

UDK BROJEVI:  
316.344/.346:613.97(497.11)**УТИЦАЈ ДЕМОГРАФСКИХ И СОЦИОЕКОНОМСКИХ ФАКТОРА  
НА НЕОСТВАРЕНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ПОТРЕБЕ У ПОПУЛАЦИЈИ  
ОДРАСЛОГ СТАНОВНИШТВА СРБИЈЕ**Вања Пажун<sup>1</sup>, Милена Маричић<sup>2</sup>, Снежана Радовановић<sup>3</sup>, Светлана Радевић<sup>4</sup>**THE IMPACT OF DEMOGRAPHIC AND SOCIOECONOMIC  
FACTORS ON UNFULFILLED HEALTH NEEDS IN SERBIAN ADULT  
POPULATION**

Vanja Pažun, Milena Maričić, Snežana Radovanović, Svetlana Radević

**Сажетак**

*Увод:* Неостварене потребе за здравственом заштитом су кључни индикатори за праћење степена неједнакости у присуству, коришћењу и остваривању здравствене заштите.

*Циљ:* Циљ ове студије био је да се идентификују демографски и социоекономски фактори повезани са незадовољним потребама за здравственом заштитом одраслог становништва Србије.

*Метод:* Истраживање представља део Истраживања здравља становништва Србије из 2013. године које је спроведено од стране Министарства здравља Републике Србије, као студија пресека на репрезентативном стратификованом двоетапном узорку. Истраживањем је обухваћено 13.765 особа старости 20 и више година. Инструмент истраживања су били упитници конструисани у складу са упитником Европског истраживања здравља.

*Резултати:* Неостварене здравствене потребе чешиће су код жена (29,7%), становника старости 60-69 година (32,3%), и становника са најнижим нивоом образовања (34,1%). Радни и материјални статус, такође, су утицали на остваривање потреба за здравственом заштитом. Значајно већи проценат испитаника који своје послове обавља у оквиру домаћинства (34,5%) и који према индексу благостања припада најсиромашнијем слоју

**Summary**

*Introduction:* The unmet need for health care is one of the key indicators for observation of the degree of inequality in access to health care, in the usage and implementation of the health care.

*The aim:* The aim of this study was to identify demographic and socioeconomic factors associated with unmet needs for health care in the adult population of Serbia.

*Methods:* The study is part of the National health survey of Serbia, a cross-sectional study conducted in year 2013 by the Ministry of health of Republic of Serbia on a representative stratified two-stage sample. For the purposes of this study, the data on households and population age 20 and over were used, so that the final sample for analysis entered 13 765 age 20 and over were.

*Results:* Unmet need was more common among women (29.7%), those citizens aged 60-69 years (32.3%), citizens with the lowest level of education (34.1%). Employment and financial status also had an impact on the realization of the need for health care. Namely, significantly higher percentage of respondents who conduct their work within the household (34.5%) and those who, according to their index of well-being, belong to the poorest part of the population (30.9%), failed to meet their needs for health care.

*Conclusion:* This study provides insight into the factors responsible for unmet needs for health care in the adult population of Serbia.

<sup>1</sup> Вања Пажун, Висока здравствена школа струковних студија у Београду, Србија (High Health School of Professional Studies in Belgrade, Serbia).

<sup>2</sup> Милена Маричић, Висока здравствена школа струковних студија у Београду, Србија (High Health School of Professional Studies in Belgrade, Serbia).

<sup>3</sup> Снежана Радовановић, Катедра за социјалну медицину, Факултет медицинских наука, Универзитет у Крагујевцу, Србија (Department of Social Medicine, Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac and Institute for Public Health, Kragujevac, Serbia).

<sup>4</sup> Светлана Радевић, Катедра за социјалну медицину, Факултет медицинских наука, Универзитет у Крагујевцу, Србија (Department of Social Medicine, Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac and Institute for Public Health, Kragujevac, Serbia).

становништва (30,9%) није успео да оствари своје потребе за здравственом заштитом.

*Закључак:* Ова студија даје увид у факторе одговорне за неостварене потребе за здравственом заштитом одра-слог становништва Србије.

**Кључне речи:** демографски и социоекономски фактори, неиспуњене потребе за здравственом заштитом, Национална здравствена анкета, одрасла популација, Србија.

## УВОД

Неостварене потребе представљају разлику између здравствених услуга које се сматрају неопходним за лечење одређених здравствених проблема и услуга које су заиста добијене. Лице које је препознало потребу да добије медицинску услугу, ако ову услугу није добило има неостварене потребе за здравственом заштитом.<sup>(1)</sup> Неостварене потребе за здравственом заштитом утичу на здравствени статус и квалитет живота људи,<sup>(2)</sup> могу повећати ризик од смртности<sup>(3)</sup> или бити повезане са симптомима менталне и психосоматске природе.<sup>(4, 5, 6, 7)</sup> Фактори повезани са неоствареним потребама за здравственом заштитом су старосна доб, пол, недостатак осигурања, степен образовања, ниски доходак или незапосленост и лош здравствени статус, што доприноси неје-днакостима у здравству.<sup>(8, 9, 10, 11, 12, 13)</sup>

Неједнакости у приступу и коришћењу здравствених услуга представљају једну од социоекономских детерминанти здравља и неопходно је да се креатори здравствене политике укључе у идентификацију тих детерминанти, како би се омогућило сагледавање специфичних препрека са којима се сусрећу корисници здравствене заштите, а које се тичу физичке, географске, културне и финансијске доступности здравствене заштите.<sup>(14, 15, 16)</sup> Идентификација таквих препрека представља важан индикатор за мерење неједнакости у здрављу, како на локалном, тако и на националном нивоу.<sup>(17)</sup>

У Србији, као и у многим земљама у транзицији, демографске и социоекономске неједнакости у здрављу нису довољно проучене, нити им се посвећује потребна пажња у јавноздравственим политикама, а смањење разлика у здрављу и здравственој заштити представља битну претпоставку

**Key words:** demographic and socioeconomic factors, unmet needs for health care National health survey, adult population, Serbia.

даљег развоја система здравствене заштите и њених институција.

## ЦИЉ РАДА

Студија има за циљ да испита утицај демографских и социоекономских фактора на преваленцу неостварених потреба за здравственом заштитом у популацији одраслог становништва Србије.

## МЕТОД РАДА

Истраживањем је била обухваћена популација старости 20 и више година. Коришћени су подаци из трећег националног истраживања здравља становништва спроведеног 2013. године масовним анкетирањем случајног, репрезентативног узорка становништва Србије. Испитивање је урађено по типу студије пресека на територији Републике Србије без Косова и Метохије. Спроведено је у складу са методологијом и инструментима Европског истраживања здравља – други талас (EHIS-wave2). Реализовало га је Министарство здравља Републике Србије. За потребе овог истраживања коришћен је узорак од 13.765 анкетираних испитаника старости 20 и више година.

За приказивање података коришћене су дескриптивне статистичке методе. За упоређивање разлика у учесталости категоријских варијабли коришћен је Хи-квадрат ( $\chi^2$ ) тест. Резултати где је вероватноћа мања од 5% ( $p < 0.05$ ) сматрани су статистички значајним. Помоћу комерцијалног, стандардног програмског пакета SPSS, верзија 20.0. (The Statistical Package for Social Sciences software, SPSS Inc, version 20.0, Chicago, IL) урађени су сви статистички прорачуни.

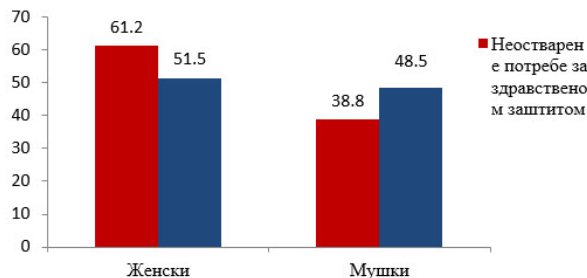
## РЕЗУЛТАТИИ ДИСКУСИЈА

Проучавањем социодемографских фактора повезаних са баријерама приступачности, доступности и прихватљивости идентификоване су разлике у неоствареним здравственим потребама у односу на пол, старост, образовни статус, запосленост и социоекономски статус појединца.<sup>(18)</sup>

Полне разлике у погледу остваривања здравствене заштите условљене су различитим ставовима, уверењима и понашањем жена и мушкараца у односу на перцепцију здравља и болести.<sup>(19)</sup> Многа истраживања показују да женски пол има чешће неостварене здравствене потребе од мушког пола.<sup>(20)</sup> Разлог томе највероватније је због двоструке улоге жена и њихове одговорности на радном месту и код куће и њиховој лакшој прилагодљивости на улогу оболелог.<sup>(21)</sup>

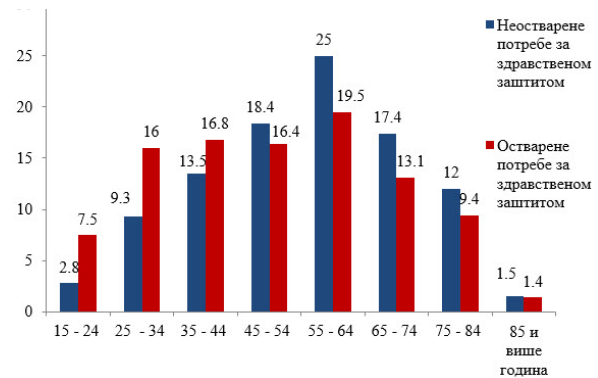
Резултати нашег истраживања показују да жене у значајно већем проценту (61,2%) нису оствариле своје потребе за здравственом заштитом у односу на одрасле мушкарце (38,8%) ( $\chi^2=100,298$  df=1, p=0,000), графикон 1.

**Графикон 1.** Неостварене потребе за здравственом заштитом у односу на пол.



Истраживања која су се бавила неоствареним здравственим потребама према старосној доби, показују да постоји повећана учесталост неостварених потреба за здравственом заштитом код људи старије животне доби која би се могла повезати са тиме што са старосћу расте и број здравствених проблема услед присуства већег броја хроничних болести истовремено.<sup>(22, 23)</sup> У нашем истраживању неостварене потребе су највише у старосној доби 55-64 године (25%), следи старосна доб 45-54 године (18,4%) и 65-74 године (17,4%), разлика је статистички значајна ( $\chi^2=296,881$  df=7, p=0,000), графикон 2.

**Графикон 2.** Неостварене потребе за здравственом заштитом у односу на старосно доба.



Када је у питању структура породице и њен утицај на преваленцу неостварених здравствених потреба, наши резултати су били у складу са резултатима других студија, где је вероватноћа неостварених здравствених потреба била највећа у групи разведених испитаника.<sup>(22)</sup> Присуство родбине или детета који живе у близини смањује вероватноћу неостварених потреба за здравственом заштитом.<sup>(23)</sup> У нашем истраживању, неостварене потребе су значајно највеће у популацији одраслог становништва које према брачном статусу припада категорији ожењен/удата (66,1%), следе они који припадају категорији удовац/ица или су ванбрачна заједница (18%) ( $\chi^2=160,671$  df=3, p=0,000), графикон 3.

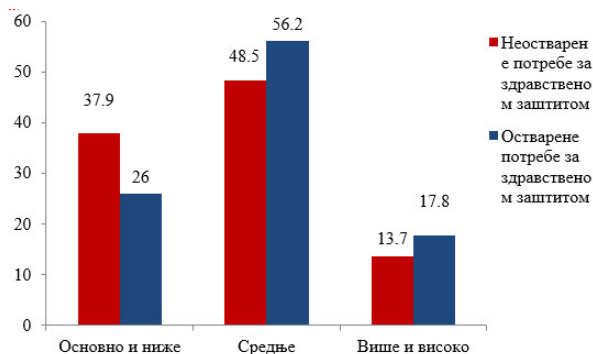
**Графикон 3.** Неостварене потребе за здравственом заштитом у односу на брачно стање.



Резултати наше студије показују да су у популацији одраслог становништва средњег образовног статуса најчешће биле присутне неостварене потребе за здравственом заштитом (48,5%), затим у популацији основног и нижег образовног статуса (37,9%) ( $\chi^2=183,814$  df=2, p=0,000), графикон 4. То је у складу са другим студијама које су идентификовале разлике

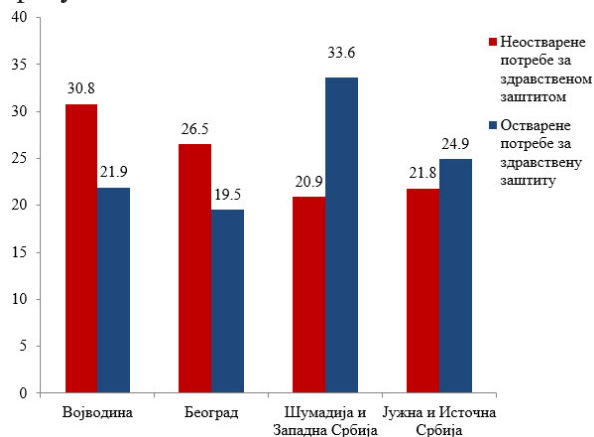
у неоствареним здравственим потребама у односу на образовни статус. Људи на нижим и средњим образовним нивоима чешће пријављују баријере у приступачности и доступности здравственим услугама у односу на оне са универзитетским образовањем. Такође, особе са високим образовањем имају виши социјални статус, стабилнији и већи приход, користе више приватних здравствених услуга, плаћајући из џепа потребне здравствене услуге. Напротив, људи нижег образовања користе више јавних здравствених услуга, суочавајући се са неконзистентностима сектора јавног здравства.<sup>(24, 25)</sup>

**Графикон 4.** Неостварене потребе за здравственом заштитом у односу на степен образовања.



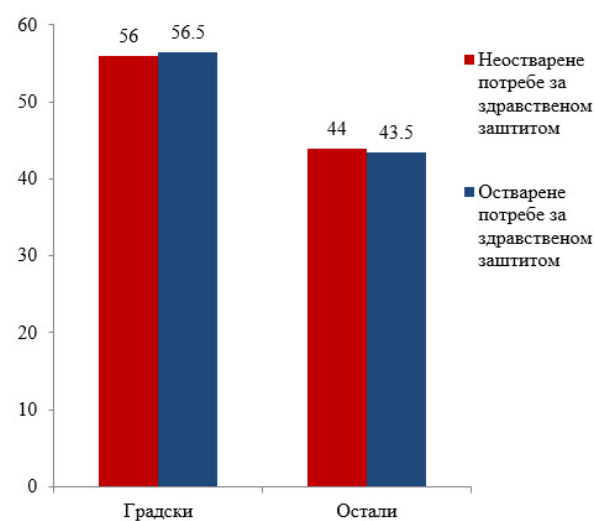
Да географска дистрибуција утиче на неоствареност здравствених потреба, показују многа истраживања у свету, а као главни разлог за то наводе се проблеми приступачности у вези са трошковима или транспортом, прихватљивост и доступност због присуства превеликих листи чекања.<sup>(26)</sup> У популацији одраслог становништва Србије, они који потичу са територије Војводине и Београда најчешће имају неостварене потребе за здравственом заштитом (30,8% односно 26,5%), следи становништво Јужне и Источне Србије (21,8%) ( $\chi^2=301,372$   $df=3$ ,  $p=0,000$ ), графикон 5.

**Графикон 5.** Неостварене потребе за здравственом заштитом у односу на географску област.



Такође, популација одраслог становништва која припада градској средини чешће има неостварене потребе за здравственом заштитом (56%) у односу на популацију осталих средина (приградска, сеоска) (44%), ( $\chi^2=0,263$   $df=1$ ,  $p=0,608$ ), графикон 6.

**Графикон 6.** Неостварене потребе за здравственом заштитом у односу на тип насеља.

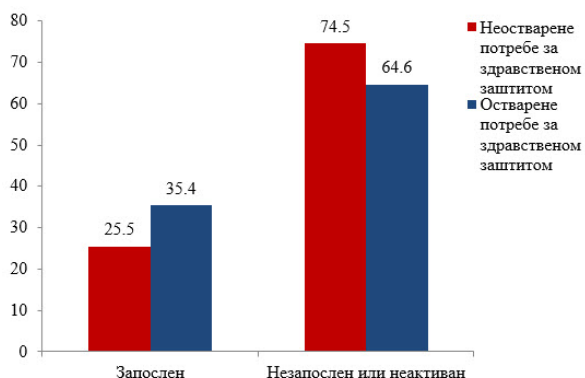


Студије које су испитивале повезаност између неостварених здравствених потреба и статуса запослења показале су да је стопа неостварених здравствених потреба већа међу незапосленим лицима.<sup>(27, 28)</sup>

Лоша финансијска ситуација која настаје услед губитка посла повећава учесталост неостварених здравствених потреба,<sup>(29, 30)</sup> што показују и резултати нашег истраживања где незапослени и они који припадају најсиромашнијој групи становништва имају чешће неостварене потребе за здравственом заштитом у односу

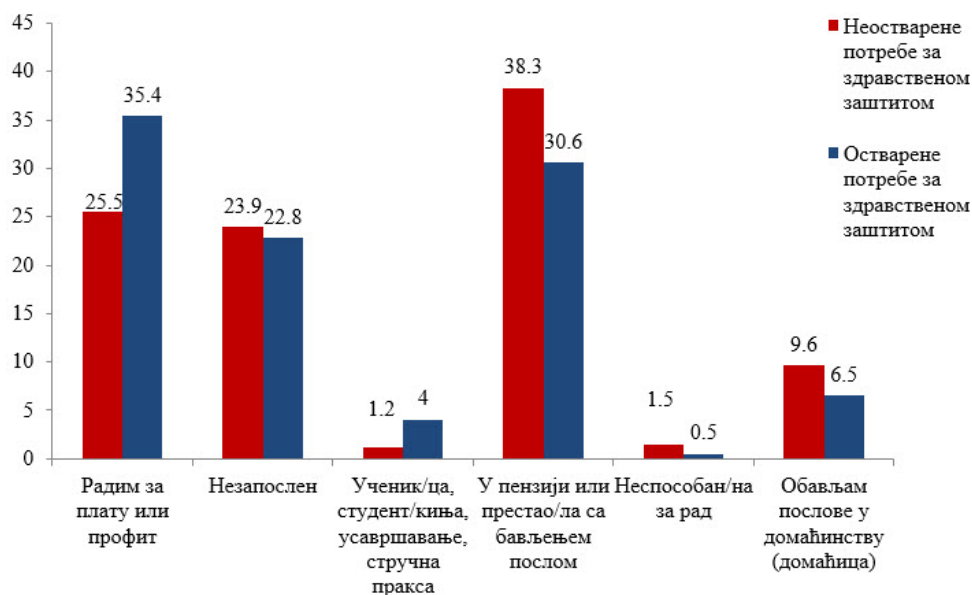
на друге категорије становништва. Наиме, неостварене потребе за здравственом заштитом су најчешће код становништва које према економском статусу припада категорији незапослених (74,5%) у односу на радноактивно становништво (25,5%) ( $\chi^2=118,354$   $df=1$ ,  $p=0,000$ ), графикон 7.

**Графикон 7.** Неостварене потребе за здравственом заштитом у односу на економски статус.



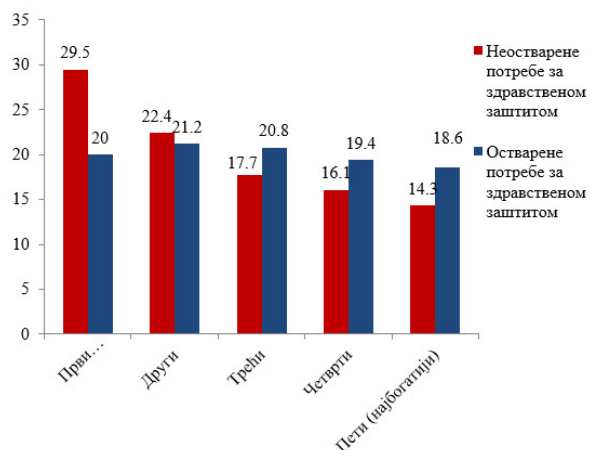
Такође, неостварене потребе за здравственом заштитом су значајно чешће код становништва које припада категорији пензионисаних (38,3%). Сваки десети становник који послове обавља у оквиру домаћинства (9,6%), такође, има неостварене потребе за здравственом заштитом ( $\chi^2=265,100$   $df=5$ ,  $p=0,000$ ), графикон 8.

**Графикон 8.** Неостварене потребе за здравственом заштитом у односу на радни статус.



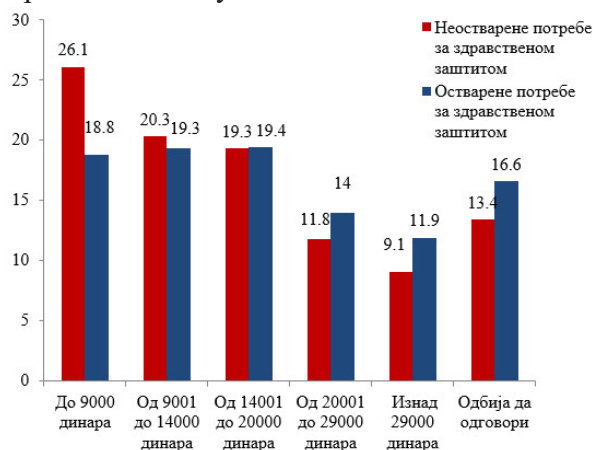
Неостварене потребе за здравственом заштитом су најчешће код становништва које према индексу благостања припада категорији најсиромашнијих (29,5%) ( $\chi^2=164,031$   $df=4$ ,  $p=0,000$ ), графикон 9.

**Графикон 9.** Неостварене потребе за здравственом заштитом у односу на материјални статус.



Посматрано у односу на приход по члану домаћинства, неостварене потребе за здравственом заштитом су најчешће код становништва које има најнижу суму прихода по члану домаћинства (26,1%). Најмање неостварених потреба за здравственом заштитом имају они који имају највиши приход по члану домаћинства (9,1%), ( $\chi^2=115,678$   $df=5$ ,  $p=0,000$ ), графикон 10.

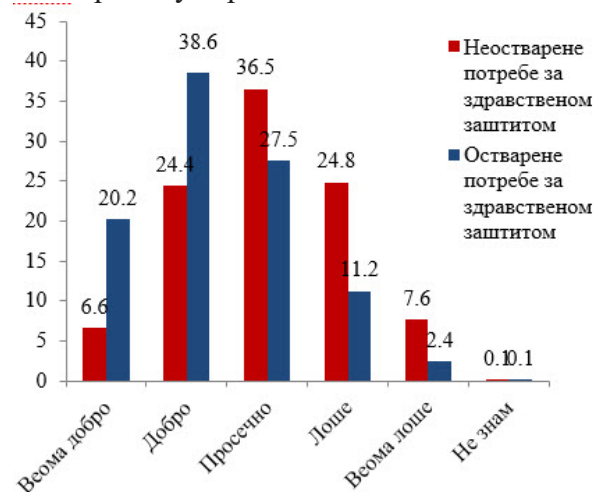
**Графикон 10.** Неостварене потребе за здравственом заштитом у односу на приход по члану домаћинства.



Истраживањем преваленце неостварених здравствених потреба према здравственом статусу, добили смо податке да популација одраслог становништва која се изјаснила да има просечно здравље (36,5%) и лоше здравље (24,8%) има највећу преваленцу неостварених здравствених потреба, ( $\chi^2=141,573$   $df=5$ ,  $p=0,000$ ), графикон 11, као и популација одраслог становништва која се изјаснила да има неку дуготрајну болест или здравствени проблем

(65,8%) у односу на оне који то негирају, ( $\chi^2=141,573$   $df=5$ ,  $p=0,000$ ), графикон 12.

**Графикон 11.** Неостварене потребе за здравственом заштитом у односу на самопроцену здравља.



**Графикон 12.** Неостварене потребе за здравственом заштитом у односу на присуство неке дуготрајне болести или здравственог проблема.



## ЗАКЉУЧАК

Резултати нашег истраживања су показали да су демографски и социоекономски фактори значајни предиктори неостварених здравствених потреба. Неостварене здравствене потребе становништва представљају значајан изазов за систем здравствене заштите, па је откривање фактора који су повезани са њима значајни за креирање здравствене политике која би допринела смањењу неједнакости у приступу, коришћењу и остваривању потреба за здравственом заштитом.

## ЛИТЕРАТУРА

1. 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.
2. Cavalieri M. Geographical variation of unmet medical needs in Italy: a multivariate logistic regression analysis. *Int J Health Geogr*, 2013; 12:27.
3. Karanikolos M, Kentikelenis A. Health inequalities after austerity in Greece. *Int J Equity Health*, 2016; 15:83.
4. 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.
5. 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.
6. National Health Care for the Homeless Council. HCH quality leaders: a case study. Nashville, TN: National Health Care for the Homeless Council, 2012.
7. 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.
8. 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.
9. Lu L, Zeng J, Zeng Z. What limits the utilization of health services among china labor force? analysis of inequalities in demographic, socioeconomic and health status. *Int J Equity Health*, 2017; 16(1): 30.
10. Number of insured. National Health Insurance Fund, 2016. Available from: <http://www.rfzo.rs/index.php/broj-osiguranika-sta>
11. 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.
12. 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.
13. Papanikolaou V, Zygiaris S. Service quality perceptions in primary health centers in Greece. *Health Expect.* 2012.
14. Kolasa K, Rybnik T. Socio-demographic determinants of inequity of access to health care in Poland in 2011. based on social diagnosis. *Przeegl Epidemiol.* 2012; 66(4): 681-8.
15. Lee SY, Kim CW, Kang JH, Seo NK. Unmet healthcare needs depending on employment status. *Health Policy.* 2015; 119(7): 899-906.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. Cohen-Mansfield J, Shmotkin D, Hazan H. The effect of homebound status on older persons. *J Am Geriatr Soc.* 2010; 58: 2358-62.
22. Godfrey M, Callaghan G. Exploring unmet need: the challenge of a user-centred response. York: Joseph Rowntree Foundation, 2000.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. Hlebec V. Kontekstualni dejavniki uporabe oskrbe na domu v Sloveniji. *Zdrav Var.* 2012; 51: 120-7.
27. Hlebec V, Mali J, Filipovič Hrast M. Community care for older people in Slovenia. *Anth Notebooks*, 2014; 20: 5-20.
28. Knežević Hočevar D. Community care of older people in rural setting: a case study from Slovenia. *Anth Notebooks*, 2012; 20: 35-50.
29. 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.
30. 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.

**Контакт:** Снежана Радовановић, Факултет медицинских наука, Универзитет у Крагујевцу, Светозара Марковића 69, 34000 Крагујевац, Србија, тел: +381 34 306 800; 064 15 09 414, e-mail: jovanarad@yahoo.com