

### Б. Хипотезе

1. Постоје значајне разлике у остваривању здравствених потреба посматрано према полу и старости.
2. Брачни статус, степен образовања и запосленост у значајној мери утичу на остваривање потреба за здравственом заштитом.
3. Социодемографске неједнакости у остваривању здравствене заштите најчешће су у руралним срединама.
4. Испитаници који се при самопроцени здравља изјашњавају да имају лош здравствени статус чешће имају неостварене потребе у здравственој заштити.
5. Испитаници који се према квантилима благостања сврставају у категорију сиромашних чешће неостварују потребе за здравственом заштитом.
6. Код испитаника са хроничним болестима, расте преваленца неостварених потреба за здравственом заштитом.

### **3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД**

#### **3.1. Врста студије**

Ово истраживање припада студији пресека.

#### **3.2. Популација на којој је вршено истраживање**

Масовним анкетањем репрезентативног, случајног узорка становништва Републике Србије, обављеног 2013. године обухваћена је популација старости 20 и више година, без становништва АП Косово и Метохија као и особе из колективних институција и домаћинстава. Истраживање је реализовало Министарство здравља Републике Србије, а уз поштовање методологије и инструмената другог таласа - Европског истраживања здравља (EHIS-wave 2).

#### **3.3. Узорковање**

Репрезентативни узорак становништва, старијих од 20 година, добијен је методом случајног одабира из података о Попису домаћинстава Републике Србије из 2011. године.

#### **3.4. Инструменти коришћени у току истраживања**

За инструмент истраживања послужио је стандардизовани анкетни упитник другог таласа Европског истраживања здравља - (EHIS - wave 2) (9), за чије коришћење је Европска комисија дала сагласност Министарству здравља Републике Србије да може да га користи. Путем упитника за чланове домаћинства, упитника за популацију старију од 20 година, и упитника за самопопуњавање, добијени су подаци о: породичним обележјима, социодемографским обележјима, обележјима која се тичу стања здравља анкетираних испитаника, а односе се на самопроцену здравственог стања, постојање телесног бола, способности за активности свакодневног живота, затим подаци п коришћењу здравствених услуга (коришћење примарне и стационарне здравствене заштите, коришћење лекова, незадовољене потребе за услугама здравствене заштите, задовољство услугама здравствене службе), факторима који утичу на здравствено стање испитаника (попут навика у исхрани, физичкој



неактивности/активности, другим факторима ризика по здравље, постојање социјалне потпоре и подршке, навике у хигијени, конзумирање алкохолних пића, психоактивних супстанци, присуство насиља).

У истраживању здравља, међународном Хелсиншком декларацијом су испоштовани Етички стандарди и усаглашени са специфичном законском легислативом наше земље (Закон о заштити личних података („Сл. Гласник РС”, бр. 97/08, 104/09), Закон о званичној статистици („Сл. Гласник РС”, бр. 104/09) и директива Европског парламента о заштити у вези са личним подацима (Directive 95/46/EC), чиме су предузете све мере које подразумевају приватност испитаника укључених у истраживање и поверљивост информација које се односе на испитанике истраживања. Такође су испитаници својевољно дали пристанак за учешће у истраживању потписивањем информативног пристанка.

Постојећа база података о овом истраживању, дата је на располагање Универзитету у Крагујевцу службеним дописом од стране Института за јавно здравље Србије. Такође је истраживање одобрено од стране етичких одбора Института за јавно здравље Србије, Института за јавно здравље Нови Сад, Института за јавно здравље Крагујевац и Института за јавно здравље Ниш.

### **3.5. Варијабле**

1. Демографске варијабле: структура по полу, узрасна структура, породична структура, тип насеља, регион
2. Социоекономске варијабле: образовна структура, запосленост, приход по члану домаћинства, индекс благостања домаћинства
3. Општа процена здравља (самопроцена здравља)
4. Присуство хроничних болести

### **3.6. Прикупљање података**

Прикупљање података на терену, од стране обучених анкетара уз присуство теренских супервизора и поштовање легислативе која се односи на Европска истраживања здравља, обављено је у периоду 7. 10. - 30. 12. 2013. г.

### 3.7. Снага студије и величина узорка

Методологијом Европског истраживања здравља – други талас (9) прорачуната је минимална ефективна величина узорка. Избором узорка пружена је статистички поуздана оцена за ниво Републике Србије, за ниво региона (Јужна и Источна Србија, Шумадија и Западна Србија, Београд, Војводина), као и за ниво урбаног односно руралног типа насеља). Регион Београда представљао је најнижи ниво оцењивања, због чега се ту добија највећа грешка оцене, која за обележје са учесталошћу од 50%, на одраслој популацији износи +/- 1,9%, док за обележје са учесталошћу од 10% износи +/- 1,2%.

Анализа резултата овог истраживања заснована је на узорку 13765 анкетираних становника старих двадесет година и више.

### 3.8. Статистичка обрада података

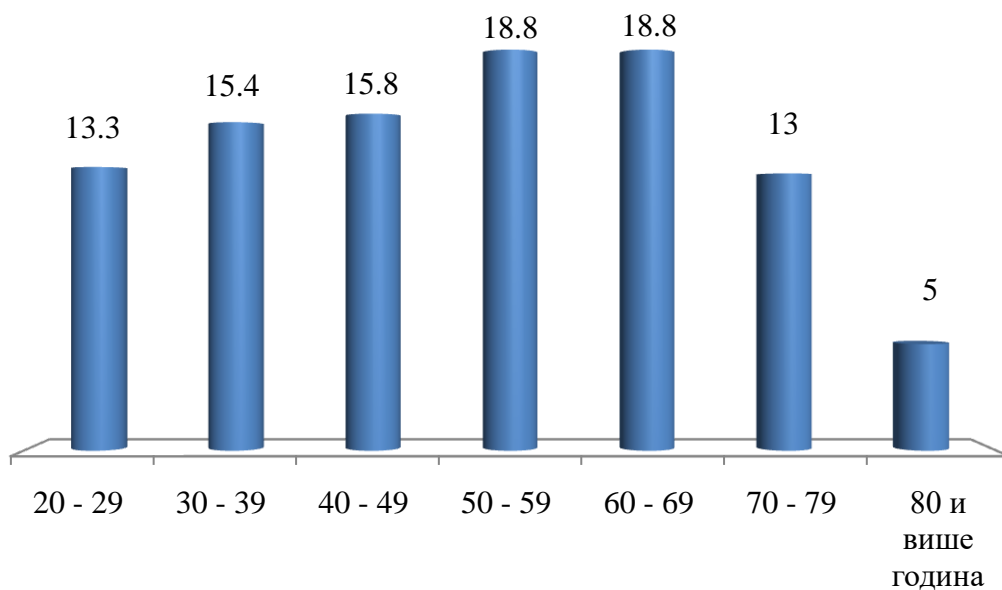
Комерцијални, стандардни програмски пакет SPSS, верзија 20.0. је коришћен за статистичке прорачуне, док је приказивање података реализовано табеларним и графичким путем. Хи-квадрат ( $\chi^2$ ) тестом су упоређиване разлике у учесталости категоријских варијабли, а биваријантна и мултиваријантна логистичка регресија за испитивање повезаности зависних и низа независних варијабли. Величином OR (odds ratio) оцењиван је ризик, са 95% интервалом поверења, а резултати који су сматрани статистички значајним били су они у којима је вероватноћа била мања од 5% ( $p < 0.05$ ).

## 4. РЕЗУЛТАТИ

### 4.1. Социодемографске карактеристике испитаника

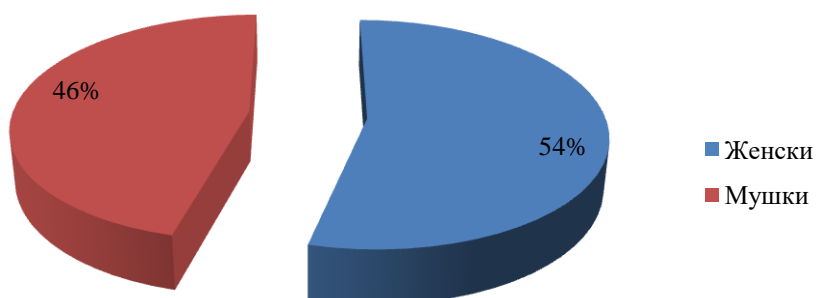
Узорак је обухватао 13 765 одраслих испитаника (20 година и старијих), графикон 1.

Графикон 1. Дистрибуција испитаника према добним групама



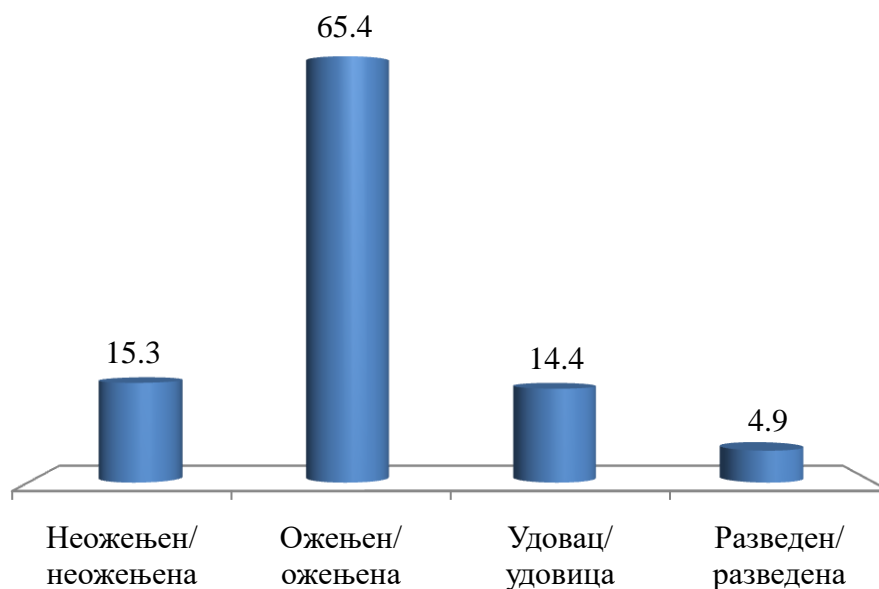
Полна структура становништва старости 20 и више година карактерише се већом заступљеношћу женског пола (54%), приказано графиконом 2.

Графикон 2. Дистрибуција испитаника према полу



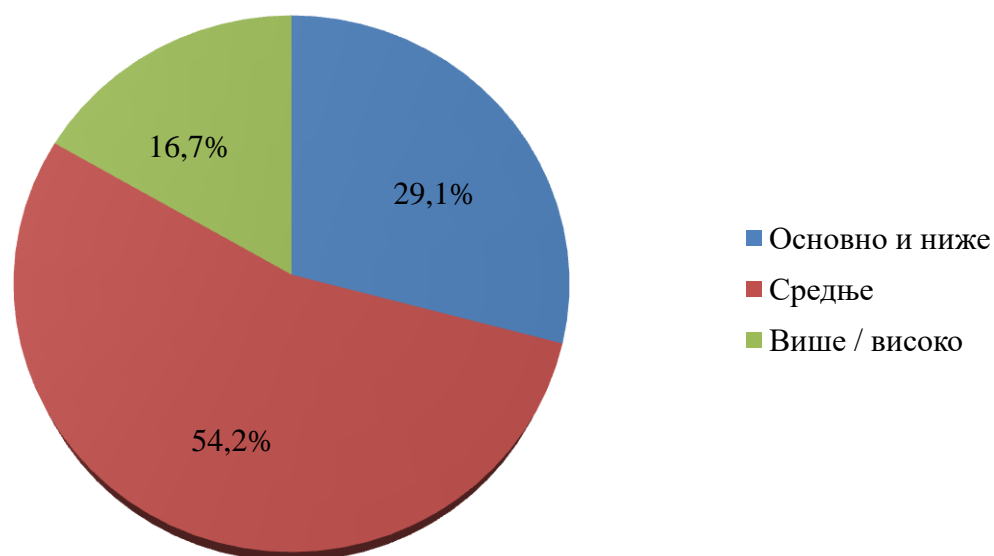
У структури анкетираних испитаника, особе у браку чиниле су 65,4%, док је учешће удоваца/ица је 14,4%, испитаника који нису ступали у брак 15,3%, а разведених је било 4,9%, приказано графиконом 3.

**Графикон 3. Дистрибуција испитаника према брачном стању**



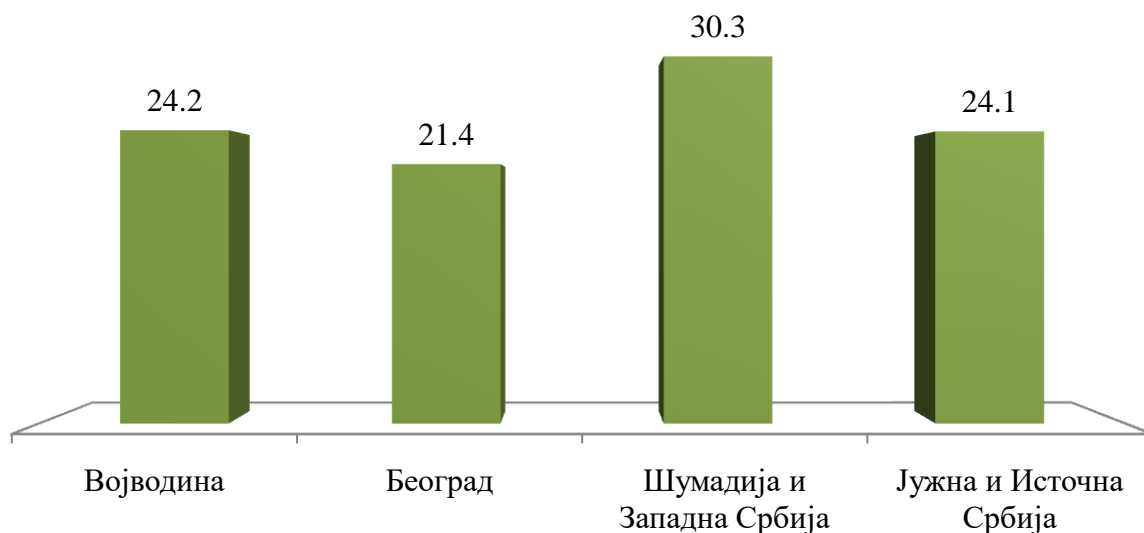
У посматраном узорку становништва, највише је оних са средњим образовањем (54,2%), са непотпуном или завршеном основном школом је (29,1%), а затим следи проценат одраслог становништва са вишим/високим образовањем (16,7%), приказано графиконом 4.

**Графикон 4. Дистрибуција испитаника према образовној структури**



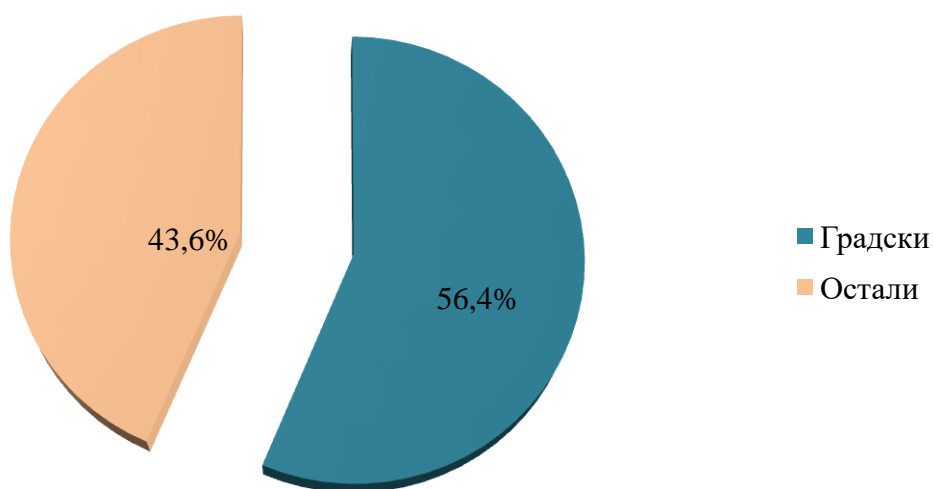
У структури анкетираних, са територије Шумадије и Западне Србије било је 30,3% испитаника, са територије Војводине 24,2%, а са територије Београда петина анкетираних, приказано графиконом 5.

**Графикон 5. Учесталост испитаника према географској територији**



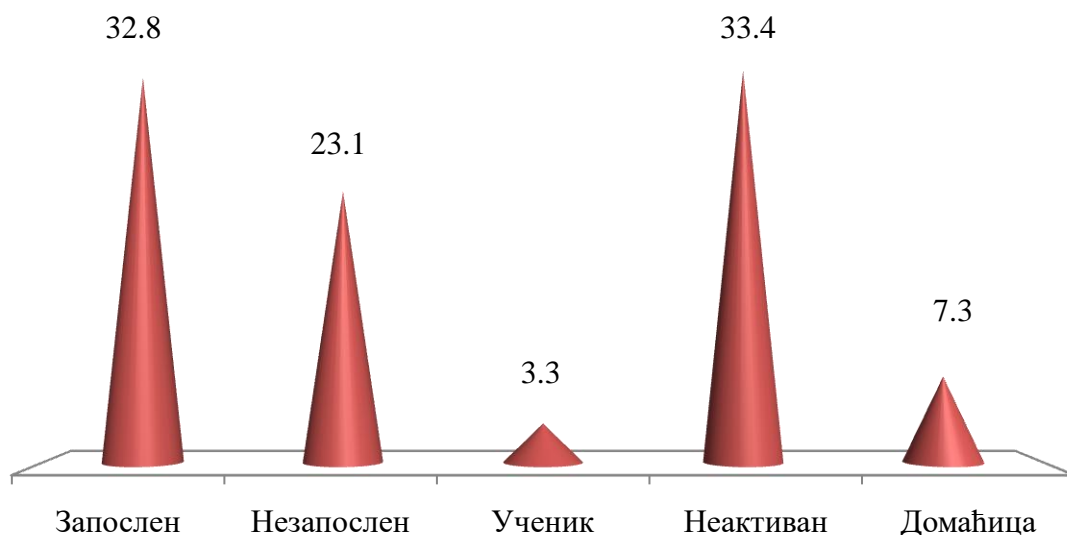
Од укупног броја испитаника више од половине њих (56,4%) припадало је градској средини, док је 43,6% њих припадало осталим насељима (приградским и сеоским), приказано графиконом 6.

**Графикон 6. Дистрибуција испитаника према типу насеља**



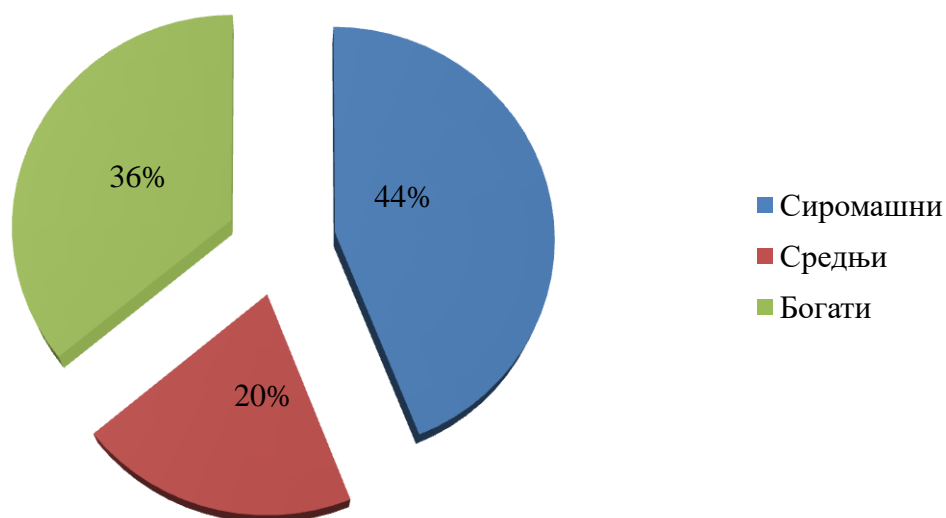
Економском структуром становништва преовлађују радно неактивни (33,4%), потом запослени (32,8%), они који раде послове унутар својих домаћинстава (7,3%), док је само 3,3 % њих било из категорије ученика, приказано графиконом 7.

**Графикон 7. Дистрибуција испитаника према економској структури**



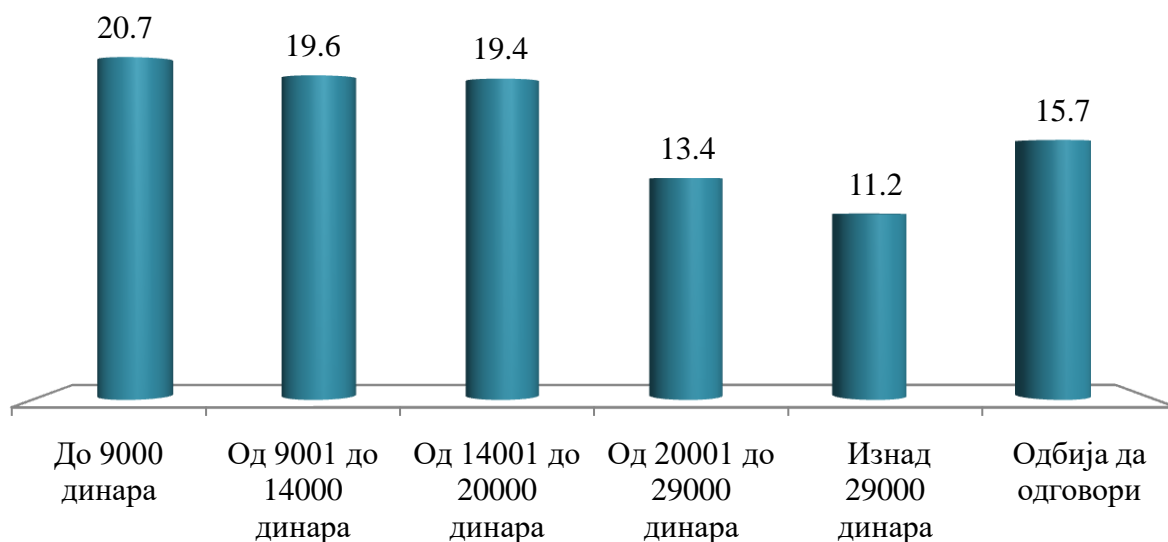
У погледу материјалног стања домаћинства, испитаници припадају категорији категорији средњег материјалног статуса 44%, категорији сиромашних 36%, док је било 20% испитаника који припадају богатом слоју у погледу материјалног стања домаћинства, приказано графиконом 8.

**Графикон 8. Дистрибуција материјалног стања домаћинства**



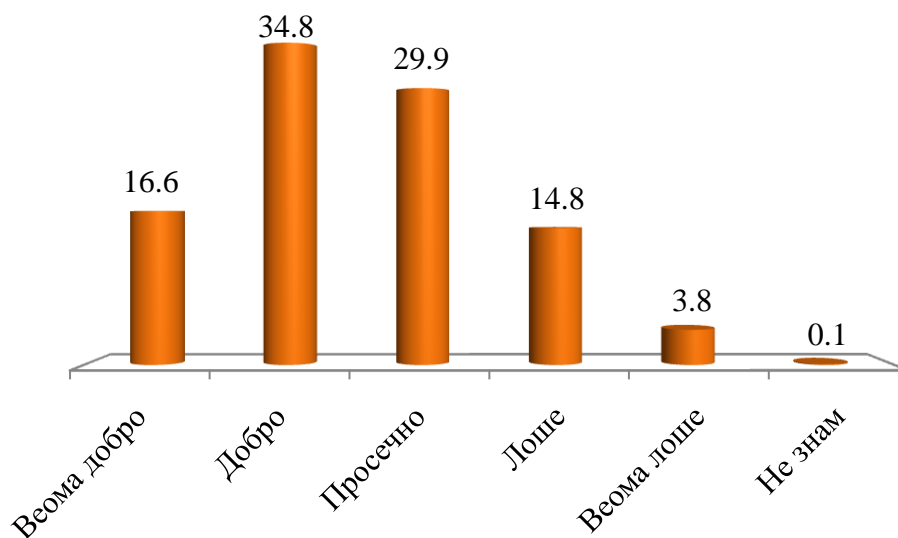
Највећи проценат испитаника је имао најнижи приход по члану домаћинства до 9 000 динара (20,7%), док је најмањи проценат њих (11,2%) имао највиши приход по члану домаћинства изнад 29 000 динара, приказано графиконом 9.

**Графикон 9. Дистрибуција испитаника према приходу по члану домаћинства**



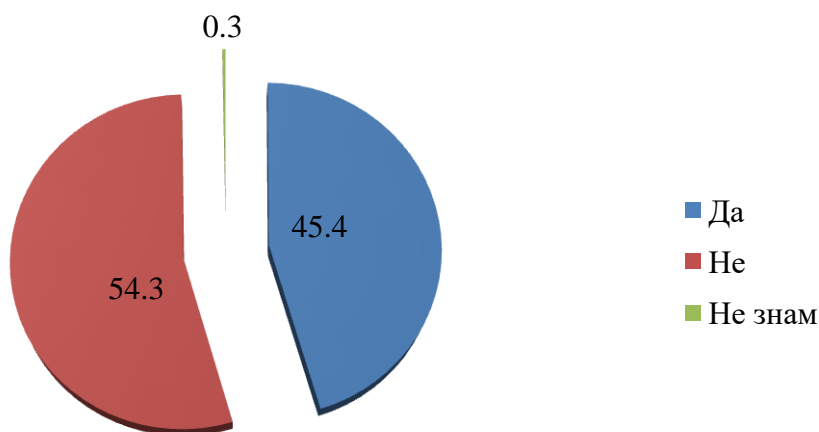
Међу анкетиранима, њих (18,6%) је имало лоше здравље, (14,8% лоше и 3,8% веома лоше), више од половине (51,4%) је имало добро здравље (34,8% добро и 16,6% веома добро), графикон 10.

**Графикон 10. Самопроцена здравља испитаника**



На питање да ли имају неку дуготрајну болест или здравствени проблем, нешто мање од половине испитаника је одговорило потврдно 45,4%, приказано графиконом 11.

**Графикон 11. Дистрибуција испитаника који имају неку врсту здравствени проблема**

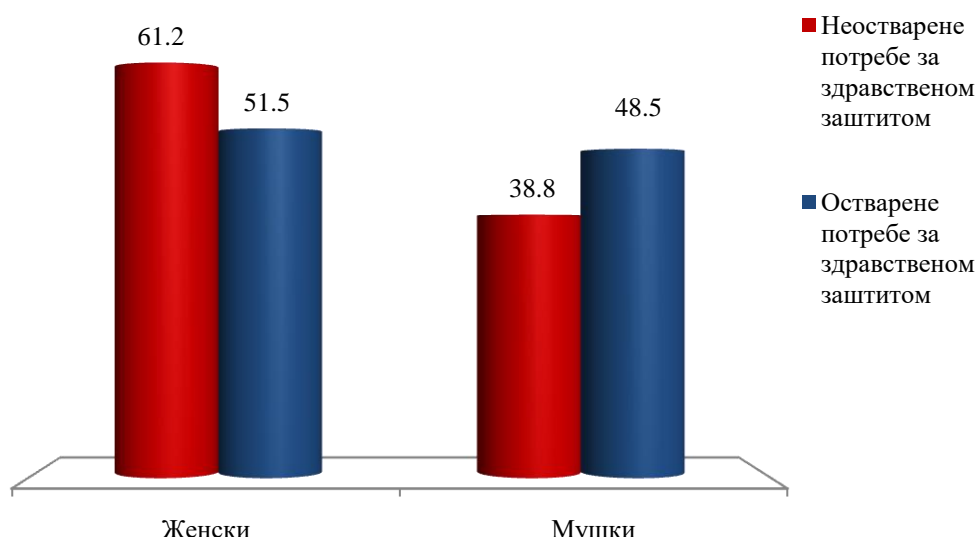


## 4.2. Неостварене здравствене потребе

### 4.2.1. Незадовољене потребе за здравственом заштитом

Анализа према полу показује да особе женског пола знатно чешће (61,2%) не успевају да остваре своје здравствене потребе у односу на особе мушког пола (38,8%) ( $p=0,000$ ), приказано графиконом 12.

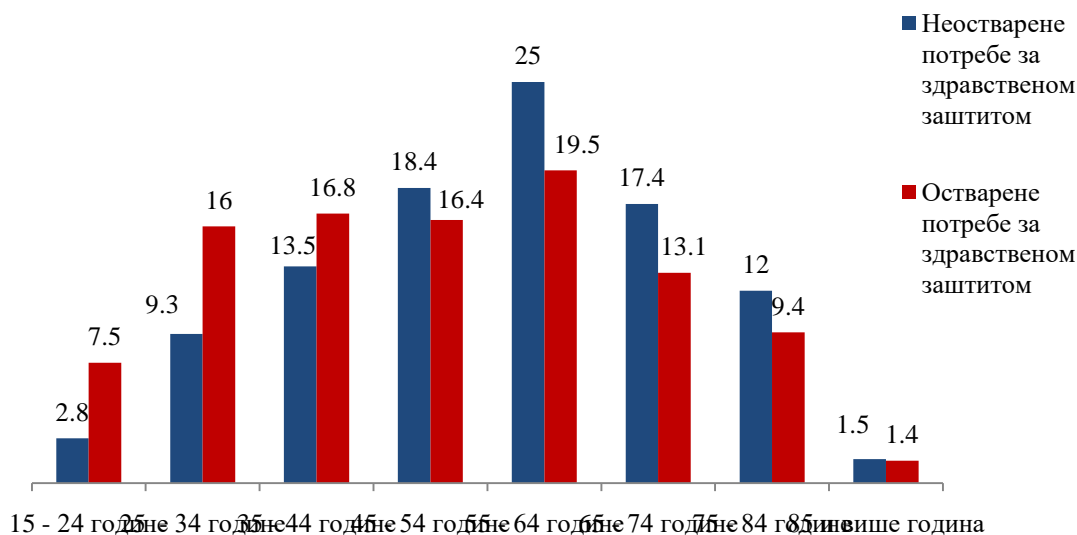
**Графикон 12. Незадовољене потребе за здравственим услугама према полној структури**





Четвртина испитаника старости од 55 до 64 године (25%), има незадовољене здравствене потребе, затим следи старосна доб од 45 до 54 године (18,4%) и старосна категорија од 65 до 74 године (17,4%), при чему евидентирана разлика има велику статистичу значајност, приказано графиком 13.

**Графикон 13. Незадовољене потребе за здравственим услугама посматране према старосној структури**



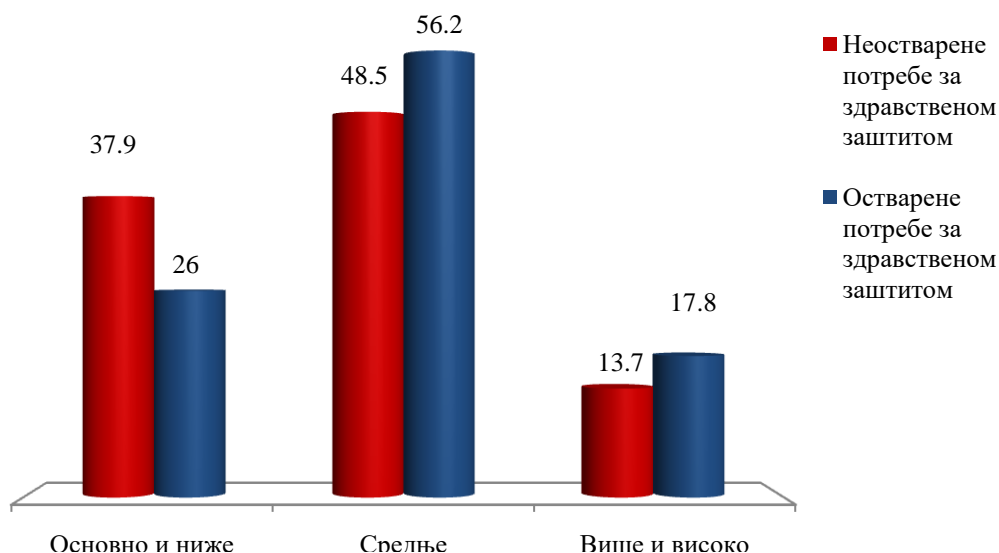
Категорија оних испитаника који живе у браку (66,1%), најчешће има незадовољене здравствене потребе, затим они из групе удовац или удовица или који живе у ванбрачној заједници (18%) ( $p < 0,000$ ), приказано графиком 15.

**Графикон 14. Незадовољене потребе за здравственим услугама према брачној структури**



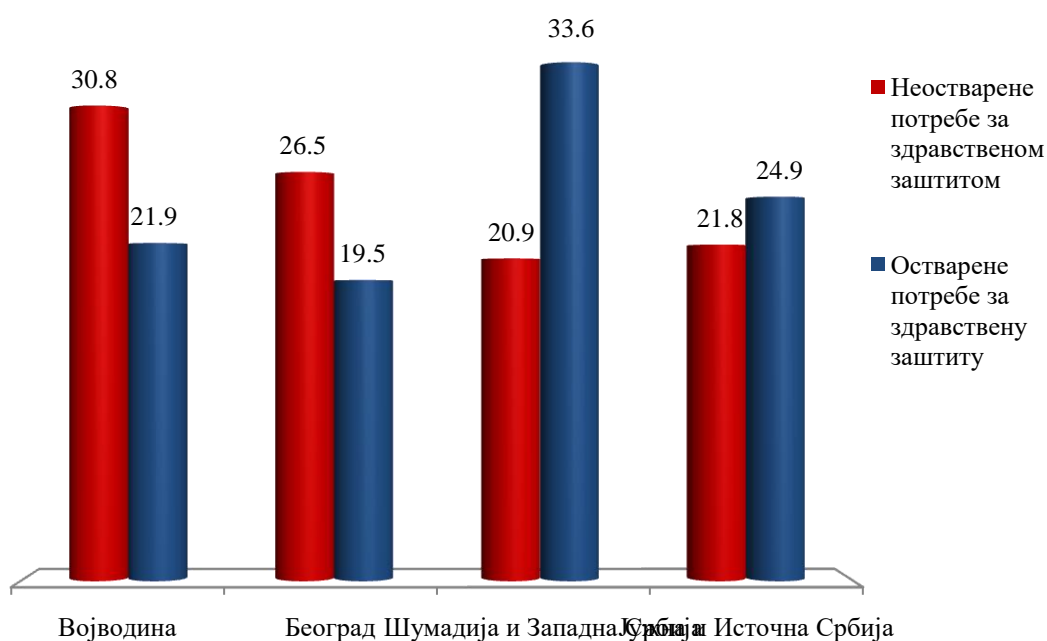
На графикону 15 се види да испитаници средњег образовања најчешће имају неостварене здравствене потребе (48,5%), потом испитаници нижег и основног образовања (37,9%) ( $p < 0,000$ ).

**Графикон 15. Незадовољене потребе за здравственим услугама према образовној структури**



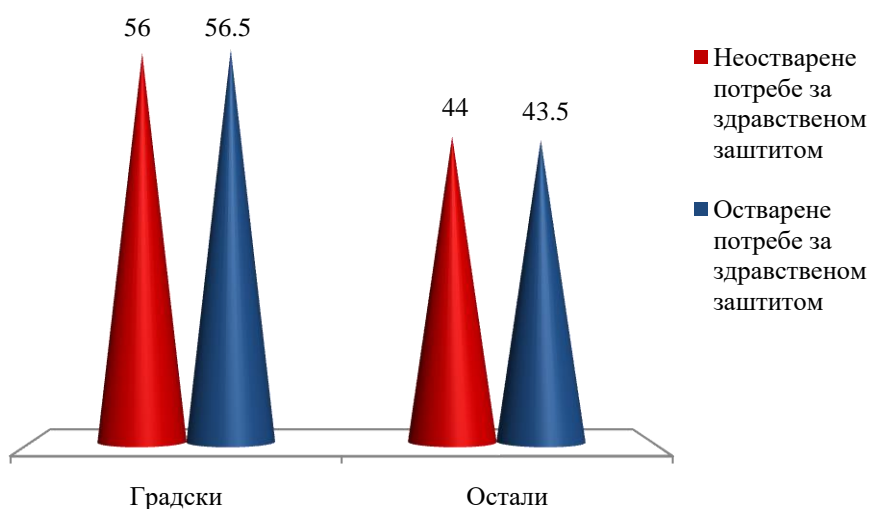
Незадовољене здравствене потребе најчешће су код становника Војводине и Београда (30,8% односно 26,5%), потом код одраслих становника југоисточних делова Србије (21,8%) ( $p < 0,000$ ), приказано на графикону 16.

**Графикон 16. Незадовољене потребе за здравственим услугама посматране према географској дистрибуцији испитаника**



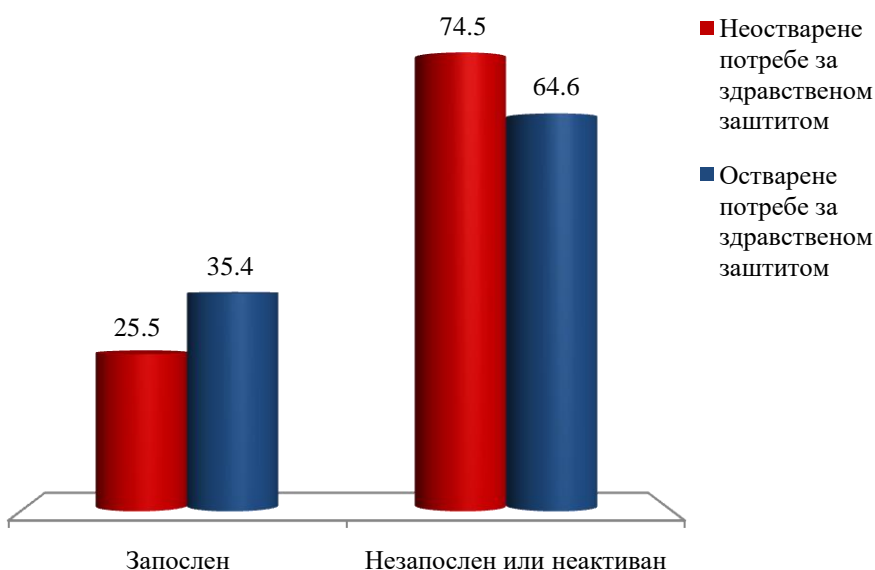
Више од половине одраслог становништва из градске средине неостварује своје здравствене потребе (56%), док се то ређе дешава у популацији приградских и сеоских средина (44%) ( $p < 0,608$ ), приказано на графикону 17.

**Графикон 17. Незадовољене потребе за здравственим услугама посматране према типу насеља**



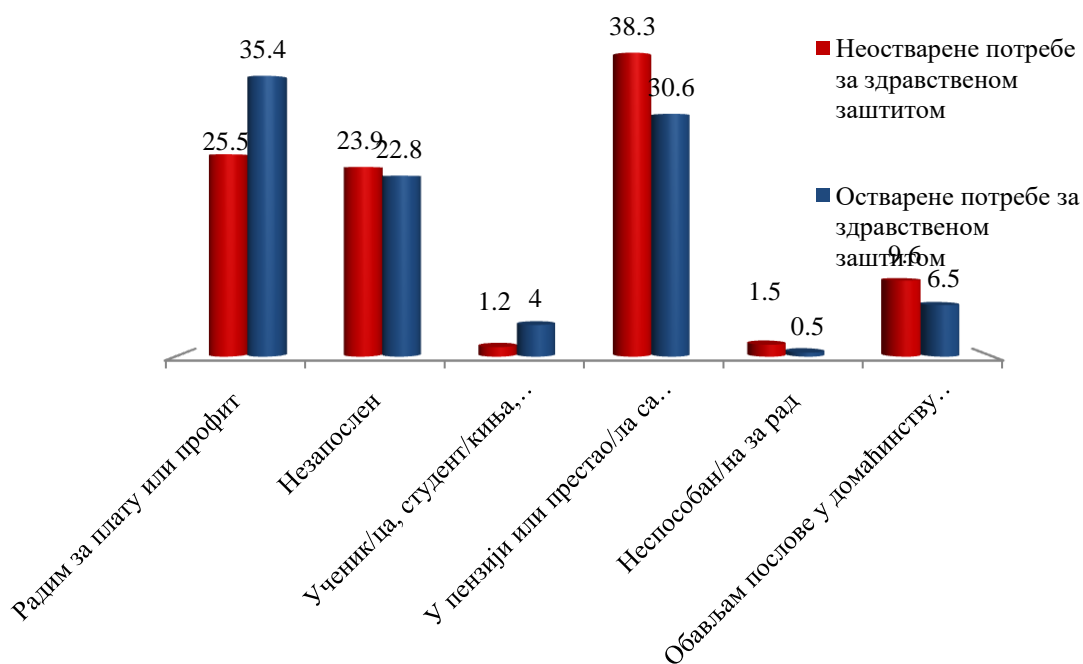
Две трећине одраслог становништва из категорије незапослених (74,5%) има неостварене здравствене услуге, наспрам четвртине радноактивног становништва (25,5%) ( $p < 0,000$ ), приказано на графикону 18.

**Графикон 18. Незадовољене потребе за здравственим услугама посматране у према економском статусу**



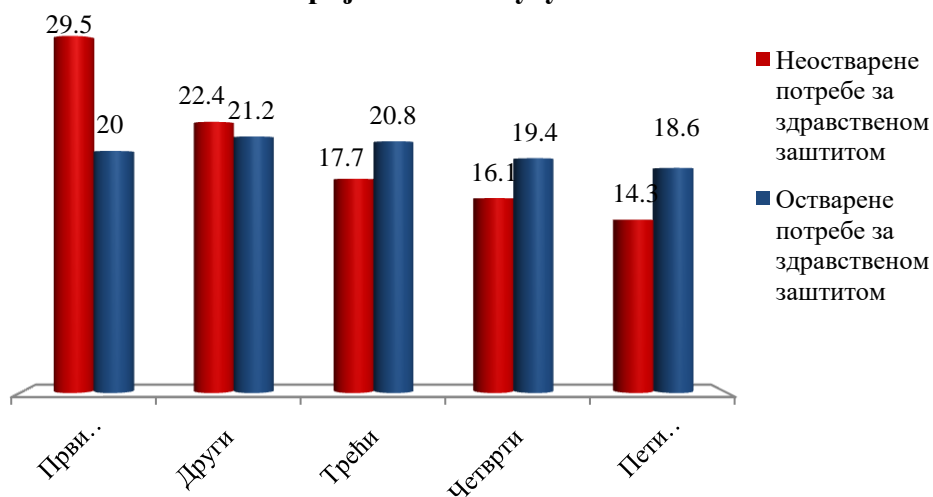
Графикон 19 приказује да категорија пензионисаних (38,3%), најчешће има неоставрене здравствене потребе, следе они који се баве пословима у оквиру својих домаћинстава (9,6%) ( $p < 0,000$ ).

**Графикон 19. Незадовољене потребе за здравственим услугама посматране према радном статусу**



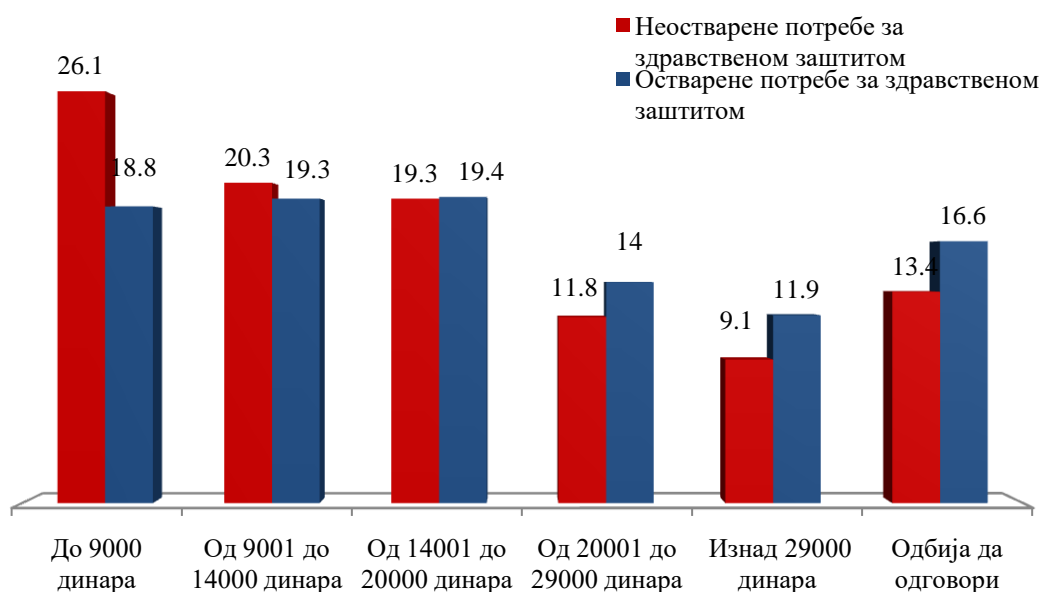
Категорија која према квантилима благостања припада најсиромашнијима, знатно чешће неостварује своје здравствене потребе (29,5%) у односу на све друге категорије одраслог становништва ( $p < 0,000$ ), приказано на графикону 20.

**Графикон 20. Незадовољене потребе за здравственим услугама посматране према материјалном статусу**



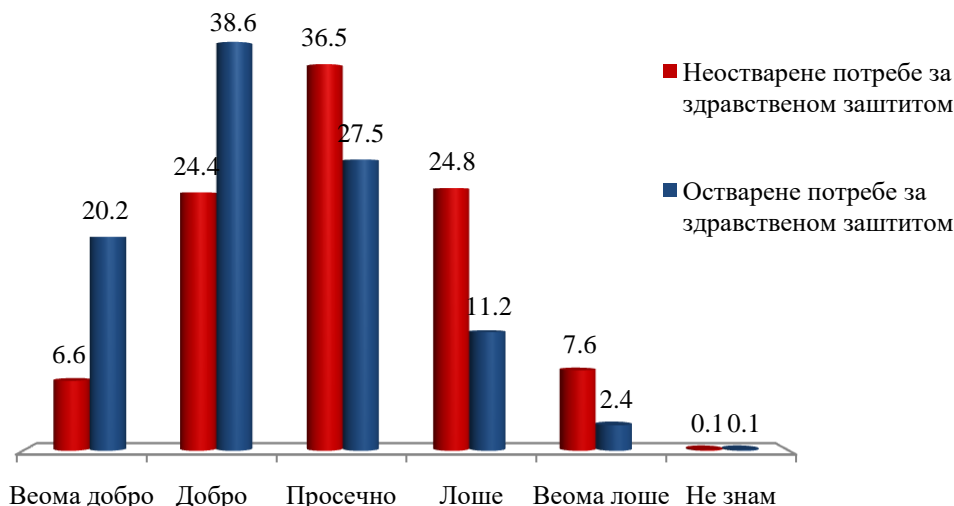
На графикону 21 види се да четвртина становништва које има до 9 000 динара по члану домаћинства као веома ниску суму прихода у односу на број чланова домаћинства, има најчешће неостварене здравствене потребе, а они са највишим приходима по броју чланова домаћинства тј. изнад 29 000 динара (9,1%) најређе имају незадовољене здравствене потребе, ( $p < 0,000$ ).

**Графикон 21. Незадовољене потребе за здравственим услугама посматране према приходима у односу на број чланова домаћинства**



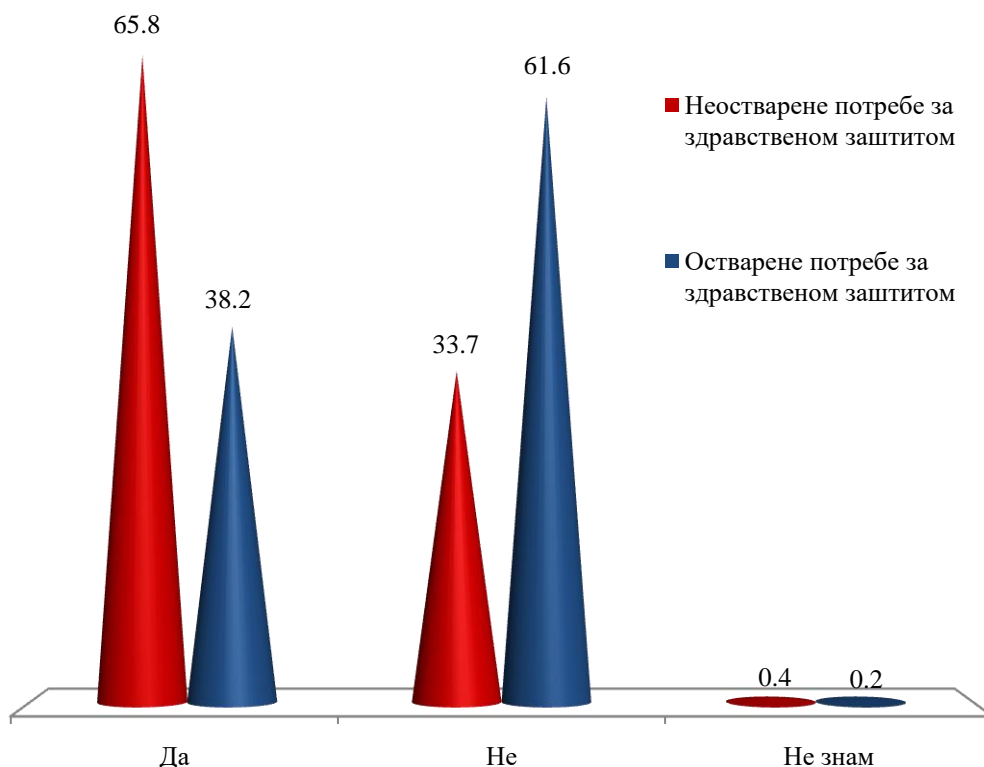
Незадовољене здравствене потребе чешће су у оних категорија одраслих становника које су се изјаснили да им је здравље просечно (36,5%) и лоше (24,8%) ( $p < 0,000$ ), (Графикон 22).

**Графикон 22. Незадовољене потребе за здравственим услугама посматране према самопроцени здравственог статуса**



Популација испитаника која има здравствених проблема или неку дуготрајнију болест (65,8%) знатно чешће има неостварене здравствене потребе од оних који такав проблем немају, ( $p < 0,000$ ), приказано графиконом 23.

**Графикон 23. Незадовољене потребе за здравственим услугама посматране према постојању неког здравственог проблема**



У мултиваријантним анализама значајни предиктори неостварених здравствених потреба укључују: пол, године живота, брачну структуру, тип насеља, степен образовања, материјано стање и радни статус (табела 1). Жене имају 39% већу шансу да да не остваре своје потребе за здравственом заштитом у поређењу са мушкарцима ( $OR=1,39$ ). Са старошћу је растао број испитаника са неоствареним потребама, па тако испитаници који припадају старосној групи 60-69 година 2,5 пута чешће не успевају да остваре своје здравствене потребе у односу на оне који припадају старосној групи 20-29 година ( $OR=2,477$ ). Немогућност остваривања потреба за здравственом заштитом је за 32% чешћа код испитаника који живе у ванградским срединама ( $OR=1,320$ ) Пропорција испитаника који нису остварили своје здравствене потребе обрнуто је пропорционална степену бразовања испитаника. Испитаници са најнижим степеном образовања за 37% имају већу шансу да не остваре своје здравствене потребе од испитаника са високим

образовањем (OR=1,370). Исти образац је запажен и када је реч о индексу благостања, тј. припадници сиромашне класе скоро 1,5 пута чешће нису остварили своје здравствене потребе од оних који припадају богатом слоју (OR=1,479). Незапослени испитаници имају за 27,8% већу шансу да се нађу у групи оних који нису остварили своје здравствене потребе од запослених испитаника (OR=1,278). Исти образац је примећен када се ради о индексу благостања, тј. испитаници који припадају сиромашној класи имају више од пола пута већу вјероватноћу да нису достигли своје здравствене потребе, у односу на оне богате класе (OR = 1,479). Незапослени испитаници показују да је за 27,8% већа вероватноћа да ће се наћи у групи оних који нису остварили потребу за здравственом заштитом, у поређењу са запосленим анкетираним особама (OR = 1,278).

**Табела 1. Униваријантни и мултиваријантни регресиони модел незадовољених здравствених потреба у односу на демографске и социоекономске карактеристике одраслог становништва Србије**

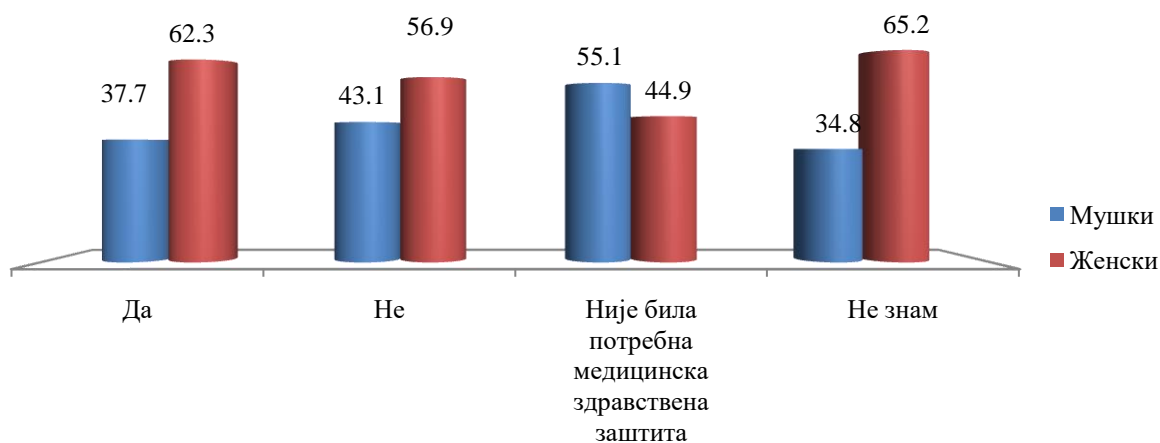
	Униваријантна регресија		Мултиваријантна регресија	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
<b>Полне групе</b>				
мушки	1		1	
женски	1.484 (1.373-1.603)	< 0.001	1.390 (1.276-1.513)	< 0.001
<b>Старосне групе</b>				
20-29	1		1	
30-39	1.483 (1.483-2.092)	< 0.001	1.654 (1.366-2.003)	< 0.001
40-49	1.944 (1.944-2.715)	< 0.001	2.085 (1.719-2.529)	< 0.001
50-59	2.437 (2.437-3.359)	< 0.001	2.409 (1.990-2.918)	< 0.001
60-69	2.721 (2.721-3.743)	< 0.001	2.477 (1.995-3.075)	< 0.001
70-79	2.671 (2.671-3.744)	< 0.001	2.232 (1.762-2.829)	< 0.001
80+	2.174 (2.174-3.335)	< 0.001	1.810 (1.373-2.386)	< 0.001
<b>Брачно стање</b>				
венчани / ванбрачни брак нежења	1		1	
	0.555 (0.491-0.629)	< 0.001	0.972 (0.836-1.129)	< 0.001
удовица	1.356 (1.122-1.506)	< 0.001	1.004 (0.886-1.137)	0.953
раздвојен / разведен	1.372 (1.161-1.621)	< 0.001	1.281 (1.080-1.520)	0.004

<b>Место становања</b>				
урбан	1		1	
сеоски	0.980 (0.908-1.058)	0.608	1.320 (1.202-1.449)	< 0.001
<b>Образовање</b>				
средња школа / факултет или више	1		1	
основна школа или нижа	1.890 (1.678-2.129)	< 0.001	1.370 (1.189-1.579)	< 0.001
средње школе	1.121 (1.002-1.256)	0.047	1.088 (0.963-1.224)	0.179
<b>Индекс благостања</b>				
богата класа	1		1	
сиромашна класа	1.573 (1.443-1.715)	< 0.001	1.479 (1.324-1.653)	< 0.001
средња класа	1.063 (0.951-1.188)	0.283	1.013 (0.901-1.138)	1.013
<b>Радни статус</b>				
запослен	1		1	
незапослени	1.449 (1.302-1.612)	< 0.001	1.278 (1.141-1.431)	< 0.001
ученик	0.427 (0.312-0.586)	< 0.001	0.782 (0.549-1.114)	0.174
неактиван	1.769 (1.608-1.947)	< 0.001	1.198 (1.033-1.390)	0.017
домаћице	2.055 (1.771-2.385)	< 0.001	1.201 (1.006-1.434)	0.043

#### 4.2.2. Незадовољене потребе из медицинске заштите из финансијских разлога

Популација женског становништва чешће има неостварене потребе за медицинском заштитом из финансијских разлога (62,3%) у односу на популацију мушког пола, ( $p < 0,000$ ) (Графикон 24).

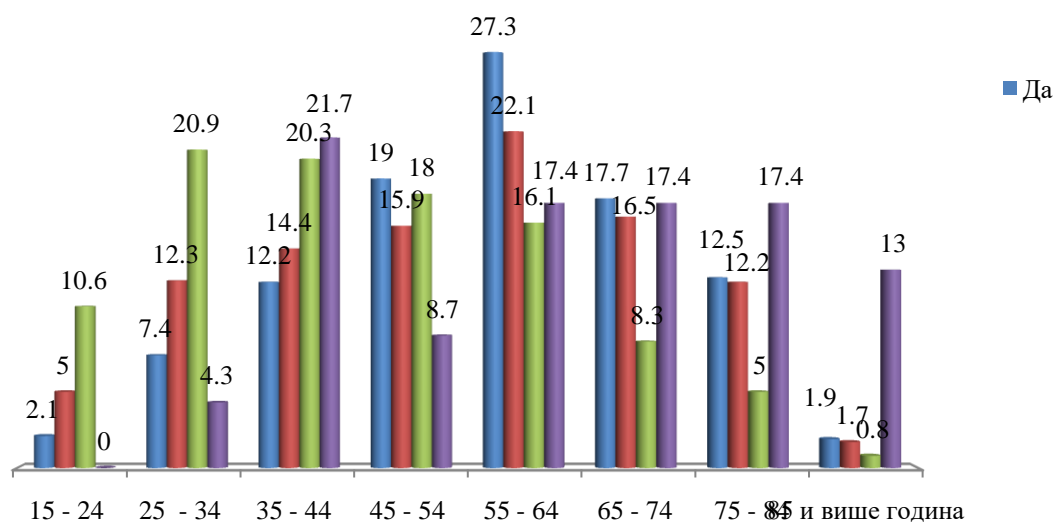
**Графикон 24. Незадовољене потребе из медицинске заштите из финансијских разлога према полу**





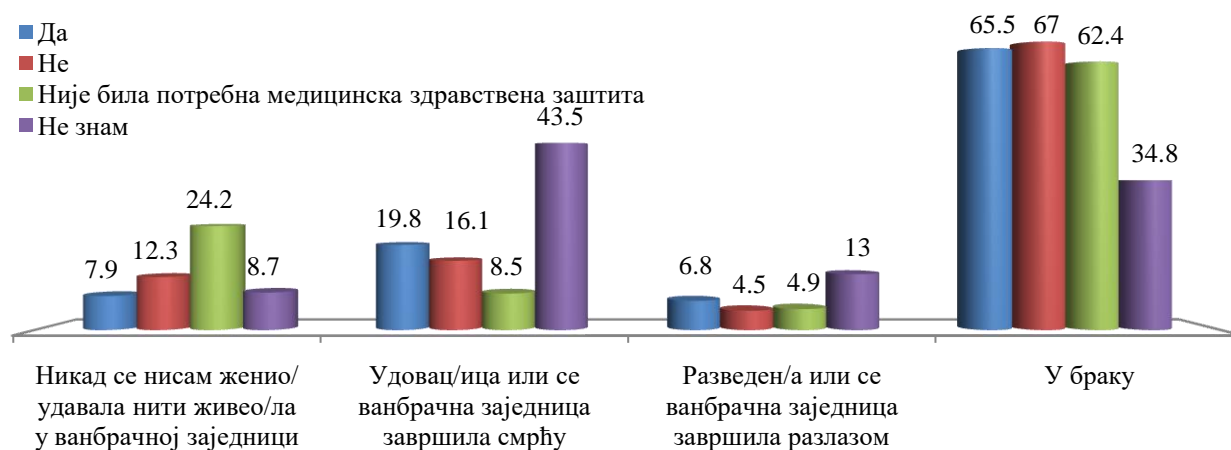
Најмлађи и најстарији испитаници имају скоро идентичан проценат неостварених потреба за медицинском заштитом из финансијских разлога (2,1 %, односно 1,9 %)(  $p < 0,000$ ), приказано графиконом 25.

**Графикон 25. Незадовољене потребе из медицинске заштите из финансијских разлога у односу на старосну доб испитаника**



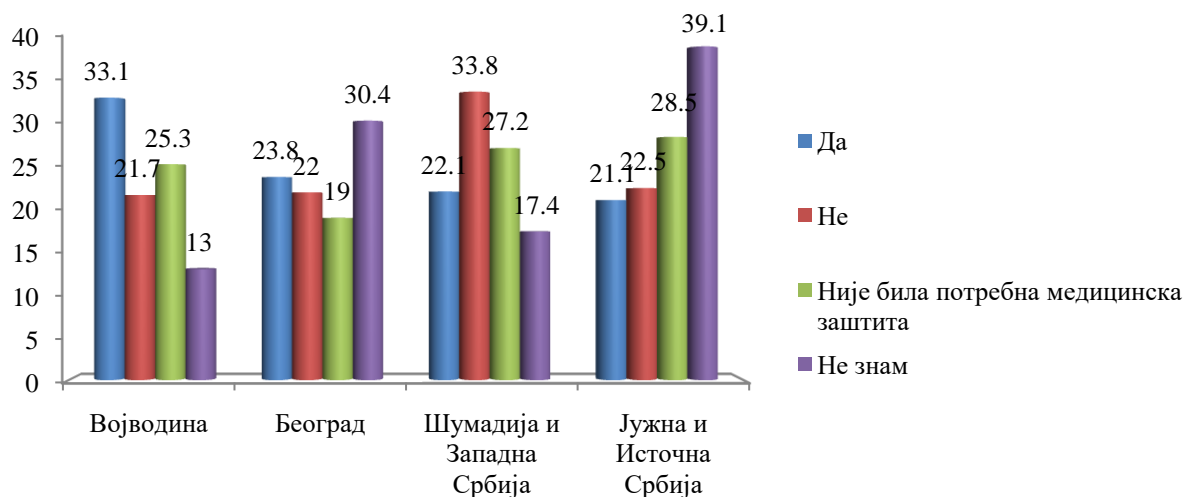
Популација одраслог становништва која је у брачној заједници чешће има неостварене потребе за медицинском заштитом из финансијских разлога (65,5%) у односу на остале категорије становништва ( $p < 0,000$ ), приказано графиконом 26.

**Графикон 26. Незадовољене потребе из медицинске заштите из финансијских разлога у односу на брачни статус**



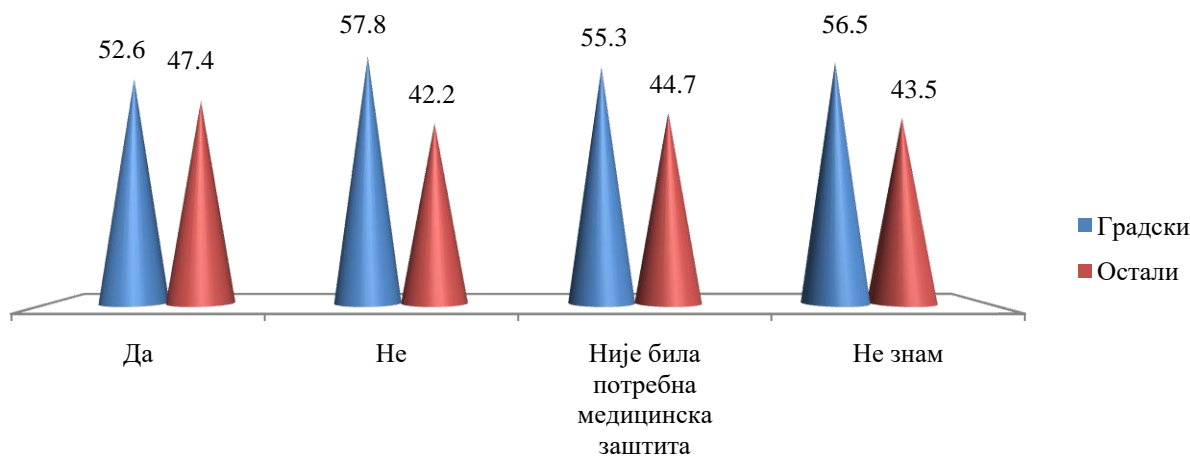
Испитаници који према географској области припадају Војводини чешће су имали неоставрене потребе за медицинском заштитом из финансијских разлога (33,1%), у односу на становнике осталих регија ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиконом 27.

**Графикон 27. Незадовољене потребе из медицинске заштите из финансијских разлога по географским областима**



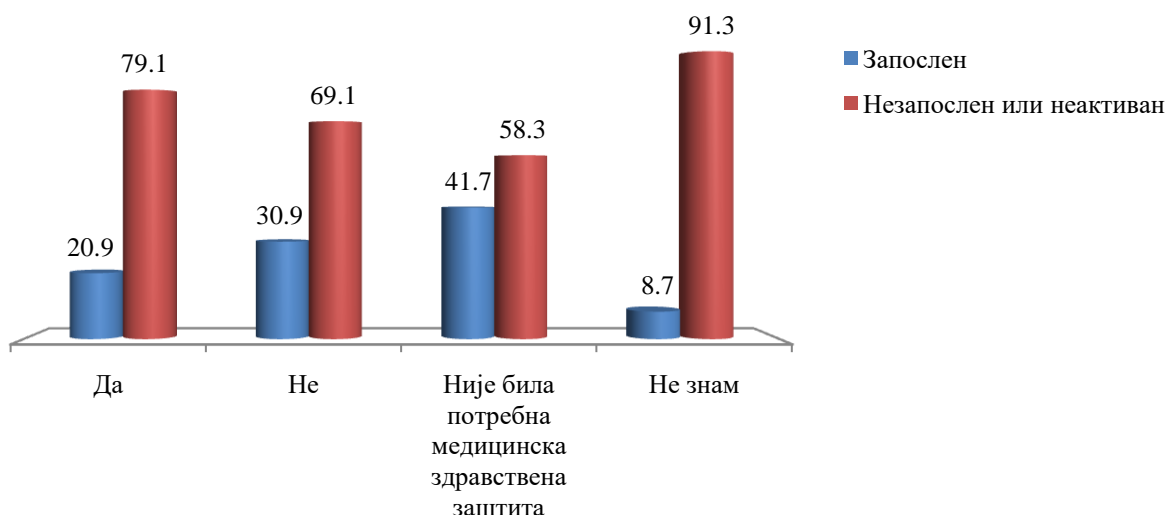
Нешто више од половине становника градских насеља има неостварене потребе за медицинском заштитом из финансијских разлога (52,6%), док је у нешто нижем проценту то забележено у популацији приградских и сеоских насеља ( $p < 0,000$ ), приказано графиконом 28.

**Графикон 28. Незадовољене потребе из медицинске заштите из финансијских разлога према типу насеља**



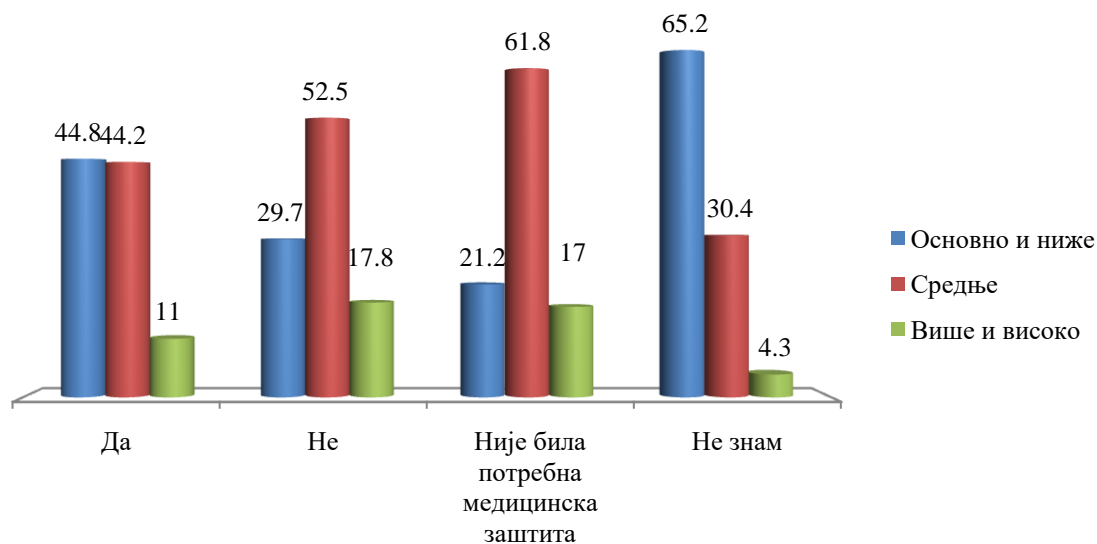
Одрасло становништво које припада категорији запослених у знатно већем проценту (79,1%) има неоставрене потребе за медицинском заштитом из финансијских разлога у односу на категорију незапослених (20,9%). Разлика показује високу статистичку значајност ( $p < 0,000$ ), приказано графиком 29.

**Графикон 29. Незадовољене потребе из медицинске заштите из финансијских разлога према економском статусу испитаника**



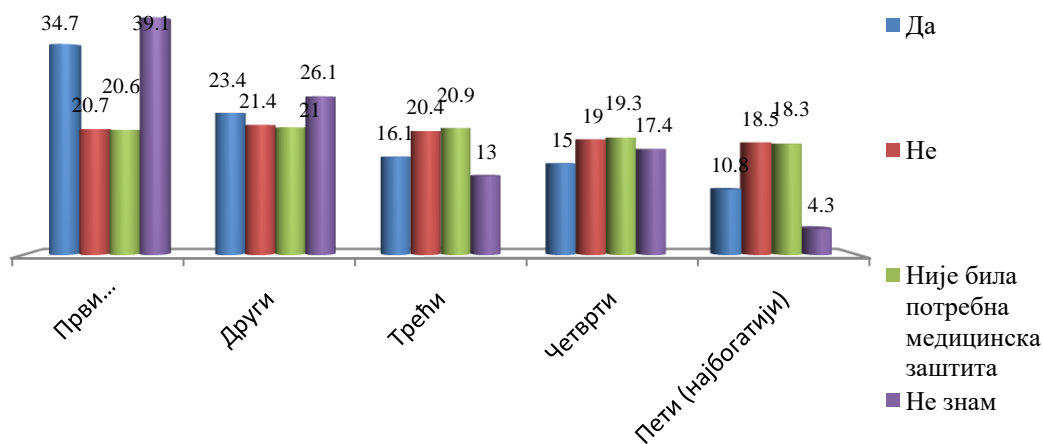
Одрасло становништво средњег и нижег образовног нивоа чешће има незадовољене потребе за медицинском заштитом из финансијских разлога у односу на испитанике вишег образовног статуса ( $p < 0,000$ ), приказано графиком 30.

**Графикон 30. Незадовољене потребе из медицинске заштите из финансијских разлога у односу на образовни статус испитаника**



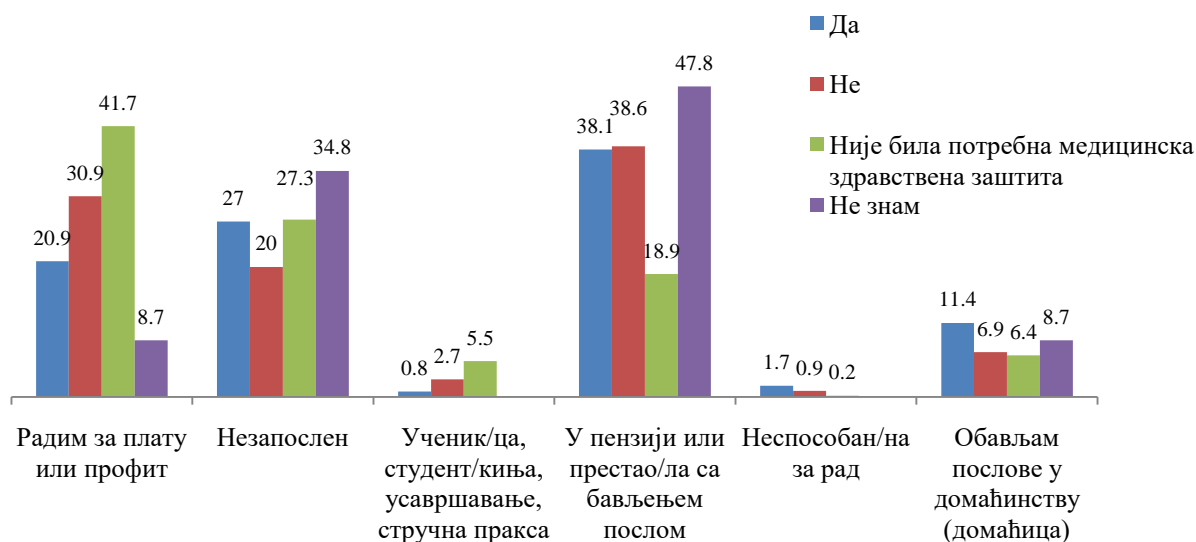
Одрасло становништво најсиромашнијег слоја најчешће пријављује неостварене потребе за медицинском заштитом из финансијских разлога 34,7%, док најбогатији имају најређе неостварене потребе за медицинском заштитом из финансијских разлога 10,8% ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиком 31.

**Графикон 31. Неостварене потребе за медицинском заштитом у односу на материјално стање испитаника**



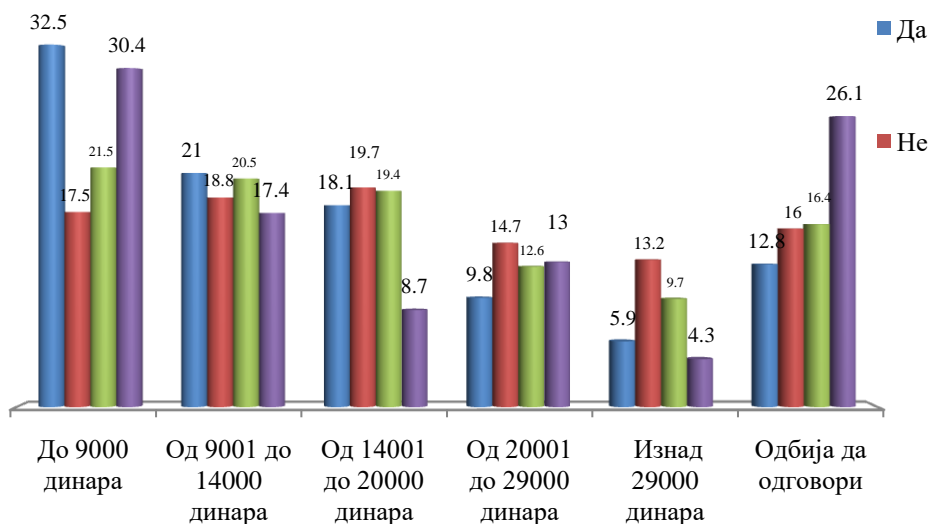
Посматрано према радном статусу они који највећим делом исказују неостварену потребу за медицинском заштитом из финансијских разлога су: пензионери / неспособни за рад (39,8 %), следе незапослени (27 %) и запослени (20,9%). Домаћице и ученици најређе имају неостварене потребе за медицинском здравственом заштитом из финансијских разлога ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиком 32.

**Графикон 32. Незадовољене потребе из медицинске заштите из финансијских разлога у односу на радни статус**



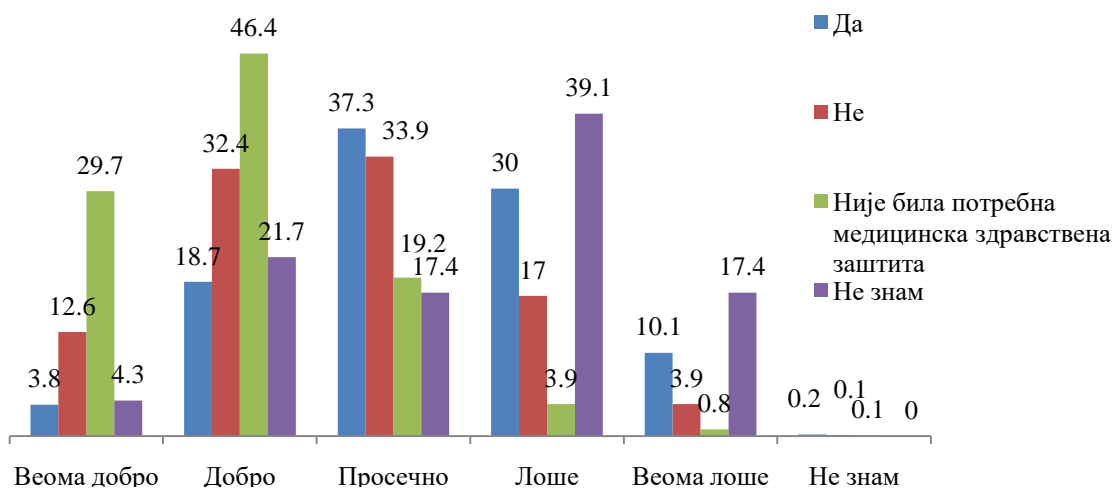
На графикону 33 приказано је да испитаници са веома ниским приходима према члановима домаћинства тј. са сумом до 9 000 динара, имају најчешће неостварене потребе за медицинском заштитом из финансијских разлога 32,5% ( $p < 0,000$ ).

**Графикон 33. Незадовољене потребе из медицинске заштите из финансијских разлога у односу на приходе испитаника**



На графикону 34 се види да испитаници који према самопроцени здравља, имају просечно (37,3%) и лоше (30%) здравствено стање чешће имају неостварене потребе за медицинском заштитом из финансијских разлога. Следе они који имају добро 18,7% и веома лоше 10,1% здравље ( $p < 0,000$ ).

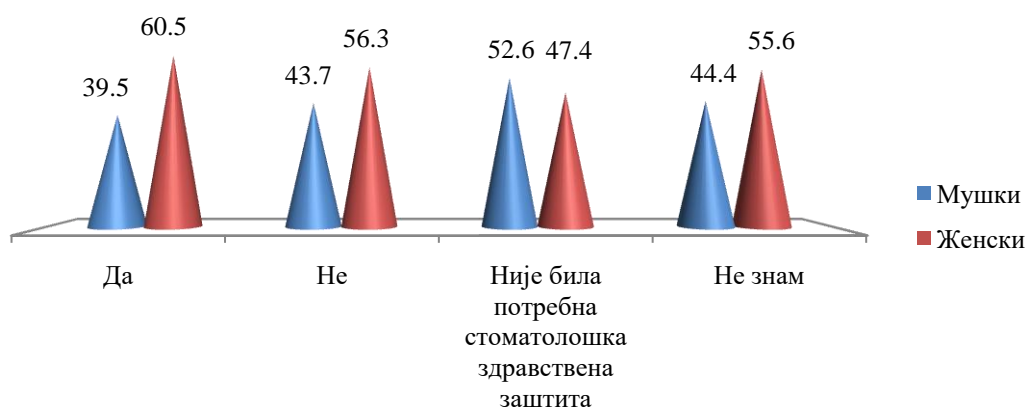
**Графикон 34. Незадовољене потребе из медицинске заштите из финансијских разлога у односу на здравствено стање испитаника**



### 4.2.3. Неостварене потребе за стоматолошком здравственом заштитом из финансијских разлога

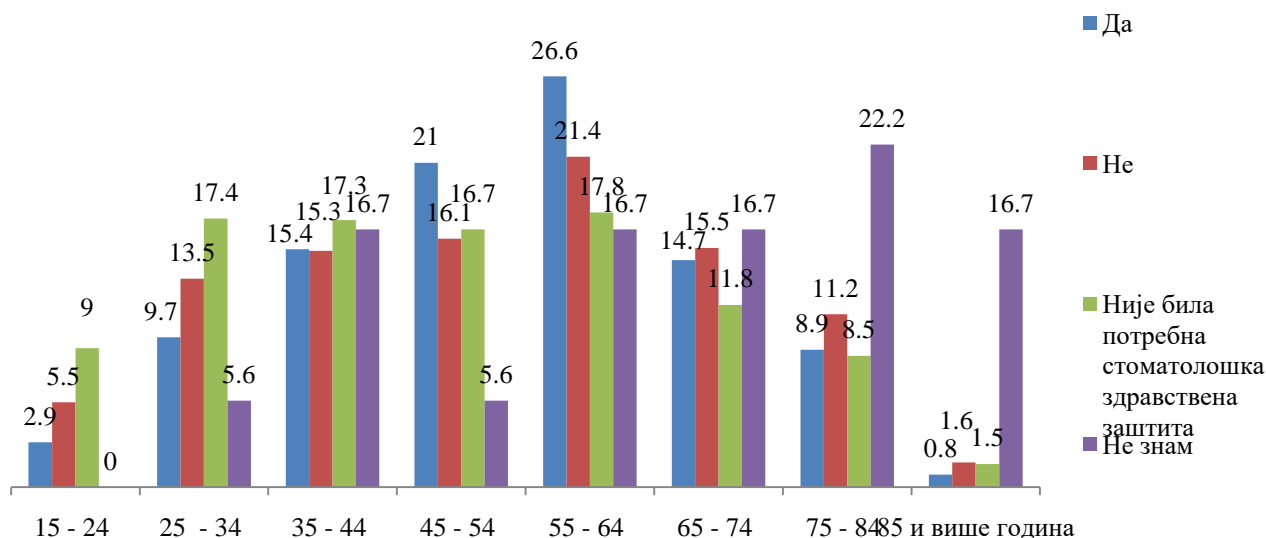
Особе женског пола значејно чешће исказују неостварене потребе за стоматолошком здравственом заштитом из финансијских разлога (60,5 %), ( $p < 0,000$ ) што је дато графиконом 35.

**Графикон 35. Незадовољене стоматолошке потребе из финансијских разлога према полу**



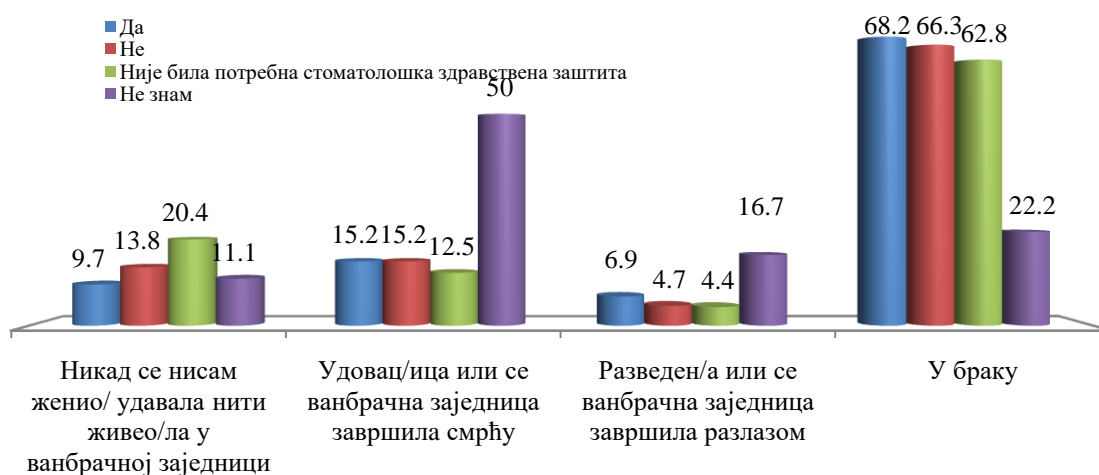
Испитаници према добним групама у смислу стоматолошке здравствене заштите имају исти тип сличности као и неостварене потребе за медицинском заштитом. Најчешће су неостварене потребе у добној старости од 55 – 64 године (26,6 %). Следе испитаници старости 65 и више година (24,4 %), ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиконом 36.

**Графикон 36. Незадовољене стоматолошке потребе према старости**



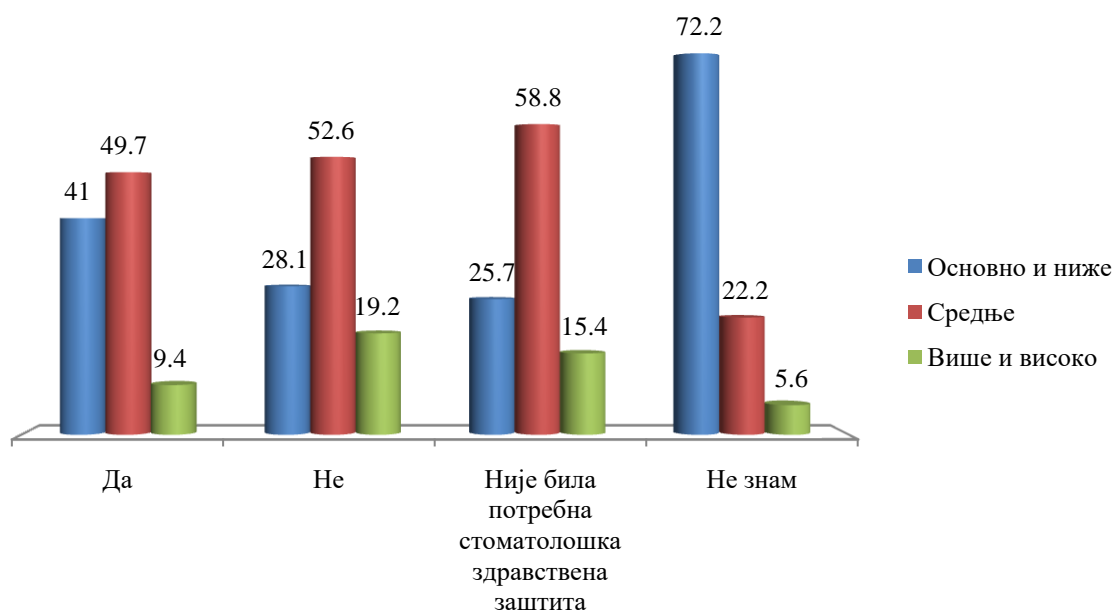
Најчешће неостварене здравствене потребе за стоматолошком заштитом су постојале код испитаника који према брачном статусу припадају категорији ожењени/удате 68,2% а најређе код разведеног становништво са 6,9 %, ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиком 37.

**Графикон 37. Незадовољене стоматолошке потребе према брачном статусу**



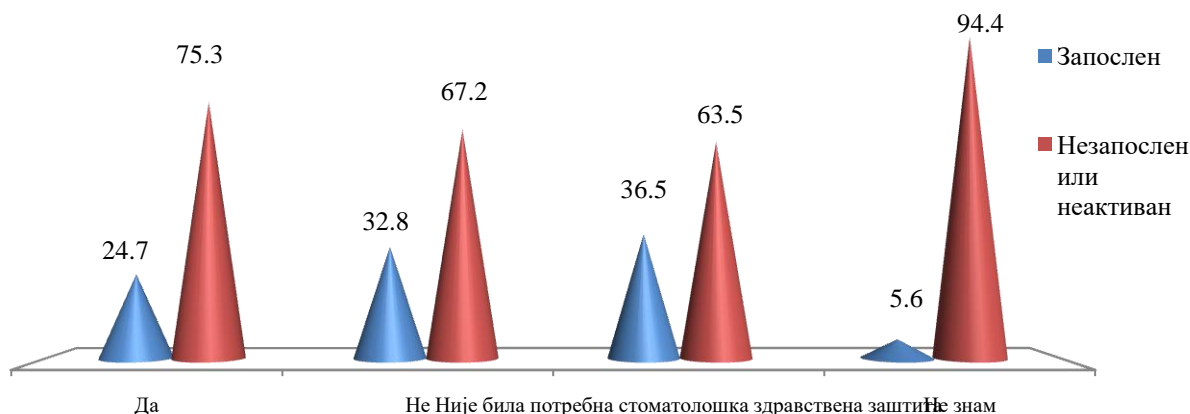
Неостварене потребе за стоматолошком заштитом најчешће су биле присутне код испитаника средњешколског образовања (49,7%), следе испитаници са основном школом и нижим образовањем (41 %), ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиком 38.

**Графикон 38. Незадовољене стоматолошке потребе према образовању**



Незапослено становништво значајније има неоставрене потребе за стоматолошком здравственом заштитом (75,3%), наспрам запослених (24,7%), ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиконом 39.

**Графикон 39. Незадовољене стоматолошке потребе према економском статусу**



Најчешће неостварене потребе за стоматолошким услугама су биле присутне у пензионисаних лица (31,8%) и незапосленог становништва (30,6%), ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиконом 40.

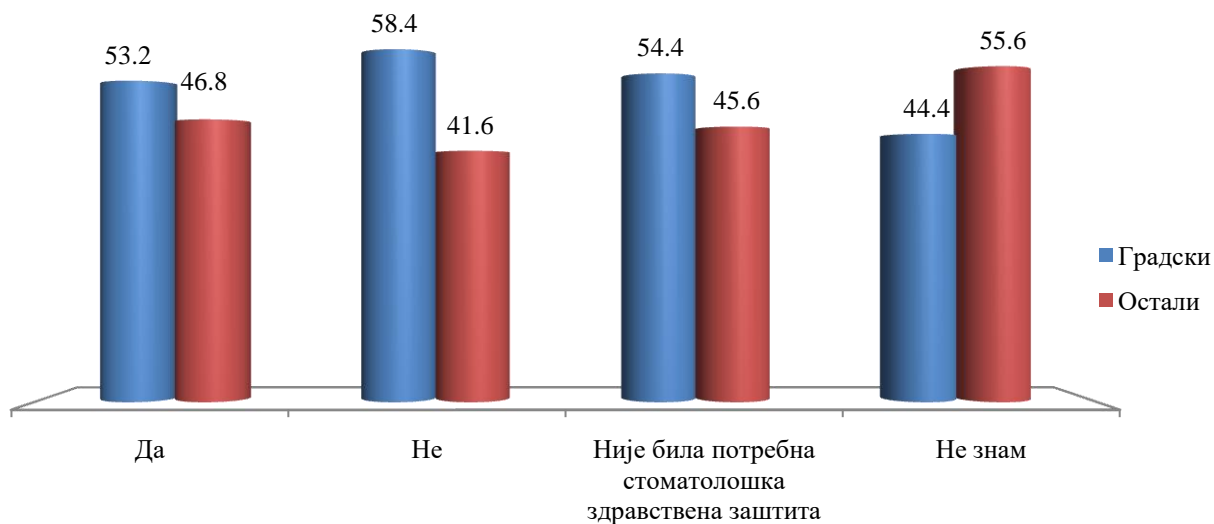
**Графикон 40. Незадовољене стоматолошке потребе према радном статусу**





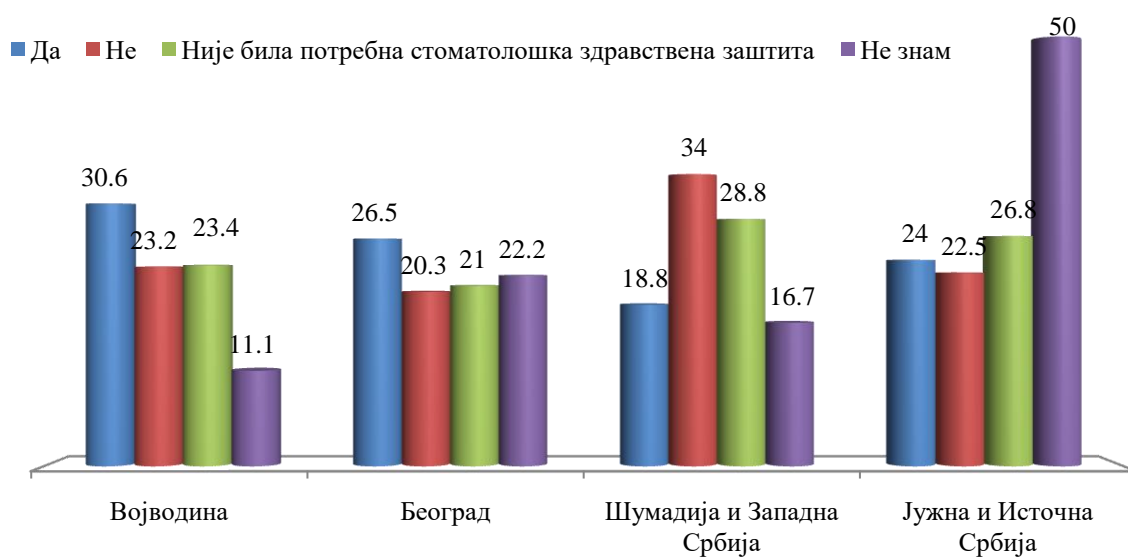
Одрасло становништво градских насеља 53,2% знатно чешће има неостварене потребе за стоматолошким услугама у односу на становништво приградских и градских средина 46,8%, ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиконом 41.

**Графикон 41. Незадовољене стоматолошке потребе према врсти насеља**



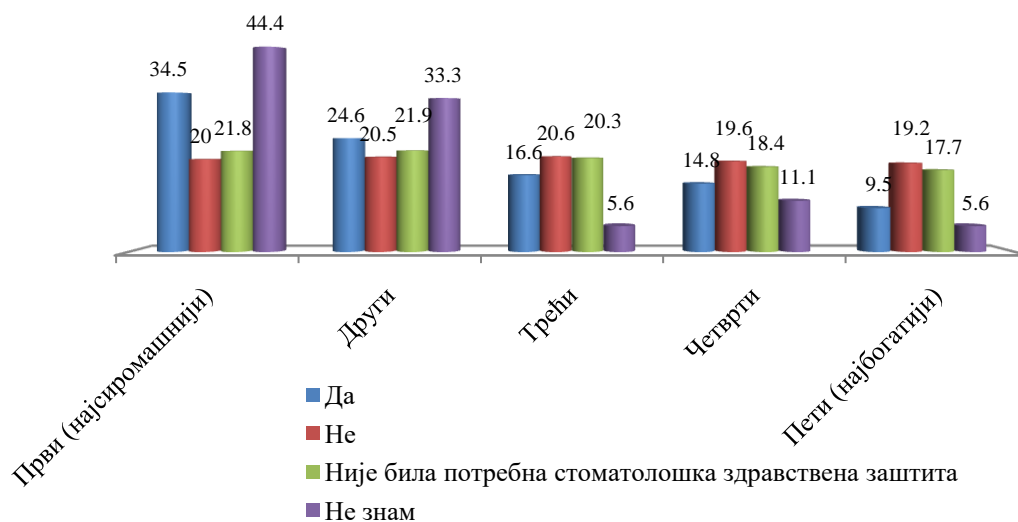
Становници који потичу из Војводине 30,6% чешће имају неостварене стоматолошке потребе у односу на становнике осталих региона Србије ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиконом 42.

**Графикон 42. Незадовољене стоматолошке потребе према географској дистрибуцији**



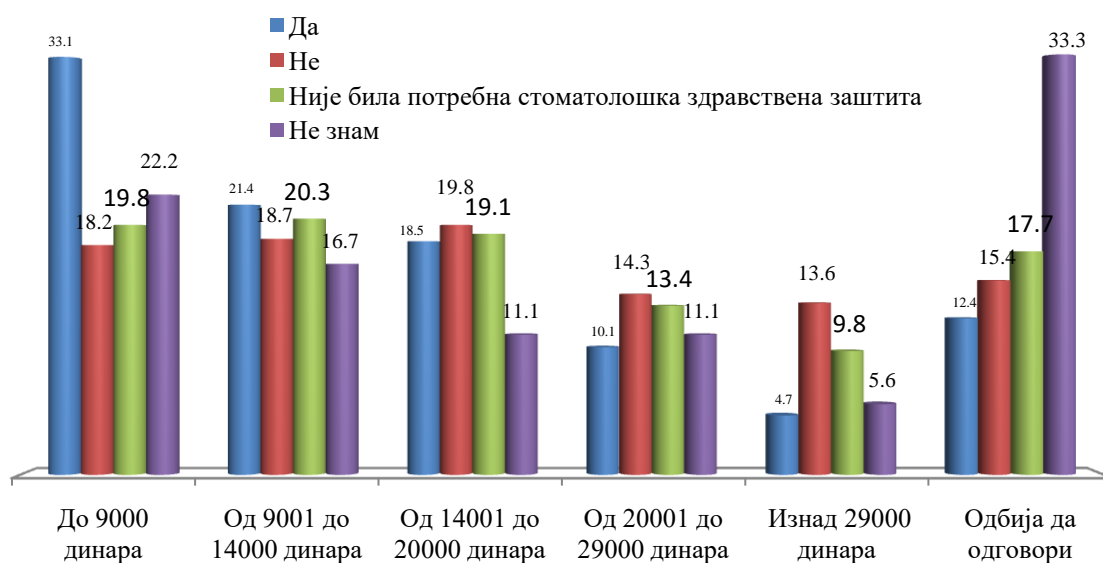
Испитаници који према индексу благостања припадају најсиромашнијем слоју становништва (34,5%) значајно чешће имају неостварене стоматолошке потребе у односу на све остале категорије становништва ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиконом 43.

**Графикон 43. Незадовољене стоматолошке потребе према материјалном стању испитаника**



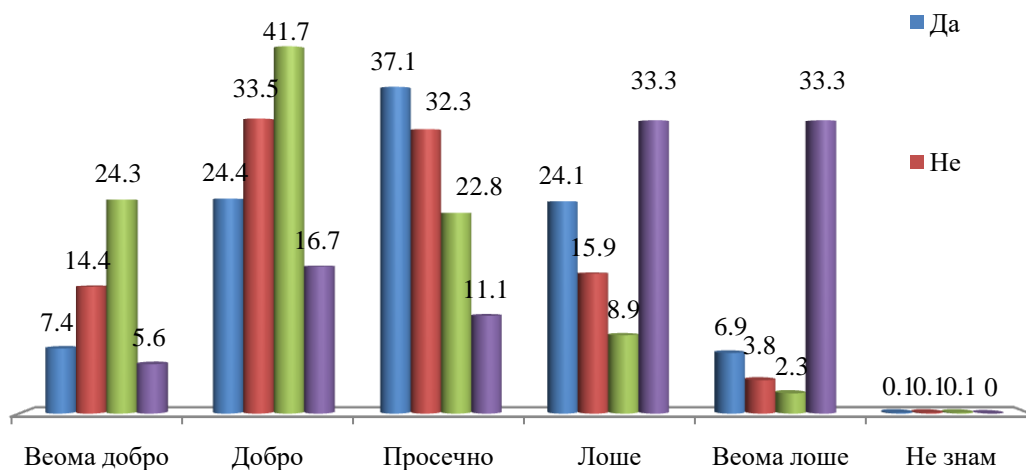
Одрасло становништво које има најниже приходе по члану домаћинства до 9 000 динара, има неостварене потребе за стоматолошким услугама знатно чешће него остале категорије становништва ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиконом 44.

**Графикон 44. Незадовољене стоматолошке потребе према приходу у односу на број чланова домаћинства**



Да има незадовољене стоматолошке потребе чешће су се изјашњавали одрасли који су своје здравствено стање оценили као просечно (37,1%) и лоше (24,1%), ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиконом 45.

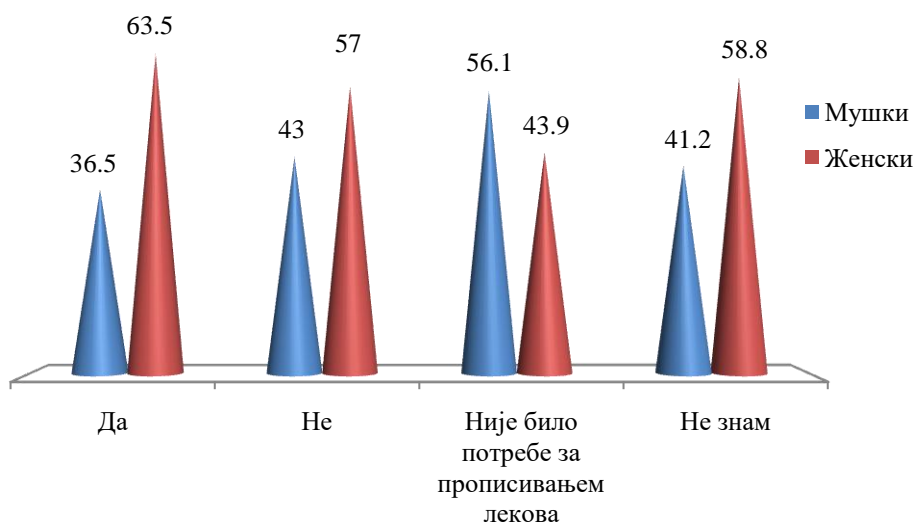
**Графикон 45. Незадовољене стоматолошке потребе према стоматолошком здрављу у целини**



#### 4.2.4. Неостварене потребе за лековима

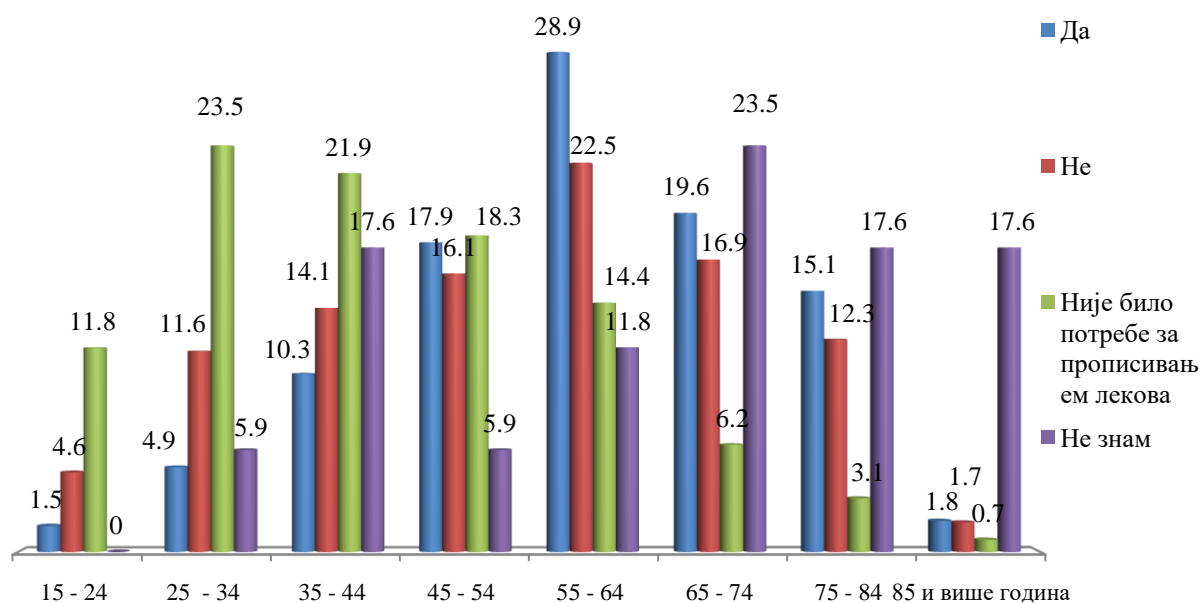
Да има незадовољене потребе за лековима чешће се изјашњавало женско становништво 63,5% ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиконом 46.

**Графикон 46. Незадовољене потребе за лековима по полу**



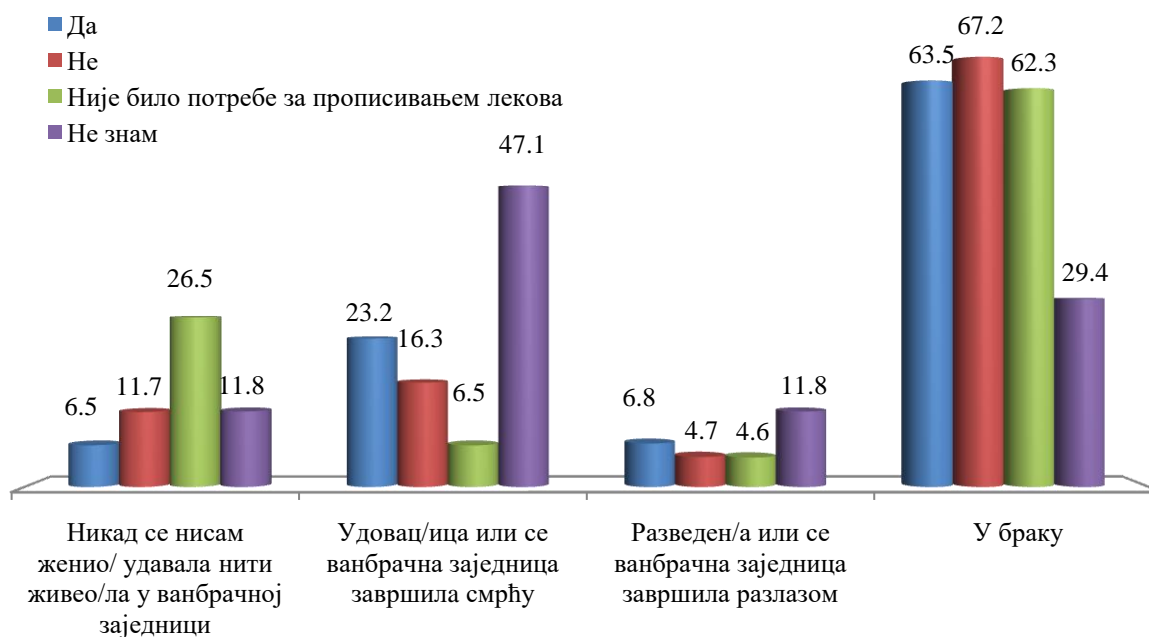
Посматрано по добној старости неостварене потребе за лековима су најчешће изражене у старосној доби 55-64 године (28,9%) ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиком 47.

**Графикон 47. Незадовољене потребе за лековима по добној старости**



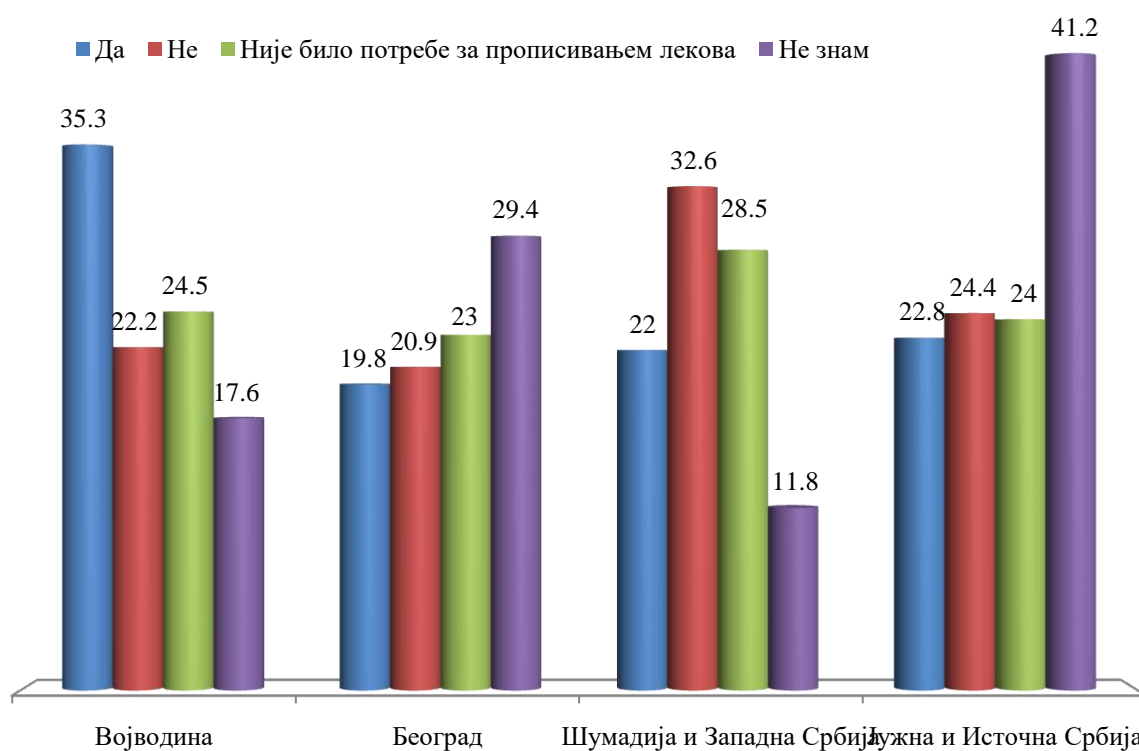
Испитаници који су у браку знатно чешће имају незадовољене потребе за лековима (63,5%) ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиком 48.

**Графикон 48. Незадовољене потребе за лековима према брачном статусу**

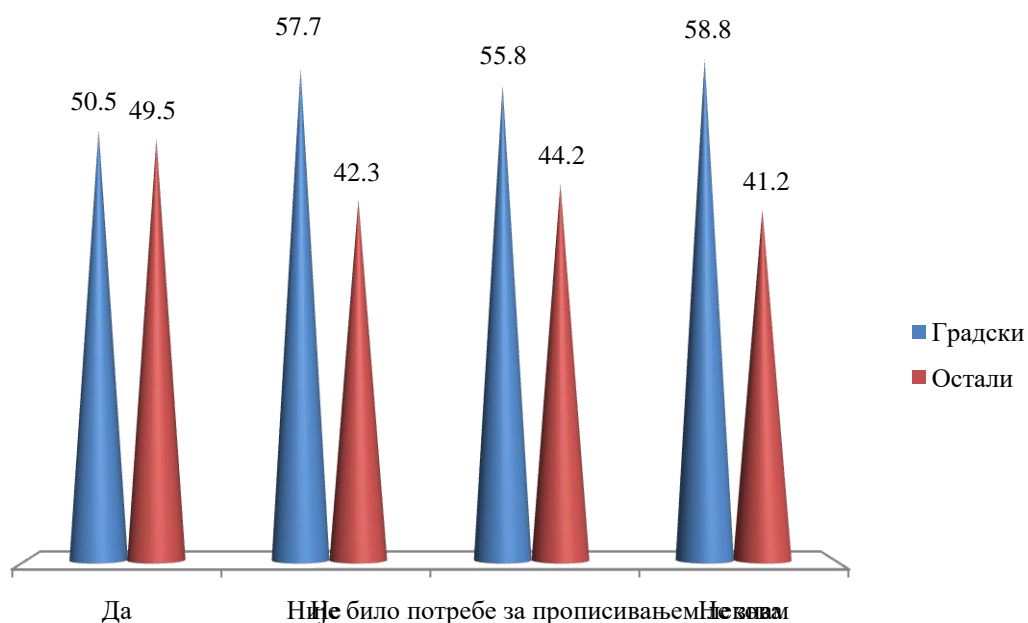


Највише незадовољених потреба за лековима имају испитаници са територије Војводине (35,5 %), док су све друге области прилично уједначене по том питању: Београд 19,18 %, Регион Централне и Западне Србије (22%) и Регион Источне и Јужне Србије (22,8%), ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиком 49.

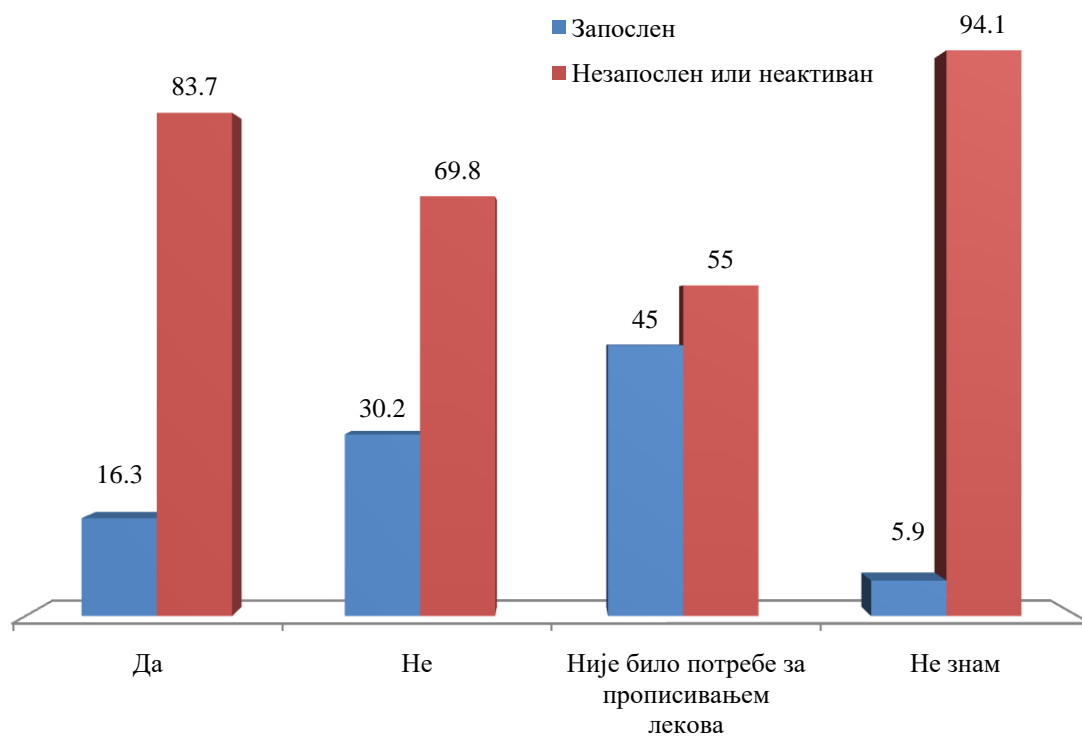
**Графикон 49. Незадовољене потребе за лековима према географској дистрибуцији испитаника**



Испитаници градског средина исказују незадовољене потребе за лековима нешто чешће у односу на испитанике осталих подручја (50,5% градски, остали 49,5%) ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиком 50.

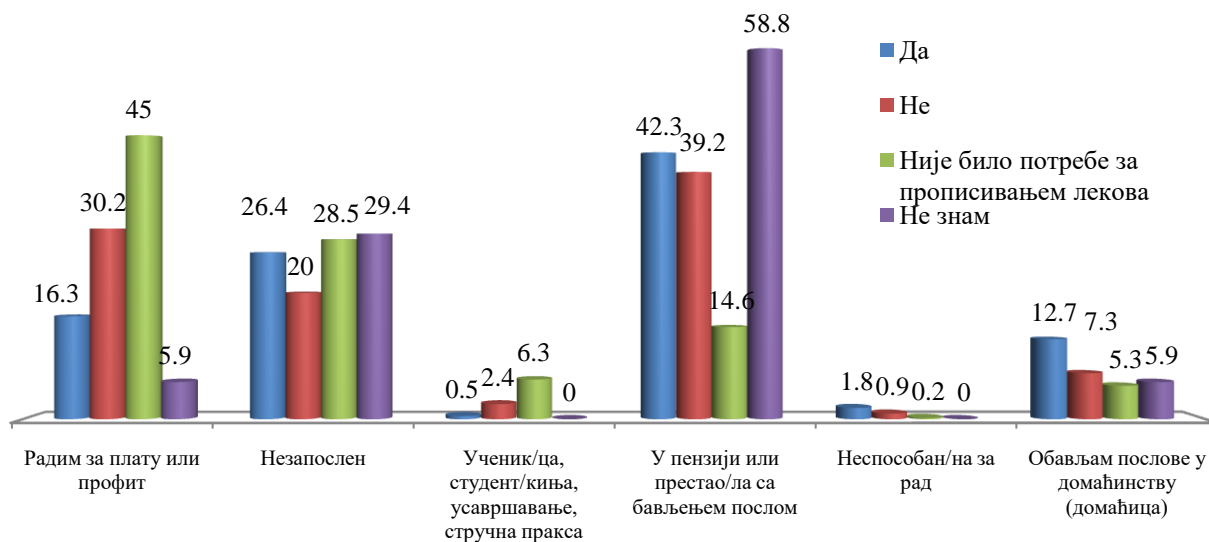
**Графикон 50. Незадовољене потребе за лековима по типу насеља испитаника**

Незапослено становништво (83,7%) знатно чешће има незадовољене потребе за лековима у односу на запослене (16,3%), ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиконом 51.

**Графикон 51. Незадовољене потребе за лековима у односу на економски статус**

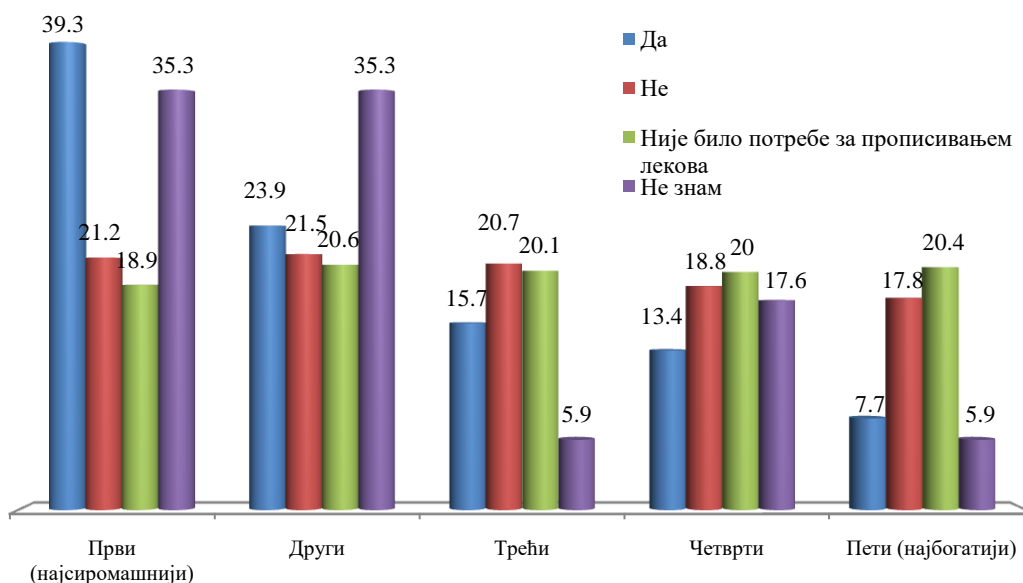
Становништво које припада категорији пензионисаних (42,3%) и незапослених (26,4%) чешће има незадовољене потребе за лековима него остале категорије становништва ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиком 52.

**Графикон 52. Незадовољене потребе за лековима према радном статусу**



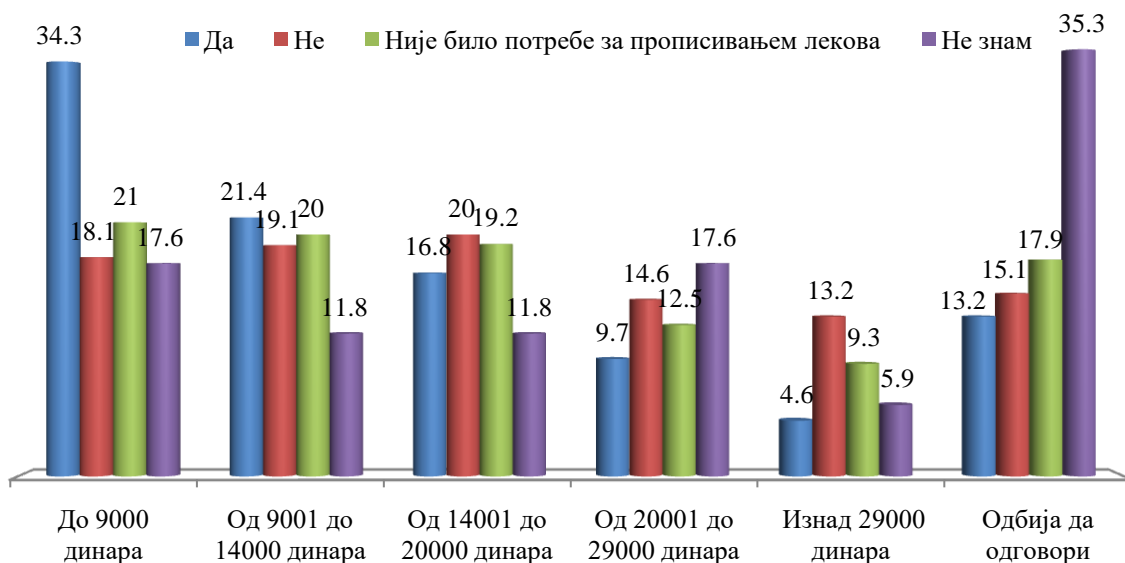
Незадовољене здравствене потребе према лековима најизраженије су међу најсиромашнијим слојевима одраслог становништва (39,3 %), а најмање изражене код најбогатијих (7,7%), ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиком 53.

**Графикон 53. Незадовољене потребе за лековима односу на материјално стање испитаника**



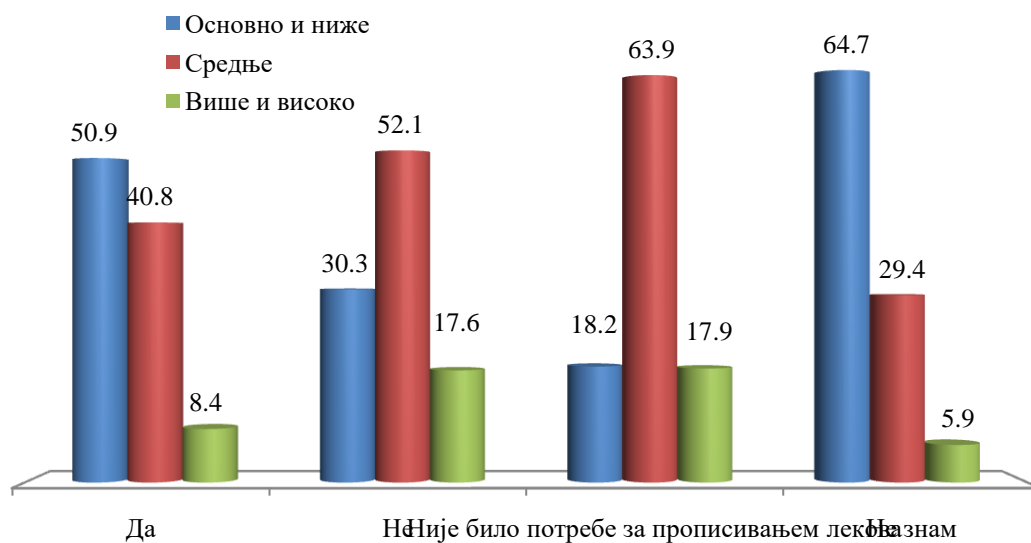
Незадовољене потребе за лековима су најизраженије код становништва са најнижим приходима по члану домаћинства 34,3% ), ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиконом 54.

**Графикон 54. Незадовољене потребе за лековима односу на приход по члану домаћинства**



Испитаници са најнижим образовањем најчешће имају незадовољене потребе за лековима (50,9%), ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиконом 55.

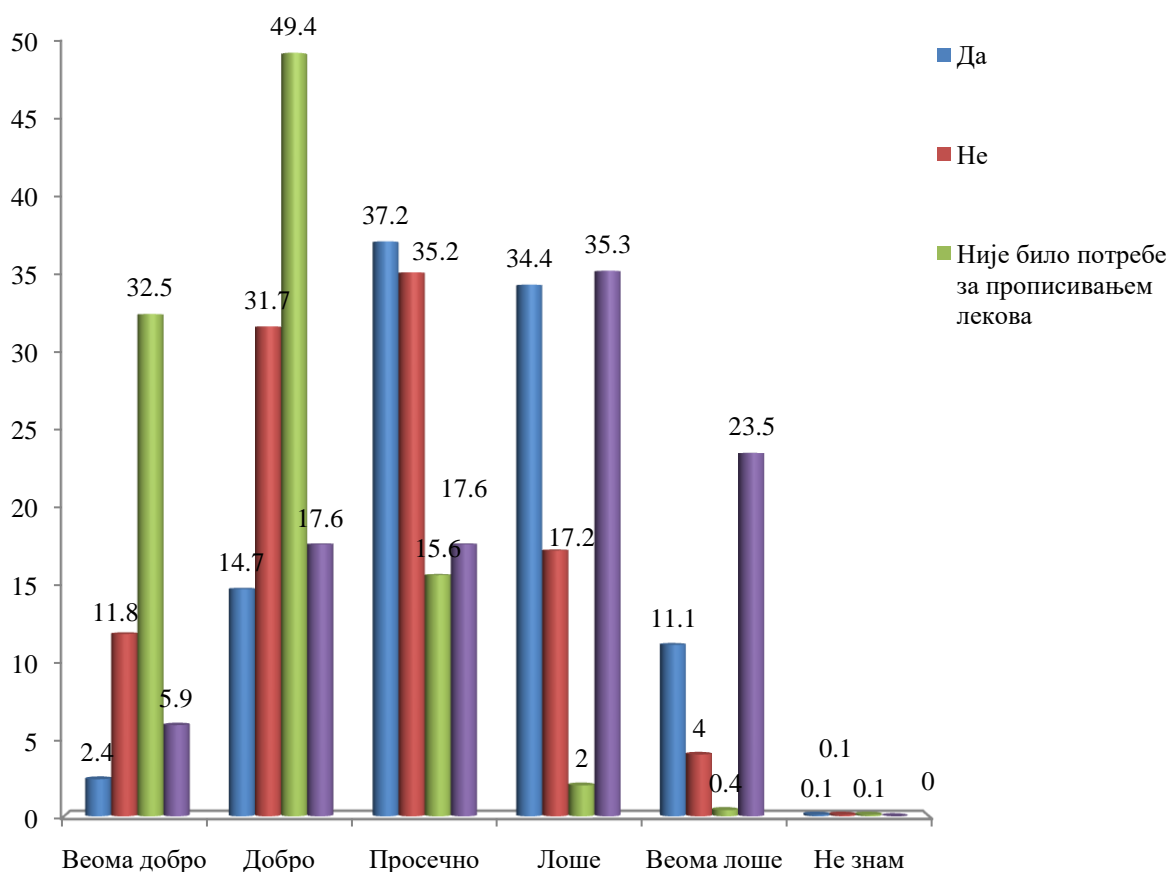
**Графикон 55. Незадовољене потребе за лековима односу на образовни статус**





Испитаници који своје здравље процењују као просечно (37,2%) и лоше (34,4%) знатно чешће имају незадовољене потребе за лековима, ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиком 56.

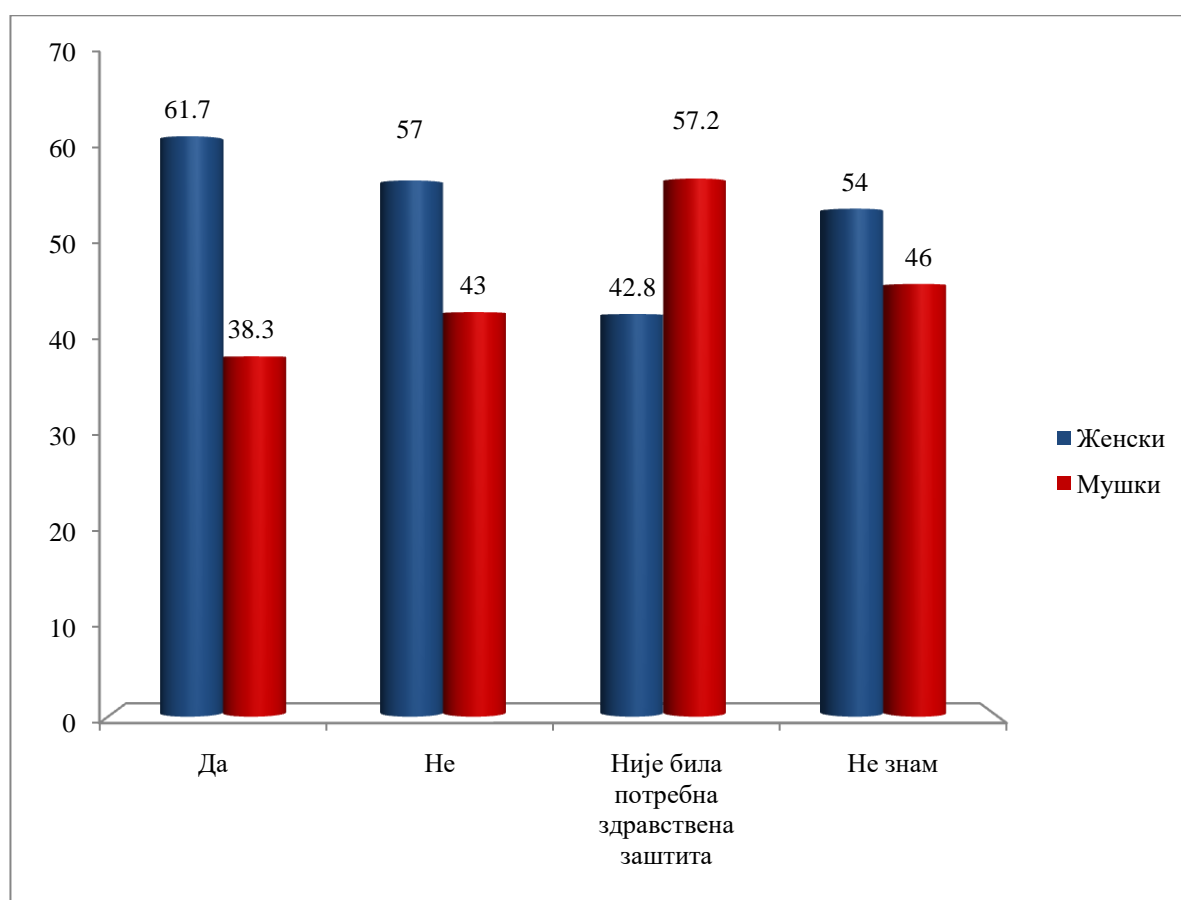
**Графикон 56. Незадовољене потребе за лековима односу на самопроцену здравља**



#### 4.2.5. Неостварене здравствене потребе услед дугог на чекања на здравствену услугу

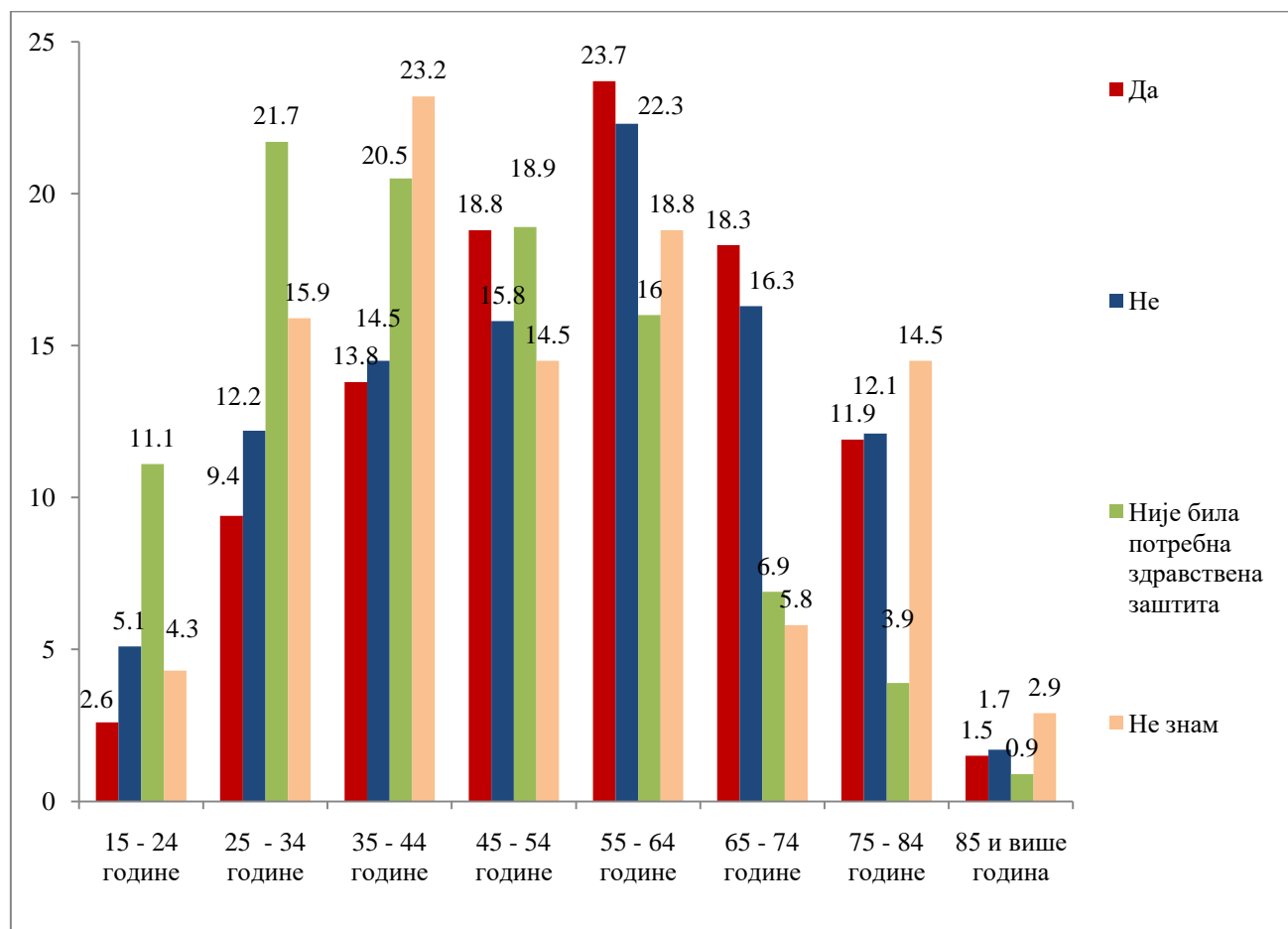
Жене су имале убедљиво веће незадовољене потребе у смислу чекања на услугу ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиконом 57.

Графикон 57. Незадовољене потребе услед дугог на чекања на здравствену услугу у односу на пол испитаника



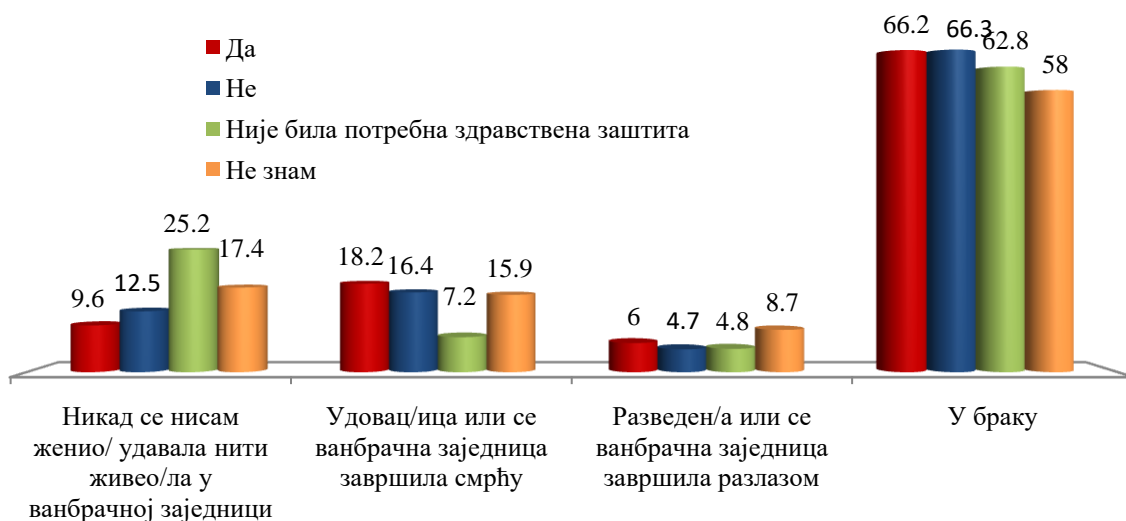
Незадовољене потребе у смислу дугог на чекања на здравствену услугу највише су изражене у добној групи 55-64 године (23,7 %) и одмах затим добне групе од 45-54 године. (18,8) и 65-74 године (18,3 %), ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиконом 58.

**Графикон 58. Незадовољене потребе услед дугог на чекања на здравствену услугу у односу на добне групе испитаника**



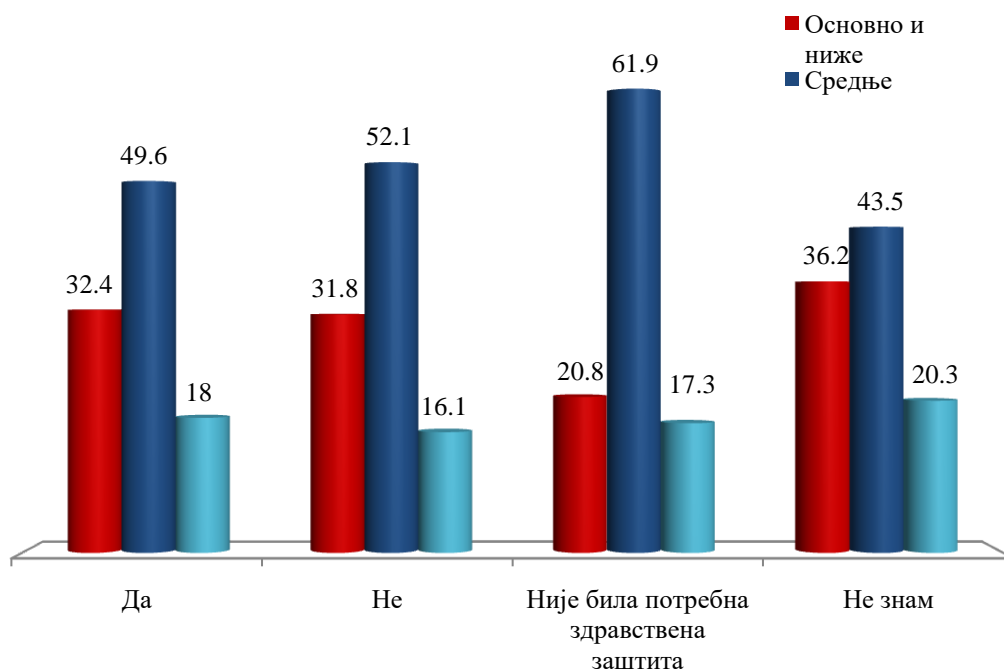
Од испитаника који према брачном стању припадају категорији лица са смрћу у заједници или удоваца нису остварили своје потребе у смислу дугог чекања на услугу у 18,2 % случајева – што је 2 до 3 пута више од оних који се никада нису женили/удаваале ( 9,6 %) до разведених ( 6 % ),( $p < 0,000$ ) што је приказано графиконом 59.

**Графикон 59. Незадовољене потребе услед дугог на чекања на здравствену услугу у односу на брачно стање испитаника**



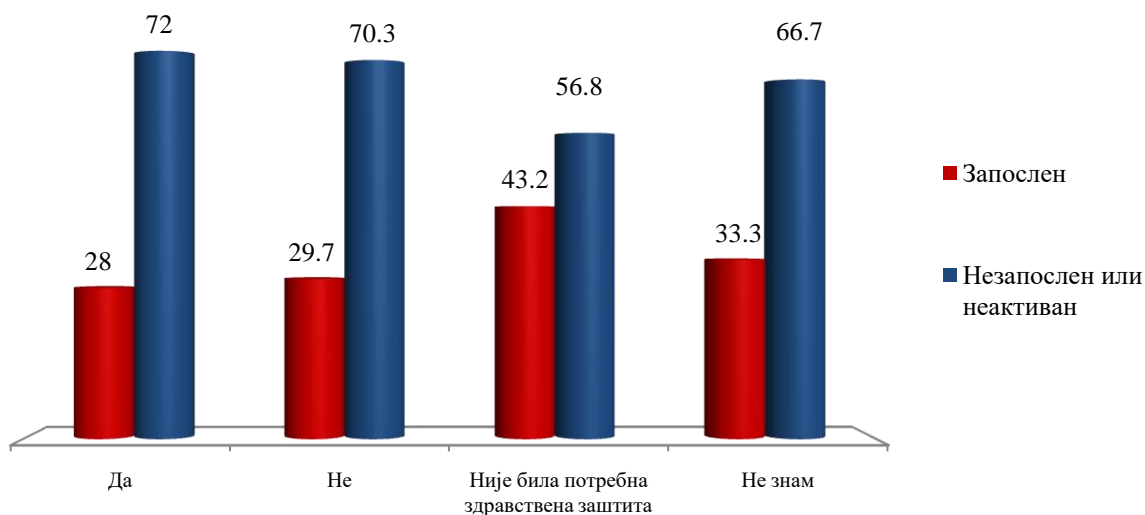
Највише незадовољених потреба имају испитаници средњошколског образовног статуса, затим са основним и нижим образовањем и потом високообразовани ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиконом 60.

**Графикон 60. Незадовољене потребе услед дугог на чекања на здравствену услугу у односу на степен образовања испитаника**



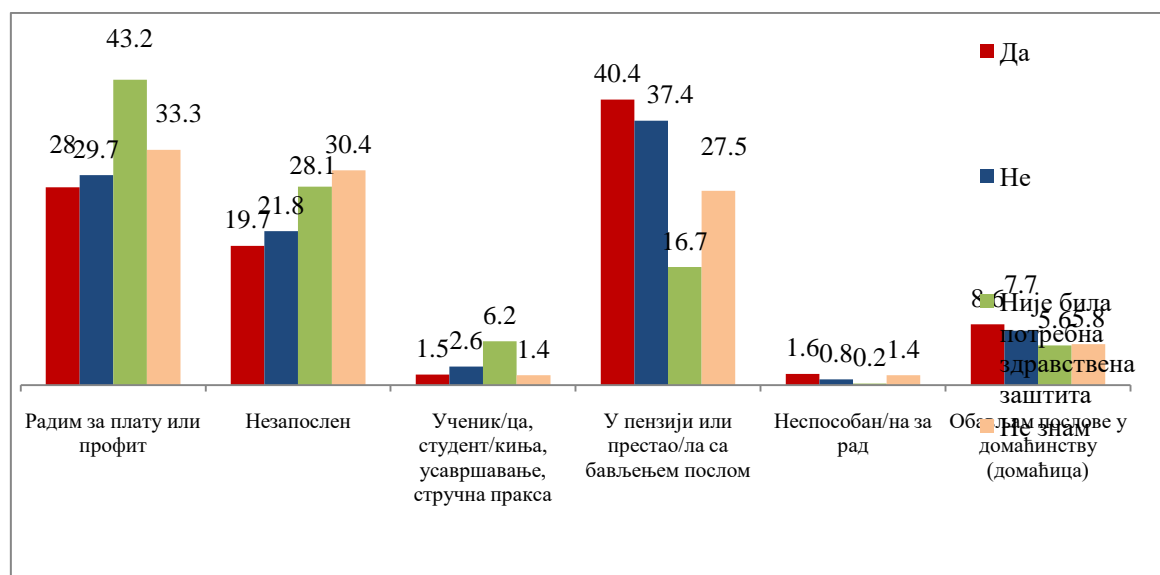
Од испитаника који према материјалном стању припадају категорији запослених нису остварили своје потребе у смислу дугог чекања на услугу су 27 % запослених и чак 72 % незапослених, ( $p < 0,000$ ), што је приказано графиком 61.

**Графикон 61. Незадовољене потребе услед дугог на чекања на здравствену услугу у односу на економски статус испитаника**



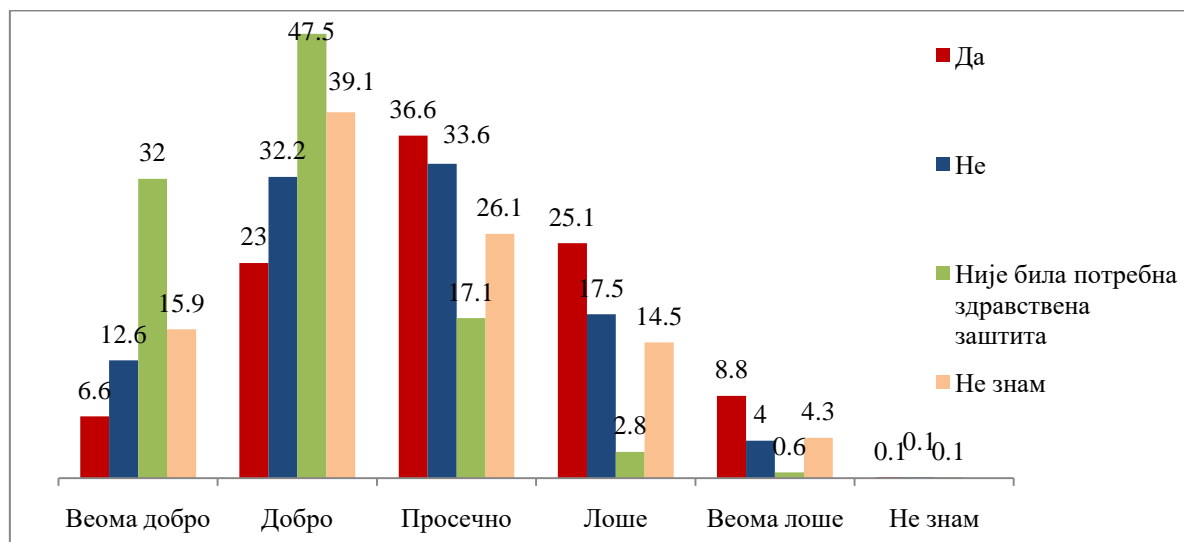
Највећи број незадовољених потреба у смислу дугог чекања на здравствену услугу су имали пензионери (40,4%) док је 1,5 пута мање ту потребу нијесу могли да остваре они који раде за плату или профит (28%). Следе незапослени од којих 19,7 % њих не може да оствари своје потребе, ( $p < 0,000$ ), што је приказано графиком 68.

**Графикон 62. Незадовољене потребе услед дугог на чекања на здравствену услугу у односу на тренутни радни статус испитаника**



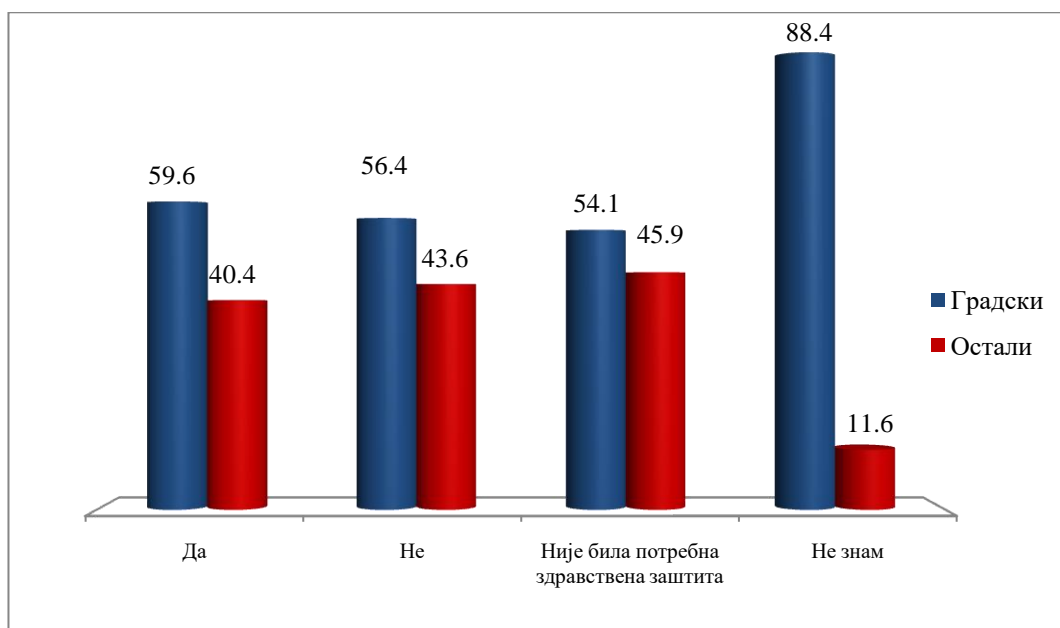
Највећи број незадовољених потреба у смислу дугог чекања на здравствену услугу је код оних који здравље у целини оцењују као просечно (36,6). Следе они који су своје здравље проценили лоше 25,1 % и добро 23 %, ( $p < 0,000$ ), што је приказано графиком 63.

**Графикон 63. Незадовољене потребе услед дугог на чекања на здравствену услугу у односу на здравље у целини**



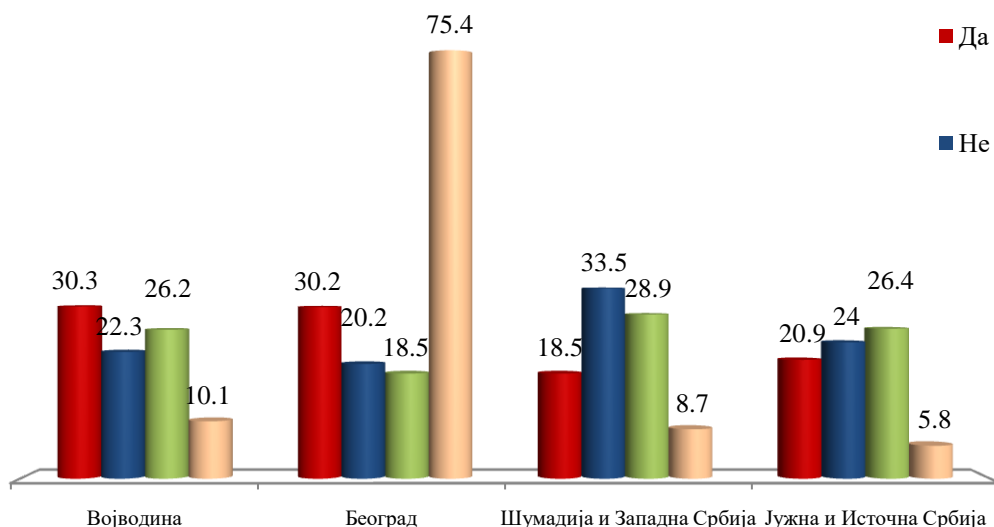
Урбана популација је имала највеће незадовољене потребе у смислу чекања на услугу у (59,6%), ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиком 64.

**Графикон 64. Незадовољене потребе услед дугог на чекања на здравствену услугу у односу на тип насеља**



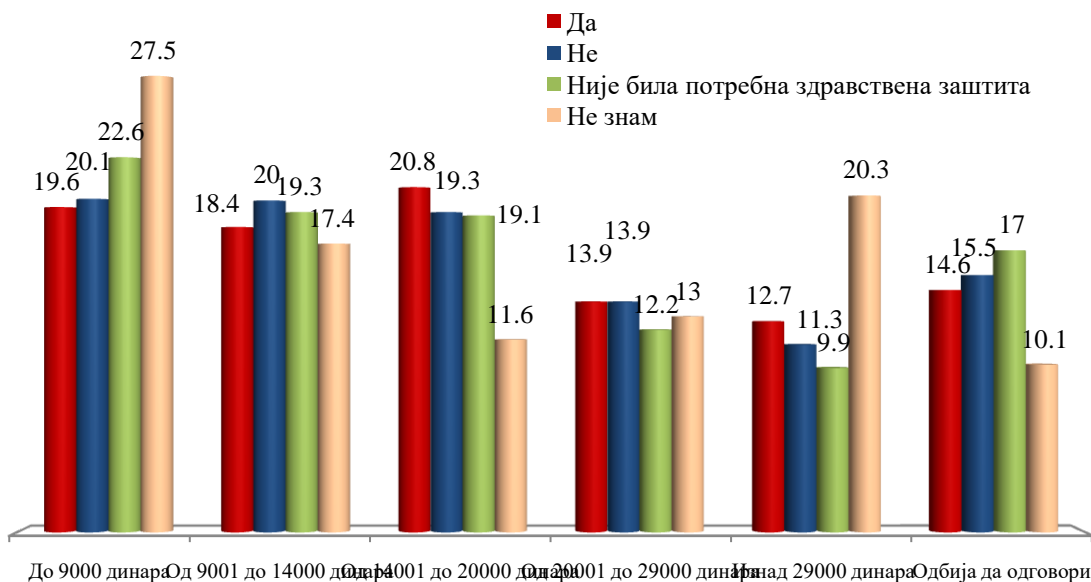
Незадовољене здравствене потребе у смислу дугог чекања на здравствену услугу су најизраженији и изједначене у Београду и Војводини (30,3% ; 30,2%), док је у регионима Југоисточне Србије та појава упола (20,9%) и Шумадије и Западне Србије (18,5%). Овај графикон одлично показује организацијску интервенцију у смислу алокације ресурса ( $p < 0,000$ ), што је приказано графиконом 65.

**Графикон 65. Незадовољене потребе услед дугог на чекања на здравствену услугу у односу на географску област**



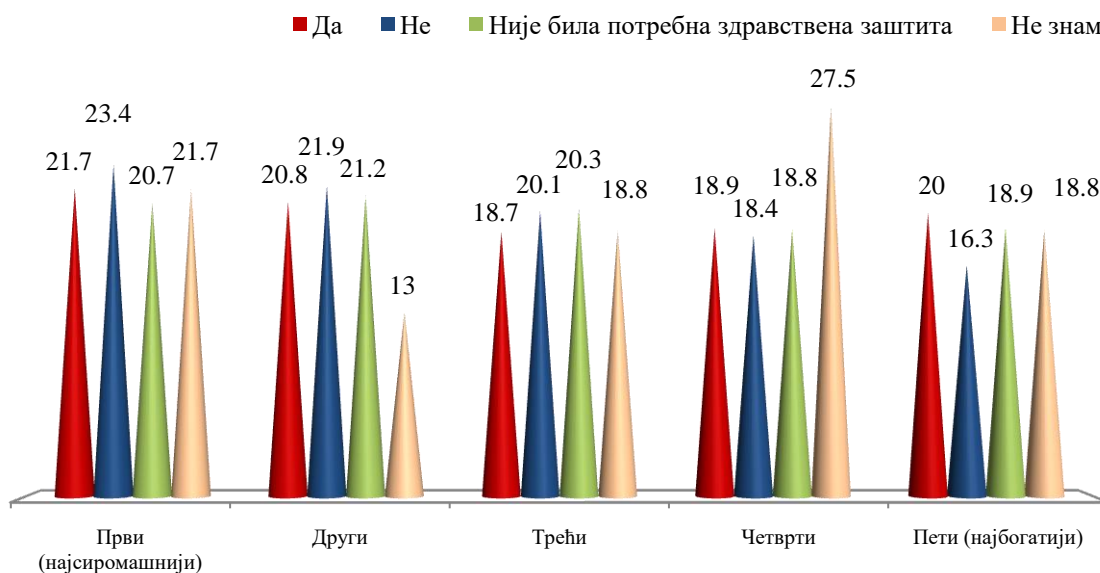
Укупно варирање у испитиваној популацији према приходу је од 20,8 % до 12,7%. То говори да су у смислу прихода већина испитаника није остварила потребе услед лоше економске ситуације ( $p < 0,000$ ), што је приказано графиконом 66.

**Графикон 66. Незадовољене потребе услед дугог на чекања на здравствену услугу у односу на приход према члановима домаћинства**



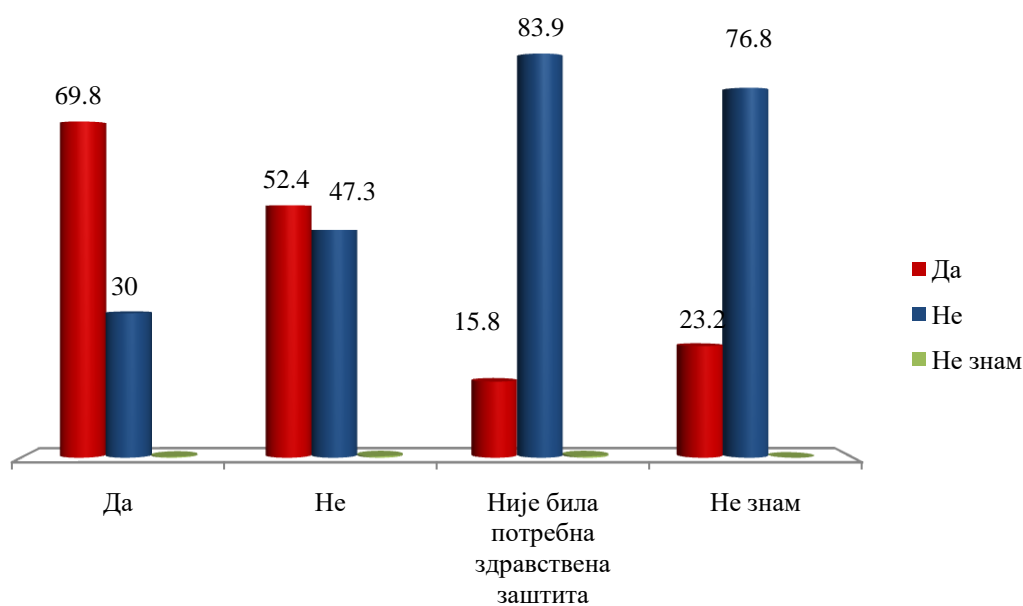
Највеће незадовољене потребе имају најсиромашнији и најбогатији (21,7 % и 20%), ( $p < 0,000$ ), што је приказано графиком 67.

**Графикон 67. Незадовољене потребе услед дугог на чекања на здравствену услугу у односу на материјално стање**



Висок удео хроничара не остварује своје здравствене потребе у смислу чекања на пружање здравствене услуге (69,8%), ( $p < 0,000$ ), што је приказано графиком 68.

**Графикон 68. Незадовољене потребе услед дугог на чекања на здравствену услугу у односу на дуготрајну болест**

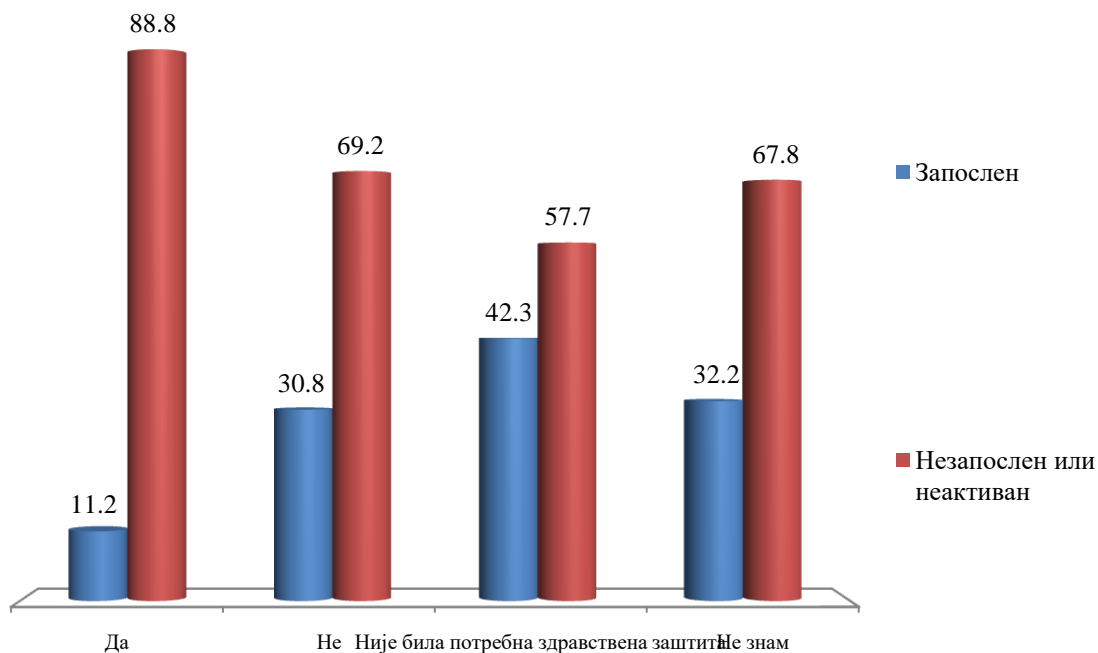




#### 4.2.6. Неостварене потребе услед географске удаљености здравствене службе

Незадовољене потребе услед географске удаљености здравствене службе у односу на тренутни економски статус приказане су графиконом 69 ( $p < 0,000$ ).

**Графикон 69. Незадовољене потребе услед географске удаљености здравствене службе у односу на тренутни економски статус**



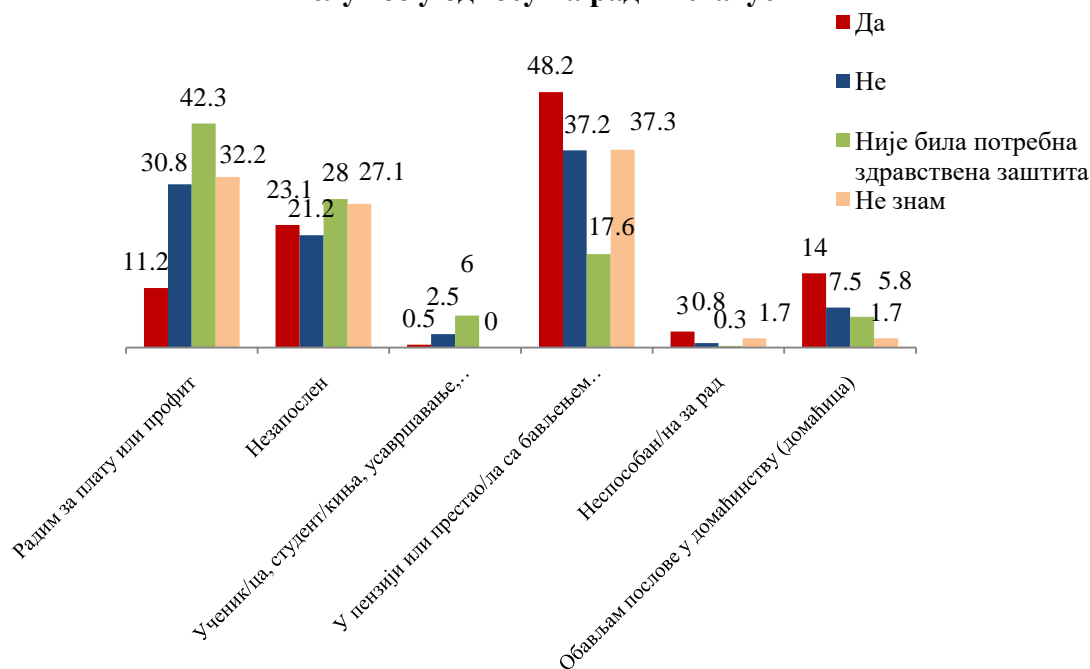
Деформисана нормативна расподела са пиком код особа које су остале без партнера (27,3%), док су изненађујуће ниски проценти незадовољених здравствених потреба код самаца (6,1%) и разведених/растављених (4,1%), ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиконом 70.

**Графикон 70. Незадовољене потребе услед географске удаљености здравствене службе у односу на брачни статус**



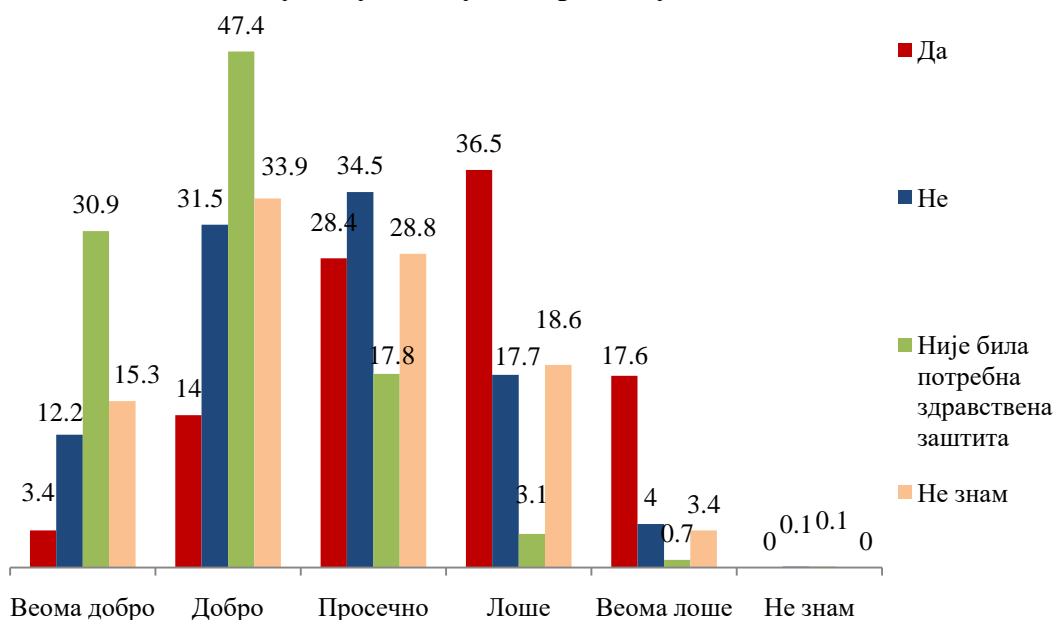
Највише незадовољених потреба исказују пензионери са 48,2 %. Остале групе испитаника показују значајно мање; затим незапослени 23,1 %, те испитаници који раде за плату или профит 11,2 %. Остали стратуми припадају категорији издржаваних лица стога имају утисак да су им здравствене потребе колико толико задовољене, ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиконом 71.

**Графикон 71. Незадовољене потребе услед географске удаљености здравствене службе у односу на радни статус**



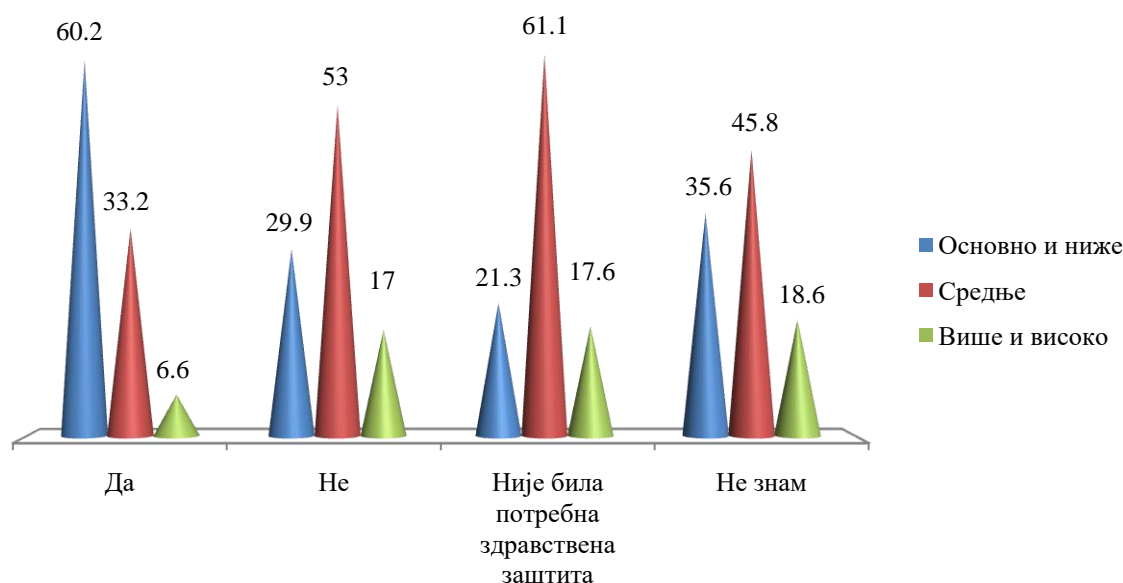
Од оних који се осећају просечно лоше (28,4 %), лоше (36,5 %) и веома лоше (17,6 %), имамо учесталост незадовољених здравствених потреба у целини од чак 82,5% ( $p < 0,000$ ), што је приказано графиконом 72.

**Графикон 72. Незадовољене потребе услед географске удаљености здравствене службе у односу на здравље у целини**



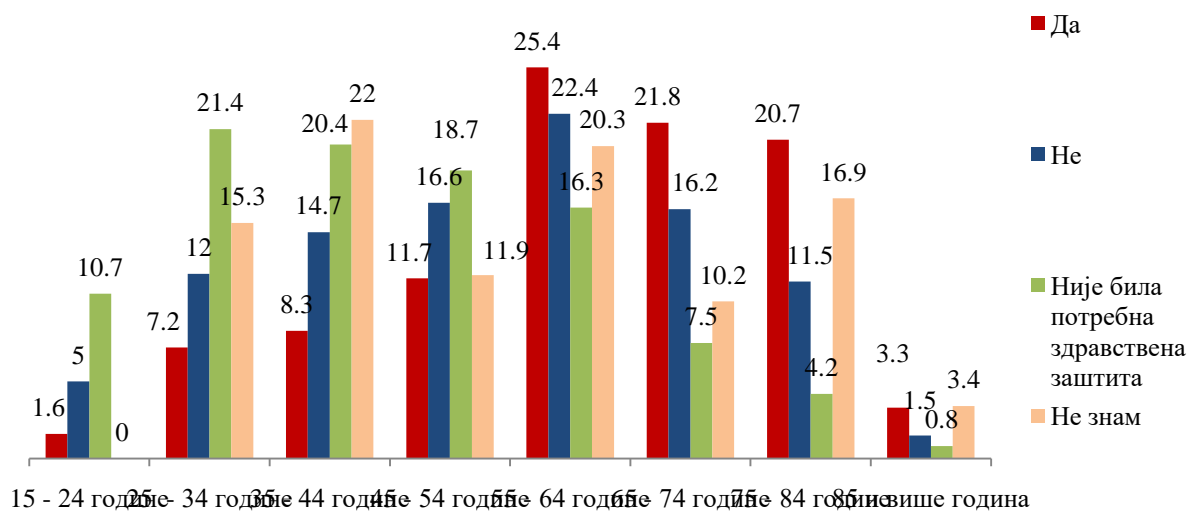
Испитаници са основним образовањем имају ужасно велики број незадовољених потреба чак 60,2%. Средњошколци су у скоро дупло бољем положају 29,9%, ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиконом 73.

**Графикон 73. Незадовољене потребе услед географске удаљености здравствене службе у односу на статус образовања**



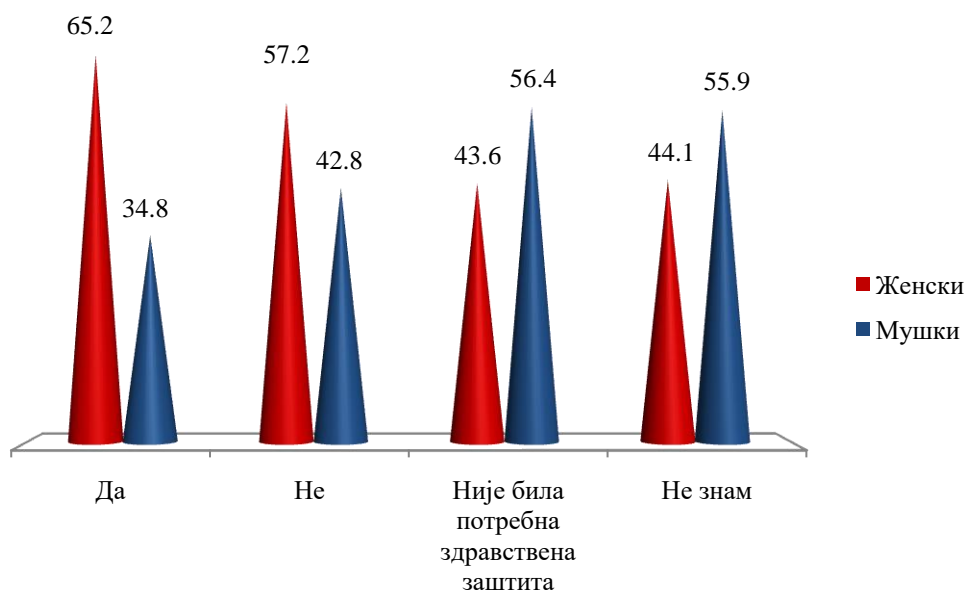
Гаусова нормативна расподела померена у десно где у добној групи испитаника од преко 50 година учесталост здравствених потреба је око четвртине ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиконом 74.

**Графикон 74. Незадовољене потребе услед географске удаљености здравствене службе у односу на добне групе**



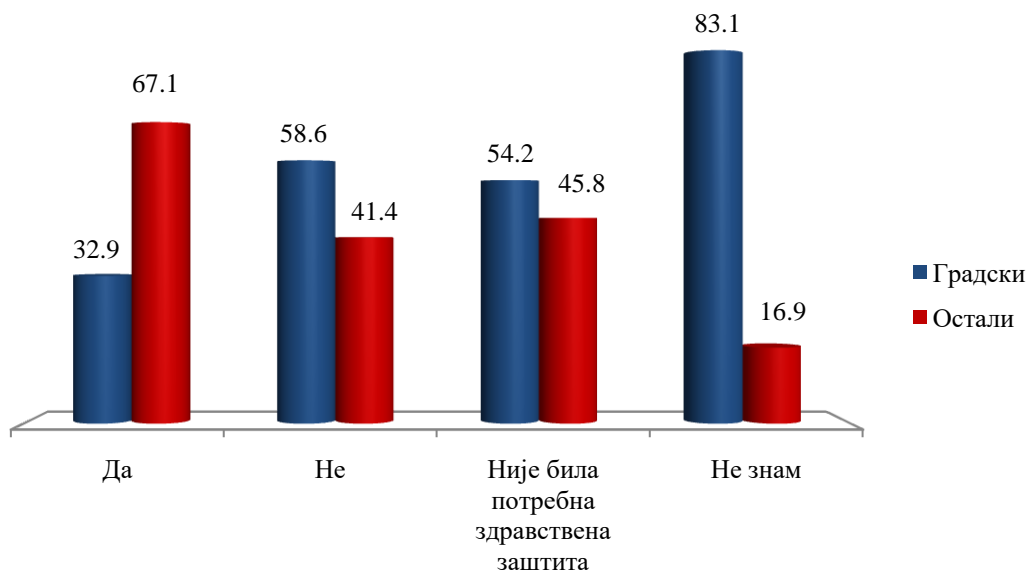
Очекивано високу учесталост незадовољених здравствених потреба у смислу на удаљеност у односу на пол имају жене и то у односу 3:1 наспрам мушкараца ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиконом 75.

**Графикон 75. Незадовољене потребе услед географске удаљености здравствене службе у односу на пол**



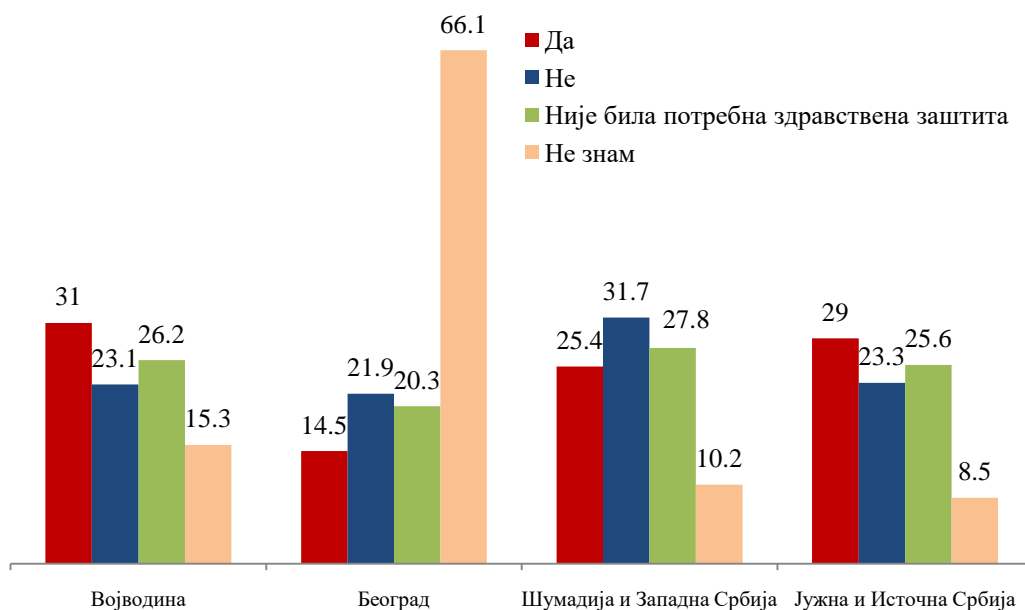
Од свих испитаника њих 67,1% се изјаснило да није остварило своје здравствене потребе. Дупло мање градско становништво, разлика је значајна ( $p < 0,000$ ), што је приказано графиконом 76.

**Графикон 76. Незадовољене потребе услед географске удаљености здравствене службе у односу на тип насеља**



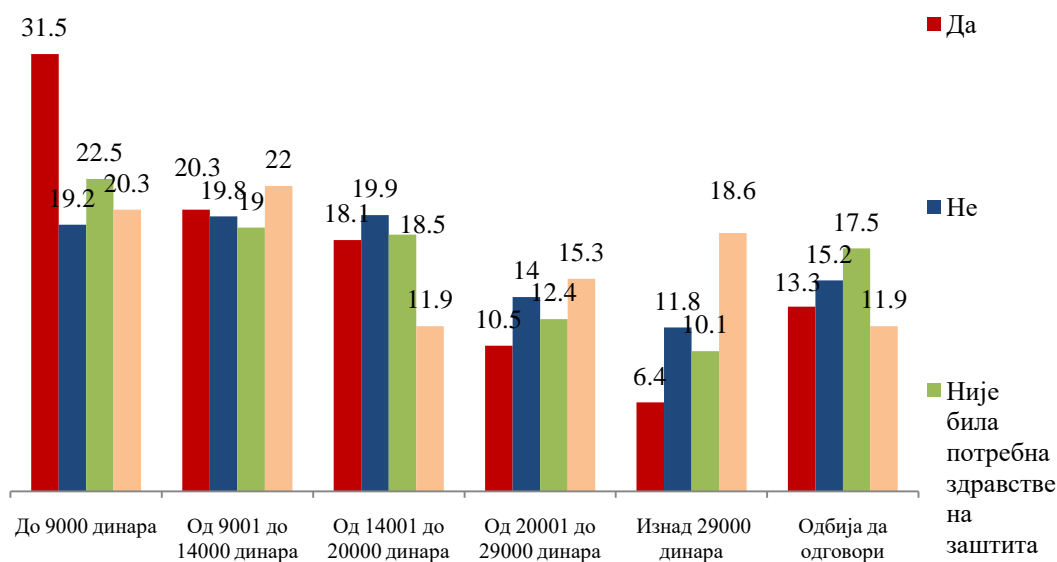
Испитаници Војводине и Југоисточне Србије су исказали неоствареност у сличном обиму (31%, односно 29%), остали испитаници су из Шумадије и Западне Србије са 25,4% и из Београда са 14,5% , ( $p < 0,000$ ) што је приказано графиконом 77.

**Графикон 77. Незадовољене потребе услед географске удаљености здравствене службе у односу на географску област**



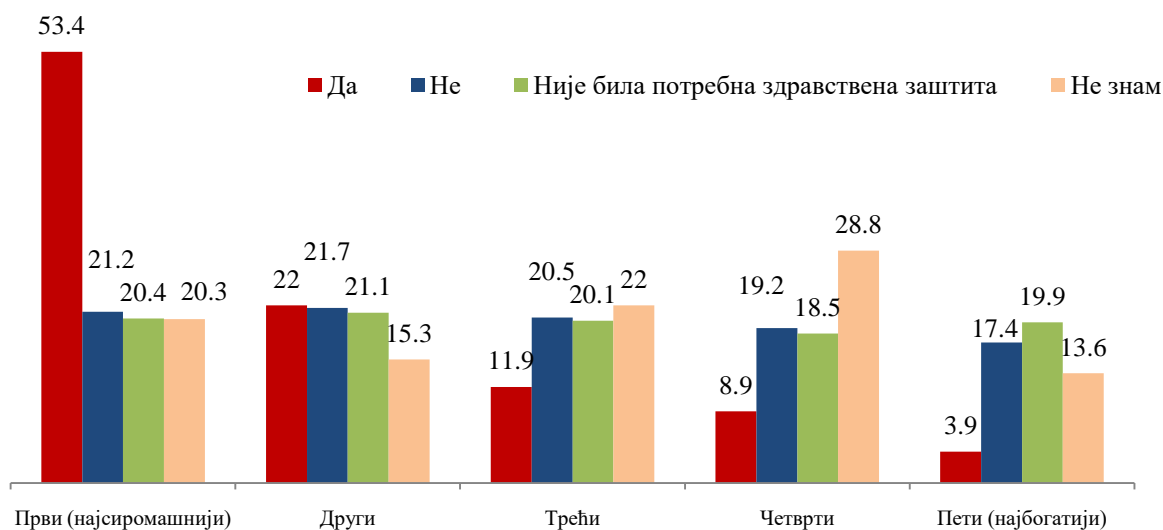
Незадовољене потребе услед географске удаљености здравствене службе у односу на приход приказане су на графикаону 78. Такође постоји висока статистичка значајност у неостваривању здравствених потреба према приходима.

**Графикон 78. Незадовољене потребе услед географске удаљености здравствене службе у односу на приход**



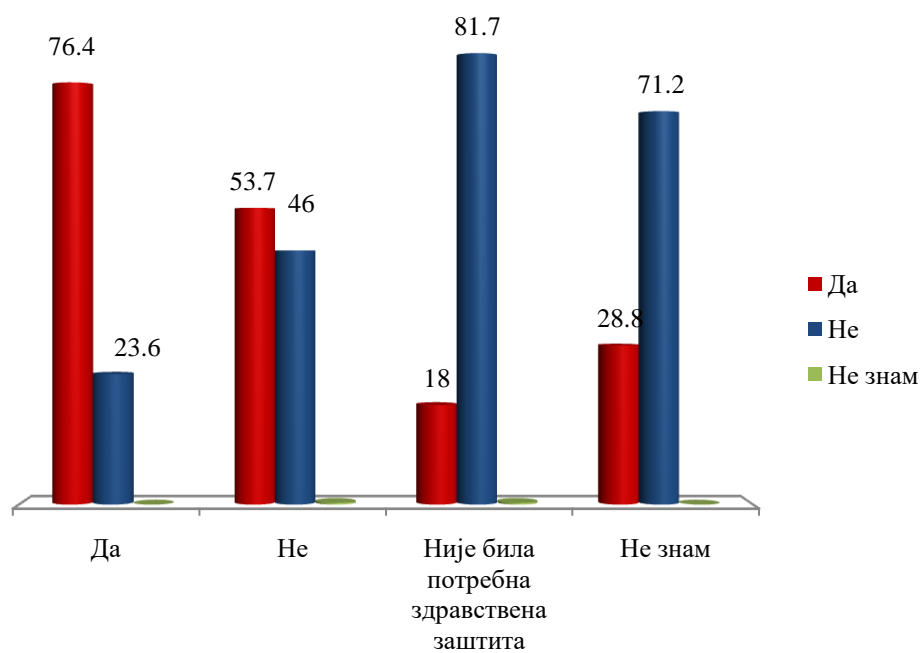
Материјални статус је одредница незадовољених здравствених потреба што је приказано графиконом 79. Постоји висока статистичка значајност у неостваривању здравствених потреба у односу на материјални статус.

**Графикон 79. Незадовољене потребе услед географске удаљености здравствене службе у односу на материјални статус**



Преко три четвртине (76,4%) испитаника није остварило своје здравствене потребе у односу на своју хроничну болест, ( $p < 0,000$ ), што је приказано графиком 80.

**Графикон 80. Незадовољене потребе услед географске удаљености здравствене службе у односу на дуготрајну болест**



#### 4. ДИСКУСИЈА

Резултати нашег истраживања показују да су су финансијски разлози (19,9%) највећа препрека за остваривање потреба за здравственом заштитом, а затим следи дуго чекање на заказану посету/преглед (12,8%) и удаљеност или проблеми са превозом до места пружања здравствене заштите (4,7%). Најтеже се долазило до стоматолошке (13,3%) и медицинске здравствене заштите (12,9%), а затим следе прописани лекови (10,7%) и заштита менталног здравља (2,4%).

Перцепција појединаца о доступности здравствене заштите игра кључну улогу у остваривању потреба за здравственом заштитом, што указује на значај развоја политике на нивоу заједнице ради побољшања физичких услова и социјалног аспекта здравствених услуга (40).

Проучавањем демографских и социоекономских чинилаца који се могу довести у везу са препрекама у приступачности, доступности и прихватљивости, откривене су разлике у неоствареним здравственим потребама према полу, старосној доби и образовању (4).

Да пол представља значајан предиктор неостварених потреба за здравственом заштитом, показују налази да жене имају знатно чешће од мушкараца неостварене здравствене потребе, упркос већим потребама за здравственом заштитом које су условљене лошијом перцепцијом здравља, лошијим квалитетом живота, чешћим обољевањем и већим степеном инвалидности у односу на особе мушког пола (41). Те разлике по полу у погледу остваривања здравствених услуга резултат су различитих ставова, уверења и понашања особа женског и мушког пола у односу на поимање појма здравља и појма болести. Упркос томе што се жене чешће обраћају здравственим радницима за помоћ и што чешће користе услуге здравствене службе у односу на особе супротног пола, јер су по природи отвореније да искажу своје проблеме у вези са здрављем ипак имају чешће неостварене здравствене потребе (42) што говоре и наши резултати где је женски пол идентификован као значајан предиктор неостварених здравствених потреба. Вероватно та чињеница лежи у разлогу двоструке улоге особа женског пола и њиховог ангажмана на радном месту и у кући као и вероватно лакшој адаптацији на болест (43).

Испитивањем незадовољених здравствених потреба према старости, показала су да је старост главни фактор повезан са неоствареним здравственим потребама, мада постоји мало података о овом проблему међу старијим особама. Неостварене здравствене потребе старих особа су више разнолике од оних код млађих одраслих, зато



што су код старих укључени не само социоекономски и здравствени фактори већ и фактори старења. Услед присуства функционалног пропадања, хроничних болести и већих психосоцијалних потреба, старији људи често имају компликованије здравствене потребе од млађих одраслих, а самим тим и чешће неостварене здравствене потребе. Истраживање о неоствареним здравственим потребама старих људи показују да је преваленција неостварених здравствених потреба велика, а да су главни разлози за то економски, као и они условљени депресијским синдромом, оштећењима вида, слуха и памћења (44).

Истраживање спроведено код старијих људи у Француској дало је податке да је највећа преваленција неостварене стоматолошке заштите 17,7%, након чега следе неостварене здравствене потребе код људи са видним или слушним оштећењем са преваленцијом од 4,4% и 3,1%. Остали повезани фактори били су редовно пушење, лоши социоекономски услови, депресија, ограничења у обављању свакодневних активности и слаба доступност здравствене службе (45). Подаци нашег истраживања као и истраживања у земљама у окружењу такође говоре у прилог томе да су неостварене здравствене потребе најчешће у групи становника старије животне доби (60 година и више) што наводи на закључак да је потребно уложити напоре за побољшање доступности и развијање кућне неге, посебно за старије категорије становништва.

Знатно чешћа учесталост неостварених здравствених потреба код старијих људи може се довести у везу са тиме што са годинама старости расте и број тегоба повезаних са здрављем као и присуства већег броја хроничних болести истовремено. Старост повезана са нижим приходима и већем оптерећењем хроничним болестима доприносе томе да су њихови начини коришћења здравствених услуга често различити од оних у категорији млађих и популацији богатих. Следствено томе старији људи имају лошије показатеље здравственог стања и психофизичког функционисања, користе услуге здравствене службе ређе од млађих људи и од оних у бољим економским условима и следствено томе чешће имају неостварене потребе за здравственом заштитом (46).

Наши резултати поткрепљују наводе да су најстарије особе највише погођене неоствареним здравственим потребама. У том контексту треба спровести детаљна истраживања како би се боље процениле негативне последице неостварених здравствених потреба у овом растућем сегменту становништва.

Поред пола и старосне доби и породични статус је значајан предиктор неостварених потреба за здравственом заштитом. Као и резултати других истраживања, и наши говоре у прилог томе да је присуство неостварених здравствених

потреба најчешће међу испитаницима који су разведени (47) мада су многа истраживања показала да разведени људи имају више контаката са здравственом службом због социјалних и емоционалних проблема (48). Неке студије говоре у прилог томе да живот у домаћинству са више чланова повећава учесталост неостварених здравствених потреба, док друге студије говоре да особе које живе саме чешће имају неостварене здравствене потребе (49), а да уколико родбина или деца живе у непосредној близини учесталост неостварених здравствених потреба се знатно смањује (50).

Резултати разних истраживања који се баве неједнакости у здрављу у урбаним и руралним областима показују да ефекти живота у руралним пределима повећавају преваленцију неостварених потреба. Место боравка је чинилац који погоршава рурално-урбане разлике у неоствареним здравственим потребама. Смањивање незадовољених потреба и постојећих диспаритета у здравству између руралних и градских подручја захтевају не само свеобухватнију покривеност, већ и смањење специфичних баријера приступа (51).

Када је у питању повезаност незадовољених здравствених потреба са географском и територијалном расподелом здравствене службе, истраживање спроведено међу италијанским становништвом је показало да се 6,9% њих изјаснило да је имало најмање једну неостварену медицинску потребу и то два пута чешће становништво у јужним регијама наспрам оних који потичу са севера Италије (4,6% на североистоку и 10,6% на југу). Најчешће наведени проблеми који говоре у прилог томе односили су се на приступачност здравствене службе и то у контексту трошкова или транспорта (45,5%), приступачност и доступност (26,4 односно 21,4%) услед веома дугачких листа чекања. На југу Италије чешћи су били економски разлози, а у северним регионима превелике радне и породичне обавезе (52).

И многе друге студије говоре у прилог томе да рурално окружење значајно повећава учесталост неоставрених потреба због лошије доступности здравствене заштите. Стамбено насеље је било најјачи предиктор неостварених здравствених потреба у многим истраживањима. Из наведених разлога више пажње треба посветити развоју услуга које су прихватљиве у руралним подручјима као и услугама које су мање развијене или мање доступне (53).

Образовна и здравствена писменост такође игра игра важну улогу у учесталости незадовољених здравствених потреба. У нашем истраживању нижи ниво образовања, повећавао је вероватноћу незадовољених здравствених потреба, што је подударно са идентификованим неједнакостима у незадовољеним здравственим потребама према

образовању. Незадовољене здравствене потребе чешће су забележене код особа нижег образовног статуса наспрам оних са вишим образовним нивоима који најчешће припадају вишем социоекономском стању, па следствено томе имају адекватније приходе, чешће посећују приватне здравствене установе, сами плаћају неопходне здравствене услуге, како би, између осталог, испунили и велика очекивања. Насупрот њима особе са нижим образовањем чешће користе услуге државне здравствене службе, сусрећући се чешће са многобројним неконзистентностима које постоје у државном сектору здравства (54).

Забележене су и неједнакости везане за неоствареност здравствених потреба у односу на материјално стање и приходе домаћинства, будући да су ниски приходи повезани са баријерама приступачности пре свега због финансијских трошкова у случајевима када се потребне здравствене услуге морају платити из џепа (55). Истраживањем повезаности између незадовољених здравствених потреба и радноактивног статуса, евидентирано је да су незадовољене здравствене потребе веће код особа са повременим и сезонским пословима, у односу на оне са сталним пословима, док је стопа неостварених здравствених потреба због недостатка времена нижа за привремене раднике и економски неактивно становништво (незапослени, пензионери) (56) што је супротно нашим резултатима које је показало да незадовољене здравствене потребе знатно чешће погађају незапослене испитанике, што је резултат чињенице да незапосленост има штетне ефекте на здравље појединаца и њихових породица (57).

Низак материјални статус који настаје као резултат губитка посла повећавао је проценат незадовољених здравствених потреба. Бољи приступ услугама здравствене службе чешћи је код људи вишег социоекономског статуса у односу на оне из сиромашнијих слојева друштва (58), што је евидентирано и у нашем истраживању, где најсиромашнија група становништва има чешће незадовољене здравствене потребе у односу на богатије испитанике. Сиромашнији као и они који су нижег образовног стауса упркос већем морбидитету и морталитету, чешће наилазе на потешкоће у остваривању здравствене заштите, посебно уколико здравствене услуге плаћају знатно већим сумама у поређењу са сопственим приходима. Такође, пацијенти који имају здравствено осигурање чешће користе услуге здравствене службе од оних који немају здравствено осигурање, што повећава учесталост неостварених здравствених потреба а уједно и неједнакости у доступности и приступачности здравствене заштите (59).

Неједнакост дохотка је имплицирана као потенцијални ризик за здравље становништва због смањења пружања здравствених услуга у дубоко неравноправним

земљама или заједницама. Економска неједнакост је значајно повезана са неоствареним потребама за здравственом заштитом у многим земљама света (60).

Постоје докази да широк спектар друштвених, економских и околиских фактора утиче на могућности појединца да се баве здравственом заштитом и здравим понашањем. Процена социјалних одредница здравља и разумевање њихове повезаности са неоствареним потребама и давање препорука за интегрисање социјалних детерминанти у планирање здравствене заштите за пружање помоћи угроженим пацијентима са широким социјалним потребама је могући пут за решавање незадовољних социјалних потреба као важан корак ка томе да оптимално здравље постане оипљива стварност за све људе који су у ризику или су погођени болестима (61).

Истраживањем преваленције незадовољних потреба код особа са дијагнозом карцинома дошло се до података да су незадовољене потребе у овој популационој групацији идентификоване у шест различитих домена: свеобухватна нега против рака (преваленција 1,1% -96%), емоционална и психолошка (3% -93,2%), утицај партнера или неговатеља и дневне активности (2,8% -79%) ), однос (3,7% и 58%), информације (2,2% -86%) и духовни (2% -43%). Неговатељи палијативног збрињавања или терминални пацијенти често су известили о већој преваленцији незадовољних потреба у односу на неговатељи преживелих од рака. Варијабле повезане са већим незадовољним потребама укључују жене као супружнике пацијента, нижу социјалну подршку или пријављивање невоље. Упркос способности да се класификују незадовољене потребе у широким доменима, квантификација незадовољених потреба била је изазовна. То је углавном последица разноликости метода које се користе у студијама (нпр. различите мере, варијабилност у концептуализацији незадовољних потреба, итд.). Потребне су ригорозне, контекстуалне, лонгитудиналне студије које користе валидиране мере да би се искористила будућа интервенциона истраживања (62).

У студији која се бавила самоопаженим незадовољеним потребама у канадским провинцијама дошло се до података који говоре како варирају разлози за незадовољену потребу - проблеми са доступношћу, приступачношћу и прихватљивошћу. Укупно 11,7% анкетораних сматрало је да је имало незадовољене здравствене потребе у претходних 12 месеци. Покрајинске стопе варирале су од 13,3% до 7,8%. Међу онима који су пријавили неостварене здравствене услуге, водећи разлог су били проблеми доступности услуга (54,9%), праћени прихватљивошћу (42,8%) и приступачношћу трошкова или превоза (12,7%). Незадовољна потреба због проблема

расположивости највероватније је била у Квебеку, Њуфаундленду и Манитоби, док су Алберта и Британска Колумбија имали највећу вероватноћу за незадовољене потребе због проблема са приступачношћу. Они у Британској Колумбији, Саскачевану и Манитоби имали су већу вероватноћу да пријављују проблеме прихватљивости. Разлози за незадовољство су различити по провинцијама, а сваки разлог има различите импликације на политику (63).

Још једно истраживање које је испитивало трендове у самопроцењеним неоствареним потребама здравствене заштите међу становништвом старијим од 12 година Канадске заједнице, показало је да проценат људи који пријављују да нису добили здравствену заштиту када су мислили да им треба постепено расте из године у годину. Дуго време чекања било је главни разлог који се најчешће пријављивао за неостварене здравствене потребе (64).

Студија која је процењивала преваленцију незадовољних потреба за здравственом заштитом код старијих у Барселони и анализира повезаност између незадовољних потреба и смртности, показала је да су појединци су класификовани као да имају „потребе за здравственим услугама“ ако су пријавили да су здрави, лошег или врло лошег здравља, да пате од два или више хроничних стања и да су зависни у најмање једној основној активности свакодневног живота. Потреба се сматрала незадовољеном ако у претходних 12 месеци није било посета лекару. Између 10% и 25% старијих особа пријављено је да нису користили здравствене услуге. Особе са незадовољеним потребама здравствене неге показале су већи ризик од смртности, што упућује на закључак да су неинституционализовани старији појединци са незадовољеним потребама здравствене заштите изложени повећаном ризику од смрти (65).

Незадовољне здравствене потребе повезане су са негативним исходима здравља, али постоји недостатак података о овом проблему код старијих људи. Идентификација незадовољних потреба за здравственом заштитом и повезаних фактора код људи старих 70 година и више у Француској путем стандардизованог разговора медицинске сестре анализом здравствених проблема, функционалне способности и коришћења здравствених ресурса, незадовољне здравствене потребе пронађене су код четвртине испитаника и углавном су се састојале од недостатка стоматолошке неге (преваленца од 17,7%), праћеног недостатком управљања видом или оштећењем слуха (преваленција од 4,4% и 3,1%). Старост је био главни фактор повезан са незадовољеним потребама здравствене заштите.. Остали повезани фактори били су редовно пушење, кућни статус, лоши социоекономски услови, депресија, ограничења у

инструменталним активностима свакодневног живота и слаба обезбеђеност медицинским установама. Резултати наводе на закључак да треба уложити напоре за побољшање оралног здравља и развој неге у кући, посебно за најстарије становништво (66).

Старије особе често имају сложеније здравствене потребе од млађих одраслих због додатног опадања функционалности, физичких болести и психосоцијалних потреба. Неостварене здравствене потребе повећавају озбиљност болести, компликације и смртност. Упркос томе, у Кореји су истраживања о незадовољним здравственим потребама старијих људи ограничена. Студија која је анализирала утицај функционалног погоршања повезаног са старењем на неостварене здравствене потребе старијих од 65 година показала је да је учесталост неостварених здравствених потреба 17,4%. Међу њима је водећи разлог била економска тешкоћа (9,2%). Група испитаника са симптомима депресије је имала 1,45 пута већу вероватноћу да има неостварене здравствене потребе од оних без депресије. Група са оштећењем вида имала је 1,48 пута већу вероватноћу да има неостварене здравствене потребе од оне без ње, док је група са оштећењем слуха имала 1,40 пута већу вероватноћу да има неостварене здравствене потребе од оне без ње, а група са оштећењем памћења имала је 1,74 пута већу вероватноћу да има неостварене здравствене потребе од оне без оштећења памћења. Свакако да су неостварене медицинске потребе старијих особа различите од млађих људи. То је зато што нису укључени само социоекономски и здравствени фактори, већ и фактори старења. Да би се решиле ове незадовољене здравствене потребе, неопходно је реорганизовати здравствени систем, тако да укључује превентивне и рехабилитацијске услуге које се баве хроничним болестима међу старијима и интегрисана нега како би се побољшала здравствена заштита уз промоцију и унапређење здравља током целог живота (67).

Анализа заснивана на националном, репрезентативном узорку спроведеном у Мађарској са истраживањем незадовољених медицинских потреба у различитим социо-демографским групама показала је да међу испитаницима који су имали медицинских проблема у последњих 12 месеци, 27,3% је пријавило да се одустало од медицинске посете због тешкоћа у путовању, 24,2% има неостварен рецепт за лекове због трошкова, 21,4% је пријавило да се одустало од медицинске посете или посете због трошкови и 16,6% пријавили су прескочени медицински тест, лечење или друго праћење због трошкова. Жене, млађе особе или оне које су припадале првом и другом квинтилу прихода су знатно чешће пријављивале неостварене потребе. Креатори политике морају се позабавити питањем велике преваленције запуштене медицинске заштите

међу мађарским становништвом, како би се избегло погоршање здравља и неједнакости у приступу. Као први корак, политике би требало да покушају да смање финансијско оптерећење рањивих група да би побољшали приступ. Велика преваленца незадовољних медицинских потреба због трошкова у Мађарској може се делимично објаснити високим уделом плаћања из свог џепа у финансирању здравствене заштите. Директне исплате, подела трошкова за услуге изван пакета погодности, као и неформална плаћања, чине 29% свих здравствених трошкова. Већина тих плаћања се троши на лекове, који представљају највећи део укупних расхода домаћинстава за здравство (75–85%). Плаћања из властитог џепа показују растући тренд у Мађарској од када су спроведене реформе здравствене заштите с главним циљем да се повећа ко-плаћање за лекове и уведе доплата за здравствене услуге (иако ове накнаде укинута су годину дана касније). Иако се већина здравствених услуга пружа бесплатно, многи људи и даље неформално плаћају посете. Други разлог високих трошкова из свог џепа може бити све већа употреба приватног сектора међу становништвом, посебно међу становницима Будимпеште. Подаци указују да 60% људи који живе у Будимпешти користи приватне здравствене услуге. Удео незадовољних медицинских потреба због потешкоћа у путовању износио је 27,3%, а највећи је код пружања медицинске неге. Мађарска влада покушала је да реши проблем географског приступа амбулантној нези када су изграђене нове амбулантне јединице у 20 руралних микрорегија. Након реализације пројекта, око 430.000 људи могло је приступити здравственим просторијама у року од 20 минута аутомобилом. С друге стране, према проценама, најмање 16% становништва Мађарске још увек је потребно више од 20 минута вожње аутомобилом до амбуланте. Такође су идентификоване и значајне разлике у неоствареним медицинским потребама у различитим друштвено-економским групама: најугроженије ризичне групе су биле жене, оне са основним или средњим образовањем, људи лошег здравственог стања, особе које живе ван главног града и из слојева са најнижим примањима (68).

Неостварене здравствене потребе у теорији би требале бити ретке у Италији у којој постоји јавно финансирани и универзално доступан здравствени систем. Чини се да то ипак није случај. Штавише, у последње две деценије одговорности за здравствену заштиту се постепено децентралишу регионалним властима, које имају различито организовано пружање здравствених услуга на својим територијама. Регионално одлучивање је утицало на коришћење здравствених услуга, додатно повећавајући постојеће географске разлике у приступу нези у целој земљи. Резултати истраживања у италијанској популацији становништва показали су да је свеукупно 6,9% италијанске

популације изјавило да је имало најмање једну неостварену медицинску потребу током последњих 12 месеци. Неприлагођене стопе значајно варирају у регионима са јасном подјелом север-југ (4,6% на североистоку и 10,6% на југу). Међу онима који су пријавили неостварене медицинске потребе, водећи разлог су проблеми у приступу повезанима са трошковима или превозом (45,5%), праћени прихватљивошћу (26,4%) и доступношћу због постојања предугих листа чекања (21,4%). У северним регионима радне и породичне обавезе релативно више доприносе недовољној употреби медицинских услуга, док су на југу најчешће неостварене потребе за здравственом заштитом из економских разлога. Из свега проистиче да политике за решавање неостварених здравствених потреба треба да усвоје вишедимензионални приступ и да буду прилагођене тако да узму у обзир различите географске хетерогености (69).

Са старењем становништва и опадањем доступности здравствене заштите, број старијих људи у Кини који имају неостварене здравствене потребе се повећава из године у годину. Кинеска студија која је испитивала улоге предиспонирајућих фактора (демографија), омогућавајућих фактора (ресурсе) и потребе (здравствене проблеме) код открила је да су значајни фактори и за становнике села и града били економски статус, они који немају члана породице као неговатеља, спремност неговатеља да пружи негу, неблаговремено лечење, самопроцена здравља и самооцењено животно задовољство. Значајни фактори међу становницима града били су старост, члан породице као примарни неговатељ, активности свакодневног живота, очекивања приступа услугама неге у заједници и оптимизам. Значајни фактори међу само сеоским становницима су пол и когнитивна функција. Као главни закључак студије била је констатација да обзиром да се доступност неформалних неговатеља - углавном чланова породице - смањује, кључно је пружити финансијску помоћ старим људима, повећати формалне услуге као што су плаћене услуге кућног старања и услуге неге у заједници и смањити терет породичних неговатеља како би се смањиле неостварене потребе старог становништва у Кини (70).

Слични резултати су забележени и у Вијетнаму где се удео старијих људи такође повећава. Већина старијих особа живи у руралним подручјима. Њихово здравствено стање се генерално побољшава, али то је мање изражено код најугроженијих група. Покрет младих за запошљавање и утицај других социоекономских промена остављају старије људе саме и са мање породичне подршке. Студија која је имала за циљ да процени дневне потребе за негом и е социоекономске одреднице старијих људи у руралним срединама. Резултати који су добијени показали су да већина старијих људи не треба подршку. Преко три петине оних којима је помоћ



била потребна добијали су довољно подршке. Деца и унуци били су главни неговатељи. Старосна група, пол, ниво образовања, брачни статус, број чланова у домаћинству, радни статус, величина домаћинства, животни аранжман, стамбени простор, материјални статус домаћинства, статус сиромаштва и хроничне болести били су одреднице свакодневних потреба за негом код старих (71).

У Шкотској растућа пропорција старијих људи у руралним срединама има утицаја на пружање здравствених и социјалних услуга. Старији људи имају сложене здравствене потребе у поређењу с другим старосним групама, за што је потребан читав низ примарних и болничких услуга. Пружање услуга старијим људима у руралним подручјима настаје због недостатака финансијских средстава, путних трошкова и других потешкоћа. Истраживањем ставова старијих од 55 година који живе у удаљеним заједницама о тренутном и будућем пружању здравствених и социјалних услуга идентификовано је неколико аспеката услуга који су били подложни променама или реструктурирању, укључујући аранжмане за услуге кућне неге, пружање obroка и технолошку подршку. Учесници су вредновали елементе традиционалног модела неге који су добили: то су локални, лични нагласак и континуитет. Били су сумњичави према новим аранжманима који су сматрали да наглашавају техничку ефикасност. Здравствене услуге су описане као међусобно повезане са другим аспектима руралног живота, укључујући транспорт и смештај кога би се можда морали одрећи да би плаћали негу. Приближавање породици било је пожељно само за социјалну и домаћу подршку. Здравствена и социјална подршка је неопходна. Од креатора политике треба да тражи да укључе „глас“ старијих људи како би пружили услуге које одговарају њиховим потребама (72).

Посматрање потреба пацијената може бити од суштинске важности за њихово лечење. Међутим, многе потребе остају неиспуњене у областима повезаним са медицинским, личним и социјалним факторима. Већи фокус на потребе пацијената могао би бити користан и треба га усмерити у лечењу (73).

Студија спроведена у Кореји, испитивала је величину утицаја ниског дохотка на здравље и посреднички ефекат старости, пола, степена образовања, статуса запослености, статуса здравственог осигурања, инвалидитета и хроничне болести као контролних променљивих и самопроцене здравља на неостварене потребе. Резултати су показали да је постојање незадовољених потреба повећавало вероватноћу за лоше здравствено стање. Међутим, само мали део ефеката ниског дохотка посредовао је ноствареним потребама, а резултати су варирали на годишњем нивоу. Даље студије су неопходне да би се пронашли начини за објашњење различитих резултата у подацима

корејског здравственог панела, као и да би се размотрила анализа временског низа посредничког учинка. Резултати ове студије представљају јасну импликацију да је то иако је кључно за решавање незадовољних потреба, није довољно да се реши неједнакости у здравству повезани са приходима (74).

Поред прихода бројни су фактори који утичу на незадовољене медицинске потребе. одраслих старијих од 19 година у истраживању спроведеном у Кореји. Шансе да доживе незадовољене медицинске потребе биле су значајно веће код старијих, код оних са малим примањима, незапосленима, оних који су примили неадекватан здравствени третман, они који нису редовно вежбали и они који осећају бол, који имају лошије самопроцењено здравствено стање и тешку депресију. Отприлике сваки десети држављанин Кореје (11,60%) има незадовољене потребе за медицинском услугом. Потребне су политике које јачају обухватање физички и економски угрожених група (75).

Како се укупан животни век повећава, квалитет живота је важнији него икада. То је посебно важно у земљама попут Јужне Кореје које су забринуте због ностварених здравствених потреба и квалитета живота повезаних са здрављем. Истраживањем односа између незадовољних здравствених потреба и квалитета живота повезаних са здрављем код опште популације резултати су показали да 13,1% учесника је искусило незадовољене здравствене потребе. Појединци са незадовољеним здравственим потребама због економских тешкоћа имали су ниже вредности од оних без незадовољених здравствених потреба за индексе квалитета живота. Посматрајући по полу и мушки и женски испитаници који су имали неостварене здравствене потребе и низак економски статус имали су драстично смањење квалитета живота без обзира на разлоге за њихове неиспуњене здравствене потребе. Намеће се закључак да незадовољна здравствена потреба утиче на здравствену димензију квалитета живота у вези здравља што је знатно израженије у економски угроженим групама. Стога би интервенције на решавању тих проблема требале бити усмерене на економски угрожене групе (76).

Више од 1,5 милиона људи има незадовољну потребу за здравством од почетка економске кризе у Европи. Доласком Велике рецесије европски здравствени системи стављени су под озбиљан притисак, с тим да су реални услови смањени за финансирање у многим земљама. Користећи податке из целокупне Европске статистике прихода и животних услова научници су квантификовали повећање неостварених потреба које се пријављују када људи верују да би им медицинска потреба била неопходна. У Шведској је током кризног периода између 2007. и 2012. године незадовољна медицинска потреба

пала за 1,8%, док је у Белгији за порасла за 1,7%. У најсиромашнијим друштвеним групама незадовољне потребе су забележене шест пута чешће него у богатијим слојевима друштва. Наставак овог тренда повећао би неједнакости у приступу здравственој заштити у Европи (77).

И други аутори су се бавили повезаношћу економске неједнакости у заједници и здравствених исхода становништва и открили значајну повезаност са неоствареним здравственим потребама (78).

Истраживањем повезаности између социоекономског статуса и неостварених здравствених потреба потврђено је да постоји значајна повезаност. Социоекономске категорије незапослених, на дугогодишњем боловању и неквалификованих радника пријављивали су веома висок ниво неостварених здравствених потреба. Радно становништво је давало недостатак времена као разлог незадовољних здравствених потреба, док су они који су на боловању или незапослени пријављивали недостатак новца (79).

Студија која је испитивала који су фактори повезани са незадовољеном потребом као и који су разлози за незадовољене потребе евидентирани по друштвено-економским и демографским групама у Европи груписала је неостварене потребе у следеће категорије: доступност и прихватљивост. Две трећине свих неиспуњених потреба биле су због дугих листа чекања и доступности термина. Жене и млађе добне групе пријавиле су више незадовољених потреба. Није било неједнакости у образовању, док је утврђено да је финансијски притисак важан фактор за све врсте незадовољених потреба за здравственом заштитом у Европи. Све врсте коришћења здравствене заштите и лоше здравље такође су биле повезане са неоствареном потребом. Откривено је да су ниска густина лекара и висока плаћања из свог џепа повезани са незадовољеном потребом због доступности. Иако је здравствена заштита универзална у многим европским државама, финансијски притисак се појавио као главна одредница за приступ европских грађана здравственој заштити. Ово може сугерисати да су групе са вишим дохотком у стању да заобиђу листе чекања (80).

Процена неостварених потреба један је од начина да се одреди неједнакост у приступу здравственим услугама. Иако постоји више разлога за неостварене потребе, финансијске препреке су главни разлог посебно у земљама са ниским и средњим приходима у којима здравствени системи не нуде финансијску надокнаду. Штавише, приступачност и доступност су најважнији за постизање универзалног здравственог осигурања. Студија која је испитивала степен незадовољних потреба у Кенији због финансијских баријера, повезаних детерминанти и утицаја регионалних варијација.

дошла је до резултата да су препреке које се односе на трошкове главни узрок неостварених потреба за амбулантним и болничким услугама. Фактори који позитивно утичу на неостварене потребе везане за трошкове укључују старије чланове домаћинства, болничке услуге и градско пребивалиште. образовање, добро самопроцењено здравље, вишечлана домаћинства, здравствено осигурана и већи квинтили богатства били су негативно повезани са неоствареним потребама везаним за трошкове. Овакви налази указују на важну улогу трошкова у омогућавању приступа здравственим услугама. Варијације које су идентификоване у неизмиреним здравственим потребама повезаним са трошковима означавају постојање великих неједнакости унутар и између појединих друштвених група. Неопходно је преузети вишеслојни приступ с фокусом на релативно сиромашне групе становништва у одређивању механизма финансирања здравства. Даљња сегментација становништва ради бољег усмеравања политика финансирања здравства је веома важна, како би се решили праведност у приступу најугроженијим и маргинализованим групама становништва (81).

Контролишући личне демографске и факторе у заједници, особе које су имале ниска примања, неосигуране и нису имале редован извор неге вероватније ће пропустити или одложити неопходне здравствене услуге због трошкова. Након испитивања ових фактора ризика, уочило се да постоје расне разлике и да су белци чешће од осталих расних / етничких група пријављивали неостварене потребе. Без усмеравања пажње на ове факторе ризика који настају због лошег приступа, мало је вероватно да ће се постићи знатна смањења неједнакости у обезбеђивању приступа потребним здравственим услугама међу угроженим становништвом (82).

У руралним областима Кореје, где недостаје инфраструктура јавног превоза, а алтернативни системи су лоши, старији људи имају непријатности у коришћењу здравствене заштите, иако су њихове потребе велике. Подаци који су кориштени прикупљени су у Анкети о здрављу у заједници код старијих од 65 година у руралним подручјима показали су да је најчешћа варијабла повезана са неоствареним здравственим потребама била немогућност транспорта. Старије особе су подељене у 3 групе: без возача у домаћинству, са возачем и група која се сама возила. Утврђена је значајна повезаност између могућности транспорта и незадовољних здравствених потреба што подразумева да здравствена политика треба да буде усмерена на побољшање доступности здравствене заштите и да морају да буду размотрена доступна превозна средства (83).

Студија којој је био циљ да испита утицај коришћења здравствене заштите на неостварене потребе за здравственом заштитом, открила је снажно негативан однос између коришћења здравствене заштите и незадовољених здравствених потреба. Ефекат је био негативан за жене док је за мушкарце статистички незнатан; слично томе, ефекат је негативан за становнике градова, али је незнатан за руралне. Употреба здравствене заштите смањује вероватноћу пријављивања неостварене здравствене заштите. Политике које подстичу употребу здравствених услуга, попут повећања покривености јавним осигурањем од лекова и повећања приступа лекара након више сати могу помоћи у смањењу вероватноће неостварене здравствене заштите (84).

Истраживање чија је сврха било да ли је већа вероватноћа да млади људи пријављују неостварену потребу у поређењу са другима и да ли су предиспонирање, омогућавање, потреба и фактори социјалне подршке повезани са незадовољеном потребом показало је да чак и када постоји универзални приступ здравственој заштити, млађе особе имају већу вероватноћу да пријаве незадовољне потребе (15%) у поређењу са онима у другим фазама животног тока (11,2%) и најмање је вероватно да ће имати редовног лекара примарне неге (76% адолесцената, 87% средњег живота и 96% каснијег живота). Омогућавање, потреба и фактори социјалне подршке повезани су са незадовољеном потребом код младих; потреба за здравственим услугама је најјачи корелат незадовољених потреба, при чему су највећи ризик млади људи који пријављују лоше здравље. Социјална подршка, попут живота с оба родитеља, значајно је заштитни фактор од неостварених потреба младих одраслих особа. Ова студија пружа нова сазнања о незадовољеним здравственим потребама младих. Политике за подстицање адекватне употребе здравствених услуга младих као што је приступ редовном пружаоцу примарне неге могу помоћи у смањењу незадовољних потреба. Обрасци неадекватне употребе примарне неге успостављени у младој одраслој доби могу се одржавати у каснијој животној доби, што може довести до нежељених последица по здравље становништва (85).

Студија која се бавила проценом преваленције незадовољних здравствених потреба код жена бескућника и анализа повезаних односа са следећим факторима: финансијски и просторни приступ нези, историја становања, миграциони статус, коришћење здравствене заштите, историја вакцинације, брига о деци, социјална мрежа и само-перципирано здравствено стање. Међу паришким бескућницима женског пола, четвртина је имала најмање једну незадовољену здравствену потребу. Већина је одустала од посете лекару опште праксе и лекару специјалисти. Није пронађена повезаност са факторима попут финансијског приступа или статусом здравственог

осигурања. Међутим, несигурност у исхрани, лош здравствени приступ и лоше опажање здравља били су повезани са неоствареним потребама здравствене заштите. Нижа преваленца незадовољних здравствених потреба код бескућница у поређењу са женама у стабилним стамбеним ситуацијама сугерише да жене бескућнице имају ниже перцепције потреба и / или нижа очекивања од здравственог система. Стратегије за бољи приступ нези ове популације не треба се фокусирати само на финансијске интервенције, већ и шире на просторни здравствени приступ, културне норме и перцепцију здравља. Смањивање њихових неиспуњених потреба и побољшање њиховог приступа здравственој заштити и превенцији мора укључивати побољшање њихових животних, финансијских и стамбених услова (86).

Део агенде политике већине европских земаља је „једнакост приступа за једнаке потребе“. Неколико студија пружило је доказе о праведности у коришћењу здравствених услуга одрасле популације у Шпанији. Међутим, мање се пажње посвећује правичности у приступу здравственим и социјалним услугама међу инвалидним становништвом. У Шпанији дистрибуција незадовољних потреба међу особама са инвалидитетом није адекватна. Највећи удео неостварених потреба концентрисан је међу појединцима на дну расподеле прихода. Поред тога, ниво хоризонталне неједнакости разликује се у зависности од пола и старости појединца.

Како се социјално-економски статус показао као важан у пружању здравствених и социјалних услуга инвалидима, треба омогућити креаторима политика да осмисле стратегије које ће бити усмерене на смањење баријера за коришћење здравствених и социјалних услуга у категорији особа са инвалидитетом (87).

Спровођењем програма здравствене трансформације, Турска је прошла кроз значајне промене у свом здравственом систему. Истраживањем употребе здравствених услуга и задовољства старијих особа откривено је да се употреба повећала подударујући се са увођењем система породичне медицине, а такође се повећао проценат пацијената који бирају установе примарне здравствене заштите. Удео старијих особа са неоствареном потребом и оних који себи нису могли да приуште здравствену заштиту је смањен, док је укупно задовољство корисника здравствене заштите порасло. То је допринело да потребе за здравственом заштитом старијих особа имају већи приоритет код креатора здравствене политике ове земље посебно због све већег удела старих особа у овој земљи (88).

Такође старије особе често доживљавају негативне последице као резултат неостварених потреба за негом. Ниво тешкоћа у свакодневним активностима најчешће је снажно повезан са неоствареним потребама. Зато је неопходно праћење старијих

одраслих који не примају адекватну негу, уз повећање приступа формалној нези и редовно процењивати ниво потешкоћа у свакодневним сктивностима кроз истраживачке активности (89).

Анализом степена неостварених потреба за пружањем неге код аустралијских пацијената који имају карцином, дошло се до података да је две трећине њих пријавило најмање једну неостварену здравствену потребу, а петина пацијената имало је пет или више различитих неостварених потреба. Пацијенти су најчешће пријављивали умерене до високе неостварене потребе у физичким / психолошким и практичним / културним доменима, него у доменима информације / комуникације и болничкој нези. Тачније, најчешће је пријављена умерена до висока незадовољена потреба условљена недостатком новца. Овакви налази могу помоћи у дефинисању приоритетних подручја за интервенцију код пацијената који живе са раком (90).

Анализом потреба и придружених фактора за психолошку невољу родитеља током збрињавања деце оболеле од рака у Индонезији, међу анкетираним родитељима, 83% њих је имало преко 10 неиспуњених потреба. Међу тим незадовољеним потребама, потреба за информацијама је била највећа. Већина родитеља деце оболеле од карцинома пријавила је потребу за више информација и пријавила знакове анксиозности и депресије. Родитељи са мање деце и вишим нивоом образовања идентификовани су као рањива популација због већих потреба. Резултати ове студије може се користити за побољшање подржавајуће неге родитеља деце оболеле од рака у болничким условима (91).

У посљедњих двадесет година најтежи терет кардиоваскуларних болести почео се пребацивати из развијених у земље у развоју. Међутим, мало се зна о стварним потребама за кардиоваскуларном негом у овим земљама и колико су те потребе задовољене. Испитивањем преваленције и одредница незадовољних потреба за кардиоваскуларном негом на основу објективне процене међу домаћинствима Индонезије показали су да скоро две трећине испитаника са умереним до високим кардиоваскуларним ризиком није успело да добије кардиоваскуларну негу. Већа примања, поседовање здравственог осигурања и боравак у урбаним срединама значајно су повезани са задовољеним потребама за кардиоваскуларном негом, док густина здравствене установе и густина лекара не показују повезаност. Намеће се закључак да неједнакост остаје као важан фактор у задовољењу потреба за кардиоваскуларном негом, јер је вероватније да се задовољавају потребе људи са већим примањима и оних који живе у урбаним срединама. За ублажавање ове све веће потребе препоручује се

ублажавање сиромаштва, пружање здравственог осигурања за сиромашне и побољшање квалитета пружатеља здравствених услуга (92).

Спровођење националног истраживања о процени преваленције неостварених потреба у примарној и секундарној здравственој заштити, на Новом Зеланду показало је да у примарној здравственој заштити 16,5% испитаника је пропустило посету лекару опште праксе због трошкова док је 9,3% њих пријавило незадовољне здравствене потребе у секундарној здравственој заштити. При томе готово две трећине њих је захтевало консултације, а једна трећина дијагностички или терапијски поступак (93).

Клиничари и финансијери здравствене заштите на Новом Зеланду били су забринути да је неостварена здравствена потреба честа јер оне су кључни показатељ успешности здравственог система. Циљ њиховог истраживања био је да се процени удео пацијената који похађају општу праксу и нису били у могућности да приступе клинички услугама. Лекари опште праксе питали су своје пацијенте током консултација за коју услугу су сматрали да је потенцијално корисна и није им доступна. Подаци су показали да 3,6% пацијената има здравствену потребу најчешће из области ортопедске хирургије, опште хирургије и менталног здравља. Биле су повезане са већом ускраћеношћу, средњим годинама и нижим примањима. Мерење неостварених здравствених потреба на овај начин се показало као релевантно за планирање услуга здравствених (94).

Студија којом су покушане да се идентификују незоставрене потребе и приступ планирању породице међу женама које живе на Новом Зеланду и Фиџију показала је да је незадовољна потреба на Новом Зеланду била 26% и слична је незадовољеној потреби која је пронађена на Фиџију (25%). Трошкови и забринутости због тога што их не виде женски даваоци услуга били су најпроблематичнији фактори приступа женама. Постоји потреба за бољим надгледањем и усмеравањем услуга планирања породице међу мањинским пацифичким групама, јер је незадовољена потреба пронађена на Новом Зеланду три пута већа од укупне националне процене и слична је стопи пронађеној на Фиџију. Трошак остаје проблем женама које покушавају да приступе услугама планирања породице. Родне традиционалне улоге у сексуалном и репродуктивном здрављу можда су подручје из којег се може постићи више разумевања културних сензибилитета и изазова (95).

Када су у питању неостварене здравствене потребе за стоматолошком здравственом заштитом може се истаћи да су људи често недовољно свесни значаја здравља уста и зуба и његовог великог значаја који има на разне димензије квалитета



живљења и да већина њих тражи стоматолошку заштиту само када осети симптоме болести (96).

Многа истраживања показују да су неједнакости у оралном здрављу веће од неједнакости у општем здрављу, као и да су болести уста и зуба чешће међу сиромашнима (97). Орално здравље је важна компонента општег здравственог стања људи, а неједнакости у оралном здрављу најчешће су везане за одређена понашања која су у корелацији са здравственим стањем, попут пушења, употребе алкохола, неправилне исхрана, неадекватних хигијенских навика, док их делом одређују приступ здравој храни, стоматолошким медикаментима и стоматолошким услугама. Многи аутори сматрају да степен коришћења стоматолошких услуга у тим неједнакостима има важну улогу (4), што су показале и различите студије које говоре у прилог повезаности социоекономских фактора и коришћења стоматолошке здравствене заштите људи широм света. Социоекономски статус је издвојен као важна детерминанта приступа стоматолошким здравственим услугама (98). Разлози слабијег коришћења стоматолошке здравствене заштите су чешћи у друштвено-економским групамаса слабијом финансиском потпором, најпре услед финансијских потешкоћа, док у боље ситуираним социоекономским групама услед мишљења да је коришћење тих услуга непотребно (99). Социјално-демографски фактори, укључујући старост, пол, ниво образовања, социоекономски статус у великој мери одређују приступ стоматолошкој нези (100).

Док је ефекат социо-демографских фактора на орално здравље и понашање у вези са стоматолошком заштитом добро окарактерисан у развијеним земљама, то није случај у неразвијеним земљама. Ограничења у земљама у развоју у броју установа за оралну здравствену заштиту и покривеност услуга оралног здравља комбинују се са приступом здравственим услугама за оралну здравствену заштиту и повећавају учесталост неостварених потреба за стоматолошком здравственом заштитом. Такође, многи пацијенти сами плаћају оралну здравствену заштиту (101).

Идентификовање разлога за препреке благовременом приступу стоматолошким здравственим услугама је веома значајно. Те препреке могу бити попут фактора који утичу на доступност јавних орално-здравствених услуга, док су на нивоу породице углавном фактори везани за приходе, ниво родитељског образовања, етничку припадност, пол, старост. Такође психосоцијални фактори и фактори који су у вези са навикама и ставовима у одржавању оралне хигијене у значајној мери утичу на остваривање потреба за здравственом заштитом. Пол је један од предиспонирајућих фактора за већу учесталост неостварених потреба за стоматолошком здравственом

заштитом, што је запажено и у нашем истраживању. Многе студије су показале да запослене жене и оне са високим образовањем имају боље навике у оралној хигијени у односу на незапослене жене и оне са нижим степеном образовања. Неудате жене са нижим нивоом образовања чешће имају проблеме у вези са оралним здрављем услед неправилне исхране и неадекватне оралне хигијене (102). Међутим и жене из нижег социо-економског окружења могу имати добре навике у одржавању оралне хигијене када су адекватно едуковане од стране професионалца (103).

С друге стране, трудне жене чешће испољавају неједнакости у коришћењу стоматолошке здравствене заштите упркос повећаној потреби за стоматолошким услугама у том периоду. Најчешћи разлози су низак ниво свести о проблемима уста и зуба које могу да се јаве у трудноћи као и необавештеност трудница о утицају трудноће на повећан ризик од настанка болести уста и зуба (104). Томе доприноси и недостатак покривености осигурањем, постојање заблуда да стоматолошки третман може нашкодити фетусу (105), непостојање симптома обољења усне дупље, изговори да нису у стању да пронађу стоматолога који би их лечио, недостатак времена и скупи стоматолошки третмани (106). Социоекономске и демографске карактеристике као што су невенчани статус и низак ниво образовања трудница, такође доприносе избегавању стоматолошког третмана трудница (107).

Недостатак свести међу трудницама о здравственим последицама и дугорочним ризицима везаним за лошу оралну хигијену и лоше орално здравље је повезано са повећаним ризиком од негативних исхода трудноће, посебно у земљама и регијама са ниским приходима (108). Све то указује да је потреба за међусекторском сарадњом међу гинекологима и стоматолозима пресудна за подизање нивоа свести о важности стоматолошких прегледа у трудноћи и шире (109). Такође, многе студије истичу и велику улогу жена као мајки у преношењу знања и ставова према оралном здрављу на своју децу што доприноси очувању здравља уста и зуба код деце (27).

Старија популација је осетљива на неједнакости и социјалну искљученост. Особе средњих година и старије обично пате од већег броја оралних болести, а препреке њиховом коришћењу услуга стоматолошке заштите су бројне. Како се старосна популација повећава а стопа задржавања природних зуба смањује, потражња за стоматолошком заштитом постаје хитнија. Међутим често се дешава да старије особе сматрају да је њихово орално здравље добро, иако имају много губитака зуба и значајних оралних проблема (110). Старији одрасли имају тенденцију да посете стоматолога само када имају симптоме као што су бол или оток. Нередовне посете могу бити последица недостатка приступа услугама медицинско-стоматолошке помоћи,

лоша искуства у прошлости или фобије, ниже вредности самопроцене оралног здравља (111).

Многе студије показују да је учесталост неостварених потреба за стоматолошком заштитом висока у популацији старијих особа. Велики терет оралних болести и ограничени ресурси за оралну здравствену заштиту спречавају адекватно испуњавање потреба стоматолошке заштите старијих особа, што је забележено и у нашем истраживању. Смањење процена преваленције неповољних образаца стоматолошких посета били су неочекивани јер трошкови стоматолошке заштите, смањена покретљивост и физички и ментални хендикепе могу негативно да утичу на учесталост посећивања стоматолога и стоматолошке заштите старих људи (112).

Да високо образовање доприноси јаснијим перцепцијама о проблемима оралног здравља, говоре подаци да особе са вишим нивоима образовања траже превентивне стоматолошке здравствене услуге и имају мање неостварених потреба за стоматолошком здравственом заштитом него особе са нижим образовањем, што показују и резултати нашег истраживања. Већи приступ знања о оралном здрављу не само да повећава свест о оралној здравственој заштити, већ може побољшати перцепцију потребе особе за стоматолошком заштитом (113).

Што се тиче брачног статуса, особе без брачног партнера чешће имају неостварене потребе за стоматолошком здравственом заштитом, што се може објаснити тиме да појединци који живе сами имају мању емоционалну стабилност која, индукује низак ниво перцепције потребе за стоматолошким посетама (114).

Неоставрене стоматолошке потребе у популацији одраслих нашег истраживања су биле учесталије у урбаним областима него у руралним подручјима, што потврђују и друга истраживања. А као разлог томе наводе недостатак времена и новца. Релативно висок трошак може бити важан фактор који ограничава учеснике у тражењу стоматолошке неге. На крају, доступност здравствених услуга такође може утицати на понашање у стоматолошкој нези. Већина установа за оралну здравствену заштиту и стоматолошке услуге смештена у градовима. Социоекономски диспаритети у оралном здрављу такође су више пута приказани у многим земљама. Показало се да особе са нижим СЕС-ом статусом имају знатно лошије орално здравље од оних са вишим СЕС-ом (108).

Здравље је директно везано за индивидуалне факторе живота који се односе на услове живота и рада, као што су социоекономски, културни и фактори окружења. Узроци социјалне неједнакости у здрављу се сматрају вишеструким и међусобно повезаним. Неколико истраживања о статусу оралног здравља одраслих који постоје

пријавили су висок ниво каријеса и корелације између оралног здравственог стања и социјалног статуса, начина живота и здравствено оралног понашања (111).

Ограничена финансијска средства могу ограничити способност људи да добију висококвалитетни стоматолошки третман и превенцију. Понашања, као што су пушење, конзумација шећера, ниска потрошња воћа и поврћа, лоша орална хигијена и нередовна посета стоматологу, повезани су са повећаним ризиком од настанка оралних болести и ово понашање је преовлађујуће код особа нижих СЕП (114).

Налази овог истраживања сугеришу да су материјални, бихејвиорални, културни и психо-социјални фактори важни фактори који доприносе објашњењу друштвено-економских неједнакости у остваривању потреба за стоматолошком здравственом заштитом.

Људи из нижег СЕП имају више препрека у остваривању стоматолошке здравствене заштите него људи из вишег СЕП-а, који се најчешће односе на финансијске факторе (113).

Честе посете стоматологу су повезане са бољим оралним здрављем и признато је да су преовлађујуће код људи који припадају вишем социоекономском статусу.

Ово указује на ограничен приступ стоматолошким услугама за социјално угрожене групе,. Друштвени статус утиче на остваривање потреба за стоматолошком здравственом заштитом а тиме и на стање оралног здравља чиме су погођене знатно више социјално угрожене групе становништва (115, 116).

Студија која је спроводила опсежно истраживање родитеља деце са посебним здравственим потребама како би се утврдило њихово орално здравствено стање, приступ стоматолошкој нези, да се уоче баријере за приступ стоматолошким здравственим услугама (животна средина / систем и неживотна средина / породица) и квалитет живота оралног здравља, показала је да више од 90% деце је видело стоматолога током прошле године, 66% је прегледао педијатријски стоматолог, а 21% је требало интензивне интервенције у вези са оралним здрављем. Иако је већина породица имала висок степен образовања и изнад просечних примања, као и приватно стоматолошко осигурање, 20% деце са посебним потребама је имало незадовољене стоматолошке потребе. Деца са краниофацијалним аномалијама имала су двоструко више незадовољних потреба, а деца са цистичном фиброзом мање задовољених потреба. Деца са церебралном парализом, аутизмом, застојем у развоју и Дауновим синдромом имала су више аверзије према зубном третману, више компликација у лечењу услед њихових здравствених стања и више потешкоћа у проналажењу стоматолога који је спреман да пружи негу. Деца са цистичном фиброзом,

поремећајима метаболизма или хемофилијом наилазила су на мање препрека у нези. Подаци осликавају слику високих незадовољних стоматолошких потреба код субпопулација деце са посебним потребама која су више изложена ризику због системских баријера и унутрашњих породичних баријера за пружање стоматолошке здравствене заштите и неге услед својих медицинских дијагноза (117).

Разлике у сложености здравствених потреба, раси / етничкој припадности и материјалном статусу указују на постојеће недостатке у коришћењу здравствене заштите и растући тренд у неоствареним здравственим потребама становништва (118).

Критично питање је шта смањује приступ здравственој заштити на неким местима, а не на другим? Једна од хипотеза је да растуће доплате, које су повећале трошкове лекова, амбулантне неге и посета за стручну и медицинску помоћ у неким земљама, стварају препреке за приступ здравственој заштити у многим земљама Европе попут Чешке, Француске, Италије, Летоније, Холандије, Румуније и Шпаније. Супротно томе, нације које су смањиле накнаде за кориснике, као што је Хрватска, искусиле су пад неостварених медицинских потреба. Друга хипотеза је да су реформе уштеде трошкова смањиле приступ нези. Смањивање здравствених услуга, укључујући затварање установа, скраћено радно време и смањивање броја здравственог особља такође може погоршати приступ нези. У пракси је вероватно да се ради о комбинацији фактора, при чему салдо варира од земље до земље. Коначно, могуће је да недавне реформе политике које ограничавају приступ миграната и других рањивих група, као што су бескућници и корисници дрога, који имају тенденцију да буду недовољно заступљени у анкетама, превазилазе оно што се може реално видети у истраживањима и подацима. Будућа циљана истраживања потребна су како би се истражили трендови незадовољних потреба међу овим високоризичним групама. Без обзира који од разлога су најважнији, растући тренд незадовољних потреба изазива забринутост. Треба уложити додатне напоре са фокусирањем на јачање здравствених система и збрињавања становништва да оптимално задовољавају своје здравствене потребе (77).

У случајевима неостварених здравствених потреба становништва здравствена политика се мора усредсредити на "потисак становништва" који има за циљ да људе уведе у здравствену службу. Неопходно је „повлачење услуга“ како би се људи привукли у исправне делове здравственог система, који се делом ослања на ефикасан и координисан здравствени систем. Снажна примарна заштита је кључни покретач у постизању бољих резултата по нижим трошковима и боље пружање примарне здравствене заштите смањује трошкове у секундарној и терцијарној здравственој заштити. Стога би улагање у „опште службе“ примарне здравствене заштите, а не

специјалистичку службу, могло побољшати услуге ради смањења незадовољних потреба, као и ниже трошкове. Будући да незадовољене потребе често имају негативне последице, веома је важно препознати факторе повезане са незадовољним потребама (118).

## 5. ЗАКЉУЧАК

Испитивањем утицаја многобројних демографских и социоекономских одредница на незадовољене здравствене потребе код становника старих 20 година и више са територије Србије могу се извести следећи закључци:

- Сваки четврти становник Србије, старосне доби од 20 и више година је имао најмање једну неостварену потребу за здравственом заштитом.
- Највећу препреку за остваривање потреба за здравственом заштитом чинили су финансијски разлози (19.9%), а затим следи дуго чекање на заказану посету/преглед (12.8%) и удаљеност или проблеми са превозом до места пружања здравствене заштите (4.7%).
- Најтеже се долазило до стоматолошке (13.3%) и медицинске здравствене заштите (12.9%), а затим следе прописани лекови (10.7%) и заштита менталног здравља (2.4%).
- Незадовољене здравствене потребе су знатно чешће код особа женског пола (29.7%), код особа старосне доби од 60 до 69 година старости (32.3%), као и код одраслог становништва најнижег образовног статуса (34.1%).
- Радно ангажовање и социоекономски статус су такође биле одреднице неостварених здравствених потреба анкетираног становништва. Готово трећина испитаника који су се изјаснили да обављају послове унутар домаћинства (34,5%) и који према квантилима благостања припадају категорији најсиромашнијих слојева друштва (30,9%) нису успевали да остваре своје здравствене потребе.
- Као најзначајнији предиктори неостварених здравствених потреба издвојени су: пол, године живота, брачни статус, типа насеља, степен образовања, материјано стање и радни статус. Жене имају 39% већу шансу да да не остваре своје потребе за здравственом заштитом у поређењу са мушкарцима.
- Са старењем се повећавао број испитаника са неоствареним потребама, па тако испитаници који припадају старосној групи 60-69 година 2,5 пута чешће не успевају да остваре своје здравствене потребе наспрам оних који припадају старосној групи 20-29 година.
- Немогућност остваривања потреба за здравственом заштитом је за 32% чешћа код испитаника који живе у ванградским срединама.
- Пропорција одраслог становништва који имају неостварене здравствене потребе обрнуто је пропорционална степену образовања испитаника. Испитаници са

најнижим степеном образовања за 37% имају већу шансу да не остваре своје здравствене потребе у односу на испитанике са високим образовањем.

- Исти образац је запажен и када је реч о индексу благостања, тј. припадници сиромашне класе скоро један и по пута чешће нису остварили своје здравствене потребе наспрам испитаника из богатијих слојева.
- Незапослени испитаници имају за 27.8% већу шансу да се нађу у групи оних који са незадовољеним здравственим потребама од запослених испитаника.



## 6. ЛИТЕРАТУРА

1. Janković J, Simić S. The Association of Demographic and Socioeconomic Determinants and Self-Perceived Health. *Srp Arh Celok Lek.* 2012;140(1-2):77-83
2. Sara Allin and Cristina Masseria. Unmet need as an indicator of health care access, The London School of Economics and Political Science Research Note, 2009. Available from: [http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/VOL15no3/Allin\\_Unmet\\_need.pdf](http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/VOL15no3/Allin_Unmet_need.pdf)
3. Levesque J. F, Pineault R, Robert L, Hamel M, Roberge D, Kapetanakis C, Simard B, Laugraud A. Unmet health care needs: a reflection of the accessibility of primary care services? *Accessibilité et continuité des services de santé - Une étude sur la première ligne au Québec*, 2008. Available from: [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/728-Unmet Health Care Needs. Pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/728-Unmet_Health_Care_Needs.Pdf)
4. Terraneo M. Inequities in health care utilization by people aged 50+: Evidence from 12 European countries. *Social Science & Medicine.*2015; 126: 154–163.
5. Pappa E, Kontodimopoulos N, Papadopoulos A, Tountas Y, Niakas D. Investigating unmet health needs in primary health care services in a representative sample of the Greek population. *Int J Environ Res Public Health.* 2013;10(5):2017-27.
6. Cavalieri M. Geographical variation of unmet medical needs in Italy: a multivariate logistic regression analysis. *Int J Health Geogr.* 2013;12:27.
7. Karanikolos M, Kentikelenis A. Health inequalities after austerity in Greece. *Int J Equity Health.* 2016;15:83.
8. Kertesz SG, McNeil W, Cash JJ, Desmond R, McGwin G Jr, Kelly J, Baggett TP. Unmet need for medical care and safety net accessibility among Birmingham's homeless. *J Urban Health.* 2014;91(1):33-45.
9. Jain AK, Obare F, RamaRao S, Askew I. Reducing unmet need by supporting women with met need. *Int Perspect Sex Reprod Health.* 2013;39(3):133-41.
10. Ash A., Burell G., Westerling R. Care or not care—That is the question: Predictors of healthcare utilization in relation to employment status. *Int. J. Behav. Med.* 2012;19:29–38
11. Detollenaere J, Hanssens L, Vyncke V, De Maeseneer J, Willems S. Do We Reap What We Sow? Exploring the Association between the Strength of European Primary Healthcare Systems and Inequity in Unmet Need. *PLoS One.* 2017;12(1):e0169274.

12. Lu L, Zeng J, Zeng Z. What limits the utilization of health services among china labor force? analysis of inequalities in demographic, socio-economic and health status. *Int J Equity Health*. 2017;16(1):30.
13. Number of insured. National Health Insurance Fund, 2016. Available from: <http://www.rfzo.rs/index.php/broj-osiguranika-sta>
14. Levesque JF, Pineault R, Hamel M, Roberge D, Kapetanakis C, Simard B, Prud'homme A. Emerging organisational models of primary healthcare and unmet needs for care: insights from a population-based survey in Quebec province. *BMC Fam Pract*. 2012;13:66.
15. Pineault R, Borgès Da Silva R, Provost S, Fournier M, Prud'homme A, Levesque JF. Do Gender-Predominant Primary Health Care Organizations Have an Impact on Patient Experience of Care, Use of Services, and Unmet Needs? *Inquiry*. 2017;54:46958017709688.
16. Papanikolaou V, Zygiaris S. Service quality perceptions in primary health centers in Greece. *Health Expect*. 2012.
17. Kolasa K, Rybnik T. Socio-demographic determinants of inequity of access to health care in Poland in 2011. based on social diagnosis. *Przegl Epidemiol*. 2012;66(4):681-8.
18. Lee SY, Kim CW, Kang JH, Seo NK. Unmet healthcare needs depending on employment status. *Health Policy*. 2015;119(7):899-906.
19. Marina Cavaliere. Geographical variation of unmet medical needs in Italy: a multivariate logistic regression analysis. *Int J Health Geogr*. 2013; 12: 27.
20. Westin M, Ahs A, Bränd Persson K, Westerling R. A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care-lack of confidence in the medical services a plausible explanation? *Health Policy*. 2004;68:333–344.
21. Shi L, Stevens G. Vulnerability and unmet health care needs: the influence of multiple risk factors. *J Gen Intern Med*. 2005;20:148–154.
22. Wilson K, Rosenberg MW. Accessibility and the Canadian health care system: squaring perceptions and realities. *Health Policy*. 2004;67:137–148.
23. Levesque J-F, Pineault R, Robert L, Hamel M, Roberge D, Kapetanakis C, Simard B, Laugraud A. Unmet health care needs: a reflection of the accessibility of primary care services? Montréal: Direction de Santé Publique de l'Agence de La Santé et des Services Sociaux de Montréal. Institut National de Santé Publique du Québec et Centre de Recherche de l'Hôpital Charles Lemoyne; 2008.
24. Sibley LM, Glazier RH. Reasons for self-reported unmet healthcare needs in Canada: a population-based provincial comparison. *Healthcare Policy*. 2009;5:87–101.

25. Zuckerman S, Shen YC. Characteristics of occasional and frequent emergency department users: do insurance coverage and access to care matter? *Medical Care*. 2004;42:176–182.
26. Hurley J, Jamal T, Grignon M, Allin S. The relationship between self-reported unmet need for health care and health care utilization. Hamilton, Ontario, Canada: McMaster Research Data Centre Research Paper No. 23, McMaster University; 2011.
27. Herr M, Arvieu JJ, Aegerter P, Robine JM, Ankri J. Unmet health care needs of older people: prevalence and predictors in a French cross-sectional survey. *Eur J Public Health*. 2014;24(5):808-13.
28. Fjær EL, Stornes P, Borisova LV, McNamara CL, Eikemo TA. Subjective perceptions of unmet need for health care in Europe among social groups: Findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. *Eur J Public Health*. 2017;27(suppl\_1):82-89.
29. National Health Care for the Homeless Council. HCH quality leaders: a case study. Nashville, TN: National Health Care for the Homeless Council; 2012.
30. Ash A., Burell G., Westerling R. Care or not care - That is the question: Predictors of healthcare utilization in relation to employment status. *Int. J. Behav. Med*. 2012;19:29–38
31. Detollenaere J, Hanssens L, Vyncke V, De Maeseneer J, Willems S. Do We Reap What We Sow? Exploring the Association between the Strength of European Primary Healthcare Systems and Inequity in Unmet Need. *PLoS One*. 2017;12(1):e0169274.
32. Lu L, Zeng J, Zeng Z. What limits the utilization of health services among china labor force? analysis of inequalities in demographic, socio-economic and health status. *Int J Equity Health*. 2017;16(1):30.
33. Pineault R, Borgès Da Silva R, Provost S, Fournier M, Prud'homme A, Levesque JF. Do Gender-Predominant Primary Health Care Organizations Have an Impact on Patient Experience of Care, Use of Services, and Unmet Needs? *Inquiry*. 2017; 54:46958017709688.
34. Hwang J, Guilcher SJT, McIsaac KE, Matheson FI, Glazier R, O'Campo P. An examination of perceived health care availability and unmet health care need in the City of Toronto, Ontario, Canada. *Can J Public Health*. 2017;108(1):e7-e13.
35. Kim YS, Lee J, Moon Y, Kim KJ, Lee K, Choi J, Han SH. Unmet healthcare needs of elderly people in Korea. *BMC Geriatr*. 2018;18(1):98.
36. Ko H. Unmet healthcare needs and health status: Panel evidence from Korea. *Health Policy*. 2016;120(6):646-53.

37. Herr M, Arvieu JJ, Aegerter P, Robine JM, Ankri J. Unmet health care needs of older people: prevalence and predictors in a French cross-sectional survey. *Eur J Public Health*. 2014;24(5):808-13.
38. Hlebec V, Srakar A, Majcen B. Determinants of Unmet Needs among Slovenian Old Population. *Zdr Varst*. 2015;55(1):78-85.
39. Zhu Y, Österle A. Rural-urban disparities in unmet long-term care needs in China: The role of the hukou status. *Soc Sci Med*. 2017;191:30-37.
40. Li J, Shi L, Liang H, Ding G, Xu L. Urban-rural disparities in health care utilization among Chinese adults from 1993 to 2011. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):102.
41. Tumin D, Menegay M, Shrider EA, Nau M, Tumin R. Local Income Inequality, Individual Socioeconomic Status, and Unmet Healthcare Needs in Ohio, USA. *Health Equity*. 2018;2(1):37-44.
42. Diamant AL, Hays RD, Morales LS, et al. Delays and unmet need for health care among adult primary care patients in a restructured urban public health system. *Am J Public Health*. 2004;94:783–9.
43. Kshetri DB, Smith WC. Self-reported health problems, health care utilisation and unmet health care needs of elderly men and women in an urban municipality and a rural area of Bhaktapur District of Nepal. *Aging Male*. 2011;14:127–31.
44. Sanmartin C, Berthelot JM, Ng E, Murphy K, Blackwell DL, Gentleman JF, et al. Comparing health and health care use in Canada and the United States. *Health Affairs*. 2006;25:1133–42.
45. Chiappelli F, Bauer J, Spackman S, et al. Dental needs of the elderly in the 21st century. *Gen Dent*. 2002;50:358–63.
46. Eymard AS, Douglas DH. Ageism among health care providers and interventions to improve their attitudes toward older adults: an integrative review. *J Gerontol Nurs*. 2012;38:26–35.
47. Cohen-Mansfield J, Shmotkin D, Hazan H. The effect of homebound status on older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58:2358–62.
48. Taleb M, Rouillon F, Hegerl U, et al. Programmes against depression. *Encephale*. 2006;32:9–15.
49. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, et al. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ*. 2005;83:661–9.
50. Godfrey M, Callaghan G. Exploring unmet need: the challenge of a user-centred response. York: Joseph Rowntree Foundation; 2000.

51. McGregor JA, Camfield L, Woodcock A. Needs, wants and goals: wellbeing, quality of life and social policy. *Appl Res Qual Life*. 2009;4:135–54.
52. Gannon B, Davin B. Use of formal and informal care services among older people in Ireland and France. *Eur J Health Econ*. 2010;11:499–511.
53. LaPlante M, Kaye HS, Kang T, Harrington C. Unmet need for personal assistance services: estimating the shortfall in hours of help and adverse consequences. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2004;59B:98–108.
54. Davey A, Femia EE, Zarit SH, Shea DH, Sundström G, Berg S, et al. Life on the edge: patterns of formal and informal help to older adults in the United States and Sweden. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2005;60:S281–8.
55. Geerts J, Van den Boch K. Transitions in formal and informal care utilisation amongst older Europeans: the impact of national contexts. *Eur J Ageing*. 2012;9:27–37.
56. Suanet B, Broese van Groenou MI, Van Tilburg TG. Informal and formal home care use among older adults in Europe: can country-differences be explained by societal context and composition? *Ageing Soc*. 2012;32:491–515.
57. Hlebec V. Kontekstualni dejavniki uporabe oskrbe na domu v Sloveniji. *Zdrav Var*. 2012;51:120–7.
58. Hlebec V, Mali J, Filipovič Hrast M. Community care for older people in Slovenia. *Anth Notebooks*. 2014;20:5–20.
59. Knežević Hočevar D. Community care of older people in rural setting: a case study from Slovenia. *Anth Notebooks*. 2012;20:35–50.
60. Hlebec V, Nagode M, Filipovič Hrast M. Care for older people between state and family: care models among social home care users. *Teor Prak*. 2014;51:886–903.
61. Yoshio N Hall. Social Determinants of Health: Addressing Unmet Needs in Nephrology. *Am J Kidney Dis*. 2018;72(4):582-591.
62. Sylvie D Lambert, James D Harrison, Ellen Smith, Billie Bonevski, Mariko Carey, Catalina Lawsin, Chris Paul, Afaf Girgis. The unmet needs of partners and caregivers of adults diagnosed with cancer: a systematic review. *BMJ Support Palliat Care*. 2012;2(3):224-30.
63. Sibley L, Glazier R. Reasons for self-reported unmet needs in Canada: A population-based provincial comparison. *Healthcare Policy*. 2009;5:87–101.
64. Sanmartin C, Houle C, Tremblay S, Berthelot J.M. Changes in unmet health care needs. *Health Rep*. 2002;13:15–21.
65. Alonso J, Orfila F., Ruigomez A., Ferrer M, Anto J.M. Unmet health care needs and mortality among Spanish elderly. *Am. J. Public Health*. 1997;87:365–370.

66. Marie Herr, Jean-Jacques Arvieu, Philippe Aegerter, Jean-Marie Robine, Joël Ankri. Unmet health care needs of older people: prevalence and predictors in a French cross-sectional survey. *Eur J Public Health*. 2014;24(5):808-13.
67. Kim YS, Lee J, Moon Y, Kim KJ, Lee K, Choi J, Han SH. Unmet healthcare needs of elderly people in Korea. *BMC Geriatr*. 2018;18(1):98.
68. Armin Lucevic, Márta Péntek, Dionne Kringos, Niek Klazinga, László Gulácsi, Óscar Brito Fernandes, Imre Boncz, and Petra Baj. Unmet medical needs in ambulatory care in Hungary: forgone visits and medications from a representative population survey. *Eur J Health Econ*. 2019; 20(Suppl 1): 71–78.
69. Marina Cavaliere. Geographical variation of unmet medical needs in Italy: a multivariate logistic regression analysis *Int J Health Geogr*. 2013;12:27.
70. Zhu H. Unmet needs in long-term care and their associated factors among the oldest old in China. *BMC Geriatr*. 2015;15:46.
71. Hoi le V, Thang P, Lindholm L. Elderly care in daily living in rural Vietnam: need and its socioeconomic determinants. *BMC Geriatr*. 2011;11:81.
72. King G, Farmer J. Rural Remote Health. What older people want: evidence from a study of remote Scottish communities. 2009;9(2):1166.
73. Grambal A, Prasko J, Ociskova M, Slepecky M, Kotianova A, Sedlackova Z, Zatkova M, Kasalova P, Kamaradova D. Borderline personality disorder and unmet needs. *Neuro Endocrinol Lett*. 2017;38(4):275-289.
74. Kim Y, Kim S, Jeong S, Cho SG, Hwang SS. Poor People and Poor Health: Examining the Mediating Effect of Unmet Healthcare Needs in Korea. *J Prev Med Public Health*. 2019;52(1):51-59.
75. Yoon YS, Jung B, Kim D, Ha IH. Factors Underlying Unmet Medical Needs: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(13):2391.
76. Ju YJ, Kim TH, Han KT, Lee HJ, Kim W, Ah Lee S, Park EC. Association between unmet healthcare needs and health-related quality of life: a longitudinal study. *Eur J Public Health*. 2017;27(4):631-637.
77. Reeves A, McKee M, Stuckler D. The attack on universal health coverage in Europe: recession, austerity and unmet needs. *Eur J Public Health*. 2015;25(3):364-5
78. Tumin D, Menegay M, Shrider EA, Nau M, Tumin R. Local Income Inequality, Individual Socioeconomic Status, and Unmet Healthcare Needs in Ohio, USA. *Health Equity*. 2018;2(1):37-44.
79. Lindström C, Rosvall M, Lindström M. Socioeconomic status, social capital and self-

- reported unmet health care needs: A population-based study. *Scand J Public Health*. 2017;45(3):212-221.
80. Subjective perceptions of unmet need for health care in Europe among social groups: Findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. Fjær EL, Stornes P, Borisova LV, McNamara CL, Eikemo TA. *Eur J Public Health*. 2017;27(suppl\_1):82-89.
81. Njagi P, Arsenijevic J, Groot W. Cost-related unmet need for healthcare services in Kenya. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):322.
82. Shi L, Stevens GD. Vulnerability and unmet health care needs. The influence of multiple risk factors. *J Gen Intern Med*. 2005;20(2):148-54.
83. Choi Y, Nam K, Kim CY. Association Between Convenience of Transportation and Unmet Healthcare Needs of Rural Elderly in Korea. *J Prev Med Public Health*. 2019;52(6):355-365.
84. Bataineh H, Devlin RA, Barham V. Unmet health care and health care utilization. *Health Econ*. 2019;28(4):529-542.
85. Marshall EG. Do young adults have unmet healthcare needs? *J Adolesc Health*. 2011;49(5):490-7.
86. Vuillermoz C, Vandentorren S, Brondeel R, Chauvin P. Unmet healthcare needs in homeless women with children in the Greater Paris area in France. *PLoS One*. 2017;12(9):e0184138.
87. Hernández Quevedo C, Jiménez Rubio D. Inequity in the use of health and social care services for disabled individuals in Spain. *Gac Sanit*. 2011;25 Suppl 2:85-92.
88. Caner A, Cilasun SM. Health Care Services and the Elderly: Utilization and Satisfaction in the Aftermath of the Turkish Health Transformation Program. *Gerontol Geriatr Med*. 2019;5:2333721418822868.
89. Potter AJ. Care Configurations and Unmet Care Needs in Older Men and Women. *J Appl Gerontol*. 2019;38(10):1351-1370.
90. Bernardes CM, Diaz A, Valery PC, Sabesan S, Baxi S, Aoun S, Thompson SC, Lashbrook M, Garvey G. Unmet supportive care needs among Indigenous cancer patients across Australia. *Rural Remote Health*. 2019;19(3):4660.
91. Aziza YDA, Wang ST, Huang MC. Unmet supportive care needs and psychological distress among parents of children with cancer in Indonesia. *Psychooncology*. 2019;28(1):92-98.
92. Maharani A, Tampubolon G. Unmet needs for cardiovascular care in Indonesia. *PLoS One*. 2014;9(8):e105831.

93. Bagshaw P, Bagshaw S, Frampton C, Gauld R, Green T, Harris C, Hornblow A, Hudson B, Raymont A, Richardson A, Shaw C, Toop L. Pilot study of methods for assessing unmet secondary health care need in New Zealand. *N Z Med J.* 2017 ;130(1452):23-38.
94. McGeoch G, Holland K, Kerdemelidis M, Elliot N, Shand B, Fink C, Dixon A, Gullery C. Unmet need for referred services as measured by general practice. *J Prim Health Care.* 2017;9(4):269-278.
95. Cammock R, Herbison P, Lovell S, Priest P. Family planning unmet need and access among i Taukei women in New Zealand and Fiji. *N Z Med J.* 2017;130(1462):46-53.
96. Palència L, Espelt A, Cornejo-Ovalle M, Borrell C. Socioeconomic inequalities in the use of dental care services in Europe: what is the role of public coverage? *Community Dent Oral Epidemiol.* 2014;42(2):97-105.
97. Ravaghi V, Quiñonez C, Allison PJ. The magnitude of oral health inequalities in Canada: findings of the Canadian health measures survey. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013;41(6):490-8.
98. Chung LH, Gregorich SE, Armitage GC, Gonzalez-Vargas J, Adams SH. Sociodemographic disparities and behavioral factors in clinical oral health status during pregnancy. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2014;42(2):151-9.
99. Ravaghi V, Quiñonez C, Allison PJ. Comparing inequalities in oral and general health: findings of the Canadian Health Measures Survey. *Can J Public Health.* 2013;104(7):e466-71.
100. Ravaghi V, Quiñonez C, Allison PJ. Comparing inequalities in oral and general health: findings of the Canadian Health Measures Survey. *Can J Public Health.* 2013;104(7):e466-71.
101. Tchicaya A, Lorentz N. Socioeconomic inequalities in the non-use of dental care in Europe. *Int J Equity Health.* 2014;13:7.
102. Monteiro CN, Beenackers MA, Goldbaum M, de Azevedo Barros MB, Gianini RJ, Cesar CL, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in dental health services in Sao Paulo, Brazil, 2003-2008. *BMC Health Serv Res.* 2016;16(1):683.
103. Calzón Fernández S, Fernández Ajuria A, Martín JJ, Murphy MJ. The impact of the economic crisis on unmet dental care needs in Spain. *J Epidemiol Community Health.* 2015;69(9):880-5.
104. Gokmen Karasu AF, Kutuk N, Aydin S, Adanir I, Ates S, Bademler N. Dental health dispositions of pregnant women: A survey from a hospital clinic in Istanbul. *J Obstet Gynaecol.* 2017;37(6):752-756.
105. Krüger MS, Lang CA, Almeida LH, Bello-Corrêa FO, Romano AR, Pappen FG. Dental pain and associated factors among pregnant women: an observational study. *Matern Child Health J.* 2015;19(3):504-10.



106. González-Jaranay M, Téllez L, Roa-López A, Gómez-Moreno G, Moreu G. Periodontal status during pregnancy and postpartum. *PLoS One*. 2017 May 19;12(5):e0178234.
107. Gupta S, Jain A, Mohan S, Bhaskar N, Walia PK. Comparative Evaluation of Oral Health Knowledge, Practices and Attitude of Pregnant and Non-Pregnant Women, and Their Awareness Regarding Adverse Pregnancy Outcomes. *J Clin Diagn Res*. 2015
108. Silveira ML, Whitcomb BW, Pekow P, Carbone ET, Chasan-Taber L. Anxiety, depression, and oral health among US pregnant women: 2010 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *J Public Health Dent*. 2016;76(1):56-64.
109. Gonik B, Wilson E, Mayberry M, Joarder BY. Pregnant Patient Knowledge and Behavior Regarding Perinatal Oral Health. *Am J Perinatol*. 2017;34(7):663-667.
110. Wu YM, Ren F, Chen LL, Sun WL, Liu J, Lei LH, Zhang J, Cao Z. Possible socioeconomic and oral hygiene behavioural risk factors for self-reported periodontal diseases in women of childbearing age in a Chinese population. *Oral Health Prev Dent*. 2014;12(2):171-81.
111. Park HJ, Lee HJ, Cho SH. [Influences of Oral Health Behaviors, Depression and Stress on Periodontal Disease in Pregnant Women]. *J Korean Acad Nurs*. 2016;46(5):653-662.
112. Odermatt T, Schötzau A, Hoesli I. [Oral Health and Pregnancy - Patient Survey using a Questionnaire]. *Z Geburtshilfe Neonatol*. 2017;221(4):180-186.
113. Górniaczyk A, Czech-Szczapa B, Sobkowski M, Chmaj-Wierzchowska K. Maternal health-related behaviours during pregnancy: a critical public health issue. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2017;22(4):321-325.
114. Guerra F, Rinaldo F, Mannocci A, Mazur M, Corridore D, Di Giorgio G, Polimeni A, Ottolenghi L, Nardi GM. Knowledge, attitude and behavior towards oral health: gender differences between parents. *Clin Ter*. 2017;168(6):e361-e370.
115. McNeil DW et al. Depression and Rural Environment are Associated With Poor Oral Health Among Pregnant Women in Northern Appalachia. *Behav Modif*. 2016; 40(1-2):325-40.
116. Karunachandra NN, Perera IR, Fernando G. Oral health status during pregnancy: rural-urban comparisons of oral disease burden among antenatal women in SriLanka. *Rural Remote Health*. 2012;12:1902.

- 
117. Nelson LP, Getzin A, Graham D, Zhou J, Wagle EM, McQuiston J, McLaughlin S, Govind A, Sadof M, Huntington NL. Unmet dental needs and barriers to care for children with significant special health care needs. *Pediatr Dent*. 2011;33(1):29-36.
118. Parasuraman SR, Anglin TM, McLellan SE, Riley C, Mann MY. Health Care Utilization and Unmet Need Among Youth With Special Health Care Needs. *J Adolesc Health*. 2018;63(4):435-444.

## **8. ПРИЛОГ**

***Прилог 1 – Упитник „лицем у лице“ за испитанике старости  
15 и више година.***

**Биографија**

Др Милош Митрашевић је рођен 26.09.1973. године у Крагујевцу. Завршио је Прву крагујевачку гимназију. Дипломирао на Медицинском факултету у Крагујевцу где је завршио и специјализацију из Социјалне медицине. Запослен у Клиничком центру Крагујевац у Служби за организацију, планирање евалуацију и медицинску информатику на месту специјалисте Социјалне медицине. Учествовао у више семинара из области јавног здравља. Успешно похађао и ЕПЦД Међународни специјалистички програм – управљање пројектима у сектору здравства.

1. **Mitrasevic M**, Radovanovic S, Radevic S, Maricic M, Zivanovic Macuzic I, Kanjevac T. The Unmet Healthcare Needs: Evidence from Serbia. *Iran J Public Health*. 49(9):1650-1658.
2. Pešić S, Jovanović S, **Mitrašević M**, Vuletić B, Jovanović M, Jovanović Z. The impact of silicone hydrogel contact lenses on the measurement of intraocular pressure using non-contact tonometry. *Vojnosanitetski pregled*, 2017;74(8):763-766
3. **Mitrašević M**, Jovanović S, Radotić F, Pešić S, Jovanović Z. A rare case of infectious multifocal serpiginoid choroiditis. *Acta Clin Croat*. 2016;55(4):667-70.
4. Anđelić G, Jovanović S, Pešić S, **Mitrašević M**, Stojanović J, Radotić F, Todorović D, Petrović N. The Efficacy of a Posterior sub-Tenon's Capsule Triamcinolone Injection in Patients with Non-infectious Intermediate Uveitis and Posterior Uveitis. *Serbian Journal of Experimental and Clinical Research*, 2017;18(2):151-156.

**Образац 1****ИЗЈАВА АУТОРА О ОРИГИНАЛНОСТИ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ**

Ја, Милош Митрашевић, изјављујем да докторска дисертација под насловом:

**”Неостварене потребе за здравственом заштитом у популацији одраслог становништва Србије,,** која је одбрањена на Факултету медицинских наука Универзитета у Крагујевцу представља *оригинално ауторско дело* настало као резултат *сопственог истраживачког рада*.

Овом Изјавом такође потврђујем:

- да сам *једини аутор* наведене докторске дисертације,
- да у наведеној докторској дисертацији *нисам извршио/ла повреду* ауторског нити другог права интелектуалне својине других лица,
- да умножени примерак докторске дисертације у штампаној и електронској форми у чијем се прилогу налази ова Изјава садржи докторску дисертацију истоветну одбрањеној докторској дисертацији.

У Крагујевцу, \_\_\_\_\_ године,

\_\_\_\_\_  
потпис аутора

## Образац 2

**ИЗЈАВА АУТОРА О ИСКОРИШЋАВАЊУ ДОКТОРСKE ДИСЕРТАЦИЈЕ**

Ја, ~~Милош~~ Милош Митрашевић,

дозвољавам

не дозвољавам

Универзитетској библиотеци у Крагујевцу да начини два трајна умножена примерка у електронској форми докторске дисертације под насловом:

**”Неостварене потребе за здравственом заштитом у популацији одраслог становништва Србије,,**

која је одбрањена на Факултету медицинских наука Универзитета у Крагујевцу, и то у целини, као и да по један примерак тако умножене докторске дисертације учини трајно доступним јавности путем дигиталног репозиторијума Универзитета у Крагујевцу и централног репозиторијума надлежног министарства, тако да припадници јавности могу начинити трајне умножене примерке у електронској форми наведене докторске дисертације путем *преузимања*.

~~Овом~~ Изјавом такође

дозвољавам

не дозвољавам<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Уколико аутор изабере да не дозволи припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци, то не искључује право припадника јавности да наведену докторску дисертацију користе у складу са одредбама Закона о ауторском и сродним правима.

припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од следећих *Creative Commons* лиценци:

- 1) Ауторство
- 2) Ауторство - делити под истим условима
- 3) Ауторство - без прерада**
- 4) Ауторство - некомерцијално
- 5) Ауторство - некомерцијално - делити под истим условима
- 6) Ауторство - некомерцијално - без прерада<sup>2</sup>

У Крагујевцу, \_\_\_\_\_ године,

\_\_\_\_\_  
потпис аутора

<sup>2</sup> Молимо ауторе који су изабрали да дозволе припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци да заокруже једну од понуђених лиценци. Детаљан садржај наведених лиценци доступан је на: <http://creativecommons.org.rs/>