

## FREQUENCY OF OUT-OF-POCKET PAYMENT FOR HEALTHCARE: AGE AND SEX DIFFERENCES

### UČESTALOST „PLAĆANJA IZ DŽEPA” ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU: RAZLIKE U ODNOSU NA GODINE STAROSTI I POL

Katarina Vojvodić<sup>1,2</sup>, Zorica Terzić Šupić<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, Beograd, Srbija

<sup>2</sup> Gradski zavod za javno zdravlje, Beograd, Srbija

<sup>3</sup> Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, Institut za socijalnu medicinu, Beograd, Srbija

**Correspondence:** katarina.vojvodic@zdravlje.org.rs

#### Abstract

Out-of-pocket payments for health care as one of the ways of health care financing is present in numerous countries and can lead to a financial burden of healthcare. This could lead to restrictions on other necessary goods and lower the expected standard of living. The frequency of out-of-pocket payments is often associated with gender and age. Biological and socio-economic differences between the genders and differences that arise in the aging process can influence the more frequent occurrence of financial burdens due to out-of-pocket payments. There is a difference between men and women aged 65 and over in the prevalence of chronic and malignant diseases, differences in the use of health care, self-assessment of health, poverty, financial independence, and the type of household. All mentioned can lead to a different frequency of out-of-pocket payments and the financial burden of health care.

#### Keywords:

out-of-pocket payments,  
financial burden,  
healthcare,  
women, men,  
65 and more years old

## Sažetak

### Ključne reči:

plaćanje iz džepa, finansijsko opterećenje, zdravstvena zaštita, žene, muškarci, stariji od 65 godina

„Plaćanje iz džepa” za zdravstvenu zaštitu, kao jedan od načina finansiranja zdravstvene zaštite, prisutan je u mnogim državama i može dovesti do finansijskog opterećenja usled korišćenja i plaćanja zdravstvene zaštite i uskraćivanja drugih dobara koja obezbeđuju očekivani standard života. Učestalost „plaćanja iz džepa” je često povezivana sa polom i godinama starosti. Biološke i socijalno-ekonomske razlike između polova, zajedno sa razlikama koje nastaju u procesu starenja, mogu uticati na učestalost pojave finansijskog opterećenja usled „plaćanja iz džepa”. Između muškaraca i žena starijih od 65 godina postoji razlika u učestalosti korišćenja zdravstvene zaštite, zastupljenosti hroničnih i malignih bolesti, samoproceni zdravlja, siromaštvu, finansijskoj nezavisnosti, tipu domaćinstva u kojima žive. Pomenute razlike mogu dovesti i do različite učestalosti „plaćanja iz džepa” i finansijskog opterećenja usled plaćanja zdravstvene zaštite.

## Uvod

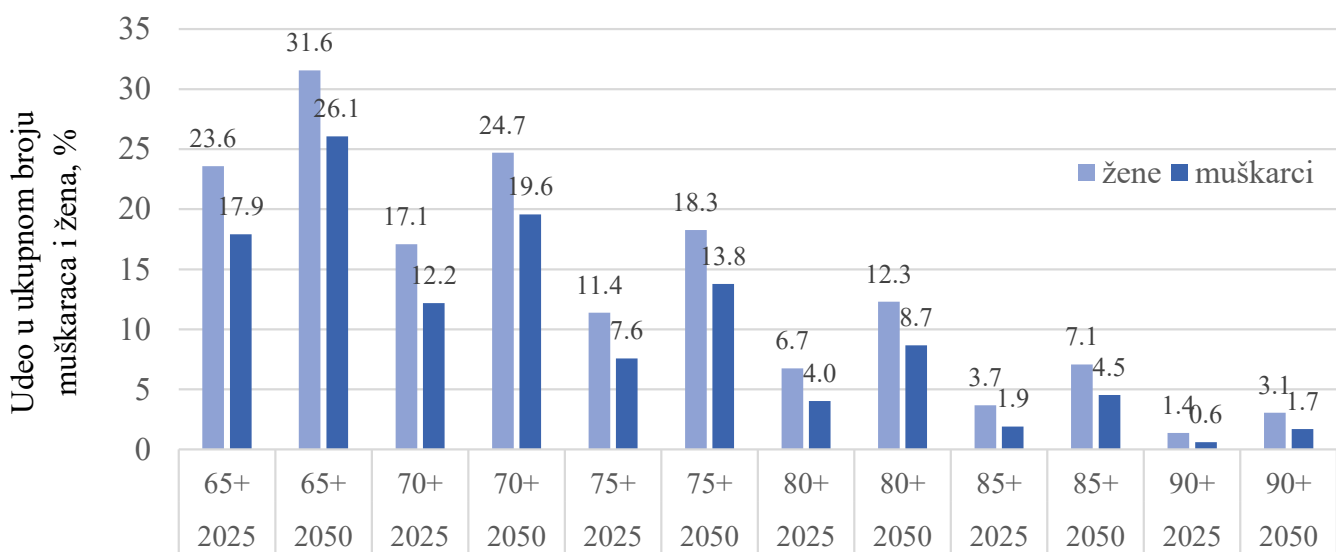
„Plaćanje iz džepa” se definiše kao potrošnja za dobra i usluge zdravstvene zaštite u trenutku njenog korišćenja (1). Ovim načinom plaćanja se pokrivaju troškovi za zdravstvenu zaštitu koji nisu obuhvaćeni zdravstvenim osiguranjem, kao što su npr. participacija, doplata do pune cene, kupovina lekova u slobodnoj prodaji, usluge privatne prakse (1). „Plaćanja iz džepa” za zdravstvenu zaštitu mogu dovesti do finansijskog opterećenja pojedinca i domaćinstva. Finansijsko opterećenje predstavlja kombinaciju finansijskog pritiska (subjektivnog osećaja o finansijskim teškoćama) i finansijskog stresa (objektivne procene finansijskih teškoća na osnovu konkretnih pokazatelja kao što su smanjivanje bogatstva, učestalost i visina „plaćanja iz džepa”, itd.) (2).

U evropskim državama stanovništvo je sve starije, prvenstveno zbog produženja života i niskog fertiliteta (3). Procenjuje se da će do 2050. godine udeo starijih od 65 godina u ukupnoj populaciji iznositi skoro 30% (4), a

da će se broj starijih od 85 godina udvostručiti u državama Evropske unije (EU) (3). U populaciji starijih od 65 godina u državama Evropske unije, u svim dobnim grupama, većinu čine žene (**grafikon 1**) (3).

Očekivano trajanje života u 65. godini u držama EU duže je za žene nego za muškarce (21,4:18,1 godina), pri čemu se očekuje da će žene proživeti oko 47,7% preostalih godina života u dobrom zdravlju i bez nesposobnosti, a muškarci 54,1% (3). Povećanje broja žena starijih od 65 godina, zajedno sa većom potrebom za zdravstvenom zaštitom ove populacione grupe, ukazuje na sve veći značaj istraživanja učestalosti „plaćanja iz džepa” za zdravstvenu zaštitu. Takođe su značajna istraživanja u kojima se ispituje razlika između muškaraca i žena u zastupljenosti finansijskog opterećenja usled plaćanja zdravstvene zaštite.

Predmet ovog rada je bio pregled najnovijih istraživanja i saznanja o učestalosti „plaćanja iz džepa” za zdravstvenu zaštitu, sa posebnim fokusom na identifikaciju faktora koji doprinose razlikama u učestalosti između žena i muškaraca starih 65 i više godina.



Dobne grupe muškaraca i žena u 2025. i 2050. godini

**Grafikon 1.** Procenjeni udeo muškaraca i žena starijih od 65 godina u ukupnom broju muškaraca i žena u 2025. i 2050. godini u državama Evropske unije. Modifikovano prema: World Population Prospects 2019 [Internet]: United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division [Pristupljeno 3. april 2023]. Dostupno na: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>.

## Učestalost „plaćanja iz džepa”

„Plaćanje iz džepa” za zdravstvenu zaštitu u zemljama članicama Organizacije za ekonomsku saradnju i razvoj (engl. *Organisation for Economic Cooperation and Development* - OECD) čini oko 20% ukupnih troškova za zdravstvenu zaštitu koji se odnose na preglede i usluge lekara, stomatologa i drugih zdravstvenih radnika i saradnika i troškove za lekove i medicinska pomagala (3,5). Veći udeo „plaćanja iz džepa” u ukupnim troškovima za zdravstvenu zaštitu ukazuje na lošiju finansijsku zaštitu stanovništva od prevelikih izdataka za zdravstvenu zaštitu (6). Na globalnom nivou, učestalost izdataka za zdravstvenu zaštitu većih od 25% u odnosu na prihode gotovo se udvostručila u periodu od 2000. do 2017. godine (1). Takođe, „plaćanja iz džepa” za stomatološku zaštitu bila su prisutna kod većine ispitanika u pojedinim državama, kao što je to u Švedskoj (88%), Švajcarskoj (65%), Nemačkoj (62%), Belgiji (57%) i Grčkoj (52%) (7). Rezultati prethodnih istraživanja su pokazali da je finansijsko opterećenje usled korišćenja lekova najčešći uzrok finansijskog opterećenja (1,8) i da je češće u državama sa niskim prihodima (9).

## Merenje finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite

Finansijsko opterećenje usled korišćenja zdravstvene zaštite se može analizirati praćenjem monetarnih i nemonetarnih pokazatelja. Monetarni pokazatelji obuhvataju izdatke za zdravstvenu zaštitu iskazane u novcu (10-12), a nemonetarni pokazatelji predstavljaju subjektivni doživljaj finansijskog opterećenja usled plaćanja zdravstvene zaštite (13-15).

Za monetarnu procenu finansijskog opterećenja Svetska zdravstvena organizacija preporučuje tri indikatora (1). Prvi indikator, incidencija katastrofalnih izdavanja za zdravstvenu zaštitu, definisan je kao broj domaćinstava koji imaju velike izdatke zbog „plaćanja iz džepa” pri čemu se „veliki izdatak” definiše kao 10% i više ili kao 25% i više izdavanja za zdravstvenu zaštitu u odnosu na ukupne troškove ili prihode domaćinstva. Drugi indikator se odnosi na prepoznavanje da čak i manji izdaci za zdravstvenu zaštitu ili manji prihodi mogu dovesti do finansijskog opterećenja usled „plaćanja iz džepa” (6). Indikator se prikazuje kao broj domaćinstava koja su osiromašena usled plaćanja zdravstvene zaštite, njega je teže izmeriti, a nedostatak mu je i taj što ne uzima u obzir domaćinstva koja se već nalaze ispod granice siromaštva. Na osnovu ovog indikatora identifikuju se domaćinstva koja su „gurnuta” ispod linije siromaštva usled plaćanja zdravstvene zaštite (1). Treći indikator se koristi za najsiromašnija domaćinstva i uzima u obzir bilo koju potrošnju „iz džepa” za zdravstvenu zaštitu (1).

Subjektivna procena daje dobar uvid u dugotrajne efekte plaćanja zdravstvene zaštite i finansijsku opterećenost domaćinstva (15), a kao rezultat subjektivne

procene velikog finansijskog opterećenja usled plaćanja zdravstvene zaštite ispitanici izbegavaju korišćenje zdravstvenih usluga ili bi platili manje od njihove aktuelne cene (1,16).

## Razlike u učestalosti finansijskog opterećenja u odnosu na pol i godine starosti

Biološke razlike između muškaraca i žena mogu dovesti do različitih zdravstvenih potreba, različitog korišćenja i plaćanja zdravstvene zaštite (pojedini maligni tumori specifični za pol, trudnoća). Između muškaraca i žena uočene su razlike u očekivanom trajanju života, samoproceni zdravstvenog stanja, zastupljenosti zdravih stilova života (fizička aktivnost, upotreba voća i povrća), učestalosti rizičnog ponašanja (pušenje, upotreba alkohola) i zastupljenosti hroničnih bolesti (17,18). Pored navedenog, između muškaraca i žena uočavaju se razlike i u korišćenju i dostupnosti zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i lekova, koje se povećavaju ukoliko se u analizu sem pola uključe i socijalno-ekonomske karakteristike i zdravstveno stanje (starost, nivo obrazovanja, prisustvo hroničnih bolesti, ograničenja u svakodnevnim aktivnostima usled bolesti) (17,19). Jedan od razloga različite zastupljenosti finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite je i razlika u finansijskim mogućnostima za njeno plaćanje. Istraživanje sprovedeno u EU državama je pokazalo da su žene finansijski vulnerabilnije od muškaraca (24% žena i 17% muškaraca je bilo finansijski vulnerabilno) i da je učestalost nezadovoljenih zdravstvenih potreba veća kod žena nego kod muškaraca (3,3%:2,8%). Među osobama koje žive sa nekim vidom nesposobnosti finansijska vulnerabilnost je takođe bila češća kod žena (6,6%:6,0%), kao i među ženama sa niskim stepenom obrazovanja u odnosu na muškarce istog stepena obrazovanja (4,2%:3,5%) i kod žena starijih od 65 godina u odnosu na muškarce iste starosti (4,1%:3,5%) (17). Najčešći razlog postojanja nezadovoljenih zdravstvenih potreba je nedostatak novca za plaćanje zdravstvene zaštite, takođe češće zastupljen kod žena nego kod muškaraca (33%:29%) (17). Evropsko istraživanje kvaliteta života (engl. *European Quality of Life Survey*) je pokazalo da bi veći broj žena nego muškaraca u Srbiji teško i veoma teško pokrio troškove primarne zdravstvene zaštite. Žene bi teže pokrile i troškove stomatološke zaštite, bolničkog lečenja, specijalističkih pregleda i usluga u okviru zaštite mentalnog zdravlja (19). Rezultati drugog istraživanja među populacijom starijom od 65 godina, sprovedenog u 23 srednje i visokorazvijene države, su pokazali da žene češće posećuju stomatologa nego muškarci (20).

Za procenu ravnopravnosti između žena i muškaraca iz domena zdravlja koristi se Indeks rodne ravnopravnosti (engl. *Gender Equality Index*), koji uzima u obzir zdravstveni status, ponašanje u vezi sa zdravljem i pristupačnost zdravstvene zaštite (17). Maksimalni broj poena koje neka država može da ostvari je 100. Prosečan indeks rodne ravnopravnosti iz domena zdravlja za EU u 2018. godini iznosio je 87,8, a Srbija je te godine imala 84,1

poen (17,21). Ovakav rezultat posledica je razlike u proceni zdravstvenog stanja između muškaraca i žena, razlici u dostupnosti zdravstvene zaštite, kao i u razlici u zdravstvenim navikama između muškaraca i žena (17,21). U Srbiji je rodni jaz u domenu procene zdravstvenog stanja u korist muškaraca (više muškaraca nego žena svoje zdravstveno stanje ocenjuje kao dobro), u domenu očekivanog trajanja života i očekivanog broja godina bez nesposobnosti je u korist žena, isto kao i u domenu pristupačnosti zdravstvene zaštite (21).

Razlike između muškaraca i žena postoje i u odnosu na učestalost života u bračnoj ili vanbračnoj zajednici. U državama EU 58% muškaraca starijih od 65 godina je živelo u partnerskom odnosu u dvočlanom domaćinstvu, najviše u Holandiji i na Kipru, a najmanje u Španiji, Litvaniji, Malti, Slovačkoj, Bugarskoj, Rumuniji i Poljskoj. Ovaj procenat je među ženama bio znatno niži i 39% žena je živelo u partnerskom odnosu, u dvočlanom domaćinstvu (22). Suprotno od muškaraca, žene su češće živlele u jednočlanim domaćinstvima (43%), najviše u Danskoj i Estoniji, a najmanje u Španiji i na Kipru (22). Posmatrajući države bivše Jugoslavije, u Srbiji je u jednočlanim domaćinstvima živelo 17,4% muškaraca i 29,6% žena, u Sloveniji 20,9% muškaraca i 41,7% žena, a u Hrvatskoj 17,2% muškaraca i 34,7% žena (22). Žene starije od 65 godina su takođe češće od muškaraca živlele u jednočlanim domaćinstvima (40,2% : 21,8%) (23). Jednočlana ženska domaćinstva su bila najzastupljenija u Danskoj i Estoniji (više od polovine žena starijih od 65 godina je živelo u jednočlanim domaćinstvima), a najmanje na Kipru i u Španiji (23,4%, odnosno 31,0%). Muškarci stariji od 65 godina su češće od žena iste dobi živeli sa partnerom u dvočlanim domaćinstvima (58,0% naspram 39,0%) (23).

Razlike između muškaraca i žena su uočene su i u odnosu na prihode. Prihodi žena starijih od 65 godina su bili manji od prihoda muškaraca iste starosne dobi. Razlozi su brojni, a neki od njih su manji broj godina radnog staža žena, razlike u poslovima koje su obavljali muškarci i žene, razlike u intenzitetu rada (trudnoća, porođaj, odgajanje dece), visini plate i politici i uslovima odlaska u penziju (17,21). Istraživanja su pokazala da razlike u finansijskoj situaciji postoje i između muškaraca i žena u državama u okruženju i da su žene starije od 65 godina u Srbiji, Hrvatskoj i Sloveniji siromašnije od muškaraca (24-26). Prosečana razlika u visini penzije između muškaraca i žena u državama EU iznosila je 39%, a razlika u platama 16% (26). Razlika u visini prihoda uočena je i u Sloveniji, koja je jedna od država sa najnižom razlikom u visini plata između muškaraca i žena (7,8%), ali sa tri puta većom razlikom u penzijama (22%). Skoro svaka treća žena starija od 75 godina u Sloveniji živi ispod linije siromaštva (26). Uočena je i razlika u riziku od siromaštva između muškaraca i žena i to u populaciji starijoj od 65 godina. U Srbiji je rizik od siromaštva u većem procentu bio prisutan među ženama (34,5%) nego među muškarcima (26,7%), kao i u 27 država EU (22,6% : 16,8%) (27).

Populacija žena stara 65 i više godina je u većem procentu od muškaraca (11,3% : 7,9%) bila preopterećena

troškovima stanovanja u većini država EU - 27 (sem u Irskoj, Malti i Kipru), a isti odnos uočen je i u Srbiji (31,9% : 21,7%) (28).

Materijalna deprivacija ukazuje na dugotrajno siromaštvo i nemogućnost odezbeđivanja željenih dobara, usluga ili socijalnih aktivnosti (23), a ne odslikava trenutne materijalne poteškoće zbog čega se smatra sveobuhvatnijom za procenu siromaštva od samog dohotka (mone-tarni pokazatelj) (29). U 2019. godini, žene starije od 75 godina su se češće od muškaraca iste starosti suočavale sa poteškoćama pri plaćanju troškova za osnovnu robu i usluge. Kod žena je bila zastupljenija i izrazita materijalna deprivacija (3,3% muškaraca i 6,0% žena) koja predstavlja uskraćenost u robama i uslugama koje se u jednom društvu smatraju neophodnim za život u skladu sa standardom tog društva (23).

Sem socijalno-ekonomskih razlika, između žena i muškaraca je uočena i razlika u zdravstvenom stanju i učestalosti hroničnih bolesti. Kod žena starijih od 65 godina učestalost hroničnih bolesti je bila veća nego kod muškaraca (21,30). Prisustvo hroničnih bolesti povezano je sa većim izdacima za zdravstvenu zaštitu čak i u društvima sa visokom pokrivenošću stanovnika zdravstvenim osiguranjem. Najugroženiji su bili stariji sa niskim primanjima, naročito oni kojima je bilo potrebno više lekova (18,31). Istraživanja o zastupljenosti multimorbiditeta (prisustvo dve ili više hroničnih bolesti) u populaciji starijih od 50 godina su ukazala na povećanje njegove učestalosti u Portugalu, Poljskoj, Češkoj i Estoniji, a smanjenje u Švajcarskoj, Švedskoj i Holandiji. Povećanje je bilo zastupljenije u starijim dobnim grupama (70 i više godina), osim u Nemačkoj, gde je povećanje uočeno u svim dobnim grupama (18). Multimorbiditet povezan sa starenjem povećava izdatke za zdravstvenu zaštitu (32,33) zbog češćeg korišćenja zdravstvenih usluga, stomatoloških usluga i lekova (20,34).

Samoprocena zdravstvenog stanja predstavlja subjektivnu procenu zdravlja (fizičkog, mentalnog i socijalnog) i blagostanja, što je čini dobrim prediktorom razbolevanja i smrtnosti (35,36) i korišćenja zdravstvene zaštite (37). U istraživanjima su uočene razlike između žena i muškaraca u samoproceni zdravstvenog stanja, naročito kod starijih od 65 godina. Žene starije od 65 godina u Srbiji su lošije ocenile svoje zdravstveno stanje od muškaraca iste starosti, a najlošije su ga ocenile žene koje žive na selu (21). Samoprocena zdravstvenog stanja povezana je sa korišćenjem zdravstvene zaštite, što je pokazalo i istraživanje sprovedeno u 15 evropskih država. Broj poseta lekaru i stomatologu u pomenutom istraživanju je bio veći kod osoba koje su lošije procenile svoje zdravlje u odnosu na one koje su bolje ocenile svoje zdravlje. Veći broj poseta lekaru je bio i kod ispitanika koji su imali pogrešnu percepciju o svom zdravlju i procenili ga lošije od stvarnog stanja. U obe grupe ispitanika, sa dobrom i pogrešnom percepcijom zdravlja, broj poseta lekaru je bio veći kod žena nego kod muškaraca (37). Broj poseta, tj. korišćenje i plaćanje zdravstvene zaštite može povećati izdatke za zdravstvenu zaštitu na individualnom nivou i na

nivou zdravstvenog sistema, prvenstveno na primarnom nivou zdravstvene zaštite s obzirom na to da je u većini sistema odlazak u bolnicu uslovljen upućivanjem od strane lekara opšte prakse ili porodičnog lekara (37). U Švedskoj i Grčkoj stariji ispitanici koje su svoje zdravlje ocenili kao „loše” ili „veoma loše” su imali 2,5, odnosno 1,5 puta veću verovatnoću da će „platiti iz džepa” za stomatološku zaštitu (7). Istraživanje u sedam razvijenih država je pokazalo da su visoki izdaci za „plaćanje iz džepa” bili češći kod osoba koje su svoje zdravstveno stanje ocenile kao „loše” u odnosu na osobe koje svoje zdravlje „nisu ocenile kao loše” (38). Žene koje iz finansijskih razloga nisu koristile neophodne lekove imale su 2,9, a muškarci 1,9 puta veću verovatnoću da svoje zdravlje procene kao loše nego žene i muškarci koji su mogli da plate neophodne lekove (39). Prethodna istraživanja su pokazala povezanost između samoprocenjenog zdravstvenog stanja, godina starosti, pola, prisustva bolesti, siromaštva i finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite (37, 39, 40).

Globalno produženje života dovelo je do veće zastupljenosti bolesti i stanja u vezi sa starenjem (demenzija, moždani udari, hronična opstruktivna bolest pluća i dijabetes) koja dovode do hronično smanjene aktivnosti starijih osoba (30, 41, 42). Ograničenje u svakodnevnim aktivnostima je bilo zastupljenije među ženama i kod osoba starijih od 65 godina (kod 40% starijih ispitanika) (43). Slabost povezana sa starenjem je češća kod starijih od 85 godina, kod žena, osoba sa lošijim zdravstvenim stanjem, osoba sa većim brojem hroničnih bolesti i kod onih koji su koristili veći broj lekova i koji su lošiji ocenili svoje zdravlje (41, 44).

## Zaključak

U zaključku, može se konstatovati da su prisutne razlike u učestalosti „plaćanja iz džepa” i finansijskog opterećenja usled plaćanja zdravstvene zaštite između muškaraca i žena starih 65 i više godina. Žene su češće od muškaraca izbegavale korišćenje zdravstvene zaštite zbog nemogućnosti da plate troškove, zbog nižih primanja i većeg finansijskog opterećenja svakodnevnim troškovima života. Među ženama starijim od 65 godina veća je zastupljenost hroničnih bolesti povezana sa korišćenjem većeg broja lekova, što dodatno povećava troškove za zdravstvenu zaštitu. Žene češće od muškaraca lošije ocenjuju svoje zdravstveno stanje zbog čega češće posećuju lekara i stomatologa i češće „plaćaju iz džepa” za zdravstvenu zaštitu. Rezultati dosadašnjih istraživanja su ukazali na vulnerabilnost starijih osoba, posebno starijih žena, i potrebu za njihovom zaštitom od prevelikih „plaćanja iz džepa” za zdravstvenu zaštitu. Izmena socijalne i penzione politike, sa ciljem bolje zaštite ovih populacionih grupa, smanjila bi njihovu vulnerabilnost. Dodatnu sigurnost od prevelikih izdataka za zdravstvenu zaštitu može da obezbedi zdravstveni sistem prilagođen potrebama i finansijskim mogućnostima starijih korisnika, posebno starijih žena.

## Literatura

1. Tracking Universal Health Coverage: 2021 global monitoring report. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2021.
2. Lee J, Cagle JG. Measures of financial burden for families dealing with serious illness: A systematic review and analysis. *Palliat Med.* 2021; 35(2):280-94.
3. Corselli-Nordblad L, Strandell H, editors. Ageing Europe: Looking at the Lives of Older People in the EU: 2020 Edition. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
4. World Population Prospects 2019 [Internet]: United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division (UN) [Cited 24 Feb 2023]. Available from: <https://population.un.org/wpp/DataQuery/>
5. Organization for Economic Co-operation and Development. Out-of-pocket medical expenditure. In *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. Paris, France: OECD Publishing; 2015. p.124-6.
6. McIntyre D, Kutzin J. Health Financing Country Diagnostic: A Foundation for National Strategy Development, Health Financing Guidance No. 1. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016.
7. Manski R, Moeller J, Chen H, Widström E, Listl S. Disparity in dental out-of-pocket payments among older adult populations: a comparative analysis across selected European countries and the USA. *Int Dent J.* 2017; 67(3):157-71.
8. Stankuniene A, Stankunas M, Avery M, Lindert J, Mikalauskiene R, Melchiorre MG, et al. The prevalence of self-reported underuse of medications due to cost for the elderly: results from seven European urban communities. *BMC Health Serv Res.* 2015; 15:419.
9. Vogler S, Dedet G, Pedersen HB. Financial Burden of Prescribed Medicines Included in Outpatient Benefits Package Schemes: Comparative Analysis of Co-Payments for Reimbursable Medicines in European Countries. *Appl Health Econ Health Policy.* 2019; 17(6):803-16.
10. Hazra NC, Rudisill C, Gulliford MC. Determinants of health care costs in the senior elderly: age, comorbidity, impairment, or proximity to death? *Eur J Health Econ.* 2018; 19(6):831-42.
11. Quintal C. Evolution of catastrophic health expenditure in a high income country: incidence versus inequalities. *Int J Equity Health.* 2019; 18(1):145.
12. Van der Vlegel M, Haagsma JA, Geraerds AJLM, de Munter L, de Jongh MAC, Polinder S. Health care costs of injury in the older population: a prospective multicentre cohort study in the Netherlands. *BMC Geriatr.* 2020; 20(1):417.
13. European Commission. Eurostat Methodological guidelines and description of EU-SILC target variables. Version August 2017. Directorate F: Social Statistics. Unit F-4: Quality of life; 2017.
14. Masood M, Sheiham A, Bernabé E. Household expenditure for dental care in low and middle-income countries. *PLoS One.* 2015; 10(4):e0123075.
15. Posel D, Rogan M. Measured as Poor versus Feeling Poor: Comparing Money-metric and Subjective Poverty Rates in South Africa. *J Human Devel Capabil.* 2016; 17(1):55-73.
16. Tran BX, Vu GT, Nguyen THT, Nguyen LH, Pham DD, Truong VQ, et al. Demand and willingness to pay for different treatment and care services among patients with heart diseases in Hanoi, Vietnam. *Patient Prefer Adherence.* 2018; 12:2253-61.
17. European Institute for Gender Equality. Gender Equality Index 2021: Health. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021.
18. Souza DLB, Oliveras-Fabregas A, Minobes-Molina E, De Camargo Cancela M, Galbany-Estragués P, Jerez-Roig J. Trends of multimorbidity in 15 European countries: a population-based study in community-dwelling adults aged 50 and over. *BMC Public Health.* 2021; 21(1):76.
19. Europsko istraživanje o kvaliteti života (EQLS) [Internet]: Eurofound. Europska zaklada za poboljšanje životnih i radnih uvjeta [Pristupljeno 23. februar 2023] Dostupno na: <https://www.>

- eurofound.europa.eu/hr/data/european-quality-of-life-survey
20. Andrade FB, Antunes JLF, Andrade FCD, Lima-Costa MFF, Macinko J. Education-Related Inequalities in Dental Services Use among Older Adults in 23 Countries. *J Dent Res*. 2020; 99(12):1341-7.
  21. Babović M, Petrović M. Indeks rodne ravnopravnosti u Republici Srbiji 2021. Beograd: Tim za socijalno uključivanje i smanjenje siromaštva Vlade Republike Srbije; 2021.
  22. Distribution of the population aged 65 and over by the type of household [Internet]: European Commission. Eurostat [Cited 23 Feb 2023]. Available from: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ILC\\_LVPS30\\_\\_custom\\_4568630/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ILC_LVPS30__custom_4568630/default/table?lang=en)
  23. Ageing Europe - statistics on housing and living conditions [Internet]: European Commission. Eurostat [Cited 23 Feb 2023]. Available from: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing\\_Europe\\_-\\_statistics\\_on\\_housing\\_and\\_living\\_conditions#Household\\_composition\\_among\\_older\\_people](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing_Europe_-_statistics_on_housing_and_living_conditions#Household_composition_among_older_people)
  24. Stanic K, Matković G. Rodna dimenzija siromaštva starih u Srbiji. U: Kostić V, Đukić Dejanović S, Rašević M, urednici. Srbija: rod, politike, stanovištvo. Beograd: Srpska akademija nauka i umetnosti i Institut društvenih nauka; 2020. p.112-42.
  25. World Bank Group. Ulaganje u jednake mogućnosti za sve: Analiza rodne ravnopravnosti u Hrvatskoj. Croatia Country Office; 2019.
  26. Humer Ž, Kalin A, editors. Poročilo o spremljanju revščine in socialne izključenosti v Sloveniji: Odprava revščine je politična odločitev! Ljubljana, Slovenia: Evropska mreža za boj proti revščini (EAPN); 2020.
  27. Persons at risk of poverty or social exclusion by age and sex [Internet]: European Commission. Eurostat [Cited 23 Feb 2023]. Available from: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ILC\\_PEPS01N\\_\\_custom\\_4202021/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ILC_PEPS01N__custom_4202021/default/table?lang=en)
  28. Income and Living Conditions [Internet]: European Commission. Eurostat [Cited 23 Feb 2023]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/database>
  29. Šunderić Ž, urednik. Merenje siromaštva: Teorijski koncepti, stanje i preporuke za Republiku Srbiju. Beograd: Tim za socijalno uključivanje i smanjenje siromaštva, Vlada Republike Srbije; 2014.
  30. Prince MJ, Wu F, Guo Y, Gutierrez Robledo LM, O'Donnell M, Sullivan R, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet*. 2015; 385(9967):549-62.
  31. Richard P, Walker R, Alexandre P. The burden of out of pocket costs and medical debt faced by households with chronic health conditions in the United States. *PLoS ONE*. 2018; 13(6):e0199598.
  32. Wang L, Si L, Cocker F, Palmer AJ, Sanderson K. A Systematic Review of Cost-of-Illness Studies of Multimorbidity. *Appl Health Econ Health Policy*. 2018; 16(1):15-29.
  33. Figueira I, Fernandes A, Mladenovic Djordjevic A, Lopez-Contreras A, Henriques CM, Selman C, et al. Interventions for age-related diseases: Shifting the paradigm. *Mech Ageing Dev*. 2016; 160:69-92.
  34. Dillon P, Smith SM, Gallagher P, Cousins G. Impact of financial burden, resulting from prescription co-payments, on antihypertensive medication adherence in an older publically insured population. *BMC Public Health*. 2018; 18(1):1282.
  35. Lorem G, Cook S, Leon DA, Emaus N, Schirmer H. Self-reported health as a predictor of mortality: A cohort study of its relation to other health measurements and observation time. *Sci Rep*. 2020; 10(1):4886.
  36. Wuorela M, Lavonius S, Salminen M, Vahlberg T, Viitanen M, Viikari L. Self-rated health and objective health status as predictors of all-cause mortality among older people: a prospective study with a 5-, 10-, and 27-year follow-up. *BMC Geriatr*. 2020; 20(1):120.
  37. Spitzer S, Shaikh M. Health misperception and healthcare utilisation among older Europeans. *JEOA*. 2022; 22:100383.
  38. Baird KE. The incidence of high medical expenses by health status in seven developed countries. *Health Policy*. 2016; 120(1):26-34.
  39. Marshall GL, Tucker-Seeley R. The association between hardship and self-rated health: does the choice of indicator matter? *Ann Epidemiol*. 2018; 28(7):462-7.
  40. Li Y, Mutchler JE. Do consequences of hardship narrow in later life? The impact of hardship on self-rated health among older adults. *Ann Epidemiol*. 2019; 37:4-9.
  41. Jazbar J, Pišek Š, Locatelli I, Kos M. Prevalence and Incidence of Frailty Among Community-dwelling Older Adults in Slovenia. *Zdr Varst*. 2021; 60(3):190-8.
  42. Milić N, Stanisavljević D, Krstić M, urednici. Istraživanje zdravlja stanovništva Srbije 2019. godine. Beograd:OMNIA BGD; 2021.
  43. Vlada Republike Srbije. Treći nacionalni izveštaj o socijalnom uključivanju i smanjenju siromaštva u Republici Srbiji. Pregled i stanje socijalne isključenosti i siromaštva za period 2014–2017. godine sa prioritetima za naredni period. Beograd: Vlada Republike Srbije; 2018.
  44. Stanojevic Jerkovic O, Sauliune S, Šumskas L, Birt CA, Kersnik J. Determinants of self-rated health in elderly populations in urban areas in Slovenia, Lithuania and UK: findings of the EURO-URHIS 2 survey. *Eur J Public Health*. 2017; 27(suppl\_2):74-9.