

UNIVERZITET U BEOGRADU

MEDICINSKI FAKULTET

KATARINA N. VOJVODIĆ

**FINANSIJSKO OPTEREĆENJE USLED
KORIŠĆENJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U
POPULACIJI STARIJIH OD 65 GODINA U
SRBIJI, SLOVENIJI I HRVATSKOJ**

doktorska disertacija

Beograd, 2023

UNIVERSITY OF BELGRADE

FACULTY OF MEDICINE

KATARINA N. VOJVODIĆ

**FINANCIAL BURDEN OF HEALTHCARE IN
THE POPULATION OVER 65 YEARS OLD IN
SERBIA, SLOVENIA, AND CROATIA**

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2023

Mentor:

Prof. Dr Zorica Terzić Šupić, redovni profesor, Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet

Članovi komisije:

1. Prof. Dr Vesna Bjegović Mikanović, redovni profesor, Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet
2. Doc. Dr Roberta Marković, docent, Univerzitet u Nišu, Medicinski fakultet
3. Doc. Dr Jovana Todorović, docent, Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet

Datum odbrane: _____

Zahvaljujem se:

Svojoj mentorki, Prof. Dr Zorici Terzić Šupić na pomoći i podršci u toku izrade disertacije.

Članovima komisije,

Prof. Dr Vesni Bjegović Mikanović,

Doc. Dr Jovani Todorović i

Doc. Dr Roberti Marković

na ukazanom poverenju i pomoći u realizaciji disertacije.

Kolegama u Gradskom zavodu za javno zdravlje Beograd na podršci i razumevanju u toku izrade disertacije.

Posebno se zahvaljujem svojoj deci Olgi i Pavlu. Možda im na početku i nije bilo jasno šta to radim ali su do završetka teze postali pravi motivacioni govornici. Posebno će ostati zapamćen Olgin motivacioni govor o doktoratu i starenju...

Zahvaljujem se svim koautorima rada pod nazivom „Financial Burden of Medical Care, Dental Care, and Medicines among Older-Aged Population in Slovenia, Serbia, and Croatia“ koji je proizašao iz doktorske disertacije, za njihov autorski doprinos, i to Prof. Dr Zorici Terzić Šupić za metodološki pristup, pisanju nacрта, superviziju, editovanje i pisanje završne verzije rukopisa; Doc. Dr Jovani Todorović za metodološki pristup, statističku obradu podataka, superviziju i editovanje rukopisa; Dr Cristina Gagliardi za superviziju i editovanje rukopisa i Dr Marini Popović za reviziju i editovanje rukopisa. Takođe, zahvaljujem se i italijanskom Nacionalnom institutu za zdravlje i starenje (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) i Ministarstvu zdravlja Italije na podršci pri objavi rada.

Olgi i Pavlu s ljubavlju

FINANSIJSKO OPTEREĆENJE USLED KORIŠĆENJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U POPULACIJI STARIJH OD 65 GODINA U SRBIJI, SLOVENIJI I HRVATSKOJ

SAŽETAK

Uvod: Finansijsko opterećenje usled korišćenja zdravstvene zaštite (zdravstvene zaštite u užem smislu, stomatološke zaštite i lekova) predstavlja nemogućnost plaćanja drugih životnih troškova zbog „plaćanja iz džepa” za korišćenu zdravstvenu zaštitu i javlja se kada su ta plaćanja veća od finansijskih mogućnosti domaćinstva.

Materijal i metod: Istraživanje je dizajnirano po tipu studije preseka i predstavlja sekundarnu analizu podataka dobijenih iz Ankete o prihodima i uslovima života (*Survey on Income and Living Conditions – SILC*), sprovede 2017. godine na teritoriji Republike Srbije, Republike Slovenije i Republike Hrvatske na reprezentativnim uzorcima u sve tri države. Istraživanjem o finansijskom opterećenju usled korišćenja zdravstvene zaštite obuhvaćeni su ispitanici starosti 65 i više godina. Instrumenti istraživanja su bili Upitnik za domaćinstva, Upitnik za lica i Upitnik sa pitanjima iz Modula o zdravlju i zdravlju dece. Sve nezavisne varijable koje su se pokazale značajnim ($p < 0,05$) su uvrštene u multivarijantne logističke regresione modele sa ishodnim varijablama: finansijsko opterećenje usled korišćenja zdravstvene zaštite, finansijsko opterećenje usled korišćenja stomatološke zaštite i finansijsko opterećenje usled upotrebe lekova. Za svaku ishodnu varijablu definisana su po dva modela: Model 1 koji je obuhvatao varijable koje su se odnosile na individualne karakteristike ispitanika i Model 2 koji je obuhvatao i varijable na nivou domaćinstva.

Rezultati: Ukupno je u sve tri države bilo 34,7% ispitanika starih 65 i više godina sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite, 43,1% sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja stomatološke zaštite i 63,5% sa finansijskim opterećenjem usled upotrebe lekova. Uzimajući u obzir individualne varijable i varijable na nivou domaćinstva finansijsko opterećenje usled korišćenja zdravstvene zaštite u Srbiji bilo je povezano sa veoma lošim (OR: 5,23, 95% CI: 1,99 – 13,76) i lošim (OR: 3,56, 95% CI: 1,41 – 8,95) samoprocenjenim zdravljem, životom u domaćinstvima koja su teško i veoma teško (OR: 6,80, 95% CI: 1,99 – 23,28) ili prilično lako ili sa malo poteškoća (OR: 3,58, 95% CI: 1,05 – 12,17) „sastavljala kraj sa krajem” i životom u domaćinstvima koja su trpela blago (OR: 0,69, 95% CI: 0,59 – 0,84) ili veliko (OR: 0,47, 95% CI: 0,26 – 0,87) opterećenje svakodnevnim troškovima domaćinstva. U Sloveniji su teško (OR: 2,05, 95% CI: 1,41 – 2,98) i umereno (OR: 1,51, 95% CI: 1,10 – 2,07) ograničenje u svakodnevnim aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja, viša škola ili fakultet (OR: 2,03, 95% CI: 1,47 – 2,81), brak ili vanbračna zajenica (OR: 1,54, 95% CI: 1,03 – 2,03) i život u domaćinstvima koja su trpela veliko opterećenje svakodnevnim troškovima (OR: 0,51, 95% CI: 0,31 – 0,84) bili povezani sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite, a u Hrvatskoj život u domaćinstvima koja su teško i veoma teško (OR: 2,52, 95% CI: 1,67 – 3,79) ili prilično lako ili sa malo poteškoća (OR: 2,08, 95% CI: 1,41 – 3,06) „sastavljala kraj sa krajem” i u domaćinstvima koja su trpela veliko opterećenje svakodnevnim troškovima (OR: 0,62, 95% CI: 0,46 – 0,84). U Srbiji, sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja stomatološke zaštite je bio povezan život u domaćinstvima koja su trpela blago (OR: 0,35, 95% CI: 0,27 – 0,45) ili veliko (OR: 0,13, 95% CI: 0,06 – 0,30) opterećenje svakodnevnim troškovima domaćinstva. U Sloveniji su život u domaćinstvima koja su prilično lako ili sa malo poteškoća „sastavljala kraj sa krajem” (OR: 1,78, 95% CI: 1,26 – 2,51), viša škola ili fakultet (OR: 1,76, 95% CI: 1,30 – 2,39), brak ili vanbračna zajednica (OR: 1,54, 95% CI: 1,10 – 2,17), duži radni staž (OR: 1,76, 95% CI: 1,30 – 2,39) i život u domaćinstvima koja su trpela veliko opterećenje svakodnevnim troškovima (OR: 0,53, 95% CI: 0,34 – 0,82) bili povezani sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja stomatološke zaštite, a u Hrvatskoj život u domaćinstvima koja su teško i veoma teško

(OR: 1,81, 95% CI: 1,15 – 2,86) ili prilično lako ili sa malo poteškoća (OR: 1,70, 95% CI: 1,10 – 2,61) „sastavljala kraj sa krajem”, viša škola ili fakultet (OR: 1,56, 95% CI: 1,17 – 2,10) i život u domaćinstvima koja su trpela veliko opterećenje svakodnevnim troškovima domaćinstva (OR: 0,59, 95% CI: 0,42 – 0,83). Finansijsko opterećenjem usled upotrebe lekova u Srbiji je bilo povezano sa dobnom grupom od 70 do 74 godina (OR: 1,41, 95% CI: 1,12 – 1,78), lošim zdravljem (OR: 2,77, 95% CI: 1,14 – 6,68) i hroničnim bolestima ili stanjima (OR: 1,36, 95% CI: 1,11 – 1,67), životom u domaćinstvima koja su teško i veoma teško (OR: 8,41, 95% CI: 3,36 – 21,08) ili prilično lako ili sa malo poteškoća (OR: 3,36, 95% CI: 1,35 – 8,34) „sastavljala kraj sa krajem”, životom u domaćinstvima sa izrazitom materijalnom deprivacijom (OR: 1,17, 95% CI: 1,26 – 2,50), kao i u domaćinstvima koja su trpela veliko (OR: 0,20, 95% CI: 0,11 – 0,35) ili blago (OR: 0,56, 95% CI: 0,61 – 0,84) opterećenje svakodnevnim troškovima. U Sloveniji je sa finansijskim opterećenjem usled upotrebe lekova bilo povezano teško (OR: 2,27, 95% CI: 1,06 – 3,22) i umereno (OR: 1,85, 95% CI: 1,44 – 2,36) ograničenje u obavljanju svakodnevnih aktivnosti usled hronične bolesti ili stanja, život u dvočlanim (OR: 1,59, 95% CI: 1,26 – 2,00), život u tročlanim ili većim domaćinstvima (OR: 1,59, 95% CI: 1,17 – 2,15), domaćinstvima koja su teško i veoma teško (OR: 1,69, 95% CI: 1,15 – 2,48) ili prilično lako ili sa malo poteškoća (OR: 1,51, 95% CI: 1,13 – 2,01) „sastavljala kraj sa krajem” kao i u domaćinstvima koja su trpela veliko (OR: 0,24, 95% CI: 0,17 – 0,34) i blago (OR: 0,53, 95% CI: 0,42 – 0,68) opterećenje svakodnevnim troškovima. U Hrvatskoj je finansijsko opterećenje usled upotrebe lekova bilo povezano sa lošim (OR: 1,95, 95% CI: 1,13 – 3,39) ili veoma lošim (OR: 1,97, 95% CI: 1,07 – 3,62) zdravljem, umerenim (OR: 1,31, 95% CI: 1,09 – 1,58) ili teškim (OR: 1,48, 95% CI: 1,13 – 1,94) ograničenjem u svakodnevnim aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja i brakom ili vanbračnom zajednicom (OR: 1,73, 95% CI: 1,43 – 2,10), rizikom od siromaštva i socijalne isključenosti (OR: 0,78, 95% CI: 0,64 – 0,96), životom u domaćinstvima koja su teško i veoma teško (OR: 3,51, 95% CI: 2,33 – 5,28) ili prilično lako ili sa malo poteškoća (OR: 2,61, 95% CI: 1,79 – 3,80) „sastavljala kraj sa krajem” i domaćinstvima koja su trpela veliko (OR: 0,23, 95% CI: 0,17 – 0,31) ili blago (OR: 0,71, 95% CI: 0,61 – 0,84) opterećenje svakodnevnim troškovima.

Zaključak: Finansijsko opterećenje usled korišćenja zdravstvene zaštite je bilo prisutno kod ispitanika starijih od 65 godina u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj. Starost (dobna grupa od 70 do 74 godina) je jedino u Srbiji bila povezana sa većom verovatnoćom finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite. Lošije zdravstveno stanje je bilo povezano sa većom verovatnoćom finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite u Srbiji, a sa većom verovatnoćom finansijskog opterećenja usled upotrebe lekova u Srbiji i Hrvatskoj. U sve tri države život u domaćinstvima sa finansijskim opterećenjem svakodnevnim troškovima je bio povezan sa manjom verovatnoćom finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i lekova.

Ključne reči: finansijsko opterećenje, stariji od 65 godina, „plaćanje iz džepa”, zdravstvena zaštita, stomatološka zaštita, lekovi, Srbija, Slovenija, Hrvatska, EU– SILC.

Naučna oblast: Medicina

Uža naučna oblast: Javno zdravlje

UDK br: _____

FINANCIAL BURDEN OF HEALTHCARE IN THE POPULATION OVER 65 YEARS IN SERBIA, SLOVENIA, AND CROATIA

ABSTRACT

Introduction: The financial burden due to the use of health care (medical care, dental care, and medicines) represents the inability to pay other living expenses due to "paying out – of – pocket" for the used health care and occurs when these payments are greater than the household's financial capabilities.

Material and method: The research was designed as a cross – sectional study and represents a secondary analysis of data obtained from the Survey on Income and Living Conditions (SILC), conducted in 2017 in the Republic of Serbia, the Republic of Slovenia, and the Republic of Croatia on representative samples in all three countries. Our research on the financial burden of health care included respondents aged 65 and over. The research instruments were the Questionnaire for households, the Questionnaire for individuals, and the Questionnaire with questions from the Module on health and children's health. All statistically significant independent variables ($p < 0.05$) were included in multivariate logistic regression models with the outcome variables: the financial burden of medical care, the financial burden of dental care, and the financial burden of medicines. Two logistic regression models were defined for each outcome variable: Model 1 included variables of individual characteristics, and Model 2 included variables of individual characteristics and variables of household characteristics.

Results: In total, 34.7% of respondents aged 65 and over were financially burdened of medical care, 43.1% of dental care, and 63.5% of medicines. Taking into account individual variables and variables at the household level, the financial burden of healthcare in Serbia was associated with poor (OR: 5.23, 95% CI: 1.99 – 13.76) and bed (OR: 3.56, 95% CI: 1.41 – 8.95) self– rated health, and living in households that "make ends meet" with difficulty or with great difficulty (OR: 6.80, 95% CI: 1.99 – 23.28) or fairly easily or with some difficulty (OR: 3.58, 95% CI: 1.05 – 12.17) and in households with a slight (OR: 0.69, 95% CI: 0.59 – 0.84) or heavy burden (OR: 0.47, 95% CI: 0.26 – 0.87) of total housing costs. In Slovenia, severe (OR: 2.05, 95% CI: 1.41 – 2.98) and not severe (OR: 1.51, 95% CI: 1.10 – 2.07) limitations in daily activities due to health problems, high school or tertiary school (OR: 2.03, 95% CI: 1.47 – 2.81), marriage/cohabitation (OR: 1.54, 95% CI: 1.03 – 2.03) and households heavy burden of total housing costs were associated with the financial burden of healthcare. In Croatia, living in households that make ends meet with difficulty or with great difficulty (OR: 2.52, 95% CI: 1.67 – 3.79) or fairly easily or with some difficulty (OR: 2.08, 95% CI: 1.41 – 3.06) and in households with the heavy burden of total housing costs (OR: 0.62, 95% CI: 0.46 – 0.84) were associated with the financial burden of healthcare. The financial burden of dental care was associated with slight (OR: 0.35, 95% CI: 0.27 – 0.45) or heavy burden (OR: 0.13, 95% CI: 0.06 – 0.30) of total housing costs in Serbia. In Slovenia financial burden of dental care was associated with households that make ends meet fairly easily or with some difficulty (OR: 1.78, 95% CI: 1.26 – 2.51), high school or tertiary school (OR: 1.76, 95% CI: 1.30 – 2.39), marriage/cohabitation (OR: 1.54, 95% CI: 1.10 – 2.17), more of years spent in paid work (OR: 1.76, 95% CI: 1.30 – 2.39) and in households with the heavy burden of total housing costs (OR: 0.53, 95% CI: 0.34 – 0.82). In Croatia, the financial burden of dental care was associated with households that make ends meet with difficulty or with great difficulty (OR: 1.81, 95% CI: 1.15 – 2.86) or fairly easily or with some difficulty (OR: 1.70, 95% CI: 1.10 – 2.61), high school or tertiary school (OR: 1.56, 95% CI: 1.17 – 2.10) and households with the heavy burden of total housing costs (OR: 0.59, 95% CI: 0.42 – 0.83). In Serbia, the financial burden of medicines was associated with age 70– 74 (OR: 1.41, 95% CI: 1.12 – 1.78), bed health (OR: 2.77, 95% CI: 1.14 – 6.68), with chronic diseases or conditions (OR: 1.36, 95% CI: 1.11 – 1.67), with households that make ends meet with difficulty or with great difficulty (OR:

8.41, 95% CI: 3.36 – 21.08) or fairly easily or with some difficulty (OR: 3.36, 95% CI: 1.35 – 8.34), households with severe material deprivation (OR: 1.17, 95% CI: 1.26 – 2.50) and with households with the heavy (OR: 0.20, 95% CI: 0.11 – 0.35) or slight (OR: 0.56, 95% CI: 0.61 – 0.84) burden of total housing costs. In Slovenia financial burden of medicines was associated with severe (OR: 2.27, 95% CI: 1.06 – 3.22) or not severe (OR: 1.85, 95% CI: 1.44 – 2.36) limitations in daily activities due to health problems, with one person (OR: 1.59, 95% CI: 1.26 – 2.00) or three and more person households (OR: 1.59, 95% CI: 1.17 – 2.15), with households that make ends meet with difficulty or with great difficulty (OR: 1.69, 95% CI: 1.15 – 2.48) or fairly easily or with some difficulty (OR: 1.51, 95% CI: 1.13 – 2.01) and with households with heavy (OR: 0.24, 95% CI: 0.17 – 0.34) or slight burden (OR: 0.53, 95% CI: 0.42 – 0.68) of total housing costs. In Croatia, the financial burden of dental care was associated with bed (OR: 1.95, 95% CI: 1.13 – 3.39) or very bed (OR: 1.97, 95% CI: 1.07 – 3.62) health, with not severe (OR: 1.31, 95% CI: 1.09 – 1.58) or severe (OR: 1.48, 95% CI: 1.13 – 1.94) limitations in daily activities due to health problems, marriage/cohabitation (OR: 1.73, 95% CI: 1.43 – 2.10), risk of poverty or social exclusion (OR: 0.78, 95% CI: 0.64 – 0.96), households that make ends meet with great difficulty (OR: 3.51, 95% CI: 2.33 – 5.28) or fairly easily or with some difficulty a (OR: 2.61, 95% CI: 1.79 – 3.80) and households with heavy (OR: 0.23, 95% CI: 0.17 – 0.31) slight (OR: 0.71, 95% CI: 0.61 – 0.84) burden of total housing costs.

Conclusion: The financial burden of medical care was present among the respondents over 65 years of age in Serbia, Slovenia, and Croatia. Age (70 to 74 years) was associated with a higher probability of financial burden of medical care only in Serbia. Worse health status was associated with a higher probability of financial burden of medical care in Serbia, and with a higher probability of financial burden of medicines in Serbia and Croatia. In all three countries, living in households with a financial burden on total housing costs was associated with a lower likelihood of financial burden of medical care, dental care, and medications.

Keywords: financial burden, over 65 years, "paying out of pocket", medical care, dental care, medicines, Serbia, Slovenia, Croatia, EU – SILC.

Scientific field: Medicine

Scientific subfield: Public Health

UDK No: _____

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Zdravstvena zaštita	2
1.1.1. Finansiranje zdravstvene zaštite i učešće korisnika	2
1.1.2. „Plaćanja iz džepa” za zdravstvenu zaštitu u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj	4
1.1.3. Merenje finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite	4
1.2. Individualne karakteristike ispitanika i njihova povezanost sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite	5
1.2.1. Godine starosti	5
1.2.2. Pol i bračno stanje	7
1.2.3. Stepen obrazovanja i dužina radnog staža	8
1.2.4. Rizik od siromaštva ili socijalne isključenosti	8
1.2.5. Hronične bolesti	9
1.2.6. Samoprocena zdravstvenog stanja	10
1.2.7. Samoprocena ograničenja u svakodnevnim aktivnostima zbog bolesti ili hroničnog stanja	11
1.3. Karakteristike domaćinstva i finansijska opterećenost usled plaćanja zdravstvene zaštite	12
1.3.1. Veličina domaćinstva	12
1.3.2. Finansijsko opterećenje ukupnim troškovima stanovanja i mogućnost domaćinstva da „sastavi kraj sa krajem”	12
1.3.3. Materijalna deprivacija	13
1.4. Uloga sistema zdravstvene zaštite u zaštiti stanovništva od katastrofalnih izdataka za zdravstvenu zaštitu	14
1.4.1. Sistemi zdravstvene zaštite Republike Srbije, Republike Slovenije i Republike Hrvatske	14
2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA	17
3. MATERIJAL I METODE	18
3.1. Izvor podataka i tip studije	18
3.2. Uzorak	18

3.3. Instrumenti istraživanja	20
3.4. Varijable	20
3.4.1. Ishodne varijable	20
3.4.2. Nezavisne varijable	22
3.5. Etička saglasnost	23
3.6. Statistička analiza podataka	23
4. REZULTATI	25
4.1. Demografske i socijalno – ekonomske karakteristike ispitanika i domaćinstava i zdravstveno stanje ispitanika	25
4.1.1. Individualne demografske i socijalno – ekonomske karakteristike ispitanika	25
4.1.2. Zdravstveno stanje ispitanika, hronične bolesti i ograničenja u svakodnevnim aktivnostima usled bolesti ili stanja	26
4.1.3. Demografske i socijalno – ekonomske karakteristike domaćinstva	27
4.2. Finansijsko opterećenje usled korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i lekova	28
4.2.1. Finansijsko opterećenje usled korišćenja zdravstvene zaštite	28
4.2.1.1. Individualne demografske i socijalno – ekonomske karakteristike ispitanika i finansijsko opterećenje usled korišćenja zdravstvene zaštite	29
4.2.1.2. Zdravstveno stanje ispitanika hronične bolesti, ograničenja u svakodnevnim aktivnostima i finansijsko opterećenje usled korišćenja zdravstvene zaštite	31
4.2.1.3. Demografske i socijalno – ekonomske karakteristike domaćinstva i finansijsko opterećenje usled korišćenja zdravstvene zaštite	32
4.2.2. Finansijsko opterećenje usled korišćenja stomatološke zaštite	34
4.2.2.1. Individualne demografske i socijalno – ekonomske karakteristike ispitanika i finansijsko opterećenje usled korišćenja stomatološke zaštite	34
4.2.2.2. Zdravstveno stanje ispitanika, hronične bolesti i ograničenje u svakodnevnim aktivnostima i finansijsko opterećenje usled korišćenja stomatološke zaštite	36
4.2.2.3. Demografske i socijalno – ekonomske karakteristike domaćinstva i finansijsko opterećenje usled korišćenja stomatološke zaštite	37
4.2.3. Finansijsko opterećenje usled upotrebe lekova	38

4.2.3.1. Individualne demografske i socijalno – ekonomske karakteristike ispitanika i finansijsko opterećenje usled upotrebe lekova	39
4.2.3.2. Zdravstveno stanje ispitanika, hronične bolesti i ograničenje u svakodnevnim aktivnostima i finansijsko opterećenje usled upotrebe lekova	40
4.2.3.3. Demografske i socijalno – ekonomske karakteristike domaćinstva i finansijsko opterećenje usled upotrebe lekova	41
4.3. Povezanost individualnih karakteristika ispitanika i karakteristika domaćinstva sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i upotrebe lekova	43
4.3.1. Povezanost individualnih karakteristika ispitanika i karakteristika domaćinstva sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite kao ishodnom varijablom	44
4.3.2. Povezanost individualnih karakteristika ispitanika i karakteristika domaćinstva sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja stomatološke zaštite kao ishodnom varijablom	47
4.3.3. Povezanost individualnih karakteristika ispitanika i karakteristika domaćinstva sa finansijskim opterećenjem usled upotrebe lekova kao ishodnom varijablom	50
5. DISKUSIJA	53
6. ZAKLJUČAK	63
7. LITERATURA	65
PROLOZI	
REČNIK KORIŠĆENIH TERMINA	

1. UVOD

Pravo na standard života koji obezbeđuje zdravlje, blagostanje i zdravstvenu zaštitu, uključujući i osiguranje u slučaju bolesti, nesposobnosti, starosti ili gubitka sredstava za život, sastavni su deo Univerzalne deklaracije o ljudskim pravima (UN, 1948). Ostvarivanje prava na kvalitetnu zdravstvenu zaštitu u trenutku kada za njom postoji potreba bez izazivanja finansijskog opterećenja domaćinstva – dostizanje univerzalne pokrivenosti stanovništva zdravstvenom zaštitom (*Universal health coverage – UHC*) jedan je od Održivih ciljeva razvoja koji se odnosi na zdravlje (*Sustainable Development Goals – SDGs target 3.8*) (UN, 2023).

Za merenje progressa u dostizanju univerzalne pokrivenosti zdravstvenom zaštitom koriste se dva indikatora. Prvi je dostupnost osnovne zdravstvene zaštite, a drugi procenat domaćinstava sa katarstrofalnim izdacima za zdravstvenu zaštitu (WHO, 2023a). Katarstrofalni izdaci za zdravstvenu zaštitu (*Catastrophic health spending*) se mogu definisati kao rashodi koji su premašili određeni procenat ukupnih prihoda ili rashoda domaćinstva. Poslednjih godina, katarstrofalni izdaci za zdravstvenu zaštitu se češće definišu kao udeo rashoda za zdravstvenu zaštitu u odnosu na platežnu sposobnost domaćinstva (*Capacity to pay*) (Rashidian, et al., 2018; WHO, 2023b). Platežna sposobnost domaćinstva predstavlja razliku između ukupne potrošnje domaćinstva i prosečnog iznosa koji domaćinstvo troši na osnovne životne potrebe (hranu, stanovanje i komunalije: vodu, struju i energente) (WHO, 2023b). Katarstrofalni izdaci za zdravstvenu zaštitu se javljaju kada su plaćanja za neophodnu zdravstvenu zaštitu, formalna i neformalna, veća od platežne sposobnosti domaćinstva (McIntyre & Kutzin, 2016). U novijim javnozdravstvenim istraživanjima sve se češće kao merni instrument koristi lični doživljaj ispitanika (samoprocena). Ovaj trend je primetan i u istraživanjima finansijskog opterećenja domaćinstava usled korišćenja zdravstvene zaštite (Masood, Sheiham & Bernabé, 2015; Tran, et al., 2018; Posel & Rogan, 2019; WHO, 2021a) jer daje dobar uvid u dugotrajne posledice plaćanja zdravstvene zaštite (Posel & Rogan, 2019). Katastrofalni izdaci za zdravstvenu zaštitu odnose se prvenstveno na „plaćanja iz džepa” za zdravstvenu zaštitu (*Out – of – pocket health spending*), u trenutku korišćenja zdravstvene zaštite, a finansijsko opterećenje domaćinstva je posledica plaćanja korišćene zdravstvene zaštite (WHO, 2021a).

Prethodna istraživanja su pokazala da je finansijsko opterećenje usled korišćenja zdravstvene zaštite (*Financial burden of healthcare*) povezano sa individualnim karakteristikama ispitanika i karakteristikama domaćinstava (Wagner, et al., 2011; Moreno – Serra, Thomson, Xu, 2013; Blumberg, et al., 2014; Masood, Sheiham & Bernabé, 2015; Manski et al., 2017; Richard, Walker & Alexandre, 2018; López–López, et al., 2021). Svetska zdravstvena organizacija (*World Health Organization – WHO*) je izdvojila najznačajnije karakteristike sistema zdravstvene zaštite koje imaju ulogu u zaštiti stanovništva od katastrofalnih izdataka među kojima su: pokrivenost stanovništva osnovnim zdravstvenim uslugama, zaštita osetljivih populacionih grupa, zaštita stanovništva koji često koriste zdravstvenu zaštitu, učestalost „plaćanja iz džepa” u finansiranju zdravstvene zaštite i obezbeđivanje javne potrošnje za zdravstvenu zaštitu u dovoljnom iznosu sa malim udelom „plaćanja iz džepa” korisnika (WHO, 2021a). Značaj navedenih karakteristika sistema zdravstvene zaštite su potvrdila i istraživanja sprovedena u više zemalja (Chaupain – Guillot, Guillot, 2015; Baeten, et al., 2018; Jalali, Bikineh, Delavari, 2021).

1.1. Zdravstvena zaštita

U mnogim zemljama zdravstvena zaštita je definisana na sličan način ali su specifičnosti u pogledu pružanja i sadržaja usluga zdravstvene zaštite različite u različitim sistemima zdravstvene zaštite. U širem smislu zdravstvena zaštita (*Health care*) na nivou države predstavlja „organizovanu i sveobuhvatnu delatnost društva, sa ciljem ostvarivanja najvišeg mogućeg nivoa očuvanja i unapređenja zdravlja građana” i obuhvata aktivnosti usmerene ka očuvanju i unapređenju zdravlja, sprečavanju, suzbijanju i ranom otkrivanju bolesti, povreda i drugih poremećaja zdravlja, kao i lečenje, zdravstvenu negu i rehabilitaciju (Zakon o zdravilih, 2014; Zakon o zdravstvenoj zaštiti, 2019; Zakon o zdravstvenoj zaštiti, 2022). Ovako definisana, zdravstvena zaštita obuhvata medicinske (*Medical care*) i stomtološke (*Dental care*) postupke i metode kao i lekove (*Medicines*). Zdravstvena zaštita u užem smislu (*Medical care*) obuhvata medicinske preglede, dijagnostičke i terapijske postupke koje obavljaju doktori medicine (lekari) ili koji se obavljaju pod direktnim nadzorom lekara ili drugih medicinskih stručnjaka u skladu sa nacionalnom legislativom (Marrioto, et al. 2020; WHO, 2021a). Zdravstvena zaštita u širem smislu obuhvata i stomatološku zdravstvenu zaštitu (*Dental care*) tj. preglede, dijagnostičke i terapijske postupke koje obavljaju doktori stomatologije ili se obavljaju pod njihovim direktnim nadzorom uz učešće drugih zdravstvenih profesionalaca iz oblasti stomatologije (Maruoka et al., 2022) (u daljem tekstu stomatološka zaštita). Lekovi (*Medicines*) su proizvodi koji se koriste za ublažavanje simptoma, za sprečavanje bolesti ili za lečenje i propisuje ih lekar, stomatolog ili drugi zdravstveni radnik u skladu sa legislativom, a neki se mogu kupiti u slobodnoj prodaji (Eurostat, 2017a).

Univerzalna pokrivenost zdravstvenim uslugama omogućava korišćenje one vrste zdravstvenih usluga koje su korisniku potrebne, u trenutku kada su mu potrebne (McIntyre, Kutzin, 2016; UN, 2022). Istraživanja su pokazala da postoje razlike u potrebama, dostupnosti i korišćenju zdravstvene zaštite između različitih socijalno – ekonomskih i starosnih grupa stanovnika (McIntyre, Kutzin, 2016; European Commission, 2020). Manje korišćenje zdravstvene zaštite u odnosu na potrebe ukazuje na nejednakosti, udaljavanje od univerzale pokrivenosti zdravstvenom zaštitom i postojanje različitog stepena finansijskog opterećenja usled korišćenja i plaćanja zdravstvene zaštite (Thomson, et al., 2019; European Commission, 2020).

1.1.1. Finansiranje zdravstvene zaštite i učešće korisnika

Finansiranje zdravstvene zaštite se može posmatrati kroz izvore finansiranja (domaćinstva, poslodavac, država), načine prikupljanja sredstava (obavezno ili dobrovoljno), načine plaćanja pružaoca zdravstvenih usluga ili kroz način upravljanja prikupljenim finansijskim sredstvima (Böhm, et al, 2012; OECD, 2015). Finansiranje zdravstvene zaštite je najčešće kombinacija različitih modela sa predominacijom jednog ili više modela (Böhm, et al, 2012; OECD, 2015). U praksi se najčešće sreću: Beveridžov model – model nacionalne zdravstvene službe (*National Health Services – NHS*), Bizmarkov model – model obaveznog zdravstvenog osiguranja, različiti tržišni modeli i modeli medicinskih štednih računa. U modelu nacionalne zdravstvene službe zdravstvena zaštita se finansira iz budžeta, a pokrivenost stanovništva zdravstvenim osiguranjem je potpuna. U modelu obaveznog zdravstvenog osiguranja, zdravstvena zaštita se finansira iz doprinosa zaposlenih i poslodavaca (OECD, 2020). U tržišnom modelu zdravstvena zaštita se finansira iz fondova dobrovoljnih (privatnih) zdravstvenih osiguranja i direktnim plaćanjem građana, a u osnovi modela finansiranja zasnovanog na medicinskim štednim računima nalaze se dobrovoljni ili obavezni štedni računi namenjeni pokrivanju troškova zdravstvene zaštite (Böhm, et al, 2012; OECD, 2015).

Finansijsko opterećenje stanovnika usled korišćenja zdravstvene zaštite najčešće je posledica „plaćanja iz džepa” za usluge zdravstvene zaštite u trenutku njihovog korišćenja. Posmatrano na nivou domaćinstva, „plaćanje iz džepa” se definiše kao potrošnja domaćinstva za dobra i usluge zdravstvene zaštite bilo kog člana domaćinstva u trenutku korišćenja zdravstvene zaštite (WHO, 2021a). „Plaćanja iz džepa” su najčešća za lekove, medicinska pomagala (korektivna sočiva, slušni aparati, ortopedska pomagala...), ambulantno pružene preventivne i kurativne zdravstvene usluge (medicinske i stomatološke), kućno lečenje, dijagnostičke usluge (uključujući radiološke i laboratorijske), bolničko lečenje i rehabilitaciju i odnosi se na plaćanja i u privatnom i u državnom sektoru zdravstvene zaštite (Stankuniene, et al., 2015; McIntyre, Kutzin, 2016; Thomson, Cylus, Evetovits, 2019; WHO, 2021a). U „plaćanja iz džepa” se ne ubrajaju troškovi zdravstvenog osiguranja ili troškovi koji se mogu naknadno refundirati (WHO, 2021a).

U većini zdravstvenih sistema postoji neki stepen učešća korisnika u finansiranju zdravstvene zaštite „plaćanjem iz džepa“, tako da se finansijsko opterećenje usled plaćanja zdravstvene zaštite može javiti u svakom od njih (Moreno – Serra, Thomson, Xu, 2013). U literaturi iz oblasti finansiranja zdravstvene zaštite razlikuju se formalna i neformalna „plaćanja iz džepa” za zdravstvenu zaštitu. Formalna plaćanja za zdravstvenu zaštitu (*Formal payment for healthcare*) se odnose na plaćanje participacije ili doplate do pune cene usluge kao vida učešća korisnika u finansiranju zdravstvene zaštite (Incaltarau, et al., 2021). Neformalna plaćanja za zdravstvenu zaštitu (*Informal payment for healthcare*) obuhvataju kupovinu dobara neophodnih za lečenje koja, pacijent i porodica „plaćaju iz džepa” i donose u zdravstvenu ustanovu (lekovi, medicinski materijal, oprema, posteljina i hrana). U neformalna plaćanja se ubrajaju i direktna plaćanja pružaocima usluga, u novcu ili u naturi (Gaal, et al., 2006; Stepurko, et al., 2017), češća su za usluge specijalista (hirurga ili akušera) nego za usluge lekara opšte prakse ili porodične medicine (Gaal, et al., 2006; Stepurko, et al., 2017) i češća su među siromašnijim korisnicima ili onima sa lošijim zdravstvenim stanjem (Habibov & Cheung, 2017).

Među državama OECD, u proseku 19% troškova za zdravstvenu zaštitu je pokriveno direktnim „plaćanjem iz džepa” tj. iz budžeta domaćinstva (OECD, 2015). Veći udeo „plaćanja iz džepa” u ukupnim rashodima za zdravstvenu zaštitu (*Share of out – of – pocket payments of total current health expenditures*) jedne države ukazuje na ograničenu finansijsku zaštitu stanovništva od finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite (McIntyre, et al., 2016).

„Plaćanja iz džepa” za stomatološku zaštitu i za lekove su prisutna u mnogim državama Evrope (Vogler, Dedet, Pedersen, 2019). Plaćanje stomatoloških usluga i lekova, prema oceni ispitanika, opteretilo je budžet skoro polovine domaćinstava u Evropskoj uniji (Eurstat, 2019). Visok stepen finansijskog opterećenja usled plaćanja stomatoloških usluga bio je najzastupljeniji na Kipru (47%), u Italiji (39%), Letoniji (36%) i Španiji (34%), a usled plaćanja lekova u Poljskoj (40%), Kipru (34%), Bugarskoj (33%) i Letoniji (30%) (Eurstat, 2019). Istraživanja su pokazala da „plaćanje iz džepa” za lekove predstavlja najčešći uzrok finansijskog opterećenja domaćinstva (Stankuniene, et al., 2015; WHO, 2021a). Dostupnost generičkih lekova i poverenje u njih od strane korisnika i lekara koji ih propisuju, smanjuje finansijsko opterećenje usled korišćenja lekova (Vogler, Dedet, Pedersen, 2019).

1.1.2. „Plaćanja iz džepa” za zdravstvenu zaštitu u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj

U 2017. godini „plaćanja iz džepa” za zdravstvenu zaštitu iznosila su 11% svih izdavanja za zdravlje u Hrvatskoj, 12,3% u Sloveniji i 40,6% u Srbiji (World Bank, 2018). Jedan od razloga visokog udela „plaćanja iz džepa” za zdravstvenu zaštitu u Srbiji je taj što lekovi propisani od strane lekara i stomatologa u privatnoj praksi nisu pokriveni obaveznim zdravstvenim osiguranjem i pacijenti ih sami plaćaju (Bjegovic – Mikanovic, et al., 2019). U Srbiji je najveći udeo „plaćanja iz džepa” bio za lekove (55,6%), zatim za stomatološke usluge (14,2%), druge troškove zdravstvene zaštite (11,4%) i dijagnostičke procedure u privatnoj praksi (8,0%) (Bjegovic – Mikanovic, et al., 2019). Sedam procenata ukupnog stanovništva Slovenije je prijavilo „plaćanja iz džepa”, ali je taj procenat veći u populaciji sa nekim oblikom invaliditeta (11%) i među populacijom koja je prijavila lošije zdravstveno stanje (15%) (Baird, 2016). U Sloveniji je najveći procenat „plaćanja iz džepa” bio za stomatološke usluge (10%) i lekove (4,2%), a u Hrvatskoj za lekove (3,9%) i stomatološke usluge (2,7%) (OECD, 2017; OECD, 2021a). U poređenju sa Slovenijom (2,7%) i Hrvatskom (6,2%), u Srbiji je zastupljenije neformalno „plaćanje iz džepa” za zdravstvenu zaštitu (12,5%) (Habibov & Cheung, 2017).

U Srbiji je nešto manje od polovine korisnika primarne zdravstvene zaštite platilo participaciju za posete lekaru opšte prakse, bolničko lečenje, za posete specijalisti i za lekove, a ukupno je više od tri četvrtine platilo participaciju za zdravstvene usluge (Arsenijevic, Pavlova, Groot, 2015; Vojvodic, et al., 2017). Najčešći razlog zbog koga su ispitanici u Srbiji izbegavali odlazak kod lekara bio je nedostatak finansijskih sredstava za plaćanje zdravstvenih usluga (Popović, et al., 2017). U Hrvatskoj, 14% stanovnika je prijavilo da plaća participaciju za zdravstvene usluge i dobra, a najčešći razlog za izbegavanje zdravstvene i stomatološke zaštite i korišćenje lekova bio je nedostatak finansijskih sredstava (Voncina & Rubil, 2018). U Sloveniji, u zavisnosti od tipa usluge, participaciju je platilo 10–90% korisnika (Albreht, et al., 2016). Kao zaštitni mehanizam od prevelikih izdataka za „plaćanja iz džepa” za zdravstvenu zaštitu u Sloveniji se koristi dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje pokriva troškove participacije. Čak i mali iznosi participacije mogu izazvati finansijsko opterećenje usled korišćenja zdravstvene zaštite i to u katastrofalnom obimu ukoliko ceo iznos participacije, generisan za više usluga ili dobara, mora biti plaćen u kratkom vremenskom periodu što je uočeno kod starijih od 65 godina sa hroničnim bolestima (dijabetes, kardiovaskularne bolesti, maligne bolesti) u visoko razvijenim državama Evropske unije (EU) (Arsenijevic, et al., 2016).

1.1.3. Merenje finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite

Finansijsko opterećenje se u literaturi definiše kao kombinacija dva pojma: finansijskog pritiska i finansijskog stresa. Finansijski pritisak predstavlja subjektivni doživljaj negativnog uticaja finansijskih teškoća, a finansijski stres se odnosi na objektivnu procenu finansijskog opterećenja na osnovu konkretnih pokazatelja (smanjivanje bogatstva domaćinstva, učestalost i visina „plaćanja iz džepa” itd.) (Lee & Cagle, 2021).

U prethodnim istraživanjima finansijsko opterećenje usled korišćenja zdravstvene zaštite analizirano je korišćenjem monetarnih i nemonetarnih pokazatelja. U istraživanjima sa monetarnim pokazateljima korišćeni su podaci o izdacima za zdravstvenu zaštitu iskazani u novcu (Hazra, Rudisill, Gulliford, 2018; Quintal, 2019; van der Vlegel, et al., 2020). U istraživanjima sa nemonetarnim pokazateljima merenje je subjektivni doživljaj finansijskog opterećenja usled plaćanja zdravstvenih usluga, izražen u stepenima slaganja sa tvrdnjom o postojanju finansijskog opterećenja (primer trostepene skale: bez opterećenja, donekle opterećen, značajno opterećen) (Masood, Sheiham & Bernabé, 2015; Eurostat, 2017a; Posel and

Rogan, 2019). Istraživači su sugerisali da subjektivna procena daje dobar uvid u dugotrajne efekte plaćanja zdravstvene zaštite i finansijsku opterećenost (Posel and Rogan, 2019). Ispitanici su na osnovu subjektivne procene izdatke za zdravstvenu zaštitu ocenjivali kao velike čak i ako su u procentima predstavljali mali deo (do 10%) ukupnih primanja domaćinstva (WHO, 2021a). Takođe, ispitanici su bili spremni da plate za zdravstvenu zaštitu manje od aktuelne cene (Tran, et al., 2018) ili da izbegnu korišćenje zdravstvene zaštite (WHO, 2021a). Razlog može biti taj što platežna sposobnost domaćinstva ne predstavlja jednostavnu razliku između prihoda i rashoda i ne zavisi uvek od visine prihoda ni rashoda (Murray, et al., 2003; WHO, 2021a) već i od spremnosti članova domaćinstva da odvoje novac od porodičnog budžeta za zdravstvenu zaštitu (WHO, 2021a). Poseban problem predstavlja činjenica da na prihode domaćinstva može uticati pojava bolesti (Arsenijević, et al., 2016) i smanjena radna sposobnost obolelog, a posledični troškovi za zdravstvenu zaštitu u ovom slučaju mogu biti veći u odnosu na smanjene prihode čak i u domaćinstvima koja su rangirana kao dobrostojeća (Wagstaff, Eozenou, Smitz, 2020). Takođe, malobrojna su istraživanja koja u analizu prihoda i rashoda uzimaju u obzir ušteđevinu i zaduživanje kao izvor finansijskih sredstava za plaćanje zdravstvene zaštite ili ona koja porede prihode i rashode za zdravstvenu zaštitu pre i posle pojave bolesti (Wagner et al., 2011; Wagstaff, Eozenou, Smitz, 2020).

Za monetarnu procenu finansijskog opterećenja na nivou države, Svetska zdravstvena organizacija najčešće koristi indikator definisan kao broj domaćinstava koji imaju velike izdatke zbog „plaćanja iz džepa” za zdravstvenu zaštitu. Kao veliki izdaci u literaturi se najčešće spominju izdvajanja za zdravstvenu zaštitu u visini od 10% i više ili 25% i više u odnosu na ukupne troškove ili prihode domaćinstva (WHO, 2021a). Finansijskim opterećenjem usled plaćanja zdravstvene zaštite na nivou domaćinstava obuhvaćeni su svi članovi domaćinstva s obzirom na to da troškovi lečenja jednog člana mogu finansijski opteretiti i druge članove domaćinstva (Cohen & Kirzinger, 2014).

1.2. Individualne karakteristike ispitanika i njihova povezanost sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite

Individualne karakteristike ispitanika povezane sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja i plaćanja zdravstvene zaštite su: godine starosti, pol, bračno stanje, stepen obrazovanja, radni status, prihodi, pripadnost etničkim manjinama, zdravstveno stanje i odsustvo zdravstvenog osiguranja (Wagner, et al., 2011; Moreno – Serra, Thomson, Xu, 2013; Blumberg, et al., 2014; Masood, Sheiham & Bernabé, 2015; Arsenijević, et al., 2016; López – López, et al., 2021; Wang, et al., 2021).

1.2.1. Godine starosti

Godine starosti su jedna od individualnih karakteristika ispitanika, u literaturi često povezivana sa učestalošću finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite, naročito među starijom populacijom (Hoang – Vu Eozenou, Neelsen & Smitz, 2021). Svetska zdravstvena organizacija pod starijom populacijom podrazumeva osobe 65 i više godina stare (European Commission, 2020a). Starenje je fiziološki process koji nosi sa sobom brojne promene u funkcionisanju organizma starijih osoba, a ukoliko je povezano i sa prisustvom bolesti ili lošim socijalno – ekonomskim uslovima života svrstava populaciju stariju od 65 godina u osetljivu populacionu grupu (WHO, 2015; Bozzaro, Boldt, Schweda, 2018).

Stanovništvo širom sveta je sve starije. Stariji od 65 godina su činili 19,1% populacije Evrope u 2020. godini, a predviđa se da će do 2100. godine taj procenat iznositi 30,4% (UN, 2019). U nekim državama procenat starijih od 65. godina je veći, i procenjuje se da će biti veći od proseka za Evropu i u 2100. godini, kao što je to u Portugalu (22,8% u 2020, 34,2% u 2100. godini), Italiji (23,3% u 2020, 36,3% u 2100. godini) i Grčkoj (22,3% u 2020, 35,0% u 2100. godini) (UN, 2019). Udeo stanovnika starijih od 65 godina u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj je bio veći od proseka za Evropu u 2020. godini, a procene ukazuju da će i 2100. godine biti veći od evropskog proseka. Procenjuje se da će udeo starijih od 65 godina u Sloveniji biti povećan sa 20,7% u 2020. na 31,4% u 2100. godini, u Srbiji, sa 19,1% na 34,4%, a u Hrvatskoj, sa 21,3% na 35,1%, u istom periodu (UN, 2019). Udeo populacionih grupa starijih od 65 godina u ukupnom broju stanovnika u 2015, 2020, 2050 i 2100. godini prikazan je u Prilogu 1.

U EU – 27, prosečan broj žena starijih od 65 godina je veći od broja muškaraca iste starosne dobi za 1,33 puta. Najveća razlika je zabeležena u Baltičkim državama i to u Litvaniji gde je broj starijih žena bio dva puta veći od broja starijih muškaraca (European Commission, 2020a). Razlika u broju stanovnika po polu je još izraženija u populaciji starijih od 85 godina jer je prosečan broj žena u toj dobnoj grupi bio dva puta veći od muškaraca (European Commission, 2020a).

Sem broja osoba 65 i više godina starih, od značaja za ekonomiju sistema zdravstvene zaštite je i očekivano trajanje života u 65. godini (*Life expectancy at age 65*) i godine zdravog života nakon 65. godine (*Disability – free life expectancy ili „Healthy life – years” at age 65*). U 2019. godini u OECD državama prosečno očekivano trajanje života u 65. godini iznosilo je 19,9 i za oko 3,3 godine je bilo duže za žene nego za muškarce (OECD, 2021b). Očekivalo se da će najduže nakon 65. godine živeti žene u Japanu (24,6 godina) i muškarci u Švajcarskoj (20,3 godina), a najkraće žene u Mađarskoj (18,6) i muškarci u Litvaniji (14,4) (OECD, 2021b). Očekivano trajanje života u 65. Godini za žene u Sloveniji iznosilo je 21,2, za muškarce 17,2, a u Hrvatskoj 18,1 za žene i 14,4 za muškarce (OECD, 2022). U Srbiji je očekivano trajanje života za žene 2019. godine iznosilo 17,4, a za muškarce 14,9 (WHO, 2023c). S obzirom da se pri računanju očekivanog trajanja života koriste podaci o uzrastno – specifičnoj stopi smrtnosti koja se smanjivala u prethodnim decenijama, nije moguće precizno odrediti trajanje života i očekuje se da će biti i duže od procenjenog (OECD, 2021b). Broj zdravih godina života nakon 65. godine se manje razlikovao među polovima i 2019. godine je iznosio 9,8 za žene i 9,7 za muškarce u OECD državama, a najduže u Norveškoj i Švedskoj (16 godina za oba pola) (OECD, 2021b). Izdaci za zdravstvenu zaštitu se povećavaju sa starošću (WHO, 2015; Williams, et al., 2019) zbog čega je i finansijsko opterećenje usled plaćanja zdravstvene zaštite često prisutno u populaciji starijih od 65 godina u državama Evrope (WHO, 2015; Hoang – Vu Eozenou, Neelsen & Smitz, 2021). Razlike u zastupljenosti finansijskog opterećenja među državama ukazuju na značaj identifikovanja faktora koji utiču na njenu pojavu, a samim tim i na indetifikovanje osetljivih populacionih grupa (WHO, 2015; Arsenijevic, et al., 2016; Dillon, et al., 2018; Thomson, et al., 2019; European Commission, 2020; Krasowski, et al., 2021; Hoang – Vu Eozenou, Neelsen & Smitz, 2021).

Zdravstvene potrebe starije populacije su veće od zdravstvenih potreba mlađih. Stariji, naročito posle 75. godine života, češće posećuju lekare opšte prakse i specijaliste (European Commission, 2020a). Najčešći razlozi poseta su hronične bolesti (Prince et al., 2015; Souza et al., 2021) i stanja karakteristična za stariju populaciju: povišeni krvni pritisak, artroze i bol u leđima (European Commission, 2020a). Istraživanja su pokazala da su domaćinstva sa članovima koji su 65 i više godina stari češće pogođena finansijskim opterećenjem usled plaćanja zdravstvene zaštite (European Commission, 2020a). Učestalost finansijskog opterećenja je još veća među domaćinstvima koja imaju članove sa hroničnim bolestima, niskim primanjima ili imaju više članova starijih od 65 godina (Arsenijevic. et al., 2016; Boersma, et al., 2018;

Richard. et al., 2018; Williams, et al., 2019; European Commission, 2020; Hoang – Vu Eozenou, Neelsen & Smitz, 2021; Tambor, et al., 2021; WHO, 2021a).

Na nivou Evropske unije, finansijsko opterećenje usled plaćanja zdravstvene zaštite je bilo najzastupljenije među dvočlanim domaćinstvima od kojih je bar jedan član stariji od 65 godina (Eurstat, 2019). Opterećenje kućnog budžeta (veće od 25%) usled plaćanja zdravstvene zaštite registrovano je među starijom populacijom u Portugalu kod 7,9% ispitanika, Grčkoj (4,9%), Poljskoj (4,6%) i Italiji (4,7%) (Macinko, et al., 2020). Istraživanja su pokazala da ispitanici stariji od 80 godina troše pet puta više na „plaćanja iz džepa” od mlađih (Hwang et al., 2001). Takođe, ispitanici u dobnoj grupi od 75 do 79 godina su imali veće izdatke za zdravstvenu zaštitu od onih u dobnoj grupi od 65 do 69 godina (Crystal et al., 2000). Na osnovu rezultata Evropskog istraživanja kvaliteta života (*European Quality of Life Survey*) ispitanici stariji od 65 godina u Srbiji bi u većem procentu, teško ili veoma teško platili troškove stomatološke zdravstvene zaštite. U Sloveniji i Hrvatskoj stanovnici stariji od 65 godina bi češće od proseka imali potoškoće da plate i usluge primarne zdravstvene zaštite, bolničkog lečenja i hitne zdravstvene zaštite (Prilog 2) (Eurofound, 2016).

1.2.2. Pol i bračno stanje

Biološke razlike između muškaraca i žena mogu dovesti do različitih zdravstvenih potreba (pojedini maligni tumori specifični za pol, trudnoća), različitog korišćenja i plaćanja zdravstvene zaštite. Evidentne su razlike između muškaraca i žena u očekivanom trajanju života, samoproceni zdravstvenog stanja, ponašanju u vezi sa zdravljem (fizička aktivnost, upotreba voća i povrća), učestalosti rizičnog ponašanja (pušenje, upotreba alkohola) (EIGE, 2021) i zastupljenosti hroničnih bolesti (Souza, et al., 2021). Razlike između polova se uočavaju i u dostupnosti zdravstvene zaštite i stomatoloških usluga (Eurofound, 2016) naročito ako se analiziraju u kombinaciji sa drugim socijalno – ekonomskim karakteristikama (starost, stepen edukacije, prisustvo nesposobnost) (EIGE, 2021). Jedan od razloga za razliku među polovima u finansijskim mogućnostima za plaćanje zdravstvene zaštite je i taj što su žene finansijski osetljivije (24% žena i 17% muškaraca) što je pokazala i pandemija COVID – 19 koja je dovela do pogoršanja finansijske situacije žena više nego muškaraca (EIGE, 2021). Žene starije od 65 godina imaju manje penzije od muškaraca, a često su i zavisne od prihoda svojih partnera zbog tradicionalne porodične uloge koju su imale u radno aktivnom period života, kada su češće od muškaraca radile skraćeno radno vreme, bile nezaposlene ili bile posvećene kućnim poslovima i odgajanju dece (European Commission, 2020a).

Najčešći razlog izbegavanja korišćenja zdravstvene zaštite je nedostatak novca za plaćanje troškova zdravstvene zaštite i na nivou zemalja EU, je bio zastupljen kod 33% žena i 29% muškaraca (EIGE, 2021). Posmatrano po vrstama zdravstvenih uslugama, a na osnovu subjektivne procene, ženama bi u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj, u većem procentu nego muškarcima, bilo teško i veoma teško da pokriju troškove primarne zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite, bolničkog lečenja, hitnih zdravstvenih usluga (sem u Srbiji) i usluga u okviru zaštite mentalnog zdravlja. Na osnovu subjektivne procene ispitanika utvrđeno je da su razlike među polovima u mogućnosti plaćanja za zdravstvenu zaštitu bile izraženije u Sloveniji i Hrvatskoj nego u Srbiji (sem za stomatološke usluge) (Prilog 3) (Eurofound, 2016).

U 2018. godini u državama EU – 27, 58% muškaraca starijih od 65 godina je živelo u partnerskom odnosu u dvočlanom domaćinstvu, dok je među ženama taj procenat bio manji (39%) (European Commission, 2020a). Iste godine 43% žena u EU – 27 je živelo u jednočlanim domaćinstvima, najviše u Danskoj i Estoniji, a najmanje u Španiji i na Kipru (European Commission, 2020a). 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 (European Commission, 2022). Ispitanici koji su bili u braku češće su imali izdatke za neformalna plaćanja zdravstvene zaštite od onih koji su živeli sami (Williams & Horodnic, 2017). U Sloveniji su ispitanici koji su živeli sami dva puta češće svoje zdravlje ocenili kao „loše” u odnosu na ispitanike koji su živeli sa partnerom (Stanojevic Jerkovic, et al., 2017) što može dovesti do češćih poseta lekaru i većih izdataka za zdravstvenu zaštitu (Spitzer, Shaikh, 2022).

1.2.3. Stepen obrazovanja i dužina radnog staža

Rezultati istraživanja su pokazali da je niži stepen obrazovanja povezan sa većom učestalošću finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite, sa češćim korišćenjem uštede za plaćanje zdravstvene zaštite i sa smanjenom dostupnošću zdravstvene zaštite (Wagner, et al., 2011). U populaciji starijih od 65 godina, viši stepen obrazovanja, bolji prihodi, bolje plaćena i kvalifikovana radna mesta su bili povezani sa većom dostupnošću zdravstvene zaštite i različitim vidova zdravstvenog osiguranja (Brinda, et al., 2015). Za razliku od pomenutog, rezultati nekih istraživanja vode ka potpuno suprotnim zaključcima, ukazujući da je veći stepen obrazovanja povezan sa većom verovatnoćom finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite (López– López, et al., 2021; Wuorela, et al., 2020) i stomatološke zaštite (Manski, et al., 2017; Masood, Sheiham & Bernabé, 2015). Jedan od razloga za veće izdatke za stomatološku zaštitu među starijim od 65 godina, sa većim stepenom obrazovanja je i taj što oni češće posećuju stomatologa (Andrade, et al., 2020). Finansijsko opterećenje usled korišćenja lekova češće je kod osoba sa nižim stepenom obrazovanja (Dillon, et al., 2018). Osobe sa nižim stepenom obrazovanja u Srbiji su bile češe izložene finansijskom opterećenju usled korišćenja zdravstvene zaštite i posledičnim izbegavanjem korišćenja zdravstvene zaštite (Bijegovic– Mikanovic, 2020).

Penzija predstavlja najznačajniji vid zaštite od siromaštva starijih od 65 godina u Srbiji (Babović, i sar., 2018). Na značaj penzija i socijalnih transfera (druge novčane nadoknade/primanja) ukazuje i podatak da je stopa rizika od siromaštva pre penzija i socijalnih transfera u Srbiji iznosila 51,3%, a nakon 21,3% u 2017. godini (RZS, 2023). Primanja žena starijih od 65 godina su manja od primanja muškaraca iste starosne dobi, a neki od razloga su manji broj godina radnog staža žena (zbog trudnoće i porođaja), razlike u poslovima, intenzitetu rada, plati i penzionom sistemu (Babović, i sar., 2018; EIGE, 2015). Žene starije od 65 godina u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj su siromašnije od muškaraca (Humer, Kalin, 2020; Stanić i Matković, 2020; WB, 2019). Prosečan jaz u visini penzije između muškaraca i žena u EU – 27 iznosio je 39%, što je dvostruko više od razlike u platama (16%) (Humer, Kalin, 2020). Slovenija je jedna od država sa najnižom razlikom u visini plata između muškaraca i žena (7,8%), ali je razlika u penzijama znatno veća (22%) i gotovo svaka treća žena starija od 75 godina u Sloveniji živi ispod praga siromaštva (EAPN, 2020). Istraživanja su pokazala da starije osobe iz najsiromašnijih grupa troše i do 31% svojih prihoda na propisane lekove i druge oblike zdravstvene zaštite koji nisu obuhvaćeni zdravstvenim osiguranjem (Crystal, et al., 2000). Verovatnoća „plaćanja iz džepa” za stomatološku zaštitu je u nekim državama (Belgija, Francuska, Švedska) bila veća među penzionisanim ispitanicima nego kod radno aktivnih, dok je u drugim državama dobijen suprotan rezultat (Nemačka, Danska, Grčka) (Manski et al., 2017).

1.2.4. Rizik od siromaštva ili socijalne isključenosti

Siromaštvo se danas posmatra kao multidimenzionalni koncept, a dimenzije identifikovane kao značajne za razumevanje i konceptualizaciju pojma siromaštva su: materijalni standard (dohodak, potrošnja i imovina), zdravlje, obrazovanje, aktivnosti pojedinca (uključujući i rad), politički uticaj, socijalni kontakti i veze, životna sredina i sigurnost (ekonomska i fizička) (Stiglitz, Sen, Fitoussi, 2009; Matković, 2014).

Napredak u smanjivanju siromaštva se može pratiti kroz različite pokazatelje, a jedan od njih je udeo pojedinaca koji su u riziku od siromaštva ili socijalne isključenosti (*At-risk-of-poverty-and-social-exclusion rate, AROPE*) (Matković, Krstić i Mijatović, 2015; Eurostat, 2021a). Ovaj pokazatelj definisan je 2010. godine od strane Eurostata sa ciljem da se statistički izmere nematerijalni aspekti siromaštva i socijalne isključenosti i prikaže njihova multidimenzionalnosti. Udeo pojedinaca koji su u riziku od siromaštva ili socijalne isključenosti predstavlja kombinaciju tri indikatora i pokazuje udeo osoba koji su ili u riziku od siromaštva, ili su izrazito materijalno deprivirani, ili žive u domaćinstvima veoma niskog intenziteta rada (Eurostat, 2021a). Udeo osoba u riziku od siromaštva (*At-risk-of-poverty rate*) predstavlja broj osoba koje se na osnovu ličnih prihoda nalaze ispod linije siromaštva tj. čiji su prihodi, nakon socijalnih transfera, niži od 60% prosečnog nacionalnog ličnog dohotka (Matković, Krstić i Mijatović, 2015; Eurostat, 2021b). Pomoću ovog indikatora se ne meri bogatstvo ili siromaštvo, niti se ukazuje na nizak životni standard, već se upoređuje dohodak građana u odnosu na dohotke drugih građana čime se ukazuje na nejednakosti u životnom standardu u jednoj državi (Eurostat, 2021b). Druga dva indikatora se procenjuju na nivou domaćinstva i odnose se na sve članove domaćinstva. Za izračunavanje indikatora „Broj osoba koje žive u domaćinstvima sa veoma niskim intenzitetom rada” (*Persons living in households with very low work intensity*) koriste se samo podaci o radno aktivnim članovima domaćinstva, isključujući decu, studente i penzionere (Matković, Krstić i Mijatović, 2015; Eurostat, 2021c). Udeo domaćinstava sa izrazitom materijalnom i socijalnom deprivacijom (*Severe material and social deprivation rate, SMSD*) ukazuje na učestalost domaćinstava sa prisilnim nedostatkom poželjnih dobara ili na prisilan izostatak realizacije finansijskih obaveza koje se smatraju poželjnim u jednom društvu (Matković, Krstić i Mijatović, 2015; Eurostat, 2021d).

Postoji više definicija socijalne isključenosti (*Social exclusion*), a prema najčešće korišćenim to je višedimenzioni proces koji pojedince, domaćinstva i grupe potiskuje ka društvenim marginama i onemogućava im u potpunosti uključivanje u ekonomske, društvene, političke i kulturne tokove društva u kome žive (UN, 2016). Uzroci su različiti, od niskih primanja, nekompetentnosti, nemogućnosti za doživotnim sticanjem znanja do diskriminacije različitog porekla (starosne, etničke, verske, polne...) čime su ugroženima još teže dostupni: zapošljavanje, bolji dohodak, zdravstvena zaštita, obrazovanje, društvene mreže i društvene aktivnosti (UN, 2016).

U Srbiji je 2020. godine oko 30% stanovništva bilo izloženo riziku od siromaštva ili socijalne isključenosti, u Sloveniji oko 14%, a u Hrvatskoj oko 20% (Eurostat, 2022a). Rezultati prethodnih istraživanja su pokazali da populacija starijih od 65 godina pripada osetljivoj grupi stanovništva i da kod njih postoji veći rizik za razvoj siromaštva i socijalne isključenosti (Eurostat, 2020; Voncina & Rubil, 2018; WHO, 2021a; Xu, et al., 2003). U 2020. godini, procenat stanovnika starijih od 65 godina sa rizikom od siromaštva ili socijalne isključenosti je bio veći u Srbiji (29,4%) nego u Sloveniji (12,8%) i Hrvatskoj (22,8%) i veći od proseka za EU 27 (22,8%) (Eurostat, 2022a). U 2020. godini rizik od siromaštva u populaciji starijih od 65 godina se razlikovao po polu, i u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj je bio prisutan u većem procentu među ženama nego među muškarcima što je uočeno i u državama EU – 27 (Eurostat, 2022a).

1.2.5. Hronične bolesti

Sa starenjem se povećava učestalost hroničnih bolesti, bolesti usta i zuba i povećava se upotreba lekova (Prince et al., 2015; Blumenthal et al., 2016; Jazbar, et al., 2021; Kočiš Krutilová, Bahnsen, De Graeve, 2021; Souza et al., 2021; WHO, 2022). Takođe, sa starenjem se povećava zavisnost od tuđe nege i pomoći, što uz kompleksne socijalne okolnosti (npr. siromaštvo) svrstava starije od 65 godina u „populaciju sa kompleksnim zdravstvenim potrebama“ (Blumenthal et al., 2016; WHO, 2019).

U populaciji 65 i više godina staroj, najzastupljenije su hronične nezarazne bolesti (kardiovaskularne i maligne bolesti), hronične respiratorne bolesti, muskuloskeletne, mentalne i neurološke bolesti (Prince et al., 2015; Souza et al., 2021). Istraživanje sprovedeno u državama Evrope je pokazalo da je prisustvo dijagnostikovane kardiovaskularne bolesti ili dijagnostikovanog dijabetes melitusa predstavljalo dobar prediktor postojanja velikih izdataka za zdravstvenu zaštitu u populaciji starijih od 65 godina (Arsenijevic et al., 2016). Prema istom istraživanju, dijagnostikovane maligne bolesti su značajnije manje uticale na finansijske izdatake za zdravstvenu zaštitu, najverovatnije zbog toga što su ti pacijenti najčešće bili oslobođeni plaćanja participacije.

Na razliku u učestalosti hroničnih bolesti u odnosu na godine starosti ukazuje i podatak da su hronične bolesti u populaciji mlađoj od 65 godina u Srbiji bile zastupljene kod svake pete osobe, u dobnoj grupi od 65. do 74. godine kod 60,1%, a među starima 75 i više godina kod 72,6% osoba (Babović, et al., 2018). Učestalost hroničnih bolesti među ženama 65 i više godina starih je veća nego kod muškaraca (Prince et al., 2015; Babović, et al., 2018). Veći broj hroničnih bolesti je povezan sa većim izdacima za zdravstvenu zaštitu čak i u društvima sa visokom pokrivenošću stanovnika zdravstvenim osiguranjem (Baird, 2016; Richard, et al., 2018).

Globalno opterećeje stanovništva lošijim oralnim zdravljem, većim korišćenjem stomatološke zaštite, a samim tim i većim troškovima za zdravstvenu zaštitu, prema Svetskoj zdravstvenoj organizaciji, posledica je, između ostalog i globalnog produženja životnog veka (WHO, 2022). U populaciji starijih od 65 godina najzastupljeniji poremećaj oralnog zdravlja je nedostatak zuba. Narušeno oralno zdravlje u ovoj populacionoj grupi može da izazove pogoršanje opšteg zdravlja (bol, otežano žvakanje i hranjenje, nehranjenost) i dodatno poveća troškove za zdravstvenu zaštitu (WHO, 2022; Persson, 2018). U Istraživanju zdravlja stanovništva Srbije, samoprocena stanja zuba i usta je bila povezana sa socijalno – ekonomskim pokazateljima. Stanovnici nižeg obrazovnog statusa i lošijeg materijalnog stanja svoje oralno zdravlje su ocenili kao loše, a među njima je i veći procenat onih bez svojih zuba, koji koriste totalnu protezu (Milić et al., 2021). Istraživanje sprovedeno u Sloveniji u populaciji 65 i više godina staroj je pokazalo da se sa starenjem povećava i upotreba lekova i da je češća istovremena upotreba većeg broja lekova (Jazbar, et al., 2021).

1.2.6. Samoprocena zdravstvenog stanja

Samoprocena zdravstvenog stanja predstavlja subjektivnu procenu zdravlja (fizičkog, mentalnog i socijalnog) i blagostanja, a istraživanja su pokazala da je rezultat samoprocene najčešće u skladu sa učestalošću razboljevanja i smrtnost (Lore, et al., 2020; Wuorela, et al., 2020) ali i korišćenja zdravstvene zaštite (Spitzer & Shaikh, 2022). Starije osobe često samoprocenjuju svoje zdravstveno stanje ne samo na osnovu svog hroničnog stanja ili prisutnih bolesti već i na osnovu poređenja sa zdravljem drugih ili u odnosu na očekivanja kakvo bi trebalo da bude zdravstveno stanje starijih (Henchoz, et al., 2008). Rezultati studije sprovedene u Finskoj na populaciji odraslih 70 i više godina starih je pokazala da su ispitanici ženskog pola, ispitanici sa više godina edukacije, koji su bili zadovoljni

životom i redovno upražnjavali aktivnosti na otvorenom češće ocenjivali svoje zdravstveno stanje kao veoma dobro i dobro (Wuorela et al., 2020).

Prisustvo više bolesti kod starijeg odraslog stanovništva je povezano sa većom učestalošću nesposobnosti i većom verovatnoćom za lošijom samoprocenom zdravstvenog stanja (Stanojevic Jerkovic, et al., 2017; Sheridan, et al., 2019). U državama EU – 28, u 2020. godini, 55,3% starijih od 65 godina je svoje zdravlje ocenilo kao loše i veoma loše, u Srbiji 73,3%, u Sloveniji 60,0%, a u Hrvatskoj 69,8% (Eurostat, 2022b). U Srbiji, žene 65 i više godina stare, lošije ocenjuju svoje zdravstveno stanje od muškaraca iste starosne dobi (Lietz, et al., 2017; Babović, et al., 2018), a najlošije su ga ocenile žene koje žive na selu (Babović, et al., 2018). Lošiju ocenu svog zdravlja imali su ispitanici nižeg odrazovanja u Sloveniji, koji su živeli sami, i koji su usled prisustva hroničnih bolesti teže obavljali svakodnevne aktivnosti (Stanojevic Jerkovic, et al., 2017).

Istraživanje sprovedeno u 15 evropskih država je pokazalo da je broj poseta lekaru i stomatologu veći kod osoba koje su lošije procenile svoje zdravlje čak i ukoliko je njihova procena bila pogrešna, a veći broj poseta može povećati izdatke za zdravstvenu zaštitu (Spitzer, Shaikh, 2022). Istraživanja su pokazala da su stariji ispitanici koji su svoje zdravlje ocenili kao loše ili veoma loše 2,5 puta, odnosno 1,5 put, češće „plaćali iz džepa” za stomatološku zaštitu (Manski, et al., 2017). U Sloveniji, 15% ispitanika koji su svoje zdravlje ocenili kao loše je imalo visoke izdatke za „plaćanje iz džepa” za zdravstvenu zaštitu naspram 9% ispitanika koji svoje zdravlje nisu ocenili kao loše (Baird, 2016).

Među ispitanicima koji su lošije ocenili svoje zdravstveno stanje bila je veća zastupljenost izbegavanja korišćenja lekova zbog finansijskih razloga, veća među ženama nego među muškarcima (Marshall & Tucker – Seeley, 2018). Istraživanja su pokazala višestruku uzročno – posledičnu povezanost između samoprocenjenog zdravstvenog stanja, godina starosti, pola, prisustva bolesti, siromaštva i finansijskog opterećenja usled plaćanja zdravstvene zaštite (Marshall, Tucker– Seeley, 2018; Li & Mutchler, 2019; Spitzer & Shaikh, 2022).

1.2.7. Samoprocena ograničenja u svakodnevnim aktivnostima zbog bolesti ili hroničnog stanja

Funkcionalna sposobnost svakog pojedinca predstavlja kombinaciju unutrašnjih kapaciteta i njihove interakcije sa okruženjem u kome žive. Svetska zdravstvena organizacija definiše unutrašnji kapacitet kao kombinaciju fizičkih i mentalnih kapaciteta osobe. Funkcionalna sposobnost i unutrašnji kapacitet se smanjuju sa starenjem kao rezultat samog procesa starenja i postojanja bolesti. Sa starenjem smanjuju se kognitivne sposobnosti, slabe vid i sluh, smanjuje se pokretljivost, može se javiti pothranjenost, a često se smanjuje ili gubi socijalna podrška (WHO, 2019).

Praćenje zastupljenosti ograničenja u svakodnevnim aktivnostima zbog bolesti ili hroničnog stanja omogućava sagledavanje dugotrajnih zdravstvenih problema, opterećenje bolestima i zdravstvenih potreba stanovnika. Zbog produžetka života povećava se zastupljenost bolesti i stanja vezanih za proces starenja (demencija, moždani udari, hronična opstruktivna bolest pluća i dijabetes) koja pored povećanja opterećenja populacije bolestima, dovode do dugotrajnog smanjenja sposobnosti za obavljanje svakodnevnih aktivnosti (Prince et al., 2015; Jazbar, et al., 2021; Milić, i sar., 2021). U Srbiji je sprečenost u obavljanju svakodnevnih aktivnosti bilo zastupljenije među ispitanicima starijim od 65 godina i među ispitanicima ženskog pola (Babović, et al., 2018). U Sloveniji je bila češća kod starijih od 85 godina, kod žena, osoba sa nižim obrazovanjem i lošijim zdravstvenim stanjem, kod osoba sa većim

brojem hroničnih bolesti i kod onih koji koriste veći broj lekova (Jazbar, et al., 2021) i koji su lošije procenili svoje zdravstveno stanja (Stanojevic Jerkovic, et al., 2017).

1.3. Karakteristike domaćinstva i finansijska opterećenost usled plaćanja zdravstvene zaštite

Sem individualnih karakteristika i karakteristike domaćinstva mogu biti povezane sa postojanjem finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite kao što su broj članova domaćinstva, socijalno – ekonomski status, prisustvo članova domaćinstva starijih od 65 godina, članova sa lošijim zdravstvenim stanjem ili sa potrebom za dugotrajnim lečenjem i negom (Wagner et al., 2011; Masood, Sheiham & Bernabé, 2015; Arsenijevic, et al., 2016; Richard, Walker, Alexandre, 2018; Eurstat, 2019; López – López, et al., 2021).

1.3.1. Veličina domaćinstva

Prosečan broj članova domaćinstva se smanjio u poslednjih nekoliko decenije na šta su uticali smanjen fertilitet, veći broj razvoda i manji broj proširanih porodičnih domaćinstava (European Commission, 2020a). Višečlano domaćinstvo predstavlja privatno domaćinstvo u kome boravi grupa od dve ili više osoba u zajedničkom stambenom prostoru i koja deli prihode i troškove domaćinstva. Jednočlano domaćinstvo označava privatno domaćinstvo u kome osoba živi sama u zasebnoj stambenoj jedinici (Eurostat, 2017a). Sve je veći broj jednočlanih domaćinstava sa članom starijim od 65 godina, najčešće ženskog pola i ovakva domaćinstva predstavljaju osetljivu socijalnu grupu sa povećanim rizikom od siromaštva i socijalne isključenosti (European Commission, 2020a).

Istraživanja su pokazala da domaćinstva sastavljena od dva ili više člana češće imaju neformalne izdatke za zdravstvenu zaštitu i stomatološku zaštitu (Masood, Sheiham & Bernabé, 2015; Williams & Horodnic, 2017). Takođe, domaćinstva sa više članova starijih od 65 godina su bila češće suočena sa katastrofalnim izdacima za zdravstvenu zaštitu, naročito ako su pripadala grupi siromašnih domaćinstava (Hoang– Vu Eozenou, Neelsen & Smitz, 2021). Razlika u učestalosti velikih izdataka za zdravstvenu zaštitu između mlađih i starijih domaćinstava je izraženija u evropskim zemljama nego u drugim regionima. U Evropi je učestalost finansijskog opterećenja bila 5,9 puta veća u domaćinstvima sa starijim članovima, dok je u ostalim regionima sveta učestalost bila od 2,3 do 2,4 puta veća (Williams & Horodnic, 2017; WHO, 2021a).

1.3.2. Finansijsko opterećenje ukupnim troškovima stanovanja i mogućnost domaćinstva da „sastavi kraj sa krajem“

Standard života i siromaštvo se najčešće vezuju za finansijski dohodak ali se sve više u istraživanjima koriste nematerijalni pokazatelji zasnovani na subjektivnoj proceni kao što su finansijsko opterećenje ukupnim troškovima stanovanja, mogućnost domaćinstva da „sastavi kraj sa krajem“ i materijalna deprivacija (FEANTSA, 2017).

Ukupni troškovi stanovanja (*Total housing costs*) obuhvataju mesečnu potrošnju domaćinstava za stanovanje, vodu, grejanje, struju, gas i druga goriva (Eurostat, 2017a). U poslednje dve decenije troškovi stanovanja su se povećavali nesrazmerno u odnosu na povećanje prihoda u većini evropskih zemalja (FEANTSA, 2017). Povećanje troškova stanovanja je u većini država dovelo do smanjenja potrošnje za

druga dobra (za hranu i odeću...) (Eurostat, 2022a). U 2018. godini, 9,6% stanovnika zemalja EU – 27 je trošilo 40% i više ukupnih prihoda domaćinstva na troškove stanovanja tj. bilo je finansijski preopterećeno troškovima stanovanja, gotovo u istom procentu kao i stanovnici 65 i više godina stari (9,8%) (Eurostat, 2022c). Jedan od razloga finansijske preopterećenosti troškovima stanovanja među starijima od 65 godina je i taj što starije osobe u državama EU

najčešće ostaju da žive u istim stanovima u kojima su živeli dok su odgajali decu, zbog čega je prosečan broj soba po osobi starijoj od 65 iznosio 3,3 (za jednočlana domaćinstva), odnosno 2,0 za one koje žive u dvočlanim domaćinstvima (European Commission, 2020a). Žene, starije od 65 godina su češće od muškaraca iste dobne grupe bile preopterećene troškovima stanovanja u većini država EU – 27, kao i u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj (Eurostat, 2022c).

Istraživanja su pokazala da su troškovi za zdravstvenu zaštitu i ishodi zdravstvene zaštite povezani sa uslovima i troškovima stanovanja (Taylor, et al., 2016) i da su domaćinstva koja su imala malo ili nimalo problema da plate svoje svakodnevne troškove češće od ostalih imala izdatke za neformalna plaćanja za zdravstvenu i stomatološku zaštitu (Masood, Sheiham & Bernabé, 2015; Williams, et al., 2017).

Mogućnost domaćinstva da „sastavi kraj sa krajem“ (*Ability to make ends meet*) predstavlja nemonetarni, subjektivni osećaj o mogućnostima domaćinstva da plati svoje neophodne troškove uzimajući u obzir celokupne prihode domaćinstva (Eurostat, 2017a). Povećani troškovi stanovanja najviše su uticali na finansijsko stanje domaćinstva sa srednjim primanjima koja su teško „sastavljala kraj sa krajem“, postala finansijski vulnerabilna ili čak trošila više nego što zarade (OECD, 2019). Rezultati istraživanja ukazuju da su niski prihodi, visoki izdaci za „plaćanja iz džepa” i slaba pokrivenosti esencijalnim lekovima povezani sa manjom mogućnošću da se „sastavi kraj sa krajem” (Hess, et al., 2022). Sa druge strane, u populaciji starijih od 65 godina ispitanici koji su imali poteškoća da „sastave kraj sa krajem” su češće izbegavali korišćenje zdravstvene zaštite (Tavares, 2022). Finansijsko opterećenje usled plaćanja participacije za lekove sa pozitivne liste je češće među stanovnicima sa niskim primanjima (Vogel, Dedet, Pedersen, 2019).

1.3.3. Materijalna deprivacija

Materijalna deprivacija (*Material deprivation*) predstavlja nemonetarnu meru siromaštva i zasniva se na subjektivnoj proceni ispitanika o mogućnosti obezbeđivanja dobara i usluga koja se u jednom društvu smatraju neophodnim za život (Matković, 2014). Materijalna deprivacija se procenjuje na nivou domaćinstva i ukoliko je prisutna ukazuje na dugotrajno siromaštvo (Eurostat, 2021e), a ne na trenutne materijalne teškoće zbog čega se smatra sveobuhvatnijom za procenu siromaštva od visine dohotka (monetarni pokazatelj) (Matković, 2014; Eurostat, 2021e). Materijalna deprivacija može biti umerina ili izrazita. Za procenu postojanja materijalne deprivacije u 2017. godini korišćeni su podaci o nedostatku poželjnih dobara na nivou domaćinstva (obrok sa mesom ili ribom ili veganska zamena svakog drugog dana, televizor u boji, telefon, mašina za pranje veša, automobil, redovan odlazak na godišnji odmor) i o izostanku realizacije finansijskih obaveza domaćinstva (redovno plaćanje stanarine, otplate kredita, plaćanje komunalija, podmirivanje neočekivanih troškova) (Matković, Krstić i Mijatović, 2015; Eurostat, 2021d). U 2019. godini, žene starije od 75 godina se češće od muškaraca iste dobi suočavaju sa poteškoćama pri plaćanju troškova za osnovnu robu i usluge, i češće su suočene sa izrazitom materijalnom deprivacijom (6,0% žena i 3,3% muškaraca) (Eurostat, 2022d).

1.4. Uloga sistema zdravstvene zaštite u zaštiti stanovništva od katastrofalnih izdataka za zdravstvenu zaštitu

Način upravljanja i finansiranja sistema zdravstvene zaštite, pokrivenost stanovništva zdravstvenim osiguranjem, obuhvat stanovništva osnovnim paketom zdravstvenih usluga, zastupljenost „plaćanja iz džepa”, ulaganje u državni sistem zdravstvene zaštite i zaštita ranjivih populacionih grupa od prekomernih troškova za zdravstvenu zaštitu su karakteristike sistema zdravstvene zaštite najčešće povezivane sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite (Chaupain– Guillot & Guillot, 2015; Baeten, et al., 2018; Jalali, Bikineh, Delavari, 2021; Thomson, et al., 2019). Ukoliko sistem zdravstvene zaštite ne obezbedi finansijsku zaštitu, stanovništvo može biti dovedeno u situaciju da usled plaćanja zdravstvene zaštite nema dovoljno novca za ostale životne potrebe (hrana, stanovanje, komunalije...) (WHO, 2021a). Ovo može dovesti do izbegavanja korišćenja zdravstvene zaštite, pogoršanja zdravstvenog stanja, produbljenja zdravstvenih i socijalno – ekonomskih nejednakosti i povećanja siromaštva (Moreno – Serra, Thomson, Xu, 2013; WHO, 2021a).

Način finansiranja zdravstvene zaštite može obezbediti zaštitu domaćinstava od katastrofalnih izdataka za zdravstvenu zaštitu prvenstveno smanjujući „plaćanje iz džepa”. Do sada se kao najbolje pokazalo finansiranje zdravstvene zaštite iz doprinosa za socijalno osiguranje ili iz poreza koji obezbeđuju gotovo univerzalnu pokrivenost stanovništva zdravstvenim uslugama (Murray, et al., 2003; Xu, et al., 2003). Zaštita stanovništva od troškova zdravstvene zaštite postignuta je onda kada ne postoje finansijske barijere za pristup uslugama zdravstvene zaštite i kada „plaćanja iz džepa” za neophodnu zdravstvenu zaštitu nisu uzrok finansijskog opterećenja domaćinstva (McIntyre & Kutzin, 2016; WHO, 2021a). U većini evropskih zemalja pokrivenost stanovništva osnovnim paketom zdravstvenih usluga u 2018. godini (ili najbližoj dostupnoj godini) iznosila je 90% i više (OECD, 2020). U poslednjih 20 godina pokrivenost stanovništva zdravstvenim uslugama se povećala, ali se povećao i broj onih koji su bili finansijski opterećeni usled „plaćanja iz džepa” za zdravstvenu zaštitu (WHO, 2021a). Starenje svetske populacije dodatno otežava napore za smanjenje finansijskog rizika usled korišćenja i plaćanja zdravstvene zaštite (WHO, 2021a).

1.4.1. Sistemi zdravstvene zaštite Republike Srbije, Republike Slovenije i Republike Hrvatske

Norme i vrednosti jednog društva zajedno sa istorijom, politikom, tradicijom i očekivanjima korisnika utiču na oblikovanje sistema zdravstvene zaštite (Jovanović, i sar., 2015). Sistemi zdravstvene zaštite Republike Srbije, Republike Slovenije i Republike Hrvatske vode poreklo od zajedničkog sistema Socijalističke federativne republike Jugoslavije (SFRJ) koga je karakterisala univerzalna pokrivenost stanovništva zdravstvenom zaštitom. Unazad tridesetak godina, u ove tri države, sprovode se reforme sistema zdravstvene zaštite, a menjale su se društveno – političke okolnosti u njima. Slovenija je postala članica Evropske unije 2004. godine, Hrvatska 2013. godine, a Srbija kandidat za članstvo 2009. godine (Džakula, et al., 2014; Albreht, et al., 2016; Bjegovic – Mikanovic, et al., 2019). I pored sprovedenih reformi u prethodnim decenijama, sistemi zdravstvene zaštite ovih država su zadržali sličnosti.

Prvi oblici zdravstvenog osiguranja na teritoriji bivše SFRJ (Bratinske blagajne) formirani su rudarskim zakonima donetim 1854. godine na teritoriji današnje Slovenije i Dalmacije (Ristić, et al., 2016). Prvi zakon o osiguranju radnika u Jugoslaviji donet je 1922. godine, kada su sva osigurana lica dobila redovno pravo na lekarsku pomoć, lekove, sanitetski materijal, lečenje zuba, lečenje u bolnicama itd. Posle drugog svetskog rata, 1945. godine, razvija se zdravstveno osiguranje koje se sa bolesničkog osiguranja proširuje na osiguranje celokupnog stanovništva i uspostavlja se jedinstveni državni nadzor nad ustanovama

socijalnog osiguranja, a budžet socijalnog osiguranja postaje sastavni deo državnog budžeta. Tokom 1950. godine, socijalno osiguranje radnika i službenika i njihovih porodica se zasniva na principima jednakih i neograničenih prava za sve osiguranike. U period od 1961. do 1986. godine nizom zakona i dopuna zakona zdravstveno osiguranje se proširuje i na zanatlije i ugostitelje i uvodi se participacija. Prihodi zdravstvenog osiguranja, u periodu 1981 – 84. godine, najvećim delom potiču od doprinosa iz ličnog dohotka radnika (47,7%) (Ristić, et al., 2016).

Danas, obavezno zdravstveno osiguranje predstavlja osnovni vid finansiranja zdravstvene zaštite u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj (Džakula, et al., 2014; Albreht, et al., 2016; Bjegovic – Mikanovic, et al., 2019). Plaćanje doprinosa je obavezno za zaposlene, zemljoradnike i samozaposlene, visina se određuje proporcionalno u odnosi na visinu prihoda, a osiguranjem su obuhvaćeni i članovi porodice koji nisu osigurani po drugom osnovu. Najsiromašniji, oboleli od pojedinih hroničnih bolesti i druge osetljive populacione grupe definisane zakonskim aktima oslobođene su plaćanja doprinosa. Prikupljanje doprinosa je centralizovano u okviru fonda za zdravstveno osiguranje koji je i glavni finansijer državnog sistema zdravstvene zaštite u svakoj od tri države (Džakula, et al., 2014; Albreht, et al., 2016; Bjegovic – Mikanovic, et al., 2019). Osnovni paketi zdravstvenih usluga u okviru obaveznog zdravstvenog osiguranja su opsežni, a obuhvat stanovništva u sve tri države je skoro potpun (oko 99,9%) (OECD, 2020). U sve tri države deo sredstava za finansiranje zdravstvene zaštite se izdvaja i iz državnog budžeta, prvenstveno za zdravstvenu zaštitu osetljivih grupa stanovništva, deo sredstava se prikuplja participacijom korisnika („plaćanje iz džepa”) (Džakula, et al., 2014; Albreht, et al., 2016; Bjegovic – Mikanovic, et al., 2019), a za penzionere se izdvaja i iz penzionih fondova (MISSCEO, 2017; MISSOC, 2017). U sve tri države postoji mogućnost plaćanja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (MISSCEO, 2017; MISSOC, 2017). Za određne kategorije stanovništva (najsiromašnije, sa nesposobnostima) u Sloveniji, dodatno zdravstveno osiguranje je besplatno tj. plaća se iz budžeta (OECD, 2017).

Obaveznim zdravstvenim osiguranjem su pokrivenne usluge vanbolničkog i bolničkog lečenja i rehabilitacije, deo stomatoloških usluga, preventivni pregledi i lekovi sa pozitivne liste u sve tri države. Za navedene usluge plaća se participacija, pri čemu su visina participacije i oslobađanje od plaćanja iste definisani zakonskim aktima. Siromaštvo, prisustvo pojedinih hroničnih bolesti i nesposobnost su najčešći kriterijumi za oslobađanje od plaćanja participacije u sve tri države. Usluge hitne medicinske pomoći i hitne stomatološke usluge su u potpunosti obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem (Džakula, et al., 2014; Albreht, et al., 2016; Bjegovic – Mikanovic, et al., 2019). Ni u jednoj od pomenutih država stariji od 65 godina nisu oslobođeni od plaćanja participacije samo na osnovu godina starosti, sa izuzetkom starijih od 75 godina u Sloveniji (MISSCEO, 2017; MISSOC, 2017). Oslobađanje od plaćanja participacije je vezano za materijalno stanje starijih osiguranika, trajnu nesposobnost, lečenje od pojedinih hroničnih zaraznih i nearaznih bolesti (AIDS, maligne bolesti, epilepsija...), za donore organa, palijativno zbrinjavanje, hitne medicinske i stomatološke usluge (MISSCEO, 2017; MISSOC, 2017). Stomatološka zdravstvena zaštita za starije od 65 godina nije u potpunosti obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem.

U sve tri države postoji lista esencijalnih lekova („pozitivna” lista lekova) čije prepisivanje je obuhvaćeno obaveznim zdravstvenim osiguranjem (Džakula, et al., 2014; Albreht, et al., 2016; Bjegovic – Mikanovic, et al., 2019). U sve tri države, lekovi koji se daju u toku bolničkog lečenja u potpunosti su pokriveni obaveznim zdravstvenim osiguranjem (MISSOC, 2017; RFZO, 2022). Uporedni prikaz zdravstvenih osiguranja u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj u odnosu na obaveze i beneficije osiguranika starijih od 65 godina dat je u Prilogu 4.

U 2019. godini u Srbiji je izdvojeno 8,7% bruto domaćeg proizvoda (*Gross Domestic Product – GDP*) za zdravstvenu zaštitu, u Sloveniji 8,5%, a u Hrvatskoj 7,0% (WHO, 2022). Izdavanja za zdravstvenu zaštitu po glavi stanovnika (usklađena sa paritetom kupovne moći) iznosila su 1.366 USD u Srbiji, 2.998 USD u Sloveniji i 1.804 USD u Hrvatskoj 2017. godine (WHO, 2022). Od ukupnih izdavanja za zdravstvenu zaštitu 2017. godine, 40,6% je činilo „plaćanje iz džepa” u Srbiji, 12,3% u Sloveniji i 10,9% u Hrvatskoj (WHO, 2022). Izraženo u novcu, ukupno „plaćanje iz džepa” 2020. godine u Srbiji je iznosilo 1.688 miliona USD, u Sloveniji 632, a u Hrvatskoj 464 miliona USD (WHO, 2022a). Udeo ukupnih farmaceutskih troškova u ukupnim troškovima za zdravstvenu zaštitu u 2017. godini iznosi je 32,6% u Srbiji, 18,4% u Sloveniji i 18,5% u Hrvatskoj (WHO, 2023b).

Javna potrošnja za zdravlje (udeo države u finansiranju zdravstvene zaštite) (*Public Spending on Health*) ima centralnu ulogu u uspostavljanju univerzalne pokrivenosti zdravstvenom zaštitom (WHO, 2018) ali se u nekim državama, kao što je to slučaj u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj, uočava smanjenje javne potrošnje za zdravlje. U Srbiji je javna potrošnja za zdravlje sa 79,2% u 1995. godini smanjena na 59,9% 2018. godine, u Sloveniji sa 77,7% na 72,9%, a u Hrvatskoj sa 100% na 87,1% (WHO, 2023c). U državama u kojima je javna potrošnja za zdravlje veća, učestalost pojave finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite je manja (WHO, 2019).

Ukoliko „plaćanja iz džepa” za zdravstvenu zaštitu ne dovode do finansijskih opterećenja i ne ugrožavaju životni standard domaćinstva može se reći da država obezbeđuje finansijsku zaštitu stanovništva od prevelikih plaćanja za zdravstvenu zaštitu (WHO, 2021b). Brojni faktori su povezani sa pojavom finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i sa upotrebom lekova. Neki od faktora su predvidljivi (projekcije broja stanovnika 65 i više godina starih), neki su poznati iz ranijih istraživanja i tesno povezani sa organizacijom i finansiranjem zdravstvenog sistema. Pojava nepredviđenih okolnosti i kriznih situacija otkriva slabe tačke sistema zdravstvene zaštite, a jedna od njih je manja uspešnost zaštite stanovnika starijih od 65 godina od finansijskog opterećenjenja usled korišćenja zdravstvene zaštite (Job, Steptoe & Zaninotto, 2022; Tavares, 2022; WHO, 2021a).

2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

U ovom istraživanju postavljeni su sledeći ciljevi:

1. Odrediti učestalost finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i upotrebe lekova u Republici Srbiji, Republici Sloveniji i Republici Hrvatskoj u populaciji starijih od 65 godina;
2. Ispitati idividualne karakteristike ispitanika starijih od 65 godina (demografske i socijalno–ekonomske karakteristike, zdravstveno stanje, prisustvo hroničnih bolesti) u Republici Srbiji, Republici Sloveniji i Republici Hrvatskoj;
3. Ispitati socijalno–ekonomske karakteristike domaćinstava (broj članova domaćinstva, materijalnu deprivaciju i rizik od siromaštva) u kojima žive ispitanici stariji od 65 godina u Republici Srbiji, Republici Sloveniji i Republici Hrvatskoj;
4. Ispitati povezanost individualnih karakteristika ispitanika starijih od 65 godina sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i upotrebe lekova u Republici Srbiji, Republici Sloveniji i Republici Hrvatskoj;
5. Ispitati povezanost karakteristika domaćinstava u kojima žive ispitanici stariji od 65 godina sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i upotrebe lekova u Republici Srbiji, Republici Sloveniji i Republici Hrvatskoj.

3. MATERIJAL I METODI

3.1. Izvor podataka i tip studije

Istraživanje o finansijskom opterećenju stanovnika starijih od 65 godina usled korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i upotrebe lekova u Republici Srbiji, Republici Sloveniji i Republici Hrvatskoj predstavlja sekundarnu analizu podataka dobijenih iz Ankete (istraživanja) o prihodima i uslovima života (*European Union Survey on Income and Living Conditions – SILC*), sprovedene 2017. godine na teritoriji Republike Srbije (Srbija), Republike Slovenije (Slovenija) i Republike Hrvatske (Hrvatska). Istraživanje o prihodima i uslovima života je dizajnirano po tipu studije preseka i sprovodi se jednom godišnje po jedinstvenoj Eurostat (*European Statistics*) metodologiji što obezbeđuje međunarodnu komparabilnost podataka (Eurostat, 2017a; Wirth & Pforr, 2022). Istraživanje o prihodima i uslovima života se u Republici Srbiji (*Anketa o prihodima i uslovima života*) sprovodi od 2013. godine, u Republici Sloveniji (*Skupnosti o dohotku in življenjskih pogojih*) od 2005. godine, a u Republici Hrvatskoj (*Anketa o dohotku i uslovima života*) od 2010. godine (Eurostat, 2023b).

Za potrebe Istraživanja o finansijskom opterećenju stanovnika starijih od 65 godina usled korišćenja zdravstvene zaštite u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj korišćene su baze EU – SILC iz 2017. godine uz saglasnost Evropske komisije (*European Commission*). Odluka Evropske komisije o odobrenom istraživačkom projektu (Research project proposal for microdata access) zavedena je pod brojem RPP 216/2019– EU– SILC.

3.2. Uzorak

U Istraživanju o prihodima i uslovima života u sve tri države, jedinice posmatranja su bila domaćinstva i svi članovi domaćinstva bez obzira na godine starosti. Domaćinstvom se smatra zajednica lica koja stanuju i hrane se zajedno i zajednički troše ostvarene prihode (za višečlana domaćinstva) ili domaćinstvo čini jedna osoba koja živi sama, hrani se samostalno i troši ostvarene prihode (jednočlano domaćinstvo) (Eurostat, 2017a; Wirth & Pforr, 2022).

Za formiranje uzorka, u sve tri države, korišćen je dvoetafni stratifikovani rotacioni panel uzorak. Kao osnova, primarna jedinica za stratifikaciju, korišćeni su popisni krugovi iz 2011. godine (Srbija i Hrvatska) i Centralni registar stanovnika za 2016. godinu u Sloveniji (GESIS, 2023). U sve tri države, primarne jedinice stratifikovane su prema tipu naselja. U Srbiji i Hrvatskoj tip naselja je definisan u odnosu gustinu naseljenosti (gusto, srednje gusto i retko naseljena), a u Sloveniji u odnosu na zastupljenost bavljenja poljoprivredom i prema teritoriji na regione. Jedinice druge etape, u sve tri države, činila su domaćinstva i njeni članovi. U istraživanje nisu uključeni oni ispitanici koji su živeli u kolektivima kao što su manastiri, starački domovi, vojne ustanove, zatvori i studentski domovi (Eurostat, 2017a).

U SILC istraživanju u 2017. godini u Srbiji, uzorak su činila 5.263 domaćinstva, u Sloveniji 8.801 domaćinstvo, a u Hrvatskoj 7.842 domaćinstva (Eurostat, 2017b– d). U istraživanje SILC 2017. godine bio je uključen „Modul o zdravlju, zdravlju dece i prezaduženosti domaćinstava” (Eurostat, 2017a).

U istraživanju o finansijskom opterećenju stanovnika starijih od 65 godina usled korišćenja zdravstvene zaštite u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj korišćeni su podaci o osobama 65 i više godina starim i o

domaćinstvima u kojima žive. U analizu nisu uključeni ispitanici u čijim domaćinstvima ni jednom članu nije bila potrebna zdravstvena zaštita u toku 12 meseci koji su prethodili anketiranju. Karakteristike uzorka u ovom istraživanju prikazane su na Tabeli 3.2.1.

Tabela 3.2.1. Opis uzorka korišćenog u istraživanju o finansijskom opterećenju stanovnika starijih od 65 godina usled korišćenja zdravstvene zaštite u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj

Opis uzorka	Srbija	Slovenija	Hrvatska	Ukupno
	N	N	N	N
Domaćinstava	2.096	2.920	3.622	8.638
Članovi domaćinstva, 65+	3.424	4.565	4.911	12.900
Ispitanici u domaćinstvima za koja je dat podatak o finansijskom opterećenju domaćinstva usled korišćenja zdravstvene zaštite^o	2.882	4.145	4.333	11.363
Ispitanici u domaćinstvima u kojima ni jednom članu nije bila potrebna zdravstvene zaštite^{o*}	542	420	575	1.537
Ispitanici u domaćinstvima za koja nije dat podatak o finansijskom opterećenju usled korišćenja zdravstvene zaštite^o – nedostajući odgovori	0	0	3	3
Ispitanici u domaćinstvima za koja je dat podatak o finansijskom opterećenju domaćinstva usled korišćenja stomatološke zaštite	1.340	3.003	3.150	7.493
Ispitanici u domaćinstvima u kojima ni jednom članu nije bila potrebna stomatološka zaštite*	2.084	1.562	1.760	5.406
Ispitanici u domaćinstvima za koja nije dat podatak o finansijskom opterećenju usled korišćenja stomatološke zaštite – nedostajući odgovori	0	0	1	1
Ispitanici u domaćinstvima za koja je dat podatak o finansijskom opterećenju domaćinstva usled upotrebe lekova	2.958	4.565	4.345	11.868
Ispitanici u domaćinstvima u kojima ni jednom članu nisu bili potrebni lekovi*	466	0	565	1.031
Ispitanici u domaćinstvima za koja nije dat podatak o finansijskom opterećenju usled upotrebe lekova – nedostajući odgovori	0	0	1	1

N – broj ispitanika; ^ozdravstvena zaštita – odnosi se na zdravstvenu zaštitu u užem smislu tj. na zdravstvene usluge koje pružaju lekari ili drugi medicinski stručnjaci ili se pružaju pod njihovim nadzorom, prema metodologiji SILC istraživanja; *uključuje i slučajeve kada je postojala potreba za zdravstvenom zaštitom, stomatološkom zaštitom i lekovima ali kada ni jedan član domaćinstva, iz bilo kog razloga, nije zadovoljio tu potrebu.

Više je razloga odabira ove populacione grupe za naše istraživanje. Osobe 65 i više godina stare se smatraju starim po definiciji Svetske zdravstvene organizacije, a to je i najčešća starosna granica u mnogim državama za sticanje prava na starosnu penziju, što je slučaj i u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj (MISSCEO, 2017; MISSOC, 2017; European Commission, 2020). Još jedan od razloga je i taj što se na osnovu legislative o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj, od 65.

godine starosti u izvesnoj meri primenjuju posebne odredbe u pogledu plaćanja zdravstvene zaštite i što osobe 65 i više godina stare stiču pravo na korišćenje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja po više osova (starosna penzija, godine starosti) (MISSCEO, 2017; MISSOC, 2017).

3.3. Instrumenti istraživanja

Prikupljanje podataka u Srbiji i Hrvatskoj sprovedeno je „licem u lice” uz korišćenje kompjutera, CAPI (*Computer Assisted Personal Interview*) metoda. U Sloveniji, istraživanje je sprovedeno „licem u lice” korišćenjem CAPI metoda (54% intervjuua) i telefonski (*Computer Assisted Telephone Interviewing*, CATI metodom) za 46% intervjuua (Eurostat, 2017b–d). Na pitanja o domaćinstvu, odgovore je davao predstavnik domaćinstva. Na pitanja o licima odgovore su davali sami ispitanici ukoliko su 16 i više godina stari, a za lica mlađa od 16 godina odgovore je davao predstavnik domaćinstva (Eurostat, 2017a–d).

Instrumenti istraživanja su bili Upitnik za domaćinstva, Upitnik za lica i Upitnik sa pitanjima iz Modula za 2017. godinu (Eurostat, 2017a–d). Upitnik za domaćinstva je sadržao pitanja iz četiri oblasti: opšta pitanja o domaćinstvu, stanovanju, materijalnoj deprivaciji i prihodima. Upitnik za lica sadržao je pitanja iz pet oblasti: demografske karakteristike ispitanika, obrazovanje, zdravstveno stanje, zaposlenje i prihodi (Eurostat, 2017a–d; Wirth & Pforr, 2022). U 2017. godini u instrumente istraživanja uključen je i „*Modul o zdravlju i zdravlju dece*” sa pitanjima o finansijskoj opterećenosti domaćinstva usled korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i upotrebe lekova, o broju poseta lekaru opšte prakse, stomatologu i specijalistima (internisti ili hirurgu), fizičkoj aktivnosti, navikama u ishrani i pitanja o zdravlju dece (Eurostat, 2017a–d; Wirth & Pforr, 2022). Ovaj modul, sa pitanjima o finansijskoj opterećenosti domaćinstva usled korišćenja zdravstvene zaštite, bio je deo SILC upitnika jedino u 2017. godini i nije ponavljan u narednim godinama (Wirth & Pforr, 2022). Prema metodologiji, pitanja o finansijskom opterećenju su bila uniformna u svim državama, obezbeđujući uporedivost dobijenih odgovora (Eurostat, 2017a).

3.4. Varijable

U ovom istraživanju su korišćene ishodne varijable u vezi sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite i karakteristike ispitanika i domaćinstava kao nezavisne varijable.

3.4.1. Ishodne varijable

U ovom istraživanju korišćene su tri ishodne varijable: finansijsko opterećenje usled korišćenja zdravstvene zaštite (u užem smislu), finansijsko opterećenje usled korišćenja stomatološke zaštite i finansijsko opterećenje usled upotrebe lekova. Pitanja o finansijskom opterećenju usled korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i upotrebe lekova bila su deo Upitnika za domaćinstva i odnosila su se na iskustvo domaćinstva u vezi sa „plaćanjem iz džepa” za zdravstvenu zaštitu, stomatološku zaštitu i lekove u godini koja je predhodila istraživanju (2016. godina) (Eurostat, 2017a).

Na taj način prikupljeni su kvalitativni podaci o „plaćanju iz džepa” za zdravstvenu i stomatološku zaštitu i za lekove (uključujući i troškove koji su naknadno refundirani) na nivou domaćinstva. Pitanja o finansijskom opterećenju nisu uključivala troškove premija za zdravstveno osiguranje (ni obavezno ni

dobrovoljno). Odgovor na pitanje o finansijskoj opterećenosti usled korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i upotrebe lekova dat na nivou domaćinstva odnosio se na svakog člana tog domaćinstva. Naziv ishodnih varijabli, pitanja i odgovori iz originalnog upitnika (Eurostat, 2017a) i transformisane varijable prikazne su u Tabeli 3.4.1.1.

Tabela 3.4.1.1. Ishodne varijable korišćene u istraživanju o finansijskom opterećenju stanovnika starijih od 65 godina usled korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i upotrebe lekova

Naziv ishodne varijable*	Pitanje*	Originalan odgovor*	Transformisane varijabla
Finansijsko opterećenje usled korišćenja zdravstvene zaštite^o	„U kojoj meri su troškovi medicinskih pregleda ili lečenja predstavljali finansijsko opterećenje za vaše domaćinstvo tokom poslednjih 12 meseci?“	1 – značajno opterećenje 2 – umereno opterećenje 3 – bez opterećenja	0 – bez finansijskog opterećenja 1 – sa finansijskim opterećenjem (uključuje odgovore „umereno opterećenje“ i „značajno opterećenje“).
Finansijsko opterećenje usled korišćenja stomatološke zaštite	„U kojoj meri su troškovi stomatoloških pregleda ili lečenja predstavljali finansijsko opterećenje za vaše domaćinstvo tokom poslednjih 12 meseci?“	1 – značajno opterećenje 2 – umereno opterećenje 3 – bez opterećenja	0 – bez finansijskog opterećenja 1 – sa finansijskim opterećenjem (uključuje odgovore „umereno opterećenje“ i „značajno opterećenje“).
Finansijsko opterećenje usled upotrebe lekova	„U kojoj meri su troškovi za lekove (priopisane na recept i kupljene u slobodnoj prodaji) predstavljali finansijsko opterećenje za vaše domaćinstvo tokom poslednjih 12 meseci?“	1 – značajno opterećenje 2 – umereno opterećenje 3 – bez opterećenja	0 – bez finansijskog opterećenja 1 – sa finansijskim opterećenjem (uključuje odgovore „umereno opterećenje“ i „značajno opterećenje“).

*Izvor: European Commission. Eurostat. (2017a). Methodological guidelines and description of EU– SILC target variables. Version August 2017. Directorate F: Social Statistics. Unit F– 4: Quality of life; ^oZdravstvena zaštita – odnosi se na zdravstvenu zaštitu u užem smislu tj. na zdravstvene usluge koje pružaju lekari ili drugi medicinski stručnjaci ili se pružaju pod njihovim nadzorom, prema metodologiji SILC istraživanja

Zdravstvena zaštita (*medical care*) se odnosila na medicinske preglede ili lečenje koje obavljaju lekari ili koji se obavljaju pod direktnim nadzorom lekara ili drugih medicinskih stručnjaka (u skladu sa nacionom legislativom), uključujući: lečenje, rehabilitaciju, dugotrajno lečenje i negu, psihijatrijsko, stacionarno i ambulantno lečenje, dnevnu bolnicu, kućnu negu i preventivnu zdravstvenu zaštitu, izuzev usluga iz oblasti stomatološke zaštite i upotrebe propisanih i nepropisanih lekova. Stomatološka zdravstvena zaštita (u daljem tekstu stomatološka zaštita) se odnosila na preglede ili tretmane koje obavljaju stomatolozi ili se obavljaju pod direktnim nadzorom stomatologa i ortodonta kao i preventivne stomatološke preglede i usluge, izuzev korišćenja zdravstvene zaštite i propisanih i nepropisanih lekova (Eurostat, 2017a– d).

Lekovi su definisani kao proizvodi koji su korišćeni za ublažavanje simptoma, za sprečavanje bolesti ili za lečenje, uključujući: lekove koje je propisao lekar ili stomatolog (bez obzira da li im troškove nadoknađuje zdravstveno osiguranje ili ne), lekove koji nisu prepisani (lekovi bez recepta, slobodna prodaja), lekovi koji se koriste samoinicijativno ili uz konsultaciju sa lekarom (ali nisu napisani na receptu), biljni lekovi (osim biljnih čajeva koji se ne smatraju lekovima), homeopatski lekovi, dijetetski suplementi (vitamini, minerali ili tonici), kontracepcijske pilule koje se koriste u nekontracepcijske svrhe i drugi hormoni (Eurostat, 2017a– d).

3.4.2. Nezavisne varijable

Nezavisne varijable korišćene u ovom istraživanju odabrane su na osnovu rezultata dosadašnjih istraživanja dostupnih u međunarodnoj literaturi (Wagner, et al., 2011; Moreno– Serra, et al., 2013; Blumberg, et al., 2014; Richard et al., 2018; López – López, et al., 2021). Dodatni kriterijum za izbor nezavisnih varijabli bila je njihova dostupnost u bazi podataka EU– SILC– a za sve tri zemlje. Nezavisne varijable grupisane su u dve grupe: 1. varijable koje se odnose na lica – individualne karakteristike ispitanika; 2. varijable koj se odnose na domaćinstva – karakteristike domaćinstva. Nezavisne varijable, njihova merna skala i transformisane varijable prikazane su u Tabeli 3.4.2.1.

Tabela 3.4.2.1. Nezavisne varijable, merna skala i transformisane varijable u istraživanju finansijskog opterećenja stanovnika starijih od 65 godina usled korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i upotrebe lekova

Naziv nezavisne varijable	Merna skala	Transformisane varijabla
INDIVIDUALNE KARAKTERISTIKE ISPITANIKA		
Država	Nominalna	Srbija Slovenija Hrvatska
Pol	Nominalna	Muški Ženski
Dobne grupe[‡]	Ordinalna	65– 69 godina 70– 74 godina 75– 79 godina 80 i više godina
Bračno stanje	Nominalna	Neoženjen/neudata, razdvojen/a, udovac/ica, razveden/a Oženjen/udata ili u vanbračnoj zajednici
Samoprocenjeno zdravstveno stanje	Ordinalna	Vrlo dobro Dobro Slabo Loše Veoma loše
Prisustvo hronične bolesti ili stanja	Nominalna	Ne Da
Ograničenja u svakodnevnom aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja	Ordinalna	Bez ograničenja Sa umerenim ograničenjem Teško ograničenje
Edukacija (najviši ostvareni nivo edukacije po ISCED* klasifikaciji)	Ordinalna	Završena osnovna škola ili manje Srednja stručna škola različite dužine trajanja, gimnazija, specijalizacija posle srednje škole, škola za visokokvalifikovane radnike, viša škola Fakultet, osnovne akademske studije, visoke strukovne škole, specijalističke strukovne studije, master, integrisane studije, magistratura, doktorat
Radni staž (u godinama plaćenog rada)	Ordinalna	Broj godina (kontinuirana varijabla)
U riziku od siromaštva ili socijalne isključenosti	Nominalna	Ne, za ispitanike bez RoS [°] , IMD* i NIR ⁺ Da, ukoliko postoji RoS [°] ili sa IMD* ili sa NIR ⁺
KARAKTERISTIKE DOMAĆINSTVA		
Veličina domaćinstva	Ordinalna	Jednočlano Dvočlano Tri ili više članova
Finansijsko opterećene svakodnevnom troškovima domaćinstva	Ordinalna	Bez opterećenja Blago opterećenje Veliko opterećenje
Mogućnost domaćinstva da „sastavi kraj sa krajem“ (tj. da plati sve neophodne troškove domaćinstva)	Ordinalna	Lako ili veoma lako Prilično lako ili sa malo poteškoća Sa teško ili veoma teško
Izrazita materijalna deprivacija domaćinstva	Nominalna	Bez izrazite materijalne deprivacije Sa izrazitom materijalnom deprivacijom

[‡]Dobne grupe definisane na osnovu EU-SILC varijable RX010 – navršene godine života u trenutku sprovođenja intervjua, Eurostat.

European Commission (2017a). Methodological guidelines and description of EU– SILC target variables. Version August 2017.

Directorate F: Social Statistics. Unit F– 4: Quality of life; *ISCED (International Standard Classification of Education) – Međunarodna standardna klasifikacija obrazovanja; [°]RoS – rizik od siromaštva; *IMD– izrazita materijalna deprivacija; ⁺NIR – nizak intezitet rada

Varijabla „U riziku od siromaštva i socijalne isključenosti” (*At – risk – of – poverty – and – social – exclusion rate, AROPE*), definisana 2010. godine od strane Eurostata, izračunava se korišćenjem

podataka o udelu ispitanika koji su ili u riziku od siromaštva ili su izrazito materijalno deprivirani ili žive u domaćinstvima veoma niskog intenziteta rada (Eurostat, 2021a). Ova varijabla izračunata je od strane Eurostata i sastavni je deo EU – SILC baza. Udeo osoba u riziku od siromaštva (*At – risk – of – poverty rate*) (Tabela 3.4.2.1) predstavlja broj osoba koje se na osnovu ličnog dohotka nalaze ispod linije siromaštva tj. čiji je dohodak po članu domaćinstva, nakon socijalnih transfera, niži od 60% prosečnog nacionalnog ličnog dohotka (Eurostat, 2021b). Izrazita materijalna deprivacija i život u domaćinstvima veoma niskog intenziteta rada su ispitivana na nivou domaćinstva i odnose se na sve članove domaćinstva. Broj osoba koje žive u domaćinstvima sa veoma niskim intenzitetom rada (*Persons living in households with very low work intensity*) se odnosi na osobe koje žive u domaćinstvima u kojima su odrasli (18 do 60 odnosno 64 godina) radili 20% ili manje od potencijalnog radnog vremena u periodu od 12 meseci koji su predhodili istraživanju (Eurostat, 2021c). Za izračunavanje ovog indikatora koriste se samo podaci o radno aktivnim članovima domaćinstva isključujući decu, studente i penzionere (Eurostat, 2021c).

Udeo domaćinstava sa izrazitom materijalnom i socijalnom deprivacijom (*Severe material and social deprivation rate, SMSD*), je specifičan složeni EU – SILC indikator, izračunat takođe od strane Eurostata po jedinstvenoj metodologiji i sastavni je deo EU – SILC baza (Eurostat, 2021d). Prema metodologiji Eurostata, u EU – SILC istraživanju 2017. godine, materijalna deprivacija (*Material deprivation*) je procenjena na osnovu 9 stavki: mogućnosti redovnog plaćanja kirije, hipoteke, računa za komunalne usluge, otplate kredita ili drugih zaduženja; mogućnosti suočavanja sa nepredvidivim izdacima; mogućnosti adekvatnog grejanja stambenog prostora; dostupnost obroka sa mesom, piletinom ili ribom (ili vegetarijanskim ekvivalentom) svakog drugog dana; mogućnost odlaska na jednonedeljni odmor jednom godišnje; posedovanje televizora u boji; posedvanje automobila; veš mašine i telefona (Eurostat, 2021e). Oskudica u najmanje tri stavke ukazuje na prisustvo materijalne deprivacije domaćinstva, oskudica u četiri stavke ukazuje na izrazitu (*Severe material deprivation*), a u pet ili više stavki na ekstremnu materijalnu deprivaciju (*Persistent material deprivation*) (Matković, 2014; Eurostat, 2021e). Ova varijabla je u našem istraživanju korišćena kao nezavisna varijabla iz grupe karakteristika domaćinstva (Tabela 3.4.2.1).

3.5. Etička saglasnost

Istraživanje o finansijskom opterećenju stanovnika starijih od 65 godina usled korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i upotrebe lekova u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj je odobreno od strane etičke komisije Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu (Br. 1322 / IX – 6 od 22.09.2022.).

3.6. Statistička analiza podataka

Analiza podataka u ovom istraživanju izvršena je metodama deskriptivne i analitičke statistike. Od deskriptivnih statističkih metoda korišćeni su apsolutni i relativni brojevi (pokazatelji strukture), mere centralne tendencije (aritmetička sredina) i mere varijabiliteta (standardna devijacija, 95% interval poverenja). Za testiranje značajnosti razlika u učestalosti kvalitativnih varijabli korišćen je Pirsonov hi – kvadrat test (*Pearson’s chi – squared test*). Za testiranje značajnosti razlika između numeričkih varijabli bez normalne raspodele korišćen je Man – Vitnijev test (*Mann – Whitney test*). Normalnost raspodele testirana je Kolmogorov – Smirnov testom (*Kolmogorov – Smirnov test*).

Sve nezavisne varijable koje su bile statistički značajne na nivou od 0,05 u univarijantnim analizama, bile su uključene u multiple logističke regresione modele sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i upotrebe lekova kao ishodnim varijablama. Analize su sprovedene posebno za Srbiju, Sloveniju i Hrvatsku. Za svaku ishodnu varijablu definisana su po dva modela: Model 1 koji je obuhvatao individualne varijable i Model 2 koji je obuhvatao individualne varijable i varijable na nivou domaćinstva. Ukupno je sprovedeno 18 logističkih regresija (Šema 1).

Šema 1. Multivarijantni logistički regresioni modeli za Srbiju, Sloveniju i Hrvatsku

Ishodne varijable	Nezavisne varijable uključene u modele	Srbija		Slovenija		Hrvatska	
		Model 1	Model 2	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2
Finansijsko opterećenje usled korišćenja zdravstvene zaštite ^o	individualne	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2
	na nivou domaćinstva						
Finansijsko opterećenje usled korišćenja stomatološke zaštite	individualne	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2
	na nivou domaćinstva						
Finansijsko opterećenje usled upotrebe lekova	individualne	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2
	na nivou domaćinstva						

^oZdravstvena zaštita – odnosi se na zdravstvenu zaštitu u užem smislu tj. na zdravstvene usluge koje pružaju lekari ili drugi medicinski stručnjaci ili se pružaju pod njihovim nadzorom, prema metodologiji SILC istraživanja

Unakrsni odnos (*Odds Ratio – OR*) i 95% interval poverenja (*Confidence Interval – CI*) je prikazan za svaki logistički regresioni model. U istraživanju, vrednost p manja od 0,05 je smatrana za statistički značajnom. Svi podaci analizirani su statističkim softverskim paketom (*Statistical Package for Social Sciences – SPSS Version 22*).

4. REZULTATI

Analiza rezultata je prikazana u devet celina. U prvom delu prikazane su individualne demografske i socijalno – ekonomske karakteristike ispitanika u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj. U drugom delu prikazano je zdravstveno stanje ispitanika, a u trećem demografske i socijalno – ekonomske karakteristike domaćinstava. U sledećem, četvrtom delu prikazana je distribucija ispitanika na osnovu individualnih karakteristika, zdravstvenog stanja i karakteristika domaćinstva i prisustva finansijske opterećenosti usled korišćenja zdravstvene zaštite u svakoj od ispitivanih država. U petom delu prikazana je distribucija ispitanika na osnovu individualnih karakteristika, zdravstvenog stanja i karakteristika domaćinstva i prisustva finansijske opterećenosti usled korišćenja stomatološke zaštite, a u šestom delu usled upotrebe lekova u sve tri države. Poslednja tri dela, sedmi, osmi i deveti, se odnose na analizu rezultata multivarijantnih logističkih regresija finansijskog opterećenja ispitanika usled korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i lekova kao ishodnim varijablama.

4.1. Demografske i socijalno – ekonomske karakteristike ispitanika i domaćinstava i zdravstveno stanje ispitanika

U ovom istraživanju korišćene su demografske i socijalno – ekonomske varijable na individualnom nivou i na nivou domaćinstva. Sem socijalno – ekonomskih, na individualnom nivou su korišćene i varijable u vezi sa zdravstvenim stanjem ispitanika.

Istraživanjem SILC u 2017. godini u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj obuhvaćeno je ukupno 12.900 ispitanika 65 i više godina starih i to: 3.424 u Srbiji, 4.565 u Sloveniji i 4.911 u Hrvatskoj. Prosečna starost ispitanika iznosila je 73,2 +/- 5,4 godina (Tabela 4.1.1.1).

4.1.1. Individualne demografske i socijalno – ekonomske karakteristike ispitanika

U sve tri države većinu su činili ispitanici u dobnoj grupi od od 65 do 69 godina i ispitanice ženskog pola. U Srbiji je procenat ispitanika koji žive u bračnoj ili vanbračnoj zajednici (47,9%) bio manji nego u Sloveniji (65,1%) i Hrvatskoj (56,1%). U sve tri države najviše ispitanika je završilo srednju školu, ali je u Srbiji bilo više ispitanika koji su završili osnovnu školu ili niži stepen obrazovanja (32,7%) u odnosu na Hrvatsku (16,3%) dok je u Sloveniji najniži nivo obrazovanja bila srednja škola. Najduži radni staž zabeležen je kod ispitanika u Sloveniji ($34,5 \pm 2,0$ godina). Najviše ispitanika sa rizikom od siromaštva ili socijalne isključenosti je bilo u Hrvatskoj (34,0%), nešto manje u Srbiji (32,7%), a najmanje u Sloveniji (14,5%) (Tabela 4.1.1.1).

Tabela 4.1.1.1. Distribucija ispitanika u odnosu na individualne demografske i socijalno – ekonomske karakteristike u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj

INDIVIDUALNE KARAKTERISTIKE ISPITANIKA	Srbija		Slovenija		Hrvatska		Ukupno	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	3.424	26,5	4.565	35,4	4.911	38,1	12.900	100,0
Pol								
muški	1.476	43,1	2.078	45,5	2.082	42,4	5.636	43,7
ženski	1.948	56,9	2.487	54,5	2.829	57,6	7.264	56,3
Ukupno	3.424	100,0	4.565	100,0	4.911	100,0	12.900	100,0
Dobna grupa								
65 – 69	1.152	33,6	1.600	35,0	1.520	31,0	4.272	33,1
70 – 74	795	23,2	1.073	23,5	1.178	24,0	3.046	23,6
75 – 79	731	21,3	885	19,4	1.047	21,3	2.663	20,6
80 i više	746	21,8	1.007	22,1	1.166	23,7	2.919	22,6
Ukupno	3.424	100,0	4.565	100,0	4.911	100,0	12.900	100,0
Bračno stanje								
neudat/a, rastavljen/a, razveden/a, udovac/udovica	1.784	52,1	1.586	34,9	2.156	43,9	5.382	41,8
u braku ili vanbračnoj zajednici	1.640	47,9	2.960	65,1	2.755	56,1	7.499	58,2
Ukupno	3.424	100,0	4.546	100,0	4.911	100,0	12.881	100,0
Edukacija								
osnovna škola ili manje	1.121	32,7	0	0,0	802	16,3	1.923	14,9
srednja škola	1.816	53,0	3.899	85,4	3.480	70,9	9.195	71,3
viša škola ili fakultet	487	14,2	666	14,6	629	12,8	1.782	13,8
Ukupno	3.424	100,0	4.565	100,0	4.911	100,0	12.900	100,0
Dužina radnog staža (u godinama) aritmetička sredina ± standardna devijacija	33,6 ± 2,6		34,5 ± 2,0		32,3 ± 4,1		33,2 ± 8,7	
Postojanje rizika od siromaštva ili socijalne ekskluzije								
ne	2.306	67,3	3.903	85,5	3.243	66,0	9.452	73,3
da	1.118	32,7	662	14,5	1.668	34,0	3.448	26,7
Ukupno	3.424	100,0	4.565	100,0	4.911	100,0	12.900	100,0

N– broj ispitanika

4.1.2. Zdravstveno stanje ispitanika, hronične bolesti i ograničenja u svakodnevnim aktivnostima usled bolesti ili stanja

Ispitanici su ocenjivali svoje zdravstveno stanje na osnovu samoprocene zdravlja, prisustva hroničnih bolesti ili stanja i na osnovu samoprocene ograničenja u svakodnevnim aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja. U Srbiji i Sloveniji najviše ispitanika je ocenilo svoje zdravstveno stanje kao slabo (38,8% odnosno 43,1%), a u Hrvatskoj kao loše (35,0%). Najveći procenat ispitanika u sve tri države je imao hronične bolesti ili stanja, a najviše u Hrvatskoj (74,4%). U Sloveniji je najviše ispitanika prijavilo prisustvo umerenog ograničenja u svakodnevnim aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja (41,1%) kao i u Hrvatskoj (43,9%), dok je u Srbiji najveći broj ispitanika prijavio teško ograničenje u svakodnevnim aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja (57,4%) (Tabela 7.1.2.1).

Tabela 4.1.2.1. Distribucija ispitanika u odnosu na samoprocenjeno zdravstveno stanje, hronične bolesti i ograničenja u svakodnevnim aktivnostima u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj

INDIVIDUALNE KARAKTERISTIKE ISPITANIKA	Srbija		Slovenija		Hrvatska		Ukupno	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	3.424	26,5	4.565	35,4	4.911	38,1	12.900	100,0
Samoprocenjeno zdravstveno stanje								
vrlo dobro	54	1,6	80	3,6	105	2,1	239	2,3
dobro	437	12,8	637	28,4	876	17,9	1.950	18,4
slabo	1.328	38,8	966	43,1	1.682	34,3	3.976	37,6
loše	1.322	38,6	464	20,7	1.718	35,0	3.504	33,1
veoma loše	283	8,3	96	4,3	523	10,7	902	8,5
Ukupno	3.424	100,0	2.243	100,0	4.904	100,0	10.571	100,0
Hronične bolesti ili stanja								
ne	1.008	29,4	709	31,6	1.256	25,6	2.973	28,1
da	2.416	70,6	1.534	68,4	3.647	74,4	7.597	71,9
Ukupno	3.424	100,0	2.243	100,0	4.903	100,0	10.570	100,0
Ograničenja u svakodnevnim aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja								
bez graničenja	467	13,6	494	22,0	1.256	25,6	2.217	21,0
sa umerenim ograničenjem	991	28,9	922	41,1	2.155	43,9	4.068	38,5
teško ograničenje	1.966	57,4	827	36,9	1.493	30,4	4.286	40,5
Ukupno	3.424	100,0	2.243	100,0	4.904	100,0	10.571	100,0

N – broj ispitanika

4.1.3. Demografske i socijalno – ekonomske karakteristike domaćinstva

U ovom istraživanju bilo je uključeno ukupno 8.638 domaćinstava, 2.096 (24,3%) iz Srbije, 2.920 (33,8%) iz Slovenije i 3.622 (41,9%) iz Hrvatske. U Srbiji su ispitanici najčešće živeli u višechlanim domaćinstvima (47,5%), a u Sloveniji i Hrvatskoj u dvočlanim (50,2% odnosno 49,9%). Ispitanici stariji od 65 godina u Hrvatskoj su u 27,2% živeli sami, u nešto manjem procentu u Srbiji (20,0%), a u najmanjem u Sloveniji (15,0%) (Tabela 4.1.3.1).

Finansijsko opterećene svakodnevnim troškovima domaćinstva je bilo najzastupljenije u Sloveniji i to u blagom stepenu (52,4%), dok su u Srbiji i Hrvatskoj najzastupljenija bila domaćinstva koja nisu bila opterećena svakodnevnim troškovima (63,9%, odnosno 54,7%). U Srbiji je najveći procenat ispitanika živeo u domaćinstvima koja su sa teškoćama ili veoma teško „sastavljala kraj sa krajem“ (62,3%). Ispitanici u Sloveniji i Hrvatskoj su u najvećem procentu živeli u domaćinstvima koja su teže ili sa malo poteškoća „sastavljala kraj sa krajem“ (61,3%, odnosno 48,4%). U sve tri države najveći procenat ispitanika, u Sloveniji preko 95%, a u Srbiji i Hrvatskoj preko 80%, je živeo u domaćinstvima bez izrazite materijalne deprivacije (Tabela 4.1.3.1).

Tabela 4.1.3.1. Distribucija ispitanika u odnosu na demografske i socijalno – ekonomske karakteristike domaćinstva u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj

KARAKTERISTIKE DOMAĆINSTVA	Srbija		Slovenija		Hrvatska		Ukupno	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	3.424	26,5	4.565	35,4	4.911	38,1	12.900	100,0
Veličina domaćinstva								
jednočlano	686	20,0	686	15,0	1.337	27,2	2.709	21,0
dvočlano	1.113	32,5	2.292	50,2	2.452	49,9	5.857	45,4
tri ili više članova	1.625	47,5	1.587	34,8	1.122	22,8	4.334	33,6
Ukupno	3.424	100,0	4.656	100,0	4.911	100,0	12.900	100,0
Finansijsko opterećene svakodnevnim troškovima domaćinstva								
bez opterećenja	2.184	63,9	1.580	34,6	2.643	54,7	6.407	50,0
blago opterećenje	1.112	32,5	2.391	52,4	1.882	38,9	5.385	42,0
veliko opterećenje	124	3,6	594	13,0	310	6,4	1.028	8,0
Ukupno	3.420	100,0	4.565	100,0	4.835	100,0	12.820	100,0
Sposobnost da se „sastavi kraj sa krajem“								
lako ili veoma lako	59	1,7	673	14,7	166	3,4	898	7,0
teže ili sa malo poteškoća	1.233	36,0	2.799	61,3	2.376	48,4	6.408	49,7
sa teškoćama ili veoma teško	2.132	62,3	1.093	23,9	2.367	48,2	5.592	43,4
Ukupno	3.424	100,0	4.565	100,0	4.909	100,0	12.898	100,0
Izrazita materijalna deprivacija domaćinstva								
ne	2.770	80,9	4.356	95,4	4.245	86,4	11.371	88,1
da	654	19,1	209	4,6	666	13,6	1.529	11,9
Ukupno	3.424	100,0	4.565	100,0	4.911	100,0	12.900	100,0

N – broj ispitanika

4.2. Finansijsko opterećenje usled korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i lekova

U ovom poglavlju prikazana je učestalost finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite i učestalost ispitivanih individualnih karakteristika i karakteristika domaćinstava kod ispitanika sa i bez finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite. U našem istraživanju zdravstvena zaštita se odnosila na zdravstvenu zaštitu u užem smislu (*medical care*, u daljem tekstu zdravstvena zaštita, pogledati Metod 3.4.1).

4.2.1. Finansijsko opterećenje usled korišćenja zdravstvene zaštite

Ukupno je 3.936 (34,7%) ispitanika starijih od 65 godina u našem istraživanju je bilo finansijski opterećeno usled korišćenja zdravstvene zaštite tj. usled „plaćanja iz džepa” za zdravstvenu zaštitu u godini koja je prethodila istraživanju. Najviše ih je bilo u Hrvatskoj (2.167 ili 50,0% ispitanika), zatim u Srbiji (1.143 ispitanika ili 39,7%), a najmanje u Sloveniji (626 ispitanika ili 15,1%).

4.2.1.1. Individualne demografske i socijalno – ekonomske karakteristike ispitanika i finansijsko opterećenje usled korišćenja zdravstvene zaštite

Individualne demografske i socijalno – ekonomske karakteristike ispitanika su bile različito zastupljene među ispitanicima sa i bez finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj.

U Srbiji su ispitanici starijih dobnih grupa (od 70 do 74 godina starosti), sa završenom osnovnom školom ili manjim stepenom obrazovanja i ispitanici u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti bili statistički značajno ($p < 0,05$) više zastupljeni u grupi ispitanika sa finansijskim opterećenjem domaćinstva usled korišćenja zdravstvene zaštite u poređenju sa drugim ispitanicima. U Sloveniji, među ispitanicima sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite bilo je statistički značajno više ($p < 0,05$) onih u dobnjoj grupi od 70 do 74 godina starosti, koji su živeli u braku ili vanbračnoj zajednici, koji su završili višu školu ili fakultet, imali veći broj godina radnog staža i onih bez rizika od siromaštva i socijalne isključenosti nego drugih ispitanika. Među ispitanicima koji su prijavili finansijsko opterećenje usled korišćenja zdravstvene zaštite u Hrvatskoj bilo je statistički značajno više ($p < 0,05$) onih koji su živeli u bračnoj ili vanbračnoj zajednici nego onih koji nisu živeli u braku ili vanbračnoj zajednici (Tabela 4.2.1.1.1).

Tabela 4.2.1.1.1. Distribucija ispitanika sa i bez finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite u odnosu na individualne demografske i socijalno – ekonomske karakteristike u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj

INDIVIDUALNE KARAKTERISTIKE ISPITANIKA	Srbija			Slovenija			Hrvatska		
	finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite ^o			finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite ^o			finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite ^o		
	Ne N (%)	Da N (%)	P	Ne N (%)	Da N (%)	P	Ne N (%)	Da N (%)	P
Pol									
muški	776 (44,6)	475 (41,6)	0,113	1.594 (45,3)	301 (48,1)	0,213	908 (41,9)	934 (43,1)	0,450
ženski	963 (55,4)	668 (58,4)		1.925 (54,7)	325 (51,9)		1.258 (58,1)	1.233 (57,5)	
Dobna grupa									
65 – 69	621 (35,7)	341 (29,8)	0,011	1.197 (34,0)	240 (38,3)	0,038	695 (32,1)	634 (29,3)	0,180
70 – 74	390 (22,4)	286 (25,0)		819 (23,3)	153 (24,4)		525 (24,2)	525 (24,2)	
75 – 79	377 (21,7)	260 (22,7)		699 (19,9)	118 (18,8)		443 (20,5)	480 (22,2)	
80 i više	351 (20,2)	256 (22,4)		804 (22,8)	115 (18,4)		503 (23,2)	528 (24,4)	
Bračno stanje									
neudat/a, rastavljen/a, razveden/a, udovac/udovica	796 (45,8)	528 (46,2)	0,854	1.243 (35,3)	155 (24,8)	<0,01	994 (45,9)	853 (39,4)	<0,01
u braku ili vanbračnoj zajednici	943 (54,2)	615 (53,8)		2.276 (64,7)	741 (75,2)		1.172 (54,1)	1.314 (60,6)	
Edukacija									
osnovna škola ili manje	517 (29,7)	424 (37,1)	<0,01	0	0	<0,01	334 (15,4)	352 (16,2)	0,427
srednja škola	949 (54,6)	583 (51,0)		3.039 (86,4)	498 (79,6)		1.538 (71,0)	1.547 (71,4)	
viša škola ili fakultet	273 (15,7)	136 (11,9)		480 (13,6)	128 (20,4)		294 (13,6)	268 (12,4)	
Dužina radnog staža (u godinama) aritmetička sredina ±SD	33,8 ± 11,0	33,5 ± 11,5	0,431	34,4 ± 8,9	35,3 ± 8,4	<0,01	32,4 ± 10,2	32,4 ± 9,9	0,499
U riziku od siromaštva ili stopa socijalne isključenosti									
<i>ne</i>	1.282 (73,7)	685 (59,9)	<0,01	2.997 (85,2)	567 (90,6)	<0,01	1.483 (68,5)	1.422 (65,6)	0,050
<i>da</i>	457 (26,3)	458 (40,1)		522 (14,8)	59 (9,4)		683 (31,5)	745 (34,4)	

^oZdravstvena zaštita – odnosi se na zdravstvenu zaštitu u užem smislu tj. na zdravstvene usluge koje pružaju lekari ili drugi medicinski stručnjaci ili se pružaju pod njihovim nadzorom, prema metodologiji SILC istraživanja; N – broj ispitanika; SD – standardna devijacija; p – nivo značajnosti.

4.2.1.2. Zdravstveno stanje ispitanika, hronične bolesti, ograničenja u svakodnevnim aktivnostima i finansijsko opterećenje usled korišćenja zdravstvene zaštite

Ispitanici sa različitim samoprocenom zdravstvenog stanja, sa ili bez hroničnih bolesti i sa različitim stepenom ograničenja u svakodnevnim aktivnostima su bili zastupljeni u statistički značajnom ($p < 0,05$) različitom procentu među grupama ispitanika sa i bez finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite.

U Srbiji i Hrvatskoj je među ispitanicima sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite bilo statistički značajno više ($p < 0,05$) onih koji su svoje zdravlje ocenili kao loše i veoma loše, koji su bolovali od hroničnih bolesti ili stanja i koji su bili umereno ili teško ograničeni u svakodnevnim aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja u odnosu na one koji su bolje ocenili svoje zdravlje, koji nisu bolovali od hroničnih bolesti ili stanja i bili bez ograničenja u svakodnevnim aktivnostima. U Sloveniji je bilo statistički značajno više ($p < 0,05$) ispitanika sa umerenim i teškim ograničenjem u svakodnevnim aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja u grupi sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite nego ispitanika bez ograničenja u svakodnevnim aktivnostima (Tabela 4.2.1.2.1).

Tabela 4.2.1.2.1. Distribucija ispitanika sa i bez finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite u odnosu na zdravstveno stanje, hronične bolesti ili stanja i ograničenja u svakodnevnim aktivnostima u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj

INDIVIDUALNE KARAKTERISTIKE ISPITANIKA	Srbija			Slovenija			Hrvatska		
	finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite ^o			finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite ^o			finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite ^o		
	Ne N (%)	Da N (%)	p	Ne N (%)	Da N (%)	p	Ne N (%)	Da N (%)	p
Samoprocenjeno zdravstveno stanje									
vrlo dobro	33 (1,9)	6 (0,5)	<0,01	51 (2,9)	10 (3,3)	0,411	41 (1,9)	29 (1,3)	<0,01
dobro	255 (14,7)	94 (8,2)		488 (27,9)	70 (23,4)		443 (20,5)	287 (13,3)	
solidno	762 (43,8)	334 (29,2)		758 (43,4)	133 (44,5)		755 (34,9)	704 (32,5)	
loše	595 (34,2)	556 (48,6)		368 (21,2)	74 (24,7)		707 (32,7)	867 (40,1)	
veoma loše	94 (5,4)	153 (13,4)		81 (4,6)	12 (4,0)		216 (10,0)	277 (12,8)	
Hronične bolesti ili stanja									
ne	521 (30,0)	246 (21,5)	<0,01	519 (29,7)	79 (26,4)	0,275	532 (24,6)	460 (21,3)	<0,01
da	1218 (70,0)	897 (78,5)		1227 (70,3)	220 (43,6)		1630 (75,4)	1704 (78,7)	
Ograničenja u svakodnevnim aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja									
bez ograničenja	1.063 (61,1)	551 (48,2)	<0,01	626 (35,9)	85 (28,4)	0,030	712 (32,9)	562 (26,0)	<0,01
sa umerenim ograničenjem	491 (28,2)	370 (32,4)		728 (41,7)	133 (44,5)		912 (42,2)	981 (45,3)	
teško ograničenje	185 (10,6)	222 (19,4)		392 (22,5)	81 (27,1)		538 (24,9)	621 (28,7)	

^oZdravstvena zaštita – odnosi se na zdravstvenu zaštitu u užem smislu tj. na zdravstvene usluge koje pružaju lekari ili drugi medicinski stručnjaci ili se pružaju pod njihovim nadzorom, prema metodologiji SILC istraživanja; N – broj ispitanika; p – nivo značajnosti.

4.2.1.3. Demografske i socijalno – ekonomske karakteristike domaćinstva i finansijsko opterećenje usled korišćenja zdravstvene zaštite

Demografske i socijalno – ekonomske karakteristike domaćinstva su takođe bile različito zastupljene među grupama ispitanika sa i bez finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj. U Srbiji i Hrvatskoj uočena je statistički značajna razlika ($p < 0,05$) u zastupljenosti ispitanika koji žive u domaćinstvima sa i bez poteškoća da „sastave kraj sa krajem“ i sa izrazitom materijalnom deprivacijom ili bez nje i grupa ispitanika sa i bez finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite. U sve tri države uočena je statistički značajna razlika ($p < 0,05$) u zastupljenosti ispitanika koji žive u domaćinstvima različitog stepena finansijskog opterećenja svakodnevnim troškovima u grupama ispitanika sa i bez finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite. U Sloveniji je bila i statistički značajna razlika ($p < 0,05$) u zastupljenosti ispitanika iz domaćinstava različite veličine u grupama sa i bez finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite. Među ispitanicima sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite u Srbiji je bilo statistički značajno više ($p < 0,05$) onih koji su živeli u domaćinstvima bez finansijskog opterećenja svakodnevnim

troškovima domaćinstva, koja su teško ili veoma teško „sastavljala kraj sa krajem” i koja su bila izrazito materijalno deprivirana u odnosu na ispitanike koji su živeli u domaćinstvima sa finansijskim opterećenjem svakodnevnim troškovima, koja su lako „sastavljala kraj sa krajem” i koja nisu bila izrazito materijalno deprivirana (Tabela 4.2.1.3.1).

U Sloveniji je među ispitanicima sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite bilo statistički značajno više ($p < 0,05$) ispitanika koji su živeli u dvočlanim domaćinstvima u odnosu na jednočlana i višečlana domaćinstva i u domaćinstvima koja su bila finansijski blago opterećena svakodnevnim troškovima u odnosu na ona koja su trpela veliko ili nimalo opterećenje. U Hrvatskoj je među ispitanicima sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite bilo statistički značajno više ($p < 0,05$) onih koji su živeli u domaćinstvima koja su trpela blago ili veliko finansijsko opterećenje svakodnevnim troškovima, koja su teško ili veoma teško „sastavljala kraj sa krajem” i koja su bila izrazito materijalno deprivirana u odnosu na druge ispitanike (Tabela 4.2.1.3.1).

Tabela 4.2.1.3.1. Distribucija ispitanika sa i bez finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite u odnosu na demografske i socijalno – ekonomske karakteristike domaćinstva u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj

KARAKTERISTIKE DOMAĆINSTAVA	Srbija			Slovenija			Hrvatska		
	finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite ^o			finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite ^o			finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite ^o		
	Ne N (%)	Da N (%)	P	Ne N (%)	Da N (%)	P	Ne N (%)	Da N (%)	P
Veličina domaćinstva									
jednočlano	315 (18,1)	213 (18,6)	0,389	540 (15,3)	59 (9,4)	<0,01	595 (27,5)	528 (24,4)	0,064
dvočlano	595 (34,2)	363 (31,8)		1741 (49,5)	377 (60,2)		1.091 (50,4)	1.131 (52,2)	
tri ili više članova	829 (47,7)	567 (49,6)		1238 (35,2)	190 (30,4)		480 (22,2)	508 (23,4)	
Finansijsko opterećene svakodnevnim troškovima domaćinstva									
bez opterećenja	965 (55,5)	868 (76,1)	<0,01	479 (13,6)	52 (8,3)	<0,01	185 (8,7)	83 (3,9)	<0,01
blago opterećenje	686 (39,5)	258 (22,6)		1.814 (51,5)	362 (57,8)		806 (37,7)	826 (38,7)	
veliko opterećenje	87 (5,0)	15 (1,3)		1226 (34,8)	212 (33,9)		1147 (53,6)	1226 (57,4)	
Mogućnost domaćinstva da „sastavi kraj sa krajem“									
lako ili veoma lako	46 (2,6)	3 (0,3)	<0,01	508 (14,4)	81 (12,9)	0,598	106 (4,9)	41 (1,9)	<0,01
prilično lako ili sa malo poteškoća	785 (45,1)	260 (22,7)		2168 (61,6)	395 (63,1)		1108 (51,2)	1005 (46,4)	
teško ili veoma teško	908 (52,2)	880 (77,0)		843 (24,0)	150 (24,0)		952 (44,0)	1.121 (51,7)	
Izrazita materijalna deprivacija domaćinstva									
ne	1.511 (86,9)	854 (74,7)	<0,01	3.363 (95,6)	603 (96,3)	0,451	1.896 (87,5)	1.840 (84,9)	<0,01
da	228 (13,1)	289 (25,3)		156 (4,4)	23 (3,7)		270 (12,5)	327 (15,1)	

^oZdravstvena zaštita – odnosi se na zdravstvenu zaštitu u užem smislu tj. na zdravstvene usluge koje pružaju lekari ili drugi medicinski stručnjaci ili se pružaju pod njihovim nadzorom, prema metodologiji SILC istraživanja; N – broj ispitanika; p – nivo značajnosti.

4.2.2. Finansijsko opterećenje usled korišćenja stomatološke zaštite

Ukupno je 3.229 (43,1%) ispitanika starijih od 65 godina bilo finansijski opterećeno usled „plaćanja iz džepa” za stomatološku zaštitu u godini koja je predhodila istraživanju. Najviše ih je bilo u Sloveniji (1.457 ili 48,5% ispitanika), zatim u Srbiji (626 ispitanika ili 46,7%) i najmanje u Hrvatskoj (1.146 ispitanika ili 36,4%),

4.2.2.1. Individualne demografske i socijalno – ekonomske karakteristike ispitanika i finansijsko opterećenje usled korišćenja stomatološke zaštite

Individualne demografske i socijalno – ekonomske karakteristike ispitanika su bile različito zastupljene među ispitanicima sa i bez finansijskog opterećenja usled korišćenja stomatološke zaštite u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj. U Srbiji je uočena statistički značajna razlika ($p < 0,05$) u zastupljenosti ispitanika sa i bez rizika od siromaštva u grupi sa i bez finansijskog opterećenja usled korišćenja stomatološke zaštite. U Sloveniji i Hrvatskoj uočena je statistički značajna razlika ($p < 0,05$) u zastupljenosti ispitanika različitog bračnog stanja i stepena obrazovanja između grupa sa i bez finansijskog opterećenja usled korišćenja stomatološke zaštite, a u Sloveniji i između muškaraca i žena, kao i između različitih dobnih grupa i između ispitanika sa različitom dužinom radnog staža (Tabeli 4.2.2.1.1).

U Srbiji, u grupi sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja stomatološke zaštite bilo je statistički značajno više ($p < 0,05$) ispitanika sa rizikom od siromaštva i socijalne isključenosti u odnosu na ispitanike bez rizika. U Sloveniji je u grupi ispitanika sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja stomatološke zaštite bilo statistički značajno više ($p < 0,05$) muškarca nego žena i ispitanika u dobnim grupama od 65 do 69 i od 75 do 79 godina u odnosu na druge dobne grupe i ispitanika sa dužim radnim stažom. U Sloveniji i Hrvatskoj je u grupi ispitanika sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja stomatološke zaštite bilo statistički značajno više ($p < 0,05$) ispitanika koji su živeli u braku ili vanbračnoj zajednici u odnosu na one koji nisu bili u bračnoj ili vanbračnoj zajednici i ispitanika koji su završili fakultet u odnosu na one sa nižim stepenom obrazovanja (Tabela 4.2.2.1.1).

Tabela 4.2.2.1.1. Distribucija ispitanika sa i bez finansijskog opterećenja usled korišćenja stomatološke zaštite u odnosu na individualne demografske i socijalno – ekonomske karakteristike u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj

INDIVIDUALNE KARAKTERISTIKE ISPITANIKA	Srbija			Slovenija			Hrvatska		
	finansijskog opterećenja usled korišćenja stomatološke zaštite			finansijskog opterećenja usled korišćenja stomatološke zaštite			finansijskog opterećenja usled korišćenja stomatološke zaštite		
	Ne N (%)	Da N (%)	P	Ne N (%)	Da N (%)	P	Ne N (%)	Da N (%)	P
Pol									
muški	333 (46,6)	263 (42,0)	0,100	704 (45,5)	717 (49,2)	0,048	867 (43,3)	508 (44,3)	0,588
ženski	381 (53,4)	363 (58,0)		842 (54,5)	740 (50,8)		1137 (56,7)	638 (55,7)	
Dobna grupa									
65 – 69	270 (37,8)	222 (35,5)	0,245	539 (34,9)	599 (41,1)	<0,01	665 (33,2)	381 (33,2)	0,713
70 – 74	175 (24,5)	138 (22,0)		386 (25,0)	326 (22,4)		497 (24,8)	284 (24,8)	
75 – 79	139 (19,5)	148 (23,6)		283 (18,3)	286 (19,6)		406 (20,3)	248 (21,6)	
80 i više	130 (18,2)	118 (18,8)		338 (21,9)	246 (16,9)		436 (21,8)	233 (20,3)	
Bračno stanje									
neudat/a, rastavljen/a, razveden/a, udovac/udovica	297 (41,6)	283 (45,2)	0,202	539 (34,9)	408 (28,0)	<0,01	851 (42,5)	418 (36,5)	<0,01
u braku ili vanbračnoj zajednici	417 (58,4)	343 (54,8)		1.007 (65,1)	1.049 (72,0)		1153 (57,5)	728 (63,5)	
Edukacija									
osnovna škola ili manje	204 (28,6)	200 (31,9)	0,056	0	0	<0,01	283 (14,1)	138 (12,0)	0,037
srednja škola	388 (54,3)	347 (55,4)		1.318 (85,3)	1.170 (80,3)		1.447 (72,2)	818 (71,4)	
viša škola ili fakultet	122 (17,1)	79 (12,6)		228 (14,7)	287 (19,7)		274 (13,7)	190 (16,6)	
Dužina radnog staža (u godinama) aritmetička sredina ±SD	33,4 ±10,8	34,0 ±10,7	0,446	34,8 ± 8,3	36,0 ± 7,4	<0,01	32,3 ± 10,1	33,0 ± 9,6	0,207
U riziku od siromaštva ili stopa socijalne isključenosti									
ne	568 (79,6)	435 (69,5)	<0,01	1.387 (89,7)	1.337 (91,8)	0,062	1.424 (71,1)	815 (71,1)	1,000
da	146 (20,4)	191 (30,5)		159 (10,3)	120 (8,2)		580 (28,9)	331 (28,9)	

N – broj ispitanika; SD – standardna devijacija; p – nivo značajnosti.

4.2.2.2. Zdravstveno stanje ispitanika, hronične bolesti i ograničenje u svakodnevnim aktivnostima i finansijsko opterećenje usled korišćenja stomatološke zaštite

Zastupljenost različite samoprocene zdravstvenog stanja je bila statistički značajno ($p < 0,05$) različita u grupama ispitanika sa i bez finansijskog opterećenja usled korišćenja stomatološke zaštite u Srbiji. Među ispitanicima sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja stomatološke zaštite bilo je statistički značajno više ($p < 0,05$) ispitanika koji su svoje zdravstveno stanje ocenili kao loše ili veoma loše u odnosu na one sa boljom samoprocenom zdravlja, kao i onih koji su bolovali od hroničnih bolesti ili stanja u odnosu na ispitanike bez hroničnih bolesti ili stanja (Tabela 4.2.2.2.1).

Tabela 4.2.2.2.1. Distribucija ispitanika sa i bez finansijskog opterećenja usled korišćenja stomatološke zaštite u odnosu na zdravstveno stanje i ograničenja u svakodnevnim aktivnostima u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj

INDIVIDUALNE KARAKTERISTIKE ISPITANIKA	Srbija			Slovenija			Hrvatska		
	finansijskog opterećenja usled korišćenja stomatološke zaštite			finansijskog opterećenja usled korišćenja stomatološke zaštite			finansijskog opterećenja usled korišćenja stomatološke zaštite		
	Ne N (%)	Da N (%)	p	Ne N (%)	Da N (%)	p	Ne N (%)	Da N (%)	p
Samoprocenjeno zdravstveno stanje									
vrlo dobro	13 (1,8)	11 (1,8)	<0,01	29 (4,2)	21 (3,3)	0,340	40 (2,0)	18 (1,6)	0,302
dobro	117 (16,4)	60 (9,6)		199 (28,6)	201 (31,6)		403 (20,2)	199 (17,4)	
solidno	332 (46,5)	237 (37,9)		301 (43,2)	274 (43,0)		694 (34,7)	406 (35,5)	
loše	212 (29,7)	267 (42,7)		132 (19,0)	121 (19,0)		683 (34,2)	412 (36,0)	
veoma loše	40 (5,6)	51 (8,1)		35 (5,0)	20 (3,1)		178 (8,9)	110 (9,6)	
Hronične bolesti ili stanja									
ne	248 (34,7)	154 (24,6)	<0,01	213 (30,6)	206 (32,3)	0,533	527 (26,4)	273 (23,8)	0,127
da	466 (65,3)	472 (75,4)		483 (69,4)	431 (67,7)		1471 (73,6)	872 (76,2)	
Ograničenja u svakodnevnim aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja									
bez ograničenja	446 (62,5)	361 (57,7)	0,181	274 (39,4)	221 (34,7)	0,159	627 (31,4)	339 (29,6)	0,501
sa umerenim ograničenjem	185 (25,9)	178 (28,4)		283 (40,7)	289 (45,4)		889 (44,5)	532 (46,5)	
teško ograničenje	83 (11,6)	87 (13,9)		139 (20,0)	127 (19,9)		482 (24,1)	274 (23,9)	

N – broj ispitanika; p – nivo značajnosti.

4.2.2.3. Demografske i socijalno – ekonomske karakteristike domaćinstva i finansijsko opterećenje usled korišćenja stomatološke zaštite

Među grupama ispitanika sa i bez finansijskog opterećenja usled korišćenja stomatološke zaštite u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj bila je različita zastupljenost ispitanika sa različitim demografskim i socijalno – ekonomskim karakteristikama domaćinstva. U sve tri države, uočena je statistički značajna razlika ($p < 0,05$) u zastupljenosti ispitanika koji žive u domaćinstvima različitog stepena finansijskog opterećenja svakodnevnim troškovima i u domaćinstvima sa i bez poteškoća da „sastave kraj sa krajem“ u grupama ispitanika sa i bez finansijskog opterećenja usled korišćenja stomatološke zaštite. Pored toga, u Srbiji je uočena i statistički značajna razlika ($p < 0,05$) u zastupljenosti ispitanika koji žive u domaćinstvima sa ili bez izrazite materijalne deprivacije, a u Sloveniji i Hrvatskoj i među ispitanicima koji žive u domaćinstvima sa različitim brojem članova (Tabela 4.2.2.3.1).

U Srbiji su u grupi ispitanika sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja stomatološke zaštite bili statistički značajno ($p < 0,05$) više zastupljeni oni koji su živeli u domaćinstvima bez finansijskog opterećenja svakodnevnim troškovima u odnosu na one koji su živeli u domaćinstvima sa opterećenjem, zatim oni koji su živeli u domaćinstvima koja su teško „sastavljala kraj sa krajem” u odnosu na one koji su živeli u domaćinstvima koja su to činila prilično lako ili sa malo poteškoća i oni koji su živeli u domaćinstvima sa izratitom materijalnom deprivacijom u poređenju sa onima koji su živeli u domaćinstvima bez izrazite materijalne deprivacije (Tabela 4.2.2.3.1).

U Sloveniji su ispitanici koji su prijavili finansijsko opterećenje usled korišćenja stomatološke zaštite statistički značajno češće ($p < 0,05$) živeli u dvočlanim i višečlanim domaćinstvima nego u jednočlanim, u domaćinstvima sa velikim opterećenjem svakodnevnim troškovima i u domaćinstvima koja su prilično lako ili sa malo poteškoća „sastavljala kraj sa krajem" u odnosu na druga domaćinstva. U Hrvatskoj su ispitanici sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja stomatološke zaštite statistički značajno češće ($p < 0,05$) živeli u dvočlanim i višečlanim domaćinstvima, u domaćinstvima sa blagim i velikim opterećenjem svakodnevnim troškovima i u domaćinstvima koja su prilično lako ili sa malo poteškoća ili teško „sastavljala kraj sa krajem" nego u drugim domaćinstvima (Tabela 4.2.2.3.1).

Tabela 4.2.2.3.1. Distribucija ispitanika sa i bez finansijskog opterećenja usled korišćenja stomatološke zaštite u odnosu na demografske i socijalno – ekonomske karakteristike domaćinstva u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj

KARAKTERISTIKE DOMAĆINSTVA	Srbija			Slovenija			Hrvatska		
	finansijskog opterećenja usled korišćenja stomatološke zaštite			finansijskog opterećenja usled korišćenja stomatološke zaštite			finansijskog opterećenja usled korišćenja stomatološke zaštite		
	Ne N (%)	Da N (%)	P	Ne N (%)	Da N (%)	P	Ne N (%)	Da N (%)	P
Veličina domaćinstva									
jednočlano	41 (5,7)	54 (8,6)	0,093	171 (11,1)	122 (8,4)	0,038	475 (23,7)	220 (19,2)	0,012
dvočlano	171 (23,9)	135 (21,6)		743 (48,1)	737 (50,6)		1001 (50,0)	596 (52,0)	
tri ili više članova	502 (70,3)	437 (69,8)		632 (40,9)	598 (41,0)		528 (26,3)	330 (28,8)	
Finansijsko opterećene svakodnevnim troškovima domaćinstva									
bez opterećenja	342 (47,9)	478 (76,4)	<0,01	215 (13,9)	153 (10,5)	<0,01	181 (9,1)	59 (5,20)	<0,01
blago opterećenje	329 (46,1)	141 (22,5)		891 (57,6)	789 (54,2)		791 (39,9)	479 (42,2)	
veliko opterećenje	43 (6,0)	7 (1,1)		440 (28,5)	515 (35,3)		1010 (51,0)	597 (52,6)	
Mogućnost domaćinstva da „sastavi kraj sa krajem“									
lako ili veoma lako	33 (4,6)	0 (0,0)	<0,01	277 (17,9)	182 (12,5)	<0,01	96 (4,8)	31 (2,7)	0,015
prilično lako ili sa malo poteškoća	381 (53,4)	189 (30,2)		952 (61,6)	997 (68,4)		1053 (52,5)	606 (52,9)	
teško ili veoma teško	300 (42,0)	437 (69,8)		317 (20,5)	278 (19,1)		855 (42,7)	509 (44,4)	
Izrazita materijalna deprivacija domaćinstva									
ne	663 (92,9)	520 (83,1)	<0,01	1.496 (96,8)	1.423 (97,7)	0,166	1.799 (89,8)	1.010 (88,1)	0,173
da	51 (7,1)	106 (16,9)		50 (3,2)	34 (2,3)		205 (10,2)	136 (11,9)	

N – broj ispitanika; p – nivo značajnosti.

4.2.3. Finansijsko opterećenje usled upotrebe lekova

Ukupno je 7.533 (63,5%) ispitanika starijih od 65 godina živelo u domaćinstvima koja su bila finansijski opterećena usled „plaćanja iz džepa“ za lekove u godini koja je prethodila istraživanju. Najviše ih je bilo u Hrvatskoj (3.003 ili 69,1% ispitanika), zatim u Srbiji (1.900 ispitanika ili 64,2%), a najmanje u Sloveniji (2.630 ispitanika ili 57,6%).

4.2.3.1. Individualne demografske i socijalno – ekonomske karakteristike ispitanika i finansijsko opterećenje usled upotrebe lekova

Individualne demografske i socijalno – ekonomske karakteristike ispitanika su bile različito zastupljene među ispitanicima sa i bez finansijskog opterećenja usled upotrebe lekova u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj. U Srbiji je uočena statistički značajna razlika ($p < 0,05$) u zastupljenosti ispitanika muškog i ženskog pola i ispitanika različitih dobnih grupa u grupama sa i bez finansijskog opterećenja usled upotrebe lekova. U sve tri države uočena je statistički značajna razlika ($p < 0,05$) u zastupljenosti ispitanika različitog stepena obrazovanja i onih sa ili bez rizika od siromaštva ili socijalne isključenosti u grupama sa i bez finansijskog opterećenja usled upotrebe lekova. U Hrvatskoj je uočena statistički značajna razlika ($p < 0,05$) i u zastupljenosti ispitanika različitog bračnog statusa, a u Sloveniji i različite dužine radnog staža među grupama sa i bez finansijskog opterećenja usled upotrebe lekova (Tabela 4.2.3.1.1).

U Srbiji, u grupi ispitanika sa finansijskim opterećenja usled upotrebe lekova bilo je statistički značajno više ($p < 0,05$) ispitanika ženskog pola nego muškog, onih u starijim dobnim grupama (preko 70 godina) nego u dobnoj grupi od 65 do 69 godina i sa završenom osnovnom školom ili manjim stepenom obrazovanja nego onih sa završenom srednjom školom i fakultetom. U Sloveniji je bila statistički značajno veća ($p < 0,05$) zastupljenost ispitanika sa završenom srednjom školom nego onih sa fakultetom u grupi sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja lekova i onih koji su imali kraći radni staž, a u Hrvatskoj ispitanika koji su živeli u braku ili vanbračnoj zajednici, koji su završili srednju i osnovnu školu ili niži stepen obrazovanja nego drugih grupa ispitanika. U sve tri države je u grupi ispitanika sa finansijskim opterećenjem usled upotrebe lekova bilo statistički značajno više ($p < 0,05$) ispitanika koji su bili u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti nego onih bez rizika (Tabela 4.2.3.1.1).

Tabela 4.2.3.1.1. Distribucija ispitanika sa i bez finansijskog opterećenja usled upotrebe lekova u odnosu na individualne demografske i socijalno – ekonomske karakteristike u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj

INDIVIDUALNE KARAKTERISTIKE ISPITANIKA	Srbija			Slovenija			Hrvatska		
	finansijsko opterećenje usled upotrebe lekova			finansijsko opterećenje usled upotrebe lekova			finansijsko opterećenje usled upotrebe lekova		
	Ne N (%)	Da N (%)	p	Ne N (%)	Da N (%)	p	Ne N (%)	Da N (%)	p
Pol									
muški	483 (45,7)	790 (41,6)	0,035	903 (46,7)	1.175 (44,7)	0,192	562 (41,9)	1.279 (42,6)	0,685
ženski	575 (54,3)	1.110 (58,4)		1032 (53,3)	1455 (55,3)		780 (58,1)	1.724 (57,4)	
Dobna grupa									
65 – 69	408 (38,6)	582 (30,6)	<0,01	701 (36,2)	899 (34,2)	0,531	436 (32,5)	887 (29,5)	0,144
70 – 74	219 (20,7)	463 (24,4)		445 (23,0)	628 (23,9)		327 (24,4)	731 (24,3)	
75 – 79	218 (20,6)	429 (22,6)		365 (18,9)	520 (19,8)		264 (19,7)	665 (22,1)	
80 i više	213 (20,1)	426 (22,4)		424 (21,9)	583 (22,2)		315 (23,5)	720 (24,0)	
Bračno stanje									
neudat/a, rastavljen/a, razveden/a, udovac/udovica	490 (46,3)	879 (46,3)	1,000	698 (36,1)	888 (33,8)	0,109	651 (48,5)	1.199 (39,9)	<0,01
u braku ili vanbračnoj zajednici	568 (53,7)	1.021 (53,7)		1.237 (63,9)	1.742 (66,2)		691 (51,5)	1.804 (60,1)	
Edukacija									
osnovna škola ili manje	285 (26,9)	685 (36,1)	<0,01	0	0	<0,01	205 (15,3)	487 (16,2)	<0,01
srednja škola	574 (54,3)	1000 (52,6)		1.589 (82,1)	2.310 (87,8)		923 (68,8)	2170 (72,3)	
viša škola ili fakultet	199 (18,8)	215 (11,3)		346 (17,9)	320 (12,2)		214 (15,9)	346 (11,5)	
Dužina radnog staža (u godinama) aritmetička sredina ±SD	33,8 ± 10,0	33,7 ± 12,0	0,210	34,9 ± 8,5	34,2 ± 9,2	0,042	32,5 ± 9,9	32,4 ± 10,0	0,233
U riziku od siromaštva ili stopa socijalne isključenosti									
ne	855 (80,8)	1.158 (60,9)	<0,01	1.694 (87,5)	2.209 (84,0)	0,001	962 (71,7)	1.948 (64,9)	<0,01
da	203 (19,2)	742 (39,1)		241 (12,5)	421 (16,0)		380 (28,3)	1.055 (35,1)	

N – broj ispitanika; SD – standardna devijacija; p – nivo značajnosti.

4.2.3.2. Zdravstveno stanje ispitanika, hronične bolesti i ograničenje u svakodnevnim aktivnostima i finansijsko opterećenje usled upotrebe lekova

Zastupljenost ispitanika sa različitim samoprocenom zdravstvenog stanja, onih sa ili bez hroničnih bolesti ili stanja i onih sa različitim stepenom ograničenja u svakodnevnim aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja se statistički značajno razlikovala ($p < 0,05$) između grupa sa i bez finansijskog opterećenja usled upotrebe lekova u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj (Tabela 4.2.3.2.1).

U sve tri države je bila statistički značajno veća ($p < 0,05$) zastupljenost ispitanika sa lošim i veoma lošim samoprocenjenim zdravstvenim stanjem, ispitanika sa hroničnim bolestima i stanjima i ispitanika sa umerenim i teškim ograničenjem u obavljanju svakodnevnih aktivnosti usled hronične bolesti ili stanja u grupi ispitanika sa i bez finansijskog opterećenja usled upotrebe lekova nego ispitanika sa boljom procenom zdravstvenog stanja, bez hroničnih bolesti i stanja i bez ograničenja (Tabela 4.2.3.2.1).

Tabela 4.2.3.2.1. Distribucija ispitanika sa i bez finansijskog opterećenja usled upotrebe lekova u odnosu na zdravstveno stanje, hronične bolesti i ograničenja u svakodnevnom aktivnostima u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj

INDIVIDUALNE KARAKTERISTIKE ISPITANIKA	Srbija			Slovenija			Hrvatska		
	finansijsko opterećenje usled upotrebe lekova			finansijsko opterećenje usled upotrebe lekova			finansijsko opterećenje usled upotrebe lekova		
	Ne	Da	p	Ne	Da	p	Ne	Da	p
Samoprocenjeno zdravstveno stanje									
vrlo dobro	22 (2,1)	14 (0,7)	<0,01	52 (5,3)	28 (2,2)	<0,01	37 (2,8)	33 (1,1)	<0,01
dobro	184 (17,4)	178 (9,4)		351 (35,9)	286 (22,6)		332 (24,8)	399 (13,3)	
solidno	520 (49,1)	620 (32,6)		425 (43,5)	541 (42,8)		505 (37,7)	966 (32,2)	
loše	290 (27,4)	877 (46,2)		132 (13,5)	332 (26,2)		359 (26,8)	1.215 (40,5)	
veoma loše	42 (4,0)	211 (11,1)		18 (1,8)	78 (6,2)		105 (7,8)	387 (12,9)	
Hronične bolesti ili stanja									
ne	388 (36,7)	421 (22,2)	<0,01	402 (41,1)	307 (24,3)	<0,01	419 (31,3)	569 (19,0)	<0,01
da	670 (63,3)	1.479 (77,8)		576 (58,9)	958 (75,7)		919 (68,7)	2.431 (81,0)	
Ograničenja u svakodnevnim aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja									
bez ograničenja	727 (68,7)	935 (49,2)	<0,01	492 (50,3)	335 (26,5)	<0,01	525 (39,2)	753 (25,1)	<0,01
sa umerenim ograničenjem	234 (22,1)	649 (34,2)		352 (36,0)	570 (45,1)		560 (21,9)	1.341 (44,7)	
teško ograničenje	97 (9,2)	316 (16,6)		134 (13,7)	360 (28,5)		253 (18,9)	906 (30,2)	

N – broj ispitanika; p – nivo značajnosti.

4.2.3.3. Demografske i socijalno – ekonomske karakteristike domaćinstva i finansijsko opterećenje usled upotrebe lekova

Ispitivane demografske i socijalno – ekonomske karakteristike domaćinstva su bile različito zastupljene među grupama ispitanika sa i bez finansijskog opterećenja usled upotrebe lekova u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj. U sve tri države uočena je statistički značajna razlika ($p < 0,05$) u zastupljenosti ispitanika koji žive u domaćinstvima sa različitim brojem članova, sa različitim stepenom finansijskog opterećenja

svakodnevnim troškovima, različitog stepena poteškoća da „sastave kraj sa krajem“ i onih sa ili bez materijalne deprivacije u grupama ispitanika sa i bez finansijskog opterećenja usled upotrebe lekova (Tabela 4.2.3.3.1).

U Srbiji je bila statistički značajno veća ($p < 0,05$) zastupljenost ispitanika koji su živeli u jednočlanim domaćinstvima, domaćinstvima bez finansijskog opterećenja svakodnevnim troškovima i koja su teško ili veoma teško „sastavljala kraj sa krajem“ u grupi ispitanika sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja lekova nego u grupi bez finansijskog opterećenja usled upotrebe lekova. Među ispitanicima sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja lekova u Sloveniji, bila je statistički značajno veća ($p < 0,05$) zastupljenost onih koji su živeli u dvočlanim i višečlanim domaćinstvima, u domaćinstvima koja su bila pod velikim finansijskim opterećenjem svakodnevnim troškovima i koja su sa različitim stepenom poteškoća „sastavljala kraj sa krajem“ nego među ispitanicima bez finansijskog opterećenja usled korišćenja lekova (Tabela 4.2.3.3.1).

U Hrvatskoj je bila statistički značajno veća ($p < 0,05$) zastupljenost ispitanika koji žive u dvonočlanim domaćinstvima, u domaćinstvima koja su bila pod velikim finansijskim opterećenjem svakodnevnim troškovima i koja su teško i veoma teško „sastavljala kraj sa krajem“ u grupi sa i bez finansijskim opterećenjem usled upotrebe lekova. U sve tri države je bila statistički značajno veća ($p < 0,05$) zastupljenost ispitanika koji žive u domaćinstvima sa izrazitom materijalnom deprivacijom u grupi ispitanika sa finansijskim opterećenjem usled upotrebe lekova nego u grupi bez finansijskog opterećenja usled upotrebe lekova (Tabela 4.2.3.3.1).

Tabela 4.2.3.3.1. Distribucija ispitanika u odnosu na demografske i socijalno – ekonomske karakteristike domaćinstva i finansijsko opterećenje usled upotrebe lekova u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj

KARAKTERISTIKE DOMAĆINSTVA	Srbija			Slovenija			Hrvatska		
	finansijsko opterećenje usled upotrebe lekova			finansijsko opterećenje usled upotrebe lekova			finansijsko opterećenje usled upotrebe lekova		
	Ne	Da	p	Ne	Da	p	Ne	Da	p
Veličina domaćinstva									
jednočlano	167 (15,8)	386 (20,3)	<0,01	336 (17,4)	350 (13,3)	<0,01	389 (29,0)	734 (24,4)	<0,01
dvočlano	372 (35,2)	607 (31,9)		969 (50,1)	1.323 (50,3)		627 (46,7)	1.600 (53,3)	
tri ili više članova	519 (49,1)	907 (47,7)		630 (32,6)	957 (36,4)		326 (24,3)	669 (22,3)	
Finansijsko opterećene svakodnevnim troškovima domaćinstva									
bez opterećenja	464 (43,9)	1.428 (75,2)	<0,01	422 (21,8)	172 (6,5)	<0,01	182 (13,8)	89 (3,0)	<0,01
blago opterećenje	507 (48,0)	452 (23,8)		1.072 (55,4)	1.319 (50,2)		571 (43,2)	1.060 (35,8)	
veliko opterećenje	86 (8,1)	19 (1,0)		441 (22,8)	1.139 (43,3)		570 (43,1)	1.812 (61,2)	
Mogućnost domaćinstva da „sastavi kraj sa krajem“									
lako ili veoma lako	49 (4,6)	6 (0,3)	<0,01	423 (21,9)	250 (9,5)	<0,01	101 (7,5)	52 (1,7)	<0,01
prilično lako ili sa malo poteškoća	610 (57,7)	470 (24,7)		1.185 (61,2)	1.614 (61,4)		754 (56,2)	1364 (45,4)	
teško ili veoma teško	399 (37,7)	1.424 (74,9)		327 (16,9)	766 (29,1)		487 (36,3)	1.587 (52,8)	
Izrazita materijalna deprivacija domaćinstva									
ne	981 (92,7)	1.440 (75,8)	<0,01	1.868 (96,5)	2.488 (94,6)	<0,01	1.203 (89,6)	2.543 (84,7)	<0,01
da	77 (7,3)	460 (24,2)		67 (3,5)	142 (5,4)		139 (10,4)	460 (15,3)	

N – broj ispitanika; p – nivo značajnosti.

4.3. Povezanost individualnih karakteristika ispitanika i karakteristika domaćinstva sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i upotrebe lekova

Povezanost individualnih karakteristika ispitanika starijih od 65 godina i karakteristika domaćinstva sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i upotrebe lekova u Srbiji, Hrvatskoj i Sloveniji ispitivana je pomoću multivarijantnih regresionih modela. Liste nezavisnih varijabli uključenih u Model 1 i Model 2 prikazane su u Prilogu 5– 7.

4.3.1. Povezanost individualnih karakteristika ispitanika i karakteristika domaćinstva sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite kao ishodom varijablom

Povezanost individualnih karakteristika ispitanika starijih od 65 godina i karakteristika domaćinstva sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite kao ishodom varijablom u Srbiji, Hrvatskoj i Sloveniji ispitivana je pomoću dva modela multivarijantne logističke regresije. Lista nezavisnih varijabli uključenih u oba modela prikazana je u Prilogu 5.

Model 1 za Srbiju je pokazao da su veoma loše (OR: 8,11, 95% CI: 3,17 – 20,77) i loše (OR: 5,11, 95% CI: 2,08 – 12,52) samoprocenjeno zdravstveno stanje i rizik od siromaštva i socijalne isključenosti (OR: 1,57, 95% CI: 1,32 – 1,87) bili statistički značajno povezani sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite ($p < 0,05$). U Sloveniji, Model 1 je pokazao da su teško (OR: 2,22, 95% CI: 1,53 – 3,20) i umereno (OR: 1,56, 95% CI: 1,15 – 2,14) ograničenje u svakodnevnim aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja, viša škola ili fakultet (OR: 1,95, 95% CI: 1,42 – 2,68) i brak ili vanbračna zajednica (OR: 1,84, 95% CI: 1,35 – 2,50) bili statistički značajno povezani sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite ($p < 0,05$). U Hrvatskoj, Model 1 je pokazao da su veoma loše (OR: 2,11, 95% CI: 1,21 – 3,68) i loše (OR: 1,86, 95% CI: 1,11 – 3,12) samoprocenjeno zdravlje, brak ili vanbračna zajednica (OR: 1,38, 95% CI: 1,22 – 1,56) i prisustvo hroničnih bolesti ili stanja (OR: 0,84, 95% CI: 0,70 – 1,00) bili statistički značajno povezane sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite ($p < 0,05$) (Tabela 4.3.1.1).

Model 2 za Srbiju je pokazao da su život u domaćinstvima koja su teško i veoma teško (OR: 6,80, 95% CI: 1,99 – 23,28) ili prilično lako ili sa malo poteškoća (OR: 3,58, 95% CI: 1,05 – 12,17) „sastavljala kraj sa krajem”, život u domaćinstvima koja su trpela blago (OR: 0,69, 95% CI: 0,59 – 0,84) ili veliko (OR: 0,47, 95% CI: 0,26 – 0,87) opterećenje svakodnevnim troškovima domaćinstva i veoma loše (OR: 5,23, 95% CI: 1,99 – 13,76) i loše (OR: 3,56, 95% CI: 1,41 – 8,95) samoprocenjeno zdravlje bili statistički značajno povezani sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite ($p < 0,05$) (Tabela 4.3.1.1).

Model 2 za Sloveniju je pokazao da su teško (OR: 2,05, 95% CI: 1,41 – 2,98) i umereno (OR: 1,51, 95% CI: 1,10 – 2,07) ograničenje u svakodnevnim aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja, viša škola ili fakultet (OR: 2,03, 95% CI: 1,47 – 2,81), brak ili vanbračna zajednica (OR: 1,54, 95% CI: 1,03 – 2,03) i život u domaćinstvima koja su trpela veliko opterećenje svakodnevnim troškovima (OR: 0,51, 95% CI: 0,31 – 0,84) bili statistički značajno povezani sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite ($p < 0,05$) (Tabela 4.3.1.1).

U Hrvatskoj je Model 2 pokazao da je život u domaćinstvima koja su teško i veoma teško (OR: 2,52, 95% CI: 1,67 – 3,79) ili prilično lako ili sa malo poteškoća (OR: 2,08, 95% CI: 1,41 – 3,06) „sastavljala kraj sa krajem” i u domaćinstvima koja su trpela veliko opterećenje svakodnevnim troškovima (OR: 0,62, 95% CI: 0,46 – 0,84) bio statistički značajno povezan sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite ($p < 0,05$) (Tabela 4.3.1.1).

Tabela 4.3.1.1. Multivarijantna logistička regresija za finansijsko opterećenje usled korišćenja zdravstvene zaštite kao ishodom varijablom u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj

KARAKTERISTIKE ISPITANIKA I DOMAĆINSTAVA	Srbija		Slovenija		Hrvatska	
	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
INDIVIDUALNE KARAKTERISTIKE						
Dobna grupa						
65 – 69	1,00	1,00	1,00	1,00		
70 – 74	1,23 (1,00–1,52)	1,24 (1,00–1,54)	1,05 (0,75–1,47)	1,02 (0,73–1,43)		
75 – 79	1,05 (0,84–1,31)	1,07 (0,86–1,34)	0,95 (0,66–1,38)	0,93 (0,64–1,35)		
80 i više	0,97 (0,76–1,23)	1,01 (0,79–1,29)	0,77 (0,51–1,14)	0,78 (0,52–1,18)		
Bračno stanje						
neudat/a, rastavljen/a, razveden/a, udovac/udovica			1,00	1,00	1,00	1,00
u braku ili vanbračnoj zajednici			1,84 (1,35–2,50)*	1,54 (1,03–2,03)*	1,38 (1,22–1,56)*	1,43 (1,26–1,62)*
Samoprocenjeno zdravstveno stanje						
vrlo dobro	1,00	1,00			1,00	1,00
dobro	2,10 (0,85–5,19)	1,71 (0,67–4,35)			0,90 (0,55–1,49)	0,85 (0,51–1,43)
solidno	2,43 (1,00–5,89)	1,91 (0,77–4,77)			1,34 (0,81–2,21)	1,17 (0,70–1,94)
loše	5,11 (2,08–12,52)*	3,56 (1,41–8,95)*			1,86 (1,11–3,12)*	1,53 (0,90–2,60)
veoma loše	8,11 (3,17–20,77) *	5,23 (1,99–13,76)*			2,11 (1,21–3,68) *	1,74 (0,98–3,08)
Hronične bolesti ili stanja						
ne	1,00	1,00			1,00	1,00
da	1,04 (0,85–1,27)	1,04 (0,85–1,28)			0,84 (0,70–1,00)*	0,84 (0,70–1,00)
Ograničenja u svakodnevnim aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja						
bez ograničenja	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
sa umerenim ograničenjem	0,83 (0,68–1,03)	0,82 (0,67–1,02)	1,56 (1,15–2,14)*	1,51 (1,10–2,07)*	1,18 (1,00–1,40)	1,18 (0,99–1,40)
teško ograničenje	1,02 (0,76–1,36)	1,00 (0,74–1,34)	2,22 (1,53–3,20)*	2,05 (1,41–2,98)*	1,05 (0,83–1,32)	1,03 (0,81–1,30)
Edukacija						
osnovna škola ili manje	1,00	1,00				
srednja škola	0,97 (0,81–1,18)	0,95 (0,78–1,16)	1,00	1,00		
viša škola ili fakultet	0,97 (0,74–1,27)	1,03 (0,78–1,36)	1,95 (1,42–2,68)*	2,03 (1,47–2,81)*		
Dužina radnog staža (u godinama)			1,00 (0,99–1,02)	1,01 (0,99–1,02)		
U riziku od siromaštva ili socijalne isključenosti						
ne	1,00	1,00	1,00	1,00		
da	1,57 (1,32–1,87) *	1,03 (0,81–1,32)	0,74 (0,49–1,12)	0,75 (0,48–1,15)		

KARAKTERISTIKE DOMAĆINSTVA					
Veličina domaćinstva					
jednočlano				1,00	
dvočlano				1,47 (0,93–2,35)	
tri ili više članova				0,86 (0,50–1,49)	
Finansijsko opterećene svakodnevnim troškovima domaćinstva					
bez opterećenja		1,00		1,00	1,00
blago opterećenje		0,69 (0,56–0,84)*		0,98 (0,73–1,32)	1,14 (0,98–1,32)
veliko opterećenje		0,47 (0,26–0,87)*		0,51 (0,31–0,84)*	0,62 (0,46–0,84)*
Mogućnost domaćinstva da „sastavi kraj sa krajem“					
lako ili veoma lako		1,00			1,00
prilično lako ili sa malo poteškoća		3,58 (1,05–12,17)*			2,08 (1,41–3,06)*
teško ili veoma teško		6,80 (1,99–23,28)*			2,52 (1,67–3,79)*
Izrazita materijalna deprivacija domaćinstva					
ne		1,00			1,00
da		1,30 (0,98–1,71)			1,05(0,86–1,27)

Model 1 – sa uključenim individualnim varijablama; Model 2 – sa uključenim individualnim varijablama i varijablama na nivou domaćinstva;
OR – Odds Ratio; 95% CI – Confidence Interval; *p<0.05.

4.3.2. Povezanost individualnih karakteristika ispitanika i karakteristika domaćinstva sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja stomatološke zaštite kao ishodnom varijablom

Povezanost individualnih karakteristika ispitanika starijih od 65 godina i karakteristika domaćinstva sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja stomatološke zaštite kao ishodnom varijablom u Srbiji, Hrvatskoj i Sloveniji ispitivana je pomoću dva modela multivarijantne logističke regresije. Lista nezavisnih varijabli uključenih u oba modela prikazana je u Prilogu 6.

U Modelu 1 za Srbiju, rizik od siromaštva i socijalne isključenosti je bio statistički značajno povezan sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja stomatološke zaštite (OR: 1,51; 95% CI: 1,17 – 1,95, $p < 0,05$). Model 1 za Sloveniju je pokazao da su viša škola ili fakultet (OR: 1,43, 95% CI: 1,08 – 1,90) i brak ili vanbračna zajenica (OR: 1,42, 95% CI: 1,10 – 1,83) bili statistički značajno povezani sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja stomatološke zaštite. Model 1 za Hrvatsku je pokazao da su završena viša škola ili fakultet (OR: 1,33, 95% CI: 1,00 – 1,75) i brak ili vanbračna zajenica (OR: 1,25, 95% CI: 1,08 – 1,46) bili statistički značajno povezani sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja stomatološke zaštite ($p < 0,05$) (Tabela 4.3.2.1).

Model 2 za Srbiju je pokazao da je život u domaćinstvima koja su trpela blago (OR: 0,35, 95% CI: 0,27 – 0,45) ili veliko (OR: 0,13, 95% CI: 0,06 – 0,30) opterećenje svakodnevnim troškovima domaćinstva bio statistički značajno povezan sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja stomatološke zaštite ($p < 0,05$). Model 2 za Sloveniju je pokazao da su život u domaćinstvima koja su prilično lako ili sa malo poteškoća „sastavljala kraj sa krajem” (OR: 1,78, 95% CI: 1,26 – 2,51), viša škola ili fakultet (OR: 1,76, 95% CI: 1,30 – 2,39), brak ili vanbračna zajednica (OR: 1,54, 95% CI: 1,10 – 2,17), duži radni staž (OR: 1,76, 95% CI: 1,30 – 2,39) i život u domaćinstvima koja su trpela veliko opterećenje svakodnevnim troškovima (OR: 0,53, 95% CI: 0,34 – 0,82) bili statistički značajno povezani sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja stomatološke zaštite ($p < 0,05$). Model 2 za Hrvatsku je pokazao da su život u domaćinstvima koja su teško i veoma teško (OR: 1,81, 95% CI: 1,15 – 2,86) ili prilično lako ili sa malo poteškoća (OR: 1,70, 95% CI: 1,10 – 2,61) „sastavljala kraj sa krajem”, viša škola ili fakultet (OR: 1,56, 95% CI: 1,17 – 2,10) i život u domaćinstvima koja su trpela veliko opterećenje svakodnevnim troškovima domaćinstva (OR: 0,59, 95% CI: 0,42 – 0,83) bili statistički značajno povezani sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja stomatološke zaštite ($p < 0,05$) (Tabela 4.3.2.1).

Tabela 4.3.2.1. Multivarijantna logistička regresija za finansijsko opterećenje usled korišćenja stomatološke zaštite kao ishodom varijablom u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj

Karakteristike ispitanika i domaćinstava	Srbija		Slovenija		Hrvatska	
	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
INDIVIDUALNE KARAKTERISTIKE						
Pol						
muški			1,00	1,00		
ženski			1,02 (0,79–1,31)	1,04 (0,80–1,34)		
Dobna grupa						
65 – 69			1,00	1,00		
70 – 74			0,94 (0,71–1,27)	0,94 (0,70–1,27)		
75 – 79			0,86 (0,62–1,19)	0,88 (0,63–1,23)		
80 i više			0,87 (0,61–1,24)	0,93 (0,65–1,33)		
Bračno stanje						
neudat/a, rastavljen/a, razveden/a, udovac/udovica			1,00	1,00	1,00	1,00
u braku ili vanbračnoj zajednici			1,42 (1,10–1,83)*	1,54 (1,10–2,17)*	1,25 (1,08–1,46)*	1,18 (0,97–1,45)
Samoprocenjeno zdravstveno stanje						
vrlo dobro	1,00	1,00				
dobro	0,61 (0,26–1,46)	0,50 (0,20–1,26)				
solidno	0,77 (0,34–1,76)	0,61 (0,25–1,48)				
loše	1,21 (0,52–2,81)	0,86 (0,35–2,11)				
veoma loše	1,17 (0,46–2,95)	0,73 (0,27–1,98)				
Hronične bolesti ili stanja						
ne	1,00	1,00				
da	1,28 (0,98–1,67)	1,29 (0,98–1,70)				
Ograničenja u svakodnevnim aktivnostima usled hronične bolesti/stanja						
bez ograničenja						
sa umerenim ograničenjem						
teško ograničenje						
Edukacija						
osnovna škola ili manje					1,00	1,00
srednja škola			1,00	1,00	1,11 (0,89–1,39)	1,20 (0,95–1,45)
viša škola ili fakultet			1,43 (1,08–1,90)*	1,76 (1,30–2,39)*	1,33 (1,00–1,75)*	1,56 (1,17–2,10)*
Dužina radnog staža			1,01 (1,00–1,03)	1,02 (1,00–1,04)*		
U riziku od siromaštva ili socijalne isključenosti						
ne	1,00	1,00				
da	1,51 (1,17–1,95)*	1,03 (0,74–1,44)				

KARAKTERISTIKE DOMAĆINSTVA					
Veličina domaćinstva					
jednočlano				1,00	1,00
dvočlano				0,91(0,62–1,35)	1,15 (0,90–1,49)
tri ili više članova				0,99 (0,65–1,51)	1,25 (0,97–1,60)
Finansijsko opterećene svakodnevnim troškovima domaćinstva					
bez opterećenja		1,00		1,00	1,00
blago opterećenje		0,35 (0,27–0,45)*		0,78 (0,58–1,05)	1,02 (0,86–1,21)
veliko opterećenje		0,13 (0,06–0,30)*		0,53 (0,34–0,82)*	0,59 (0,42–0,83)*
Mogućnost domaćinstva da „sastavi kraj sa krajem“					
lako ili veoma lako				1,00	1,00
prilično lako ili sa malo poteškoća				1,78 (1,26–2,51)*	1,70 (1,10–2,61)*
teško ili veoma teško				1,49 (0,93–2,37)	1,81 (1,15–2,86)*
Izrazita materijalna deprivacija domaćinstva					
ne		1,00			
da		1,58 (0,99–2,50)			

Model 1 – sa uključenim individualnim varijablama; Model 2 – sa uključenim individualnim varijablama i varijablama na nivou domaćinstva;
95% OR – odds ratio; 95% CI – Confidence Interval; *p<0.05.

4.3.3. Povezanost individualnih karakteristika ispitanika i karakteristika domaćinstva sa finansijskim opterećenjem usled upotrebe lekova kao ishodnom varijablom

Povezanost individualnih karakteristika ispitanika starijih od 65 godina i karakteristika domaćinstva sa finansijskim opterećenjem usled upotrebe lekova kao ishodnom varijablom u Srbiji, Hrvatskoj i Sloveniji ispitivana je pomoću dva modela multivarijantne logističke regresije. Lista nezavisnih varijabli uključenih u oba modela prikazana je u Prilogu 7.

Model 1 za Srbiju je pokazao je da su dobna grupa od 70 do 74 godina (OR: 1,33, 95% CI: 1,07 – 1,65), veoma loše (OR: 5,29, 95% CI: 2,38 – 11,76) i loše (OR: 3,23, 95% CI: 1,58 – 6,60) zdravlje, prisustvo hroničnih bolesti ili stanja (OR: 1,34, 95% CI: 1,10 – 1,62) i rizik od siromaštva ili socijalne isključenosti (OR: 2,17, 95% CI: 1,80 – 2,63) bili statistički značajno povezani sa finansijskim opterećenjem usled upotrebe lekova ($p < 0,05$). Model 1 za Sloveniju je pokazao da su slabo (OR: 1,75, 95% CI: 1,03 – 2,96), loše (OR: 2,41, 95% CI: 1,34 – 4,33) i veoma loše (OR: 3,06, 95% CI: 1,37 – 6,83) zdravlje i umereno (OR: 1,99, 95% CI: 1,57 – 2,52) ili teško (OR: 2,61, 95% CI: 1,87 – 3,65) ograničenje u svakodnevnom aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja bili statistički značajno povezani sa finansijskim opterećenjem usled upotrebe lekova ($p < 0,05$). Model 1 za Hrvatsku je pokazao da su slabo (OR: 1,69, 95% CI: 1,02 – 2,78), loše (OR: 2,52, 95% CI: 1,49 – 4,26) ili veoma loše (OR: 2,53, 95% CI: 1,42 – 4,53) zdravlje, hronične bolesti ili stanja (OR: 1,21, 95% CI: 1,00 – 1,45), umereno (OR: 1,21, 95% CI: 1,01 – 1,45) i teško (OR: 1,42, 95% CI: 1,09 – 1,84) ograničenje u svakodnevnom aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja, brak ili vanbračna zajednica (OR: 0,60, 0,53 – 0,69) i rizik od siromaštva i socijalne isključenosti (OR: 1,19, 95% CI: 1,02 – 1,39) bili statistički značajno povezani sa finansijskim opterećenjem usled upotrebe lekova ($p < 0,05$) (Tabela 4.3.3.1).

Model 2 za Srbiju je pokazao je da su: dobna grupa od 70 do 74 godina (OR: 1,41, 95% CI: 1,12 – 1,78), loše zdravlje (OR: 2,77, 95% CI: 1,14 – 6,68) i hronične bolesti ili stanja (OR: 1,36, 95% CI: 1,11 – 1,67), život u domaćinstvima koja su teško i veoma teško (OR: 8,41, 95% CI: 3,36 – 21,08) ili prilično lako ili sa malo poteškoća (OR: 3,36, 95% CI: 1,35 – 8,34) „sastavljala kraj sa krajem”, život u domaćinstvima sa izrazitom materijalnom deprivacijom (OR: 1,17, 95% CI: 1,26 – 2,50), kao i u domaćinstvima koja su trpela veliko (OR: 0,20, 95% CI: 0,11 – 0,35) ili blago (OR: 0,56, 95% CI: 0,61 – 0,84) opterećenje svakodnevnom troškovima bili statistički značajno povezani sa finansijskim opterećenjem usled upotrebe lekova ($p < 0,05$). Model 2 za Sloveniju je pokazao da su teško (OR: 2,27, 95% CI: 1,06 – 3,22) i umereno (OR: 1,85, 95% CI: 1,44 – 2,36) ograničenje u obavljanju svakodnevni aktivnosti usled hronične bolesti ili stanja, život u dvočlanim (OR: 1,59, 95% CI: 1,26 – 2,00), tročlanim ili većim domaćinstvima (OR: 1,59, 95% CI: 1,17 – 2,15), domaćinstvima koja su teško i veoma teško (OR: 1,69, 95% CI: 1,15 – 2,48) ili prilično lako ili sa malo poteškoća (OR: 1,51, 95% CI: 1,13 – 2,01) „sastavljala kraj sa krajem” kao i u domaćinstvima koja su trpela veliko (OR: 0,24 95% CI: 0,17 – 0,34) i blago (OR: 0,53, 95% CI: 0,42 – 0,68) opterećenje svakodnevnom troškovima bili statistički značajno povezani sa finansijskim opterećenjem usled upotrebe lekova ($p < 0,05$). Model 2 za Hrvatsku je pokazao da su loše (OR: 1,95, 95% CI: 1,13 – 3,39) ili veoma loše (OR: 1,97, 95% CI: 1,07 – 3,62) zdravlje, umereno (OR: 1,31, 95% CI: 1,09 – 1,58) ili teško (OR: 1,48, 95% CI: 1,13 – 1,94) ograničenje u svakodnevnom aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja i brak ili vanbračna zajednica (OR: 1,73, 95% CI: 1,43 – 2,10), rizik od siromaštva i socijalne isključenosti (OR: 0,78, 95% CI: 0,64 – 0,96), život u domaćinstvima koja su teško i veoma teško (OR: 3,51, 95% CI: 2,33 – 5,28) ili prilično lako ili sa malo poteškoća (OR: 2,61, 95% CI: 1,79 – 3,80) „sastavljala kraj sa krajem” i u domćinstvima koja su trpela veliko (OR: 0,23, 95% CI: 0,17 – 0,31) ili blago (OR: 0,71, 95% CI: 0,61 – 0,84) opterećenje svakodnevnom troškovima bili statistički značajno povezani sa finansijskim opterećenjem usled upotrebe lekova ($p < 0,05$) (Tabela 4.3.3.1).

Tabela 4.3.3.1. Multivarijantna logistička regresija za finansijsko opterećenje usled upotrebe lekova u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj

Karakteristike ispitanika i domaćinstava	Srbija		Slovenija		Hrvatska	
	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
INDIVIDUALNE KARAKTERISTIKE						
Pol						
muški	1,00	1,00				
ženski	0,98 (0,83–1,15)	0,95 (0,80–1,14)				
Dobna grupa						
65 – 69	1,00	1,00				
70 – 74	1,33 (1,07–1,65)*	1,41 (1,12–1,78)*				
75 – 79	1,12 (0,89–1,40)	1,16 (0,91–1,47)				
80 i više	0,97 (0,76–1,23)	1,06 (0,82–1,37)				
Bračno stanje						
neudat/a, rastavljen/a, razveden/a, udovac/udovica					1,00	1,00
u braku ili vanbračnoj zajednici					0,60 (0,53–0,69)*	1,73 (1,43–2,10)*
Samoprocenjeno zdravstveno stanje						
vrlo dobro	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
dobro	1,53 (0,75–3,13)	1,18 (0,53–2,62)	1,59 (0,95–2,67)	1,45 (0,85–2,48)	1,17 (0,71–1,92)	1,12 (0,66–1,89)
slabo	1,63 (0,81–3,28)	1,17 (0,54–2,56)	1,75 (1,03–2,96)*	1,42 (0,82–2,46)	1,69 (1,02–2,78)*	1,38 (0,82–2,33)
loše	3,23 (1,58–6,60)*	1,94 (0,88–4,31)	2,41 (1,34–4,33)*	1,8 (0,98–3,23)	2,52 (1,49–4,26)*	1,95 (1,13–3,39)*
veoma loše	5,29 (2,38–11,76)*	2,77 (1,14–6,68)*	3,06 (1,37–6,83)*	2,26 (0,99–5,18)	2,53 (1,42–4,53)*	1,97 (1,07–3,62)*
Hronične bolesti ili stanja						
ne	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
da	1,34 (1,10–1,62)*	1,36 (1,11–1,67)*	1,1 (0,87–1,38)	1,12 (0,88–1,43)	1,21 (1,00–1,45)*	1,13 (0,94–1,37)
Ograničenja u svakodnevnim aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja						
bez ograničenja	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
sa umerenim ograničenjem	1,18 (0,95–1,46)	1,21 (0,96–1,53)	1,99 (1,57–2,52)*	1,85 (1,44–2,36)*	1,21 (1,01–1,45)*	1,31 (1,09–1,58)*
teško ograničenje	1,00 (0,73–1,38)	1,00 (0,71–1,41)	2,61 (1,87–3,65)*	2,27 (1,60–3,22)*	1,42 (1,09–1,84)*	1,48 (1,13–1,94)*
Edukacija						
osnovna škola ili manje	1,00	1,00			1,00	1,00
srednja škola	1,04 (0,85–1,27)	1,01 (0,81–1,26)	1,00	1,00	1,12 (0,93–1,36)	1,16 (0,95–1,41)
viša škola ili fakultet	0,81 (0,62–1,07)	0,87 (0,65–1,18)	0,92 (0,71–1,18)	1,16 (0,89–1,52)	0,97 (0,74–1,25)	1,13 (0,86–1,49)
Dužina radnog staža (u godinama) aritmetička sredina ±SD			1,00 (0,99–1,01)	1,01 (0,99–1,02)		
U riziku od siromaštva ili stopa socijalne isključenosti						
ne	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
da	2,17 (1,80–2,63)*	1,04 (0,81–1,35)	1,1 (0,86–1,43)	1,06 (0,77–1,45)	1,19 (1,02–1,39)*	0,78 (0,64–0,96)*

KARAKTERISTIKE DOMAĆINSTVA					
Veličina domaćinstva					
jednočlano		1,00		1,00	1,00
dvočlano		0,93 (0,72–1,21)		1,59 (1,26–2,00)*	1,07 (0,86–1,34)
tri ili više članova		0,97 (0,76–1,25)		1,59 (1,17–2,15)*	0,83 (0,66–1,04)
Finansijsko opterećene svakodnevnim troškovima domaćinstva					
bez opterećenja		1,00		1,00	1,00
blago opterećenje		0,56 (0,46–0,68)*		0,53 (0,42–0,68)*	0,71 (0,61–0,84)*
veliko opterećenje		0,20 (0,11–0,35)*		0,24 (0,17–0,34)*	0,23 (0,17–0,31)*
Mogućnost domaćinstva da „sastavi kraj sa krajem“					
lako ili veoma lako		1,00		1,00	1,00
prilično lako ili sa malo poteškoća		3,36 (1,35–8,34)*		1,51 (1,13–2,01)*	2,61 (1,79–3,80)*
teško ili veoma teško		8,41 (3,36–21,08)*		1,69 (1,15–2,48)*	3,51 (2,33–5,28)*
Izrazita materijalna deprivacija domaćinstva					
ne		1,00		1,00	1,00
da		1,17 (1,26–2,50)*		0,83 (0,49–1,41)	1,13 (0,88–1,47)

Model 1 – sa uključenim individualnim varijablama; Model 2 – sa uključenim individualnim varijablama i varijablama na nivou domaćinstva; OR – odds ratio; 95% CI – Confidence Interval; *p<0.05.

5. DISKUSIJA

Istraživanje o finansijskom opterećenju stanovnika starijih od 65 godina usled korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i upotrebe lekova u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj predstavlja sekundarnu analizu podataka dobijenih u Anketa o prihodima i uslovima života za 2017. godinu (*Survey on Income and Living Conditions – SILC*). Na aktuelnost teme ukazuje veliki broj istraživanja u vezi sa finansijskim efektima korišćenja zdravstvene zaštite u populaciji starijih (Macinko, et al., 2020; EIGE, 2021; Hoangv – Vu Eozenou, Neelsen & Smits, 2021; Kočiš Krutilová, Bahnsen, De Graeve, 2021; Krasowski, et al., 2021). Značaj istraživanja o finansijskim posledicama korišćenja zdravstvene zaštite se povećao u toku pandemije COVID – 19. Istraživanja su pokazala da su starije populacione grupe pretrpele teže finansijske posledice u toku pandemije (Job, Steptoe & Zaninotto, 2022) i da su domaćinstva sa članovima starijim od 65 godina imala u toku pandemije veće izdatke i veća „plaćanja iz džepa” za zdravstvenu zaštitu od mlađih domaćinstava (Tavares, 2022; WHO, 2021), a uočeno je i češće izbegavanje korišćenja lekova zbog nedostatka finansijskih sredstava (Olson, et al., 2022).

Rezultati našeg istraživanja su pokazali da je finansijsko opterećenje ispitanika 65 i više godina starih usled korišćenja zdravstvene zaštite bilo je najveće u Hrvatskoj, kod 50,0% ispitanika, u Srbiji kod 39,7%, a najmanje u Sloveniji, kod 15,1% ispitanika (Vojvodic, et al., 2022). U Srbiji je finansijsko opterećenje usled korišćenja zdravstvene zaštite bilo prisutno kod 4 od 10 ispitanika. Naši rezultati su u skladu sa rezultatima Evropskog istraživanja kvaliteta života u kome je 28% ispitanika 65 i više godina starih u Srbiji izjavilo da bi teško ili veoma teško pokrili troškove posete lekaru opšte prakse, 38% bi teško ili veoma teško pokrilo troškove bolničkog lečenja i specijalističkih pregleda, a 33% troškove hitnog medicinskog lečenja (Eurofound, 2016). Jedan od razloga bi mogao da bude i zastupljenost „plaćanja iz džepa” za zdravstvenu zaštitu što su pokazale prethodne studije u kojima je 42,5% odraslih ispitanika platilo participaciju za posete lekaru opšte prakse, a 44,7% za posetu specijalisti (Vojvodic, et al., 2017), 48,2% za bolničko lečenje, a ukupno, više od tri četvrtine ispitanika je platilo participaciju za neki od oblika zdravstvene zaštite (Arsenijevic, Pavlova, Groot, 2015). U prilog finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite u Srbiji govori i podatak da je najčešći razlog izbegavanja odlaska kod lekara bio nedostatak finansijskih sredstava za plaćanje zdravstvenih usluga (Popović, et al., 2017).

Svaki drugi ispitanik iz Hrvatske u našem istraživanju je bio finansijski opterećen usled plaćanja zdravstvene zaštite, što je više od proseka za EU– 28 (50,0%: 44,3%) (Eurostat, 2022c). U prilog veće finansijske opterećenosti starijih od 65 godina usled korišćenja zdravstvene zaštite u Hrvatskoj govore i rezultati istraživanja po kojima bi 42% ispitanika starijih od 65 godina teško i veoma teško pokrilo troškove primarne zdravstvene zaštite, što je češće nego u populaciji odraslih (32%) (Eurofound, 2016). Stariji ispitanici bi, prema istom istraživanju, teško ili veoma teško platili usluge hitnog medicinskog lečenja u 48%, što je više u odnosu na mlađe koji bi u 36% imali iste finansijske poteškoće (Eurofound, 2016). U Hrvatskoj je oko četvrtine „izdataka iz džepa” bilo za vanbolničku i bolničku zaštitu, dijagnostičke procedure i medicinske proizvode. Među domaćinstvima sa velikim finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite 27% su bila domaćinstva čiji su članovi bili penzioneri, a 80% domaćinstava koja su imala velike izdatke za zdravstvenu zaštitu (veće od 40% budžeta domaćinstva) su usled tih izdataka postala još siromašnija (Voncina & Rubil, 2018). Najčešći razlog u Hrvatskoj za izbegavanje korišćenja zdravstvene zaštite bio je nedostatak finansijskih sredstava (Voncina & Rubil, 2018).

Prema našim rezultatima, finansijsko opterećenje usled korišćenja zdravstvene zaštite je bilo najmanje zastupljeno u Sloveniji, kod skoro svakog sedmog ispitanika. Niska učestalost ispitanika iz Slovenije sa

finansijskim opterećenjem usled „plaćanja iz džepa” može se objasniti širokom pokrivenošću stanovnika Slovenije (95%) dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem koje pokriva troškove participacije i predstavlja zaštitni mehanizam od velikih „plaćanja iz džepa” za zdravstvenu zaštitu (Albreht, et al., 2016; Baggio, et al., 2018; OECD, 2021c). Naši rezultati su pokazali da je učestalost finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite manje nego u istraživanju sprovedenom u Sloveniji, u kome je 51% ispitanika 65 i više godina starih izjavilo da bi teško i veoma teško pokrili troškove primarne zdravstvene zaštite, 63% bi teško pokrilo troškove bolničkog lečenja i specijalističkih pregleda, a 53% troškove hitnog medicinskog lečenja (Eurofound, 2016).

Finansijsko opterećenje usled korišćenja stomatološke zaštite u našem istraživanju je bilo češće u Sloveniji (48,5%) nego u Srbiji (46,7%) i Hrvatskoj (36,4%) (Vojvodic, et al., 2022). Ovakav odnos učestalosti zabeležen je i u drugim istraživanjima u kojima bi stariji od 65 godina u većem procentu u Sloveniji nego u druge dve države teško ili veoma teško pokrili troškove stomatološke zaštite (Slovenija 65%, Srbija 50%, Hrvatska 53%) (Eurofound, 2016). U prilog većeg opterećenja usled plaćanja stomatološke zaštite govore i rezultati prethodnih istraživanja u kojima je udeo plaćanja za stomatološke usluge činio jednu četvrtinu svih „plaćanja iz džepa” za zdravstvenu zaštitu u Sloveniji (Tambor, Klich, Domagała, 2021). Takođe, naši rezultati su pokazali da je učestalost finansijskog opterećenja usled korišćenja stomatološke zaštite među starijom populacijom u sve tri države bila manja nego u opštoj populaciji u državama EU – 28 (50,7%) (Eurostat, 2022c). Prema dosadašnjim istraživanjima, finansijsko opterećenje usled korišćenja stomatološke zaštite posledica je nedovoljne pokrivenosti ovih usluga obaveznim zdravstvenim osiguranjem (Farme, 2020), široko je rasprostranjeno u evropskim državama i rezultira izbegavanjem stomatološke zaštite i povećanjem ukupnih izdataka domaćinstava za zdravstvenu zaštitu, naročito među siromašnima (Thomson, et al., 2019). U istraživanju koje je sproveo Stock sa saradnicima na populaciji ispitanika od 50 do 90 godina starih u 14 evropskih zemalja i u Izraelu, uočeno je da prosečno 13,8% ispitanika od 65 do 74 godina starih nema ni jedan svoj zub, u Sloveniji čak 19,2% (Stock, et al., 2016). Nedostatak zuba povezan je sa upotrebom trajnih protetskih pomagala (Nitschke, et al., 2021). Izrada zubnih proteza je u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj delimično pokrivena obaveznim zdravstvenim osiguranjem (Džakula, et al., 2014; Albreht, et al., 2016; MISSOC, 2017). U Sloveniji i Hrvatskoj postoji mogućnost plaćanja participacije i doplate za stomatološke usluge i proteze pomoću dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (MISSOC, 2017; OECD, 2021a,c). Razlike u osiguranju mogu biti jedan od razloga za različite učestalosti finansijskog opterećenja usled korišćenja stomatološke zaštite osoba starijih od 65 godina u ove tri države. Drugi razlog može biti učestalost korišćenja usluga privatnih stomatoloških ordinacija koje nisu pokrivene obaveznim zdravstvenim osiguranjem (Džakula, et al., 2014; Kanjevac, 2015; Albreht, et al., 2016; Bjegovic – Mikanovic, et al., 2019) ili promene u finansiranju stomatološke zaštite kao što je to bio slučaj u Srbiji pre desetak godina (Kanjevac, 2015).

Finansijsko opterećenje usled upotrebe lekova bilo je prisutno kod 64,2% ispitanika u Srbiji, kod 57,6% ispitanika u Sloveniji i kod 69,1% ispitanika u Hrvatskoj (Vojvodic, et al., 2022). Prema našim rezultatima, učestalost finansijskog opterećenja usled upotrebe lekova u ispitivanoj populaciji starijoj od 65 godina je veće od proseka za svaku od tri ispitivane države i veće od proseka za EU – 28 države (50,4%). U opštoj populaciji u Srbiji, 41,2% stanovnika je prijavilo finansijsko opterećenje usled upotrebe lekova, u Sloveniji 47,9%, a u Hrvatskoj 44,7% (Eurostat, 2022c). Naši rezultati ukazuju na veću finansijsku opterećenost starijih građana „plaćanjem iz džepa” za lekove od proseka u opštoj populaciji. Rezultati našeg istraživanja su u skladu sa rezultatima drugih istraživanja koja su pokazala da se u populaciji starijih od 65 godina povećava finansijska opterećenost zbog „plaćanja iz džepa” za lekove usled povećane potrebe i istovremene upotrebe većeg broja lekova (European Commission 2020a; Hasan Ibrahim, Barry, Hughes, 2021; Jazbar, et al., 2021). U našem istraživanju, veća učestalost finansijskog opterećenja usled upotrebe lekova u odnosu finansijsko opterećenje usled korišćenja

zdravstvene i stomatološke zaštite u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj u skladu je sa rezultatima prethodnih istraživanja u kojima je „plaćanje iz džepa” za lekove bilo najčešći uzrok finansijskog opterećenja domaćinstva (Stankuniene, et al., 2015; Beaten, et al., 2018; WHO, 2021). „Plaćanja iz džepa“ za lekove su neproporciono češća od plaćanja za druge zdravstvene usluge što su pokazali rezultati istraživanja sprovedenog u Srbiji, u kome je oko 20% ispitanika kojima je poseta lekaru bila u potpunosti pokrivena obaveznim zdravstvenim osiguranjem platilo participaciju za lekove (Vojvodic et al., 2017). Prema istom istraživanju, 40,1% ispitanika u Srbiji je platilo participaciju za lekove, a 2,9% punu cenu leka. U Hrvatskoj je korišćenje lekova koji nisu bili propisani od strane lekara i za koje se plaća puna cena bilo zastupljeno kod 30% stanovnika, a „plaćanja iz džepa” za lekove su činili skoro 30% svih plaćanja iz džepa za zdravstvenu zaštitu (Voncina & Rubil, 2018).

U sve tri države većinu su činile ispitanice ženskog pola, u dobnoj grupi od 65 do 69 godina što odgovara distribuciji polova u populaciji stanovnika u EU – 27 gde je prosečan broj žena starijih od 65 godina 1,33 puta veći od broja muškaraca iste starosne dobi (European Commission, 2020a). Dobijeni rezultat je u skladu sa očekivanim trajanjem života u 65 godini koje je, u EU – 27 i u sve tri ispitivane države, duže među ženama nego među muškarcima (Eurostat, 2022d). U Srbiji je procenat ispitanika koji žive u bračnoj ili vanbračnoj zajednici bio manji nego u Sloveniji i Hrvatskoj, a jedan od razloga može biti veća stopa razvoda u Srbiji nego u druge dve države (Eurostat, 2023b).

Ispitanici su se u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj razlikovali po stepenu obrazovanja. U Sloveniji ni jedan ispitanik nije imao manji stepen obrazovanja od srednje škole dok je u Srbiji trećina imala završenu samo osnovnu školu ili niže razrede. Dobijeni rezultat za Sloveniju se razlikuje od statističkih podataka za 2017. godinu na osnovu kojih je u dobnoj grupi od 55 do 74 godina bilo 22,8% onih sa završenom osnovnom školom ili nižim razredima (Eurostat, 2023c). Takođe, u ovoj dobnoj grupi u Hrvatskoj je bilo dva puta više stanovnika sa završenom osnovnom školom ili nižim razredima nego u našem istraživanju. Prema rezultatima nešeg istraživanja najviše godina radnog staža su imali ispitanici u Sloveniji, a najmanje u Hrvatskoj što se može objasniti uslovima za odlazak u penziju. Slovenija je pre Srbije i Hrvatske uvela starosnu granicu od 65 godina za odlazak u penziju (MISSCEO, 2017; MISSOC, 2017). U riziku od siromaštva ili socijalne isključenosti je bilo najviše ispitanika 65 i više godina starih u Hrvatskoj, zatim u Srbiji, a najmanje u Sloveniji. U odnosu na opštu populaciju odraslih (18 godina i više) ispitanici u našem istraživanju u Hrvatskoj su u većem procentu bili u riziku od siromaštva ili socijalne isključenosti, a u Srbiji i Sloveniji u manjem (Eurostat, 2022e).

Ispitanici u ovom istraživanju, u svakoj od država, su u manjem procentu od opšte populacije u 2017. godini svoje zdravlje ocenili kao veoma loše. Takođe, ispitanici u ovom istraživanju su u manjem procentu od opšte populacije, ocenili svoje zdravlje kao veoma dobro. Jedan od razloga mogu biti hronične bolesti koje su bile prisutne kod oko 70% ispitanika u svakoj od država. Na veću zastupljenost hroničnih bolesti i ograničenja u svakodnevnom aktivnostima usled bolesti ili stanja u populaciji starijih ukazuju i rezultati drugih istraživanja (Prince et al., 2015; Stanojevic Jerkovic, et al., 2017; Sheridan, et al., 2019; WHO, 2019). Nešto manje od 90% ispitanika u Srbiji je bilo sa umerenim ili teškim ograničenjem u svakodnevnom aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja. U Sloveniji je sa ograničenjem u svakodnevnom aktivnostima usled hroničnih bolesti bilo manje ispitanika (oko 80%), a u Hrvatskoj oko 75%. Predhodna istraživanja su pokazala da je ograničenje u obavljanju svakodnevnih aktivnosti usled hroničnih bolesti i stanja bilo zastupljeno u populaciji starih (WHO, 2019). Rezultati našeg istraživanja su pokazali da su ispitanici u Srbiji najčešće živeli u višečlanim domaćinstvima, u skladu sa tradicionalnom strukturom domaćinstva, dok se u Sloveniji i Hrvatskoj uočava udaljavanje od tradicionalne strukture domaćinstva i veći broj dvočlanih domaćinstava (Kaser, 1996; European

Commission, 2020). Smanjenje broja članova domaćinstva je delom posledica višegodišnjeg smanjenog fertiliteta i većeg broja razvoda i manjeg broj proširanih porodičnih domaćinstava. Poseban problem predstavljaju jednočlana domaćinstva starijih od 65 godina zbog svoje osetljivosti na socijalno – ekonomske uslove u kojima žive (European Commission, 2020a) kojih je najviše bilo među hrvatskim ispitanicima (skoro trećina). Rezultati ovog istraživanja su pokazali da su domaćinstva u kojima su živeli ispitanici 65 i više godina stari u najvećem procentu bila bez ili sa blagim finansijskim opterećenjem svakodnevnim troškovima i bez teške materijalne deprivacije. U poređenju sa opštom populacijom, naši rezultati su pokazali da su stanovnici 65 i više godina stari u Srbiji u manjem procentu od opšte populacije bili finansijski preopterećeni troškovima stanovanja, a u Sloveniji i Hrvatskoj u većem procentu (Eurostat, 2022a). Ukupni troškovi domaćinstva su uticali da ispitanici iz našeg istraživanja u sve tri države ocene da su sa teškoćama različitog stepena njihova domaćinstva „sastavljala kraj sa krajem”. Kao i u prethodnim istraživanjima i u našem je korišćena subjektivna procena ispitanika o ekonomskim uslovima u kojima žive, a rezultati su u skladu sa nesrazmernim povećanjem troškova stanovanja u odnosu na prihode domaćinstva, uočenim u poslednje dve decenije (FEANTSA, 2017).

Individualne karakteristike ispitanika (godine starosti, pol, bračno stanje, stepen obrazovanja, radni status, prihodi, zdravstveno stanje) i karakteristike domaćinstva (broj članova domaćinstva, materijalno stanje domaćinstva, prisustvo članova domaćinstva starijih od 65 godina, članova sa lošijim zdravstvenim stanjem ili sa potrebom za dugotrajnim lečenjem i negom) su u prethodnim istraživanjima povezivana sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite (Wagner et al, 2011; Moreno – Serra, Thomson, Xu, 2013; Blumberg, et al., 2014; Masood, Sheiham & Bernabé, 2015; Arsenijevic, et al., 2016; Richard, Walker & Alexandre, 2018; Eurstat, 2019; López– López, et al., 2021; Wang, et al., 2021).

U našem istraživanju, starost je bila povezana jedino sa većom verovatnoćom finansijskog opterećenja usled upotrebe lekova i to u Srbiji za dobnu grupu od 70 do 75 godina. U ovoj dobnoj grupi verovatnoća finansijskog opterećenja usled upotrebe lekova je bila 1,33 puta veća (prema Modelu 1 za Srbiju) i 1,41 put veća (u Modelu 2 za Srbiju) nego u drugim dobnim grupama. Istraživanje Babovića i saradnika (Babović, i sar., 2018) je pokazalo da se učestalost hroničnih bolesti među populacijom starijom od 65 godina u Srbiji povećava sa starošću. Drugo istraživanje je pokazalo da je najveći udeo „plaćanja iz džepa” u ukupnim plaćanjima za zdravstvenu zaštitu u Srbiji bio za lekove (55,6%) (Bjegovic – Mikanovic, et al., 2019). Rezultatima ovih istraživanja može se objasniti veća učestalost finansijskog opterećenja usled upotrebe lekova kod starijih ispitanika. Prethodna istraživanja o „plaćanju iz džepa” u Srbiji su pokazala da primena mehanizma izuzeća od plaćanja participacije u Srbiji nije u potpunosti uspeo, posebno za starije osobe (preko 65 godina) i za siromašne sa niskim porodičnim primanjima i/ili za one koji su nezaposleni (Arsenijevic, Pavlova, Groot, 2014).

Ispitanici 65 i više godina stari, koji su živeli u bračnoj ili vanbračnoj zajednici su imali veću verovatnoću finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite u Sloveniji i Hrvatskoj, i stomatološke zaštite, takođe u Sloveniji i Hrvatskoj. Ovi rezultati u našem istraživanju su u skladu sa rezultatima prethodnih istraživanja u kojima su dvočlana domaćinstva, naročito ona sa oba člana starija od 65 godina, češće bila finansijski opterećena usled korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i lekova. Takođe, u evropskim državama starija domaćinstva su skoro šest puta češće bila opterećena finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite od mlađih domaćinstava (Williams, Horodnic, 2017; WHO, 2021). Jedno od objašnjenja je i to da je u dvočlanim domaćinstvima jedan član često zavisao od drugog zbog toga što je nezaposlen, nije stekao penziju ili je na drugi način finansijski zavisao (European Commission, 2020a). Naši rezultati za Hrvatsku su pokazali da je bračna ili vanbračna zajednica povezana sa manjom verovatnoćom finansijskog opterećenja usled upotrebe lekova kada se posmatraju

samo individualne karakteristike, a da se situacija pogoršava tj. da se verovatnoća finansijskog opterećenja usled upotrebe lekova povećava uključivanjem i karakteristika domaćinstva (Model 2). Prema našem saznanju, slična istraživanja sa poređenjem verovatnoće finansijskog opterećenja usled upotrebe lekova na individualnom nivou i na nivou domaćinstva nisu rađena, ali se naši rezultati mogu objasniti rezultatima prethodnih istraživanja u kojima su socijalno – ekonomske karakteristike domaćinstva bile povezane sa finansijskim opterećenjem usled upotrebe lekova (Taylor, et al., 2016; Vogel, Dedet, Pedersen, 2019).

Rezultati prethodnih istraživanja su pokazali da je život u multigeneracijskim domaćinstvima povezan sa većim finansijskim opterećenjem usled „plaćanja iz džepa” za zdravstvenu zaštitu koja prevazilaze 40% prihoda domaćinstva (Xu, et al., 2003; Cohen, Kirzinger, 2014). Finansijskom opterećenju doprinose neformalna plaćanja za zdravstvenu i stomatološku zaštitu koja su bila više zastupljena u dvočlanim i višečlanim domaćinstvima (Masood, Sheiham & Bernabé, 2015; Williams, Horodnic, 2017). Rezultati našeg istraživanja su delimično u skladu sa rezultatima pomenutih istraživanja jer je život u dvočlanim, tročlanim i višečlanim domaćinstvima, u našem istraživanju, bio povezan jedino sa većom verovatnoćom finansijskog opterećenja usled upotrebe lekova u Sloveniji.

Veću verovatnoću finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite imali su ispitanici sa lošijim samoprocenjenim zdravstvenim stanjem u Srbiji i u Hrvatskoj, a usled upotrebe lekova u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj. Samoprocenjeno zdravstveno stanje predstavlja subjektivnu procenu ispitanika ali zauzima veliki značaj u istraživanjima, uključujući i ekonomska istraživanja u oblasti zdravstvene zaštite, zbog višestruke povezanosti samoprocenjenog zdravstvenog stanja i finansijskog opterećenja usled plaćanja za zdravstvenu zaštitu (Marshall, Tucker – Seeley, 2018; Spitzer, Shaikh, 2022). Naši rezultati govore u prilog rezultata istraživanja sprovedenog u 15 evropskih država koji su pokazali da su ispitanici sa lošijom samoprocenom zdravstvenog stanja imali veće izdatke za zdravstvenu zaštitu čak i u situacijama kada je samoprocena zdravstvenog stanja bila pogrešna (Spitzer, Shaikh, 2022).

Prema našim rezultatima, veću verovatnoću finansijskog opterećenja usled upotrebe lekova u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj su imali ispitanici sa lošijom samoprocenom zdravstvenog stanja. U sve tri države, kod ispitanika koji su samoprocenili zdravstveno stanje kao veoma loše, verovatnoća finansijskog opterećenja usled upotrebe lekova je bila pet puta veća u Srbiji, tri puta u Sloveniji i 2,5 puta u Hrvatskoj, u odnosu na one ispitanike koji su svoje zdravstveno stanje ocenili kao vrlo dobro. Kada se analiziraju i karakteristike domaćinstva (Model 2) verovatnoća finansijskog opterećenja usled upotrebe lekova kod ispitanika sa veoma lošim zdravstvenim stanjem se smanjuje u Srbiji i Hrvatskoj, a u Sloveniji gubi značajnost. Na osnovu rezultata za Sloveniju može se zaključiti da su socijalno – ekonomske karakteristike domaćinstva (u Modelu 2) smanjile verovatnoću finansijskog opterećenja usled upotrebe lekova kod ispitanika sa slabim, lošim i veoma lošim samoprocenjenim zdravljem. Ovaj rezultat je u skladu sa drugim rezultatima našeg istraživanja koji su pokazali da su domaćinstava u Sloveniji boljeg socijalno – ekonomskog statusa (veći procenat domaćinstava bez materijalne deprivacije i onih koja su lako „sastavljala kraj sa krajem” nego u Srbiji i Hrvatskoj).

Prethodna istraživanja su pokazala da se sa starenjem povećava broj hroničnih bolesti i da je učestalost finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite veća u domaćinstvima sa članovima koji boluju od više hroničnih bolesti (Palladino, et al., 2016; Richard. et al., 2018; European Commission, 2020; Tambor, et al., 2021; WHO, 2021). Rezultati našeg istraživanja su pokazali da je prisustvo hroničnih bolesti bilo povezano sa manjom verovatnoćom finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite u Hrvatskoj i većom verovatnoćom finansijskog opterećenja usled upotrebe lekova u Srbiji i u Hrvatskoj što ukazuje na bolju finansijsku zaštitu starijih od 65 godina sa hroničnim bolestima kada su u pitanju posete lekaru nego upotreba lekova. Prema rezultatima našeg istraživanja za Sloveniju,

prisustvo hroničnih bolesti nije uticalo na verovatnoću finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene i stomatološke zaštite i lekova, a razlog može biti dobra socijalna politika prema starijim osobama koji su oslobođeni plaćanja participacije (posle 75 godine života) ili korišćenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje pokriva troškove participacije za zdravstvene, stomatološke usluge i lekove (Albreht, et al., 2016; MISSOC, 2017). Istraživanja su pokazala da dobrovoljno zdravstveno osiguranje može zaštititi korisnike od velikih izdataka za bolničko lečenje (Kočiš Krutilová, Bahnsen, De Graeve, 2021) ali i za druge usluge zdravstvene zaštite naročito u populaciji starijih (Baggio, et al., 2018). Prema zakonskim aktima u vezi sa zdravstvenim osiguranjem u Srbiji i Hrvatskoj, osobe koje boluju od određenih hroničnih bolesti su oslobođene plaćanja participacije (Džakula, et al., 2014; MISSCEO, 2017; MISSOC, 2017; Bjegovic – Mikanovic, et al., 2019) ali prema našim rezultatima to je obezbeđivalo manju zaštitu od finansijskog opterećenja u odnosu na ispitanike u Sloveniji gde je zastupljeno dobrovoljno zdravstveno osiguranje gotovo celokupnog stanovništva. I u Hrvatskoj je dostupno dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje pokriva participaciju ali je njime obuhvaćeno 60% stanovnika, znatno manje nego u Sloveniji (OECD, 2021a,c).

Individualne karakteristike ispitanika, kao što su umerena i teška ograničenja u obavljanju svakodnevnih aktivnosti usled hroničnih bolesti ili stanja su bila povezana sa većom verovatnoćom finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite u Sloveniji i sa većom verovatnoćom finansijskog opterećenja usled upotrebe lekova u Sloveniji i Hrvatskoj. U prethodnim istraživanjima analizirana je učestalost ograničenja u svakodnevnim aktivnostima među populacijom strijom od 65 godina i njeni uzroci (Maresova, et al., 2019) ali je finansijsko opterećenje usled korišćenja zdravstvene zaštite uglavnom povezivano sa hroničnim bolestima i češćim korišćenjem zdravstvene zaštite (Prince et al., 2015; Souza et al., 2021) i na taj način indirektno povezivano sa ograničenjima u svakodnevnim aktivnostima. Rezultati takvih istraživanja za Sloveniju su pokazali da su ograničenja u obavljanju svakodnevnih aktivnosti bila češća kod osoba sa lošijim zdravstvenim stanjem, sa većim brojem hroničnih bolesti i kod onih koji koriste veći broj lekova (Jazbar, et al., 2021) i koji su lošije procenili svoje zdravstveno stanje (Stanojevic Jerkovic, et al., 2017), što je u predhodnim istraživanjima povezivano sa češćim korišćenjem zdravstvene zaštite i većim troškovima za zdravstvenu zaštitu (Palladino, et al., 2016; Spitzer, Shaikh, 2022).

Naši rezultati za Srbiju, Sloveniju i Hrvatsku nisu pokazali povezanost samoprocenjenog zdravstvenog stanja, prisustva hroničnih bolesti i ograničenja u obavljanju svakodnevnih aktivnosti usled hroničnih bolesti ili stanja sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja stomatološke zaštite. Ovi rezultati nisu u potpunosti u skladu sa rezultatima prethodnih istraživanja koja su pokazala da su stariji ispitanici koji su svoje zdravlje ocenili kao loše ili veoma loše češće „plaćali iz džepa“ za stomatološku zaštitu (Manski, et al., 2017). Takođe, naši rezultati se ne mogu objasniti ni zakonskim aktima u ove tri države po kojima obavezno zdravstveno osiguranje samo delimično pokriva troškove stomatološke zaštite i moglo bi se očekivati prisustvo finansijskog opterećenja usled korišćenja stomatološke zaštite među starijom populacijom. Naši rezultati, kao i rezultati drugih istraživanja, govore u prilog izbegavanja korišćenja stomatološke zaštite i zanemarivanja zdravlja usta i zuba i davanja prioriteta drugim zdravstvenim problemima (Kanjevac, 2015; Bof de Andrade, et al. 2020).

U ovom istraživanju, ispitanici sa završenom višom školom ili fakultetom su imali veću verovatnoću finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite i stomatološke zaštite u Sloveniji, i usled korišćenja stomatološke zaštite u Hrvatskoj. Ovi rezultati su u skladu sa rezultatima prethodnih istraživanja u kojima su stariji ispitanici sa nižim nivoima edukacije i nižim prihodima imali manju verovatnoću „plaćanja iz džepa“ za stomatološku zaštitu, a oni sa većim nivoom edukacije su plaćali veće iznose za stomatološku zaštitu i češće bili finansijski opterećeni usled korišćenja stomatološke

zaštite (Masood, Sheiham & Bernabé, 2015; Manski, et al., 2017) između ostalog i zbog toga što su češće posećivali stomatologa (de Andrade, et al., 2020).

U našim rezultatima za Sloveniju, ispitanici sa dužim radnim stažom su imali veću verovatnoću finansijskog opterećenja usled korišćenja stomatološke zaštite. Na osnovu naših saznanja, do sada nisu sprovedena istraživanja koja direktno dovode u vezu dužinu radnog staža i finansijsku opterećenost usled korišćenja stomatološke zaštite, ali se mogu izvući indirektni zaključci na osnovu pretpostavke da je dužina radnog staža povezana sa visinom penzije i na osnovu rezultata istraživanja u kojima su ispitanici sa višim primanjima češće „plaćali iz džepa” za stomatološku zaštitu (Masood, Sheiham & Bernabé, 2015; Manski, et al., 2017).

U ovom istraživanju za analizu finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i lekova korišćeno je nekoliko pokazatelja siromaštva na individualnom nivou i na nivou domaćinstva. Rezultati su pokazali da je verovatnoća finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite veća među ispitanicima u riziku od siromaštva ili socijalne isključenosti (u Srbiji) i čija su domaćinstva sa različitim stepenom poteškoća „sastavljala kraj sa krajem” (Srbija i Hrvatska). Verovatnoća finansijskog opterećenja usled korišćenja stomatološke zaštite je bila veća među ispitanicima u riziku od siromaštva ili socijalne isključenosti (u Srbiji) i čija su domaćinstva sa različitim stepenom poteškoća „sastavljala kraj sa krajem” (Slovenija i Hrvatska). Verovatnoća finansijskog opterećenja usled upotrebe lekova je bila veća među ispitanicima u riziku od siromaštva ili socijalne isključenosti (u Srbiji i Hrvatskoj) i čija su domaćinstva sa različitim stepenom poteškoća „sastavljala kraj sa krajem” (Srbija, Slovenija i Hrvatska) i bila izrazito materijalno deprivirana (Srbija). Rizik od siromaštva ili socijalne isključenosti je bio povezan sa sva tri tipa ispitivanih finansijskih opterećenja u Srbiji ali samo u Modelu 1. Dodajući i socijalno – ekonomske karakteristike domaćinstva u Model 2 gubio se značaj ovog ekonomskog pokazatelja na individualnom nivou na finansijsko opterećenje usled korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i upotrebe lekova. Model 2 je pokazao veću povezanost karakteristika domaćinstva i verovatnoće finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i lekova.

Verovatnoća finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i upotrebe lekova je bila manja među ispitanicima koji su živeli u domaćinstvima koja su bila finansijski opterećena svakodnevnim troškovima u sve tri države i u Hrvatskoj među ispitanicima u riziku od siromaštva ili socijalne isključenosti (za finansijsko opterećenje usled upotrebe lekova, Model 2). Ovi rezultati se mogu objasniti postojanjem obaveznog zdravstvenog osiguranja u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj koje uključuje beneficije za socijalno i ekonomski najugroženije grupe stanovništva (Džakula, et al., 2014; Albreht, et al., 2016; MISSCEO, 2017; MISSOC, 2017; Bjegovic – Mikanovic, et al., 2019). Međutim, druga istraživanja su pokazala da postoji promena u strukturi rashoda domaćinstava koja imaju članove starije od 65 godina. Takva domaćinstva svode svoje troškove na minimum smatrajući kupovinu pokućstva i proizvoda za ličnu upotrebu luksuzom, a ne potrebom. Istovremeno, stariji ispitanici su kao najčešći razlog nekorišćenja zdravstvene zaštite naveli visoku cenu zdravstvenih usluga (European Commission, 2020a). Preraspodela troškova domaćinstva mogla bi da uključi i izbegavanje korišćenja zdravstvene zaštite, pogotovu one za koju je potrebno „platiti iz džepa” što bi smanjilo i verovatnoću subjektivnog osećaja finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i upotrebe lekova. I druga istraživanja su povezivala siromaštvo sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite, bilo kao uzrokom izbegavanja korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite ili lekova zbog nemogućnosti plaćanja troškova ili kao posledicom prekomernih izdataka za „plaćanja iz džepa” za korišćene usluge zdravstvene zaštite (Hess, et al., 2022; Tavares, 2022).

Rezultati prethodnih istraživanja su pokazali da stariji od 65 godina predstavljaju osetljivu populacionu grupu sa povećanim rizikom od siromaštva (WHO, 2015; Bozzaro, Boldt, Schweda, 2018; European Commission, 2020, WB, 2021). Troškovi za zdravstvenu zaštitu i ishodi zdravstvene zaštite su povezani sa uslovima i troškovima stanovanja (Taylor, et al., 2016), a teško „sastavljanje kraja sa krajem” je bilo povezano sa češćim izbegavanjem korišćenja zdravstvene zaštite (Tavares, 2022). Druga istraživanja su pokazala, suprotno očekivanjima, da su domaćinstva koja su imala malo ili nimalo problema da plate svoje svakodnevne troškove češće od ostalih imala izdatke za neformalna plaćanja za zdravstvenu i stomatološku zaštitu (Masood, Sheiham & Bernabé, 2015; Williams, et al., 2017). U istraživanju koje je sproveo Hess sa saradnicima (Hess, et al., 2022), niski prihodi, visoki izdaci za „plaćanja iz džepa” i slaba pokrivenosti esencijalnim lekovima u okviru zdravstvenog osiguranja su bili povezani sa manjom mogućnošću domaćinstva da „sastavi kraj sa krajem”. Veća verovatnoća finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite je prisutna u zdravstvenim sistemima u kojima je udeo „plaćanja iz džepa” u ukupnim troškovima za zdravstvenu zaštitu veći (Xu, et al., 2003), a 2017. godine je u opštoj populaciji bio veći u Srbiji (40,6%) nego u Sloveniji i Hrvatskoj (11,0% odnosno 12,3%) (WB, 2018). Veća „plaćanja iz džepa”, čak i u razvijenijim državama sa širokom pokrivenošću stanovništva zdravstvenim osiguranjem, mogu dovesti do finansijskog opterećenja domaćinstva kod onih sa lošijim zdravstvenim stanjem i siromašnijih (Baird, 2016; Quintal, 2019). Integracija zdravstvenog sistema sa sistemom socijalne zaštite se pokazala kao dobra u zaštiti osetljivih populacionih grupa od finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite i u smanjenju troškova za zdravstvenu zaštitu (Taylor, et al., 2016).

U Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj pokrivenost stanovništva zdravstvenim osiguranjem je skoro univerzalna i dostupan je širok spektar zdravstvenih usluga (Džakula, et al., 2014; Albreht, et al., 2016; Bjegovic – Mikanovic, et al., 2019). Razlike u finansijskom opterećenju usled korišćenja zdravstvene zaštite u ove tri države se mogu objasniti različitim beneficijama. Stariji od 65 godina su jedino u Sloveniji na osnovu godina starosti oslobođeni plaćanja participacije (stariji od 75 godina). U Srbiji i Hrvatskoj stariji osiguranici su izuzeti od plaćanja participacije ukoliko imaju niska primanja ili boluju od neke hronične bolesti ili žive sa invaliditetom (Džakula, et al., 2014; Albreht, et al., 2016; MISSCEO, 2017; MISSOC, 2017; Bjegovic – Mikanovic, et al., 2019). U Srbiji je definisan maksimalni iznos participacije na godišnjem nivou u visini polovine poslednje penzije, (RFZO, 2022), a u Hrvatskoj u fiksnom iznosu koji je iznosio oko 85% prosečne penzije ali po epizodi bolesti (DZSRH, 2018; NBH, 2023). Kao dodatna mera zaštite stanovništva od prekomernih troškova zdravstvene zaštite u Sloveniji i Hrvatskoj je omogućeno plaćanje participacije pomoću dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (Džakula, et al., 2014; Albreht, et al., 2016), koje je zastupljenije u Sloveniji i čije premije za najsiromašnije u Sloveniji plaća država (OECD, 2021c). Istraživanja su pokazala da čak i mali iznosi participacije mogu izazvati finansijsko opterećenje usled korišćenja zdravstvene zaštite i to u katastrofalnom obimu ukoliko ceo iznos participacije, generisan za više usluga ili dobara, mora biti plaćen u kratkom vremenskom periodu što je uočeno kod starijih od 65 godina sa hroničnim bolestima (dijabetes, kardiovaskularne bolesti, maligne bolesti) u visoko razvijenim državama EU (Arsenijevic, et al., 2016).

U Sloveniji, osiguranici plaćaju 20% cene stomatoloških usluga i čak 90% cene protetskog pomagala, bez beneficija za starije, ali uz mogućnost plaćanja participacije pomoću dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (MISSOC, 2017). U Hrvatskoj obim prava i cena stomatoloških usluga definisane su zakonskim aktima, a stariji od 65 godina plaćaju 15,03% cene proteze (HZZO, 2017). U Srbiji cena trajnih protetskih pomagala za starije od 65 godina je delimično pokrivena obaveznim zdravstvenim osiguranjem (75% cene) (RFZO, 2022) (Prilog 4).

U sve tri države postoji lista esencijalnih lekova („pozitivna” lista lekova) ali je potrebno platiti participaciju ili doplatu (Džakula, et al., 2014; Albreht, et al., 2016; Bjegovic – Mikanovic, et al., 2019).

U Srbiji se plaća participacija za sve lekove, a visina zavisi od vrste leka. Osnovna participacija iznosi 50 dinara (0,41 eura po NBS, 2017). Sedamdeset procenata cene esencijalnih lekova u Sloveniji je pokriveno obaveznim zdravstvenim osiguranjem, a za osiguranike oslobodene plaćanja participacije osiguranje pokriva punu cenu (MISSOC, 2017). Lekovi sa esencijalne liste u Hrvatskoj su pokriveni obaveznim zdravstvenim osiguranjem uz plaćanje participacije od 1,32 eura, a za lekove van liste potrebna je i doplata (MISSOC, 2017). U sve tri države, lekovi koji se daju u toku bolničkog lečenja u potpunosti su pokriveni obaveznim zdravstvenim osiguranjem (MISSOC, 2017; RFZO, 2022). U 2017. godini udeo potrošnje za lekove u odnosu na ukupnu potrošnju za zdravstvenu zaštitu iznosio je 32,6% u Srbiji, 18,4% u Sloveniji i 18,5% u Hrvatskoj (WHO, 2023a). U Sloveniji i Hrvatskoj postoji mogućnost plaćanja participacije i za lekove pomoću dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (MISSOC, 2017; OECD, 2021a,c) (Prilog 4).

Rezultati našeg istraživanja, kao i rezultati predhodnih istraživanja, upućuju na zaključak da su smanjenje siromaštva, bolji socijalno – ekonomski uslovi u državi i zdravstveno osiguranje sa definisanim finansijskim olakšicama (oslobađanjima od plaćanja za zdravstvenu zaštitu, definisanje maksimalnog iznosa participacije) i definisanim paketima zdravstvenih usluga po meri starijih korisnika veoma bitni za smanjenje učestalosti finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite i obezbeđivanje adekvatne zdravstvene zaštite za starije od 65 godina (Islam, et al., 2014; WHO, 2021a). Izuzimajući gotovo potpunu pokrivenost zdravstvenim osiguranjem u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj i dostupnost obaveznog zdravstvenog osiguranja osobama starijim od 65 godina po više osnova, ostali uslovi za beneficije i sprečavanje finansijske opterećenosti usled korišćenja zdravstvene zaštite u ovim državama nisu u potpunosti u skladu sa potrebama starijih od 65 godina. Na primer, maksimalan iznos participacije u Hrvatskoj je definisan u odnosu na epizodu lečenja (Voncina & Rubil, 2018), a ne na ukupne iznose participacije za godinu dana kao što je to slučaj u Srbiji (RFZO, 2022). Stariji od 65 godina nisu oslobođeni plaćanja participacije na osnovu godina, sem u Sloveniji, a najčešće hronične bolesti prisutne kod starijih nisu razlog za sticanje prava na oslobađanje plaćanja participacije ili smanjivanje troškova lečenja koji postoje i za one sa obaveznim zdravstvenim osiguranjem (MISSOC, 2017; MISSOC, 2017) (Prilog 4).

Naše istraživanje je bazirano na subjektivnoj proceni finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i lekova, a za tumačenje rezultata te procene treba uzeti u obzir i to da su ispitanici 65 i više godina stari, i da su živeli u državama (uključujući i zajedničku državu SFRJ) sa univerzalnom pokrivenošću stanovništva zdravstvenom zaštitom. U takvim sistemima zdravstvene zaštite, sa višedecenijskom praksom obaveznog zdravstvenog osiguranja stanovnici očekuju da im svi troškovi zdravstvene zaštite budu pokriveni (Biller – Andorno & Zeltner, 2015) čineći samoprocenu finansijskih izdataka za zdravstvenu zaštitu manje objektivnom. Istraživanja zasnovana na subjektivnim procenama često su opterećena greškama u sećanju ili favorizovanjem jednog mišljenja u odnosu na drugo uz mogućnost promene mišljenja nakon izvesnog vremena (EXPH, 2018). Preneseno na naše istraživanje to bi značilo da bi ispitanici u zavisnosti od trenutnih prioriteta domaćinstva, plaćanje za zdravstvenu zaštitu ocenili kao veće ili manje opterećenje porodičnog budžeta. Očekivanja korisnika u mnogome oblikuju njihovo ponašanje, a usluge koje su ocenili kao neprihvatljive (skupe) neće koristiti dovodeći do negativnih efekata po zdravlje, a na nivou zdravstvenih sistema do neefikasnog korišćenja raspoloživih resursa (EXPH, 2016). I pored navedenog, istraživanja zasnovana na subjektivnoj proceni daju dobar uvid u dugotrajne efekte plaćanja zdravstvene zaštite i finansijsku opterećenost usled korišćenja zdravstvene zaštite (Posel and Rogan, 2019).

Snaga našeg istraživanja je ta što je zasnovano na reprezentativnom uzorku populacije Srbije, Slovenije i Hrvatske i što je SILC anketa sprovedena korišćenjem istog upitnika koji su države učesnice mogle

delimično da prilagode svojim potrebama ali po strogo definisanim pravilima. Važna je i činjenica da su EU – SILC baze obrađene od strane Eurostata na taj način da su podaci uporedivi između država učesnica, ostavljajući istraživačima slobodu odabira i kombinovanja podataka u skladu sa ciljevima njihovih istraživanja. Prema našim saznanjima, do sada nema objavljenih istraživanja koja su koristila EU – SILC podatke iz ad – hock modula iz 2017. godine o finansijskom opterećenju domaćinstava usled korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i lekova. Ovo je prvo istraživanje koje je koristilo uporedive podatke o finansijskom opterećenju usled korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i lekova u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj. Takođe, prema našim saznanjima, ovo je prvo istraživanje koje je koristilo uporedive podatke o finansijskom opterećenju usled korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i lekova u populaciji starosti 65 i više godina u ove tri države. U istraživanju je korišćena subjektivna procena finansijskog opterećenja što takođe predstavlja prednost ovog istraživanja uzimajući u obzir da je subjektivna procena prioriteta u jednom domaćinstvu povezana sa donošenjem odluke o troškovima domaćinstva i „plaćanju iz džepa” za zdravstvenu zaštitu.

Jedano od ograničenja našeg istraživanja predstavlja njen dizajn. S obzirom na to da je dizajnirano kao studija preseka nije bilo moguće ispitati uzročnu vezu između socijalno – ekonomskih karakteristika (na individualnom nivou i na nivou domaćinstva) i zdravstvenog stanja ispitanika i finansijskog opterećenja usled korišćenja zdravstvene i stomatološke zaštite i lekova. Ispitanicima su postavljena pitanja o „plaćanju iz džepa” za korišćenu zdravstvenu i stomatološku zaštitu i lekove za period od godinu koji je prethodio istraživanju zbog čega postoji mogućnost pristrasnosti prisećanja i procena troškova može biti veća ili manja od stvarne. Podaci o finansijskom opterećenju su prikupljeni na nivou domaćinstva i prema metodologiji SILC istraživanja odnosila su se na sve članove domaćinstva i nije bilo moguće identifikovati člana domaćinstva koji je generisao najveći trošak domaćinstva za zdravstvenu zaštitu, stomatološku zaštitu i lekove tj. da li je član mlađi ili stariji od 65 godina. Do zaključka o tome koliko su stariji od 65 godina bili finansijski opterećeni izdacima za zdravstvenu i stomatološku zaštitu i lekove može se doći indirektno, posmatrajući jednočlana domaćinstva. Još jedan od nedostataka je nepostojanje podatka o tipu zdravstvenog osiguranja. S obzirom na zakonska akta o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju indirektno se može zaključiti da su svi ispitanici imali zdravstveno osiguranje po nekom od osnova (starost, penzija...). Takođe, nisu postojali podaci o zastupljenosti dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja među ispitanicima. Pitanja o finansijskom opterećenju usled korišćenja zdravstvene zaštite, stomatološke zaštite i lekova su se odnosila na „plaćanje iz džepa” bez obzira da li je usluga pružena u državnoj ustanovi ili privatnoj praksi nije bilo moguće zaključiti da li su starijima od 65 godina veće troškove imali u državnom ili privatnom sektoru. Pitanja su se odnosila na ukupna plaćanja, pa nije bilo moguće razdvojiti koji tip usluge je u pitanju (pregledi, laboratorijske i dijagnostičke usluge...) niti koja je vrsta plaćanja izazvala finansijsko opterećenje domaćinstva (participacija, doplata do pune cene, neformalno plaćanje pružaocima usluga). Istraživanje SILC se sprovodi na nivou domaćinstva zbog čega istraživanjem nisu obuhvaćene osobe koje žive van domaćinstva (starački domovi, ustanove za dugotrajni boravak, zatvori, manastiri...), a koje često pripadaju najosetljivijim populacionim grupama.

6. ZAKLJUČCI

U skladu sa zadatim ciljevima istraživanja, a na osnovu predstavljenih rezultata mogu se doneti sledeći zaključci:

1. U populaciji starijih od 65 godina finansijsko opterećenje usled korišćenja zdravstvene zaštite bilo je zastupljeno kod 34,7% ispitanika, najviše u Hrvatskoj, a najmanje u Sloveniji. Finansijsko opterećenje usled korišćenja stomatološke zaštite je bilo prisutno kod 43,1% ispitanika, najviše u Sloveniji, a najmanje u Srbija, a finansijsko opterećenje usled upotrebe lekova je bilo prisutno kod 63,5% ispitanika, najviše u Hrvatskoj, a najmanje u Srbiji.
2. Ispitanice ženskog pola i ispitanici u dobnoj grupi od 65 do 69 godina su bili najzastupljeniji u sve tri države. U Sloveniji je bilo najviše ispitanika u bračnoj ili vanbračnoj zajednici. Najviše ispitanika u sve tri države je završilo srednju školu. Najduži radni staž zabeležen je kod ispitanika u Sloveniji. U Srbiji i Hrvatskoj je bilo više ispitanika u riziku od siromaštva ili socijalne isključenosti nego u Sloveniji. Većina ispitanika u sve tri države svoje zdravstveno stanje je ocenila kao slabo ili loše. Hronične bolesti ili stanja su bile zastupljene kod oko 7 od 10 ispitanika u ovim državama, a teška ograničenja usled hroničnih bolesti ili stanja su bila najzastupljenija u Srbiji, kod više od polovine ispitanika.
3. Individualne karakteristike ispitanika koje su bile povezane sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite u Srbiji su: veoma loše i loše samoprocenjeno zdravstveno stanje i rizik od siromaštva i socijalne isključenosti. U Sloveniji su to bile: teško i umereno ograničenje u svakodnevnom aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja, završena viša škola ili fakultet i brak ili vanbračna zajednica, a u Hrvatskoj veoma loše i loše samoprocenjeno zdravstveno stanje, brak ili vanbračna zajednica i hronične bolesti ili stanja.
4. Individualne karakteristike i karakteristike domaćinstva koje su bile povezane sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite u Srbiji su bile: život u domaćinstvima koja su teško i veoma teško ili prilično lako ili sa malo poteškoća „sastavljala kraj sa krajem”, život u domaćinstvima koja su trpela blago ili veliko opterećenje svakodnevnom troškovima života i veoma loše i loše samoprocenjeno zdravlje. U Sloveniji su teško i umereno ograničenje u svakodnevnom aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja, viša škola ili fakultet, brak ili vanbračna zajednica i život u domaćinstvima koja su trpela veliko opterećenje svakodnevnom troškovima, a u Hrvatskoj život u domaćinstvima koja su teško i veoma teško ili prilično lako ili sa malo poteškoća „sastavljala kraj sa krajem” i u domaćinstvima koja su trpela veliko opterećenje svakodnevnom troškovima bili povezani sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja zdravstvene zaštite.
5. Individualne karakteristike ispitanika koje su bile povezane sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja stomatološke zaštite u Srbiji su bile rizik od siromaštva i socijalne isključenosti, a u Sloveniji i Hrvatskoj završena viša škola ili fakultet i brak ili vanbračna zajednica.
6. Individualne karakteristike i karakteristike domaćinstva koje su bile povezane sa finansijskim opterećenjem usled korišćenja stomatološke zaštite u Srbiji je bio život u domaćinstvima koja su trpela blago ili veliko opterećenje svakodnevnom troškovima. U Sloveniji su to bili život u domaćinstvima koja su prilično lako ili sa malo poteškoća „sastavljala kraj sa krajem”, viša škola ili fakultet, brak ili vanbračna zajednica, duži radni staž i život u domaćinstvima koja su trpela veliko opterećenje svakodnevnom troškovima, a u Hrvatskoj život u domaćinstvima koja su teško i veoma teško ili

prilično lako ili sa malo poteškoća „sastavljala kraj sa krajem”, viša škola ili fakultet i život u domaćinstvima koja su trpela veliko opterećenje svakodnevnim troškovima.

7. Individualne karakteristike ispitanika koje su bile povezane sa finansijskim opterećenjem usled upotrebe lekova u Srbiji su bile: dobna grupa od 70 do 74 godina, veoma loše i loše samoprocenjeno zdravstveno stanje, prisustvo hroničnih bolesti ili stanja i rizik od siromaštva i socijalne isključenosti. U Sloveniji su to bili: slabo, loše i veoma loše samoprocenjeno zdravlje i umerena i teška ograničenja u svakodnevnim aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja, a u Hrvatskoj slabo, loše i veoma loše samoprocenjeno zdravlje, hronične bolesti ili stanja, umerena i teška ograničenja u svakodnevnim aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja, brak ili vanbračna zajednica i rizik od siromaštva i socijalne isključenosti.
8. Individualne karakteristike i karakteristike domaćinstva koje su bile povezane sa finansijskim opterećenjem usled upotrebe lekova u Srbiji su bile: dobna grupa od 70 do 74 godina, loše samoprocenjeno zdravlje i hronične bolesti ili stanja, život u domaćinstvima koja su teško i veoma teško ili prilično lako ili sa malo poteškoća „sastavljala kraj sa krajem”, život u domaćinstvima sa izrazitom materijalnom deprivacijom, kao i u domaćinstvima koja su trpela veliko ili blago opterećenje svakodnevnim troškovima. U Sloveniji su to bile: teško i umereno ograničenje u obavljanju svakodnevnih aktivnosti usled hronične bolesti ili stanja, život u dvočlanim, tročlanim ili većim domaćinstvima, domaćinstvima koja su teško i veoma teško ili prilično lako ili sa malo poteškoća „sastavljala kraj sa krajem” kao i u domaćinstvima koja su trpela veliko i blago opterećenje svakodnevnim troškovima, a u Hrvatskoj loše ili veoma loše samoprocenjeno zdravlje, umerena ili teška ograničenja u svakodnevnim aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja i brak ili vanbračna zajednica, rizik od siromaštva i socijalne isključenosti, život u domaćinstvima koja su teško i veoma teško ili prilično lako ili sa malo poteškoća „sastavljala kraj sa krajem” i u domaćinstvima koja su trpela veliko ili blago opterećenje svakodnevnim troškovima.

7. LITERATURA

- Albrecht, T., Pribaković Brinovec, R., Jošar, D., Poldrugovac, M., Kostnapfel, T., Zaletel, M., Panteli, D., Maresso, A. (2016) 'Slovenia: Health system review', *Health Systems in Transition*, 18(3), pp. 1–207.
- Andrade, F.B., Antunes, J.L.F., Andrade, F.C.D., Lima–Costa, M.F.F., Macinko, J. (2020) 'Education–Related Inequalities in Dental Services Use among Older Adults in 23 Countries', *Journal of Dental Research*, 99(12), pp. 1341–1347. doi: 10.1177/0022034520935854.
- Arsenijevic, J., Pavlova, M., Groot, W. (2014) 'Out–of–pocket payments for public healthcare services by selected exempted groups in Serbia during the period of post–war healthcare reforms', *The International Journal of Health Planning and Management*, 29 (4), pp. 373–98. doi: 10.1002/hpm.2188.
- Arsenijevic, J., Pavlova, M., Groot, W. (2015) 'Out–of–pocket payments for health care in Serbia', *Health Policy*, 119(10), pp. 1366–74. doi: 10.1016/j.healthpol.2015.07.005.
- Arsenijevic, J., Pavlova, M., Rechel, B., Groot, W. (2016) 'Catastrophic Health Care Expenditure among Older People with Chronic Diseases in 15 European Countries', *PLoS ONE*, 11(7): e0157765. doi:10.1371/journal.pone.0157765
- Babović, M., Veličković, K., Stefanović, S., Todorović, N., Vračević, M. (2018) 'Socijalna uključenost starijih osoba (65+) u Srbiji'. Beograd: Crveni krst Srbije.
- Baeten, R., Spasova, S., Vanhercke, B. and Coster, S. (2018) *Inequalities in access to healthcare. A study of national policies*. Brussels: European Social Policy Network (ESPN), European Commission.
- Baggio, S., Dupuis, M., Wolff, H., Bodenmann, P. (2018) 'Associations of lack of voluntary private insurance and out–of–pocket expenditures with health inequalities. Evidence from an international longitudinal survey in countries with universal health coverage', *PLoS ONE*, 13(10): e0204666. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204666>
- Baird, K.E. (2016) 'The incidence of high medical expenses by health status in seven developed countries', *Health Policy*, 120(1), pp. 26–34. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.10.004>
- Biller–Andorno, N., Zeltner, T. (2015) 'Individual responsibility and community solidarity—The Swiss Health Care system', *The New England Journal of Medicine*, 373(23), pp. 2193–7. pmid:26630139
- Blumberg, L.J., Waidmann, T.A., Blavin, F., Roth, J. (2014) 'Trends in health care financial burdens, 2001 to 2009', *The Milbank Quarterly*, 92, pp. 88–113. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12042>.
- Blumenthal, D., Chernof, B., Fulmer, T., Lumpkin, J., Selberg, J. (2016) 'Caring for High–Need, High–Cost Patients – An Urgent Priority', *The New England Journal of Medicine*, 375(10), pp. 909–11. doi: 10.1056/NEJMp1608511.
- Bjegovic – Mikanovic, V., Vasic, M., Vukovic, D., Jankovic, J., Jovic–Vranes, A., Santric–Milicevic, M., Terzic Supic, Z., Hernández–Quevedo, C. (2019) 'Serbia: Health system review'.

Health Systems in Transition, 21, pp. i– 211. World Health Organization. Regional Office for Europe.

Bjegovic – Mikanovic, V., Vasic, M., Vukovic, D., Jankovic, J. et al. (2020) ‘Towards equal access to health services in Serbia’, *Eurohealth*, 26 (1), pp. 25 – 28. European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization. Regional Office for Europe.

Boersma, P., Black, L.I., Ward, B.W. (2020) ‘Prevalence of Multiple Chronic Conditions among US Adults, 2018’, *Preventing Chronic Disease*, 17, 200130. <https://doi.org/10.5888/pcd17.200130>

Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C., Rothgang, H. (2012) ‘Classifying OECD Healthcare Systems: A Deductive Approach’ (TranState Working Papers, 165) Bremen: Sfb 597 „Staatlichkeit im Wandel“, ISSN 1861– 1176

Bozzaro, C., Boldt, J., Schweda, M. (2018) ‘Are older people a vulnerable group? Philosophical and bioethical perspectives on ageing and vulnerability’, *Bioethics*, 32(4), pp. 233– 239. doi: 10.1111/bioe.12440.

Brinda, E.M., Kowal, P., Attermann, J., Enemark, U. (2015) ‘Health service use, out– of– pocket payments and catastrophic health expenditure among older people in India: the WHO Study on global AGEing and adult health (SAGE)’, *The Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(5), pp. 489– 94. doi: 10.1136/jech– 2014– 204960.

Chaupain– Guillot, S., Guillot, O. (2015) ‘Health system characteristics and unmet care needs in Europe: an analysis based on EU– SILC data’, *The European Journal of Health Economics*, 16(7), pp. 781– 96. doi: 10.1007/s10198– 014– 0629– x.

Cohen, R.A., Kirzinger, W.K. (2014) ‘Financial burden of medical care: a family perspective’. *NCHS Data Brief*, Jan (142), pp. 1– 8.

Council of Europe. Mutual Information System on Social Protection of the Council of Europe (MISSCEO) (2017) *MISSCEO Comparative tables, 2017*. Dostupno na: <http://www.missceo.coe.int/> (Pristupano 26.12.2022).

Council of Europe. Mutual Information System on Social Protection (MISSOC) (2017) *MISSOC comparative tables, 2017*. Dostupno na: <https://www.missoc.org/missoc– database/comparative– tables/> (Pristupano 26.12.2022).

COVID– 19 Health System Response Monitor (HSRM) (2021) *European Observatory on Health Systems and Policies*. Dostupno na: <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/hsrcm/> (Pristupano 15.2.2023.)

Crystal, S., Johnson, R. W., Harman, J., Sambamoorthi, U., & Kumar, R. (2000) ‘Out– of– pocket health care costs among older Americans’, *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55B, pp. 51– 62.

De Andrade, F.B., Antunes, J.L.F., Andrade, F.C.D., Lima– Costa, M.F.F., Macinko, J. (2020) ‘Education– Related Inequalities in Dental Services Use among Older Adults in 23 Countries’, *Journal of Dental Research*, 99(12), pp.1341– 1347. doi: 10.1177/0022034520935854.

Dillon, P., Smith, S.M., Gallagher, P., Cousins, G. (2018) ‘Impact of financial burden, resulting from prescription co – payments, on antihypertensive medication adherence in an older publically insured population’, *BMC Public Health*, 18, 1282. <https://doi.org/10.1186/s12889– 018– 6209– 8>.

Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske (2018) Statistički ljetopis Republike Hrvatske 2018. U: Ostroški, L.J. (urednik) Zagreb, Hrvatska.

Džakula, A., Sagan, A., Pavić, N., Lončarek, K., Sekelj– Kauzlarić, K. (2014) 'Croatia: Health system review'. In: Sagan, A., Thomson, S. and van Ginneke, E. (eds.). *Health Systems in Transition*, 16, 3, pp. 1–162.

EAPN Slovenija (2020) *Poročilo o spremljanju revščine in socialne izključenosti v Sloveniji. Odprava revščine je politična odločitev!* V: Humer, Ž., Kalin, A. (eds.).

Eurofound (2016) *European Quality of Life Survey (EQLS)*. Dostupno na: <https://www.eurofound.europa.eu/hr/data/european-quality-of-life-survey> (Pristupano 15.01.2023.)

European Institute for Gender Equality (2021) *Gender Equality Index 2021. Health*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Commission (2020) *Aging Europe — looking at the lives of older people in the EU, 2020*. In: Corselli– Nordblad, L. and Strandell H. (eds.). Luxembourg: Publications Office of the European Union.: doi:10.2785/628105

Eurostat. European Commission (2017a) *Methodological guidelines and description of EU– SILC target variables. Version August 2017*. Directorate F: Social Statistics. Unit F– 4: Quality of life.

Eurostat. European Commission (2017b) *National Reference Metadata in ESS. Standard FOR Quality Reports Structure (ESQRS), RS*. Dostupno na: <https://www.geis.org/en/missy/metadata/EU-SILC/2017/> (Pristupano 17.12.2022.)

Eurostat. European Commission (2017c) *National Reference Metadata in ESS. Standard FOR Quality Reports Structure (ESQRS), SI*. Dostupno na: <https://www.geis.org/en/missy/metadata/EU-SILC/2017/> (Pristupano 17.12.2022.)

Eurostat. European Commission (2017d) *National Reference Metadata in ESS. Standard FOR Quality Reports Structure (ESQRS), HR*. Dostupno na: <https://www.geis.org/en/missy/metadata/EU-SILC/2017/> (Pristupano 17.12.2022.)

Eurostat. European Commission (2017e) *Monitoring social inclusion in Europe. 2017 Edition*. In: Atkinson, A.B., Guio, A.C. and Marlier, E., (eds).

Eurostat. European Commission (2019) *The burden of healthcare on households' budgets*. Dostupno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20190219-1> (Pristupano 05.01.2023.)

Eurostat. European Commission (2020) *The burden of healthcare on households' budgets*. Dostupno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20190219-1> (Pristupano 25.10.2022.)

Eurostat. European Commission (2021a) *Statistics Explained. Glossary: At risk of poverty or social exclusion (AROPE)*. Dostupno na: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:At_risk_of_poverty_or_social_exclusion_\(AROPE\)](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:At_risk_of_poverty_or_social_exclusion_(AROPE)) (Pristupano: 23.12.2022.)

Eurostat. European Commission (2021b) *Statistics Explained. Glossary: At-risk-of-poverty rate*. Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:At-risk-of-poverty_rate (Pristupano 17.01.2023.)

Eurostat. European Commission (2021c) *Statistics Explained. Glossary: Persons living in households with very low work intensity*. Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Persons_living_in_households_with_low_work_intensity (Pristupano 17.01.2023.)

Eurostat. European Commission (2021d) *Statistics Explained. Glossary: Severe material and social deprivation rate (SMSD)*. Dostupno na: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Severe_material_and_social_deprivation_rate_\(SMSD\)](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Severe_material_and_social_deprivation_rate_(SMSD)) (Pristupano 17.01.2023.)

Eurostat. European Commission (2021e) *Statistics Explained. Glossary: Material deprivation*. Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Material_deprivation (Pristupano 17.01.2023.)

Eurostat. European Commission. All Data (2022a) *Persons at risk of poverty or social exclusion by age and sex*. Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ILC_PEPS01N__custom_4202021/default/table?lang=en (Pristupano 16.2.2023.)

Eurostat. European Commission. All Data (2022b) *Self-perceived health by sex, age and educational attainment level*. Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SILC_02__custom_4207261/default/table?lang=en (Pristupano 16.2.2023.)

Eurostat. European Commission (2022c) *Income and Living Conditions. Database*. Dostupno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/database> (Pristupano 18.2.2023.)

Eurostat. European Commission (2022d) *Life table by age and sex*. Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_MLIFETABLE__custom_5196547/default/table?lang=en (Pristupano 18.2.2023.)

Eurostat. European Commission (2022e) *Persons at risk of poverty or social exclusion by most frequent activity status (population aged 18 and over)*. Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_peps02/default/table?lang=en (Pristupano 19.2.2023.)

Eurostat. European Commission (2023a) *EU Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC). Datasets availability tables and release calendar*. Dostupno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/203647/771732/Datasets-availability-table.pdf> (Pristupano 25.01.2023.)

Eurostat. European Commission (2023b) *Crude divorce rate, selected years, 1960–2020*. Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Marriage_and_divorce_statistics#Fewer_marriages.2C_fewer_divorces (Pristupano 19.2.2023.)

Eurostat. European Commission (2023c) *Population by educational attainment level, sex and age (%)*. Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/EDAT_LFS_9903__custom_5201696/default/table?lang=en (Pristupano 19.2.2023.)

Farne, J., Quiñonez, C., Peckham, A., Marchildon, G., Panteli, D., Fattore, G., Lamloum, D., Holden A.C.L., Rice, T. (2020) 'Do health systems cover the mouth? Comparing dental care coverage for older adults in eight jurisdictions', *Health Policy*, 124, 9, pp. 998– 1007.

FEANTSA and Fondation Abbé Pierre (2018) *Third Overview Of Housing Exclusion in Europe 2018*. Brussels: FEANTSA and Paris: Fondation Abbé Pierre. Dostupno na: <https://www.feantsa.org/download/full-report-en1029873431323901915.pdf> (Pristupano 15.02.2023).

Gaal, P., Belli, P.C., McKee, M., Szócska, M. (2006) 'Informal payments for healthcare: definitions, distinctions, and dilemmas', *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31(2), pp. 251–93.

Habibov, N., Cheung, A. (2017) 'Revisiting informal payments in 29 transitional countries: The scale and socio-economic correlates', *Social Science & Medicine*, 178, pp. 28– 37. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.02.003.

Hasan Ibrahim, A.S., Barry, H.E., Hughes, C.M. (2021) 'A systematic review of general practice-based pharmacists' services to optimize medicines management in older people with multimorbidity and polypharmacy', *Family Practice*, 28, 38(4), pp. 509– 523. doi: 10.1093/fampra/cmaa146.

Hazra, N.C., Rudisill, C., Gulliford, M.C. (2018) 'Determinants of health care costs in the senior elderly: age, comorbidity, impairment, or proximity to death?', *The European Journal of Health Economics*, 19, pp. 831–842. <https://doi.org/10.1007/s10198-017-0926-2>

Henchoz, K., Cavalli, S., Girardin, M. (2008) 'Health perception and health status in advanced old age: A paradox of association', *Journal of Aging Studies*, 22 (2008), pp. 282–290.

Hess, M., Wang, R., Workentin, A., Woods, H., Persaud, N. (2022) 'Effect of free medicine distribution on ability to make ends meet: post hoc quantitative subgroup analysis and qualitative thematic analysis', *BMJ Open*, 22, 12(12):e061726. doi:10.1136/bmjopen-2022-061726

Hoang-Vu Eozenou, P., Neelsen, S., and Smitz, M.F. (2021) 'Financial Protection in Health among the Elderly – A Global Stocktake', *Health Systems & Reform*, 7, 2, e1911067, DOI: 10.1080/23288604.2021.1911067

Hrvatska narodna banka (2017) Tečajna lista za dan 30.06.2017. godine. Dostupna na: <https://www.hnb.hr/statistika/statisticki-podaci/financijski-sektor/sredisnja-banka-hnb/devizni-tecajevi/arhiva-hrk-tecajeva/arhiva-tecajnih-lista> (Pristupano 05.03.2023).

Hwang, W., Weller, W., Ireys, H. and Anderson, G. (2001) 'Out-of-pocket medical spending for care of chronic conditions', *Health Affairs (Millwood)*, 20, pp. 267–278.

Incaltarau, C., Horodnic, A.V., Williams, C.C., Oprea, L. (2021) 'Institutional Determinants of Informal Payments for Health Services: An Exploratory Analysis across 117 Countries', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 25, 18(23):12421. doi: 10.3390/ijerph182312421.

- Job, E., Steptoe, A., Zaninotto, P. (2022) 'Mental health, financial, and social outcomes among older adults with probable COVID-19 infection: A longitudinal cohort study', *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 5, 119(27):e2200816119. doi: 10.1073/pnas.2200816119.
- Islam, M.M., Yen, L., Valderas, J.M., McRaem I.S. (2014) 'Out-of-pocket expenditure by Australian seniors with chronic disease: the effect of specific diseases and morbidity clusters', *BMC Public Health*, 14:1008. pmid:25260348
- Jalali, F.S., Bikineh, P., Delavari, S. (2021) 'Strategies for reducing out of pocket payments in the health system: a scoping review', *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 4, 19(1), 47. doi: 10.1186/s12962-021-00301-8.
- Jazbar, J., Pišek, Š., Locatelli, I., Kos, M. (2021) 'Prevalence and Incidence of Frailty Among Community-dwelling Older Adults in Slovenia', *Zdravstveno Varstvo*, 28, 60(3), pp. 190–198. doi: 10.2478/sjph-2021-0027.
- Jovanović, S., Milovanović, S., Mandić, J., Jovović, S. (2015) 'Sistemi zdravstvene zaštite', *Engrami*, 37 (1).
- Kanjevac, T. (2015) 'Dental Services Funding and Affordability in Serbia – Decade-Long Perspective', *Frontiers in Public Health*, 12(3), 145. doi: 10.3389/fpubh.2015.00145.
- Kaser, K. (1996) 'Introduction: Household and family contexts in the Balkans', *The History of the Family*, 1(4), pp. 375–386.
- Kočiš Krutilová, V., Bahnsen, L., De Graeve, D. (2021) 'The out-of-pocket burden of chronic diseases: the cases of Belgian, Czech and German older adults', *BMC Health Services Research*, 17, 21(1), 239. doi: 10.1186/s12913-021-06259-w.
- Krasowski, A., Krois, J., Paris, S., Kuhlmeier, A., Meyer-Lueckel, H., Schwendicke, F. (2021) 'Costs for Statutorily Insured Dental Services in Older Germans 2012–2017', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 6669. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126669>.
- Lee, J., Cagle, J.G. (2021) 'Measures of financial burden for families dealing with serious illness: A systematic review and analysis', *Palliative Medicine*, 35(2), pp. 280–294. doi: 10.1177/0269216320973161.
- Li, Y., Mutchler, J.E. (2019). Do consequences of hardship narrow in later life? The impact of hardship on self-rated health among older adults. *Annals of Epidemiology*, 37, pp. 4–9. doi: 10.1016/j.annepidem.2019.08.002.
- Lietz, F., Piumatti, G., Marinkovic, J., Bjegovic-Mikanovic, V. (2017) 'Correlates of self-rated health in Southern Europe: evidences from national representative samples in Italy and Serbia', *Journal of Public Health (Oxf)*, 1, 39(4), pp. 745–753. doi: 10.1093/pubmed/fdw132.
- López-López, S., del Pozo-Rubio, R., Ortega-Ortega, M., Escribano-Sotos, F. (2021) 'Catastrophic Household Expenditure Associated with Out-of-Pocket Healthcare Payments in Spain', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 932. <https://doi.org/10.3390/ijerph1803093>
- Loem, G., Cook, S., Leon, D.A., Emaus, N., Schirmer, H. (2020) 'Self-reported health as a predictor of mortality: A cohort study of its relation to other health measurements and observation time', *Scientific Reports*, 10, 4886. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-61603-0>

- Macinko, J., Cristina Drumond Andrade, F., Bof de Andrade, F., Lima– Costa, M.F. (2020) ‘Universal Health Coverage: Are Older Adults Being Left Behind? Evidence From Aging Cohorts In Twenty– Three Countries’, *Health Affairs (Millwood)*, 39(11), pp. 1951– 1960. doi: 10.1377/hlthaff.2019.01570.
- Manski, R., Moeller, J., Chen, H., Widström, E., Listl, S.(2017) ‘Disparity in dental out– of– pocket payments among older adult populations: a comparative analysis across selected European countries and the USA’, *International Dental Journal*, 67(3), pp. 157– 171. English. doi: 10.1111/id.12284. Epub 2017 Feb 17.
- Mariotto, A.B., Enewold, L., Zhao, J., Zeruto, C.A., Yabroff, K.R. (2020) ‘Medical Care Costs Associated with Cancer Survivorship in the United States’, *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 29(7), pp. 1304– 1312. doi: 10.1158/1055– 9965.EPI– 19– 1534.
- Marshall, G.L., Tucker– Seeley, R. (2018) ‘The association between hardship and self– rated health: does the choice of indicator matter?’, *Annals of Epidemiology*, 28(7), pp. 462– 467. doi: 10.1016/j.annepidem.2018.03.013.
- Maruoka, Y., Michiwaki, Y., Sekiya, H., Kurasawa, Y., Natsume, N. (2022) ‘What does oral care mean to society?’ *BioScience Trends*, 11, 16(1), pp. 7– 19. doi: 10.5582/bst.2022.01046.
- Masood, M., Sheiham, A., Bernabé, E. (2015) ‘Household expenditure for dental care in low and middle income countries’, *PLoS One*, 29, 10(4):e0123075. doi: 10.1371/journal.pone.0123075.
- Matković, G. (2014) *Merenje siromaštva – Teorijski koncepti, stanje i preporuke za Republiku Srbiju*. U: Šunderić, Ž., urednik. Beograd: Tim za socijalno uključivanje i smanjenje siromaštva. Vlada Republike Srbije.
- Matković, G., Krstić, G. i Mijatović, B. (2015) *Srbija – Prihodi i uslovi života 2013*. Beograd: Republički zavod za statistiku.
- Matković, G., Stanic, K. (2020) *Rodna dimenzija siromaštva starih u Srbiji. U knjizi: Srbija: rod, politike, stanovništvo*. U: Kostić, V., Đukić Dejanović, S., Rašević, M., urednici. Beograd: Srpska akademija nauka i umetnosti i Institut društvenih nauka, pp. 112– 142.
- McIntyre, D., Kutzin, J. (2016) *Health Financing Country Diagnostic: A Foundation for National Strategy Development*. Health Financing Guidance No. 1. World Health Organization: Geneva. Dostupno na: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204283/9789241510110_eng.pdf (Pristupano 06.03.2022).
- Milić, N., Stanislavljević, D., Krstić, M., Jovanović, V., Brcanski, J., Kilibarda, B., Ljubičić, M., Živković Šulović, M., Boričić, K., Živanović Radnić, T., Milanković, J., Ogrizović Brašanac, M., Jordanovski, G., Bjelobrk, G. (2021) *Istraživanje zdravlja stanovništva Srbije 2019. godine*. U: Milić, N., Stanislavljević, D., Krstić, M., urednici. Beograd: OMNIA BGD.
- Moreno– Serra, R., Thomson, S., Xu, K. (2013) *Chapter 8: Measuring and comparing financial protection*. In: Papanicolas, I., Smith, P.C. (Eds) *Health System Performance Comparison: An agenda for policy, information and research*. Berkshire: World Health Organization, pp. 223– 54.
- Murray, C.J.L, Knaul, F., Musgrove, P., Xu, K., Kawabata, K. (2003) *Defining and measuring fairness in financial contribution to the health system*. GPE Discussion Paper Series: No.24. World Health Organization. Dostupno na: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68706>

Narodna banka Srbije (NBS) (2017). Zvanični srednji kurs dinara formirana na dan 30.06.2017. godine Dostupno na: <https://www.nbs.rs/kursnaListaModul/naZeljeniDan.faces>

Nitschke, I., Wendland, A., Weber, S., Jockusch, J., Lethaus, B., Hahnel, S. (2021) 'Considerations for the Prosthetic Dental Treatment of Geriatric Patients in Germany', *Journal of Clinical Medicine*, 10, 2, 304. doi:10.3390/jcm10020304

Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) (2015) *Health Expenditure and Financing*. In *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing, pp. 124– 6. Dostupno na: https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-41-en (Pristupano 25.02.2023.).

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017) *State of Health in the EU. Slovenia: Country Health Profile 2017*. Brussels: OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies. Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283558-en> (Pristupano 25.02.2023.).

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (2020) *Health Statistics 2020. European Observatory Health Systems in Transition (HiT) Series for non-OECD countries*. Dostupno na: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ad0d6faa-en/index.html?itemId=/content/component/ad0d6faa-en#boxsection-d1e26175> (Pristupano 25.02.2023.).

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021a) *State of Health in the EU. Croatia: Country Health Profile 2021*. Brussels: OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies. Dostupno na: <https://doi.org/10.1787/717e5510-en> (Pristupano 25.02.2023.).

OECD (2021b) *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. Dostupno na: <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en> (Pristupano 27.02.2023.).

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021c) *State of Health in the EU. Slovenia: Country Health Profile 2021*. Brussels: OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies. Dostupno na: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/1313047c-en.pdf?expires=1679039938&id=id&accname=guest&checksum=3D39D8C37BB40E1A452FD365CCBB9267> (Pristupano 27.02.2023.).

OECD (2022) 'Life expectancy at 65' (indicator). Dostupno na: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/life-expectancy-at-65/indicator/english_0e9a3f00-en (Pristupano 27.02.2023.).

OECD (2019) *Under Pressure: The Squeezed Middle Class. Chapter 4. The rising cost of the middle-class lifestyle*. Paris: OECD Publishing. Dostupno na: <https://doi.org/10.1787/689afed1-en>. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/e2352f43-en/index.html?itemId=/content/component/e2352f43-en> (Pristupano 24.02.2023.).

Ognjenović, K. i Pavlović, D. (2021) *SILC u Republici Srbiji: metodološki okvir i analiza izabranih pokazatelja siromaštva i nejednakosti*. Beograd: Institut ekonomskih nauka i Tim za socijalno uključivanje i smanjenje siromaštva Vlade Republike Srbije.

Olson, A.W., Schommer, J.C., Mott, D.A., Adekunle, O., Brown, L.M. (2022) 'Financial hardship from purchasing prescription drugs among older adults in the United States before, during, and after the Medicare Part D "Donut Hole": Findings from 1998, 2001, 2015, and 2021', *Journal of Managed Care + Specialty Pharmacy*, 28(5), pp. 508– 517. doi: 10.18553/jmcp.2022.28.5.508.

- Palladino, R., Lee, J.T., Ashworth, M., Triassi, M., Millett, C. (2016) 'Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: evidence from 16 European countries', *Age and Ageing*, 45, 3, pp. 431–5. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw044>
- Popovic, N., Terzic– Supic, Z., Simic, S., Mladenovic, B. (2017) 'Predictors of unmet health care needs in Serbia; Analysis based on EU– SILC data', *PLoS ONE*, 12, 11, e0187866. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187866>
- Posel, D. and Rogan, M. (2019) 'Measured as Poor versus Feeling Poor: Comparing Money– metric and Subjective Poverty Rates in South Africa', *Journal of Human Development and Capabilities*, 17:1, pp. 55– 73, DOI: 10.1080/19452829.2014.985198
- Prince, M.J., Wu, F., Guo, Y., Gutierrez Robledo, L.M., O'Donnell, M., Sullivan, R., Yusuf, S. (2015) 'The burden of disease in older people and implications for health policy and practice', *The Lancet*, 7:385(9967), pp. 549– 62. doi: 10.1016/S0140– 6736(14)61347– 7.
- Quintal, C. (2019) 'Evolution of catastrophic health expenditure in a high income country: incidence versus inequalities', *International Journal of Public Health*, 18, 18(1):145. doi: 10.1186/s12939– 019– 1044– 9.
- Rashidian, A., Akbari Sari, A., Hoseini, S.M., Soofi, M., Ameri, H. (2018) 'Comparison of the Thresholds of Households' Exposure to Catastrophic Health Expenditure in Iran and Brazil, and Selection of the Most Appropriate Threshold', *Iranian Journal of Public Health*, 47(12), pp. 1945– 1952.
- Republički zavod za statistiku (RZS) (2023) STAT baza. Dostupno na: <https://data.stat.gov.rs/Home/Result/01020501?languageCode=sr– Latn> (Pristupano 17.01.2023).
- Republika Srbija. Republički zavod za statistiku (RZS) (2022) *Statistički kalendar Republike Srbije*. Vučićević, A. (urednik).
- Richard, P., Walker, R., Alexandre, P. (2018) 'The burden of out of pocket costs and medical debt faced by households with chronic health conditions in the United States', *PLoS ONE*, 13, e0199598. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199598>
- Ristić, K., Belokapić, P., Milenković, S. i Ristić, Ž. (2016) *Ekonomija socijalnog, zdravstvenog i penzijskog osiguranja*. Beograd: EtnoStil.
- Republički zavod za zdravstveno osiguranje (RFZO) (2022) Pravilnik o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji za 2022. godinu. *Službeni glasnik RS*, 24/22, 81/22, 127/22, 137/22.
- Sheridan, P.E., Mair, C.A., Quiñones, A.R. (2019) 'Associations between prevalent multimorbidity combinations and prospective disability and self– rated health among older adults in Europe', *BMC Geriatrics*, 27, 19(1), 198. doi: 10.1186/s12877– 019– 1214– z.
- Spitzer, S., Shaikh, M. (2022) 'Health misperception and healthcare utilisation among older Europeans', *The Journal of the Economics of Ageing*, 22 100383. <https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2022.100383>
- Stankuniene, A., Stankunas, M., Avery, M., Lindert, J., Mikalauskiene, R., Melchiorre, M.G., Torres– Gonzalez, F., Ioannidi– Kapolou, E., Barros, H., Savickas, A., Radziunas, R., Soares, J.J. (2015) 'The prevalence of self– reported underuse of medications due to cost for the elderly: results

from seven European urban communities', *BMC Health Services Research*, 26, 15, 419. doi: 10.1186/s12913-015-1089-4.

Stanojevic Jerkovic, O., Sauliune, S., Šumskas, L., Birt, C.A., Kersnik, J. (2017) 'Determinants of self-rated health in elderly populations in urban areas in Slovenia, Lithuania and UK: findings of the EURO-URHIS 2 survey', *European Journal of Public Health*, 1, 27(suppl_2), pp. 74-79. doi: 10.1093/eurpub/ckv097.

Stepurko, T., Pavlova, M., Gryga, I., Gaál, P., Groot, W. (2017) 'Patterns of informal patient payments in Bulgaria, Hungary and Ukraine: a comparison across countries, years and type of services', *Health Policy and Planning*, 1, 32(4), pp. 453-466. doi: 10.1093/heapol/czw147.

Stiglitz, E., Sen, A., Fitoussi, J.P. (2009) *The Measurement Of Economic Performance and Social Progress Revisited*. OFCE – Centre de recherche en économie de Sciences Po. Paris, France.

Stock, C., Jürges, H., Shen, J., Bozorgmehr, K., Listl, S. (2016) 'A comparison of tooth retention and replacement across 15 countries in the over-50s', *Community Dent Oral Epidemiol.*, 44(3), pp. 223-31. doi: 10.1111/cdoe.12209.

Souza, D.L.B., Oliveras-Fabregas, A., Minobes-Molina, E., de Camargo Cancela, M., Galbany-Estragués, P., Jerez-Roig, J. (2021) 'Trends of multimorbidity in 15 European countries: a population-based study in community-dwelling adults aged 50 and over', *BMC Public Health*, 7, 21(1):76. doi: 10.1186/s12889-020-10084-x.

Tambor, M., Klich, J., Domagała, A. (2021) 'Financing Healthcare in Central and Eastern European Countries: How Far Are We from Universal Health Coverage?', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 1382. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041382>

Tavares, A.I. (2022) 'Older Europeans' experience of unmet health care during the COVID-19 pandemic (first wave)', *BMC Health Services Research*, 12;22(1):182. doi: 10.1186/s12913-022-07563-9.

Taylor, L.A., Tan, A.X., Coyle, C.E., Ndumele, C., Rogan, E., Canavan, M., Curry, L.A., Bradley, E.H. (2016) 'Leveraging the Social Determinants of Health: What Works?', *PLoS One*, 17, 11(8):e0160217. doi: 10.1371/journal.pone.0160217.

The Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH) (2017) *Opinion on benchmarking access to healthcare in the EU, 2017*. Brussels: European Commission.

The Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (2016) *Access to health services*. Brussels: European Commission.

Thomson, S., Cylus, J., Evetovits, T. (2019) *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe*. World Health Organization. Regional Office for Europe. Dostupno na: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/421167/Can-people-afford-to-pay-for-health-care.pdf (Pristupano 14.02.2023).

Tran, B.X., Vu, G.T., Nguyen, T.H.T., Nguyen, L.H., Pham, D.D., Truong, V.Q., Thai, T.P.T., Vu, T.M.T., Nguyen, T.Q., Nguyen, V., Nguyen, T.H.T., Latkin, C.A., Ho, C.S., Ho, R.C. (2018) 'Demand and willingness to pay for different treatment and care, services among patients with heart diseases in Hanoi, Vietnam' *Patient Preference and Adherence*, 12, pp. 2253-61. <https://doi.org/10.2147/PPA.S176262>

United Nations (2022) *The Sustainable Development Goals Report 2022*. Dostupno na: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2022.pdf> (Pristupano 15.02.2023.)

United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division (2019) *World Population Prospects 2019*. Dostupno na: <https://population.un.org/wpp/DataQuery/>

United Nations. Department of Economic and Social Affairs (2016) *The Report on the World Social Situation*. In Chapter: Identifying social inclusion and exclusion, pp. 17– 31. <https://doi.org/10.18356/bfd482a1-en> Dostupno na: <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210577106c006/read>

United Nations. (1948) Universal Declaration of Human Rights.

van der Vlegel M, Haagsma JA, Geraerds AJLM, de Munter L, de Jongh MAC, Polinder S. (2020) ‘Health care costs of injury in the older population: a prospective multicentre cohort study in the Netherlands’, *BMC Geriatrics*, 21, 20(1), 417. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01825-z>

Vogler, S., Dedet, G., Pedersen, H.B. ‘Financial Burden of Prescribed Medicines Included in Outpatient Benefits Package Schemes: Comparative Analysis of Co-Payments for Reimbursable Medicines in European Countries’, *Applied Health Economics and Health Policy*, 17(6), pp. 803–816. doi: 10.1007/s40258-019-00509-z.

Voncina, L., Rubil, I. (2018) *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Croatia*. In: Karanikolos, M., Thomson, S. (eds). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe UN. Department of Economic and Social Affairs. Sustainable Development.

Vojvodic, K., Terzic-Supic, Z., Santric-Milicevic, M., Wolf, G. W. (2017) ‘Socio-economic Inequalities, Out-of-Pocket Payment and Consumers’ Satisfaction with Primary Health Care: Data from the National Adult Consumers’, Satisfaction Survey in Serbia 2009 – 2015’ *Frontiers in Pharmacology*, 8, 147. doi: 10.3389/fphar.2017.00147

Vojvodic K, Terzic-Supic Z, Todorovic J, Gagliardi C, Santric-Milicevic M, Popovic M. (2022) ‘Financial Burden of Medical Care, Dental Care, and Medicines among Older-Aged Population in Slovenia, Serbia, and Croatia’ *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19 (2022): 3325.

Wagner, A.K., Graves, A.J., Reiss, S.K., Lecates, R., Zhang, F., Ross-Degnan, D. (2011) ‘Access to care and medicines, burden of health care expenditures, and risk protection: Results from the World Health Survey’, *Health Policy*, 100, pp. 151–158. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.08.004>.

Wang, S.Y., Valero – Elizondo, J., Ali, H.J., Pandey, A., Cainzos– Achirica, M., Krumholz, H.M., Nasir, K., Khera, R. (2021) ‘Out-of-Pocket Annual Health Expenditures and Financial Toxicity From Healthcare Costs in Patients With Heart Failure in the United States’, *Journal of the American Heart Association*, 20;10(14):e022164. doi: 10.1161/JAHA.121.022164.

Wagstaff, A., Eozenou, P., Smits, M. (2020) ‘Out-of-Pocket Expenditures on Health: A Global Stocktake’, *The World Bank Research Observer*, 35(2), pp. 123–157. <https://doi.org/10.1093/wbro/lkz009>

Williams, G.A., Cylus, J., Roubal, T., Ong, P., Barber, S. (2019) *Sustainable Health Financing with an Ageing Population: Will Population Ageing Lead to Uncontrolled Health Expenditure Growth*.

In: Sagan, A., Normand, C., Figueras, J., North, J., White, C. (eds.). WHO Regional Office for Europe: Copenhagen, Denmark.

Williams, C.C., Horodnic, A.V. (2017) 'Rethinking informal payments by patients in Europe: An institutional approach' *Health Policy*, 121(10), pp. 053– 1062. doi: 10.1016/j.healthpol.2017.08.007.

World Bank. DataBank. (2018) Health Nutrition and Population Statistics. Dostupno na: <https://databank.worldbank.org/source/health-nutrition-and-population-statistics#> (Pristupano 06.03.2023.).

World Bank Group (2019) *Ulaganje u jednake mogućnosti za sve. Analiza rodne ravnopravnosti u Hrvatskoj*. Croatia Country Office.

World Health Organization (WHO) (2015) *World report on ageing and health*. Geneva, Switzerland. Dostupno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042> (Pristupano 05.03.2023.)

World Health Organization (WHO). Department of Ageing and Life Course (2019) *Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO) (2021a) *Global monitoring report on financial protection in health 2021*. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development /The World Bank,.

World Health Organization (WHO) (2021b) *Health financing: financial protection*. Dostupno na: https://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/en/ (Pristupano 20.03.2023).

World Health Organization (WHO) (2022) *Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO) (2023a) Universal health coverage (UHC) Dostupno na: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)) (Pristupano 02.03.2023).

World Health Organization (WHO). The Global Health Observatory (2023b) Households with out-of-pocket payments greater than 40% of capacity to pay for health care (food, housing and utilities approach). Dostupno na: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4989> (Pristupano 07.03.2023).

World Health Organization (WHO) (2023c) European Health Information Getaway. Life expectancy at age 65 (years), by sex. Dostupno na: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_55-1050-life-expectancy-at-age-65-years/ (Pristupano 20.03.2023).

Wuorela, M., Lavonius, S., Salminen, M., Vahlberg, T., Viitanen, M., Viikari, L. (2020) '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 Geriatrics*, 20, 120. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01516-9>

Zakon o zdravilih (2014) *Uradni list Republike Slovenije*, 17/14.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti (2019) *Službeni glasnik Republike Srbije*, 25/19.

Zakon o zdravstvenoj zaštitu (2022) *Narodne novine*, 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22.

Xu, K., Evans, D.B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., Murray, C.J. (2003) 'Household catastrophic health expenditure: a multicounty analysis' *Lancet*, 362, 9378, pp. 111–7. doi: 10.1016/S0140–6736(03)13861–

PRILOZI

Prilog 1

Udeo populacionih grupa starijih od 65 godina u ukupnom broj stanovnika u 2015, 2020, 2050. i 2100. godini

Dobne grupe	Srbija				Slovenija				Hrvatska			
	2015	2020	2050	2100	2015	2020	2050	2100	2015	2020	2050	2100
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
65+	17,0	19,1	26,6	34,4	18,0	20,7	32,1	31,4	19,2	21,3	30,9	35,1
70+	11,0	12,3	19,6	27,9	12,9	14,0	25,0	26,0	13,8	14,5	23,5	29,1
75+	7,2	6,9	12,9	21,4	8,5	9,3	17,9	20,7	9,4	9,5	16,4	22,9
80+	3,7	3,9	7,3	14,9	4,9	5,5	11,9	15,2	5,0	5,7	10,5	16,7
85+	1,3	1,6	3,3	8,8	2,1	2,6	6,6	9,7	2,1	2,4	5,6	10,6
90+	0,2	0,4	1,1	4,1	0,6	0,8	2,7	4,7	0,5	0,7	2,1	5,3

Pripremljeno na osnovu izvora: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019. Dostupno na: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>

Prilog 2

Uporedni prikaz distribucije ispitanika 65 i više i 18 i više godina starih kojima bi bilo teško i veoma teško da pokriju troškove zdravstvene zaštite ukoliko im zatreba

Vrsta zdravstvenih usluga	Srbija		Slovenija		Hrvatska	
	65+ (%)	18+ (%)	65+ (%)	18+ (%)	65+ (%)	18+ (%)
Primarna zdravstvena zaštita (poseta lekaru opšte prakse, porodične medicine ili domu zdravlja)	28	28	51	43	42	32
Stomatološka zdravstvena zaštita	50	43	65	55	53	42
Bolnička zaštita (specijalistički pregledi i bolničko lečenje)	38	39	63	57	46	40
Hitno medicinsko lečenje (hitna pomoć i urgentni centar)	33	33	53	46	48	36
Usluge zaštite mentalnog zdravlja (psihijatar, psiholog i dr.)	47	43	60	24	51	41

65+ - ispitanici 65 i više godina stari; 18+ - ispitanici 18 i više godina stari.

Pripremljeno na osnovu izvora: Eurofound (2016) *European Quality of Life Survey (EQLS)*. Dostupno na: <https://www.eurofound.europa.eu/hr/data/european-quality-of-life-survey> (Pristupano 15.01.2023.)

Prilog 3

Uporedni prikaz distribucije ispitanika po polu kojima bi bilo teško i veoma teško da pokriju troškove zdravstvene zaštite ukoliko im zatreba

Vrsta zdravstvenih usluga	Srbija		Slovenija		Hrvatska	
	ž (%)	m (%)	ž (%)	m (%)	ž (%)	m (%)
Primarna zdravstvena zaštita (poseta lekaru opšte prakse, porodične medicine ili domu zdravlja)	28	27	47	40	34	29
Stomatološka zdravstvena zaštita	47	39	58	51	45	39
Bolnička zaštita (specijalistički pregledi i bolničko lečenje)	41	37	61	54	43	37
Hitno medicinsko lečenje (hitna pomoć i urgentni centar)	32	33	51	40	40	33
Usluge zaštite mentalnog zdravlja (psihijatar, psiholog i dr.)	44	41	56	51	46	36

ž - žene; m - muškarci

Pripremljeno na osnovu izvora: Eurofound (2016) *European Quality of Life Survey (EQLS)*. Dostupno na: <https://www.eurofound.europa.eu/hr/data/european-quality-of-life-survey> (Pristupano 15.01.2023.)

Prilog 4

Uporedni prikaz karakteristika zdravstvenih osiguranja u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj u odnosu na obaveze i beneficije osiguranika starijih od 65 godina

Karakteristike	SRBIJA	SLOVENIJA	HRVATSKA
Osnovni princip zdravstvenog osiguranja	Obavezno zdravstveno osiguranje finansirano doprinosima zaposlenih, zemljoradnika i samozaposlenih. Pokriva zdravstvenu zaštitu i članova porodice.	Obavezno zdravstveno osiguranje finansirano doprinosima zaposlenih, zemljoradnika i samozaposlenih. Pokriva zdravstvenu zaštitu i članova porodice.	Obavezno zdravstveno osiguranje finansirano doprinosima zaposlenih, zemljoradnika i samozaposlenih. Pokriva zdravstvenu zaštitu i članova porodice.
Univerzalna pokrivenost	da	da	da
Penzioneri korisnici osiguranja	da	da	da
Izuzeti plaćanja obaveznog zdravstvenog osiguranja	Nema.	Farmeri ukoliko je prihod domaćinstva manji od 25% minimalne zarade.	Nema.
Dobrovoljno zdravstveno osiguranje	Formalno dostupno svim građanima. Namijenjeno građanima koji nisu obuhvaćeni obaveznim zdravstvenim osiguranjem (student stariji od 26 godina, nezaposleni sa određenim prihodima).	Postoji mogućnost dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje nije obavezno, a pokriva troškove participacije za usluge koje nisu u potpunosti pokriveno obaveznim zdravstvenim osiguranjem. Pokriva i stomatološku zaštitu.	Postoji mogućnost dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje nije obavezno, a pokriva troškove za usluge koje nisu u potpunosti pokriveno obaveznim zdravstvenim osiguranjem.
Participacija	Visina participacije zavisi od vrste usluge i učestalosti korišćenja.	Pacijenti plaćaju 10-90% cene. Postoji mogućnost dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje nije obavezno, a pokriva troškove participacije.	Pacijenti plaćaju 20% troškova lečenja. Postoji mogućnost dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje nije obavezno, a pokriva troškove participacije.

<p>Primeri iznosa participacije</p>	<p>Primeri: pregled lekara i laboratorijske analize 50 RSD Skener 300 RSD Magnetna rezonanca 600 RSD Bolničko lečenje i rehabilitacija 50 RSD po danu.</p>	<p>Nema (10-90% cene usluge ili leka),</p>	<p>Primeri: specijalističko-konsultativni pregledi, polikliničke i hirurške usluge u dnevnim bolnicam, rehabilitacija 25 HRK (€3,31), Specijalizovane dijagnostičke procedure koje nisu na nivou primarne zdravstvene zaštite 5000 HRK (€661). Pregledi lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti 10 HRK (€1.32).</p>
<p>Maksimalni iznos participacije</p>	<p>Definisan na godišnjem nivou i iznosi polovinu poslednje penzije, ali bez uračunatog iznosa participacije za lekove i pomagala</p>	<p>Nije definisan maksimalan iznos</p>	<p>2000 HRK (€265) po epizodi bolesti.</p>
<p>Izuzeci od plaćanja participacije</p>	<p>Ne osim ako su pravo na osiguranje stekli na osnovu godina starosti (65 godina) ili stariji sa invaliditetom koji se leče od HIV infekcije ili drugih zaraznih bolesti utvrđenih posebnim zakonom. Stariji od 65 koji se leče od malignih bolesti, hemofilije, dijabetesa, psihoze, epilepsije, multiple skleroze, pacijenti u terminalnoj fazi hronične bubrežne insuficijencije, oboleli od cistične fibroze, sistemske autoimune bolesti, reumatske groznice, bolesti zavisnosti, retkih bolesti kao i osobe kojima je zdravstvena zaštita neophodna zbog davanja ili primanja tkiva i organa.</p>	<p>Stariji od 75 godina oslobođeni plaćanja participacije. Oboleli od pojedinih bolesti.</p>	<p>Oboleli od pojedinih bolesti (oslobodjeni samo za usluge u vezi sa tom bolešću), sa nesposobnostima kojima je potrebna stalna pomoć, donori organa.</p>

Stomatološka zaštite	Zdravstveno osiguranje pokriva punu cenu preventivnih i kurativnih tretmana dece do 18 godina, trudnica, mentalno i fizički onesposobljenih, osoba sa urođenim deformitetima lica i hitne intervencije.	U okviru obaveznog zdravstvenog osiguranja samo za decu i student, ostali plaćaju 20% cene usluge.	Obuhvaćeni obaveznim zdravstvenim osiguranjem: preventivni i kurativni pregledi i lekovi uz participaciju od HRK 10 (€1,32) kod stomatologa sa ugovorom sa osiguranjem. Za specijalističke preglede participacija iznosi HRK 25 (€3,31).
Trajne zubne proteze za starije od 65 godina	Za zubne proteze doplaćuje se 35% cene	Za zubne proteze se plaća 90% pune cene. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje pokriva troškove participacije.	Stariji od 65 godina plaćaju 15,03% cene proteze (HZZO, 2017).
Lekovi	Osnovna participacija iznosi 50 dinara (0,41 eura po NBS, 2017) za lekove na Listi A i 10-90% od cene za lekove na listi A1. Za lekove sa liste B ukoliko se daju na primarnom nivou zdravstvene zaštite plaća se participacija od 50 dinara (0,43 eura, NBS, 2022) po izdatom nalogu. Lekovi koji se koriste u toku bolničkog lečenja su pokriveni obaveznim zdravstvenim osiguranjem	Za lekove sa pozitivne liste obavezno zdravstveno osiguranje refundira 70% cene ili 100% za oslobođene plaćanja participacije. Za lekove sa intermedijalne liste refundira 10% cene. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje pokriva troškove participacije. Za lekove van lista pacijenti plaćaju punu cenu. Lekovi koji se koriste u toku bolničkog lečenja su pokriveni obaveznim zdravstvenim osiguranjem.	Za lekove sa pozitivne liste obavezno zdravstveno osiguranje pokriva punu cenu. Za lekove na dodatnoj listi postoji doplata. Participacija se plaća za sve lekove (na pozitivnoj i dodatnoj listi) od HRK 10 (€1,32) po receptu. Lekovi koji se koriste u toku bolničkog lečenja su pokriveni obaveznim zdravstvenim osiguranjem.
Protetska pomagala, slušni aparati, naočare i druga očna pomagala	Potrebna participacija od 10 do 35% zavisno od vrste.	Delimično pokriveni obaveznim osiguranjem u skladu sa legislativom. Pacijenti doplaćuju 20%, a najmanje HRK 50 (€6,61).	Besplatno za decu, studente i druge kategorije oslobonje nje plaćanja u skladu sa legislativom. Ostali plaćaju 70% za pomagala u vezi sa povredom van radnog mesta i 80% u drugim slučajevima. Dobrovoljno dodatno osiguranje pokriva troškove doplate.
Doprinos penzionog fonfa za zdravstvenu zaštitu	Penzioni fond plaća 10.3% doprinosa na penziju za zdravstvenu zaštitu	Doprinos od 5,96% za zdravstvene usluge i troškove puta u slučaju bolesti. Ovaj doprinos se ne oduzima	Penzije koje prevazičaze prosječnu platu u zemlji u prethodnoj godini (5.693,00 HRK, 753€ u 2015. godini)

		od pebzije, izračunava ga Zavod za penziono i invalidsko osiguranje Slovenije (Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije) i prenosi sredstva Zavodu za zdravstveno osiguranje Slovenije. Nije limitiran u iznosu.	umanjuju se za stopu doprinosa za zdravstveno osiguranje u visini 3% bruto iznosa penzije.
Dopunska zdravstvena osiguranja	Dobrovoljno zdravstveno osiguranje je namenjeno građanima koji nemaju pravo na obavezno zdravstveno osiguranje ni po jednom osnovu. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje uključuje zdravstvene usluge većeg obima i standard.	Oko 95% stanovnika je obuhvaćeno dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem iz koga se pokrivaju participacije i doplate za zdravstvene i stomatološke usluge i lekove. Za najsiromašnije država plaća premije dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.	Dopunsko zdravstveno osiguranje je dostupno, osiguranici ga sami biraju i plaćaju i pokriva troškove participacije. Oko 60% stanovnika ima dodatno zdravstveno osiguranje.

RSD – srpski dinar; HRK – hrvatska kuna; € - euro; NBS- Narodna banka Srbije; HZZO – Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Izvori: Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. (2017). Pravilnik o izmjenama Pravilnika o dentalnoj zdravstvenoj zaštiti iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Narodne novine, broj 146/13., 160/13., 34/14., 66/14., 62/15. i 129/17; Council of Europe. (2017). Mutual Information System on Social Protection of the Council of Europe. MISSCEO Comparative tables, 2017. Dostupno na: <http://www.missceo.coe.int/>; Council of Europe. (2017) Mutual Information System on Social Protection. MISSOC comparative tables, 2017. Dostupno na: <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/>; RFZO. (2022). Pravilnik o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji za 2022. godinu. Službeni glasnik RS, 24/2022, 81/2022, 127/2022, 137/2022.; OECD (2017) State of Health in the EU. Slovenia: Country Health Profile 2017; OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies: Brussels, Belgium, 2017. Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283558-en>; en.pdf?expires=1679039938&id=id&acname=guest&checksum=3D39D8C37BB40E1A452FD365CCBB9267; OECD (2021a) State of Health in the EU. Croatia: Country Health Profile 2021; OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies: Brussels, Belgium, 2021. Dostupno na: <https://doi.org/10.1787/717e5510-en>; OECD (2021c) State of Health in the EU. Slovenia: Country Health Profile 2021; OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies: Brussels, Belgium, 2021. Dostupno na: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/1313047c->

Prilog 5

Varijable u multivarijantnim logističkim regresionim modelima za finansijsku opterećenost usled korišćenja zdravstvene zaštite u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj

Statistički značajne varijable	Srbija		Slovenija		Hrvatska	
	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2
INDIVIDUALNE KARAKTERISTIKE ISPITANIKA	<ul style="list-style-type: none"> • dobne grupe, • samoprocenjeno zdravstveno stanje, • hronične bolesti ili stanja, • ograničenja u svakodnevnim aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja, • edukacija, • rizik od siromaštva ili socijalne isključenosti 	<ul style="list-style-type: none"> • dobne grupe, • samoprocenjeno zdravstveno stanje, • hronične bolesti ili stanja, • ograničenja u svakodnevnim aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja, • edukacija, • rizik od siromaštva ili socijalne isključenosti 	<ul style="list-style-type: none"> • bračno stanje, • ograničenja u svakodnevnim aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja, • edukacija • dužina radnog staža • rizik od siromaštva ili socijalne isključenosti 	<ul style="list-style-type: none"> • bračno stanje, • ograničenja u svakodnevnim aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja, • edukacija • dužina radnog staža • rizik od siromaštva ili socijalne isključenosti 	<ul style="list-style-type: none"> • bračno stanje, • samoprocenjeno zdravstveno stanje, • hronične bolesti • ograničenja u svakodnevnim aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja 	<ul style="list-style-type: none"> • bračno stanje, • samoprocenjeno zdravstveno stanje, • hronične bolesti • ograničenja u svakodnevnim aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja
KARAKTERISTIKE DOMAĆINSTVA		<ul style="list-style-type: none"> • finansijsko opterećene svakodnevnim troškovima domaćinstva, • mogućnost domaćinstva da „sastavi kraj sa krajem“, • izrazita materijalna deprivacija domaćinstva 		<ul style="list-style-type: none"> • veličina domaćinstva, • finansijsko opterećene svakodnevnim troškovima domaćinstva 		<ul style="list-style-type: none"> • finansijsko opterećene svakodnevnim troškovima domaćinstva, • mogućnost domaćinstva da „sastavi kraj sa krajem“, • izrazita materijalna deprivacija domaćinstva

Prilog 6

Varijable u multivarijantnim logističkim regresionim modelima za finansijsku opterećenost usled korišćenja stomatološke zaštite u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj

Statistički značajne varijable	Srbija		Slovenija		Hrvatska	
	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2
INDIVIDUALNE KARAKTERISTIKE ISPITANIKA	<ul style="list-style-type: none"> • samoprocenjeno zdravstveno stanje, • hronične bolesti ili stanja, • rizik od siromaštva ili socijalne isključenosti 	<ul style="list-style-type: none"> • samoprocenjeno zdravstveno stanje, • hronične bolesti ili stanja, • rizik od siromaštva ili socijalne isključenosti 	<ul style="list-style-type: none"> • pol • dobna grupa • bračno stanje, • edukacija • dužina radnog staža 	<ul style="list-style-type: none"> • pol • dobna grupa • bračno stanje, • edukacija • dužina radnog staža 	<ul style="list-style-type: none"> • bračno stanje, • edukacija 	<ul style="list-style-type: none"> • bračno stanje, • edukacija
KARAKTERISTIKE DOMAĆINSTVA		<ul style="list-style-type: none"> • finansijsko opterećene svakodnevnim troškovima domaćinstva, • izrazita materijalna deprivacija domaćinstva 		<ul style="list-style-type: none"> • veličina domaćinstva, • finansijsko opterećene svakodnevnim troškovima domaćinstva • mogućnost domaćinstva da „sastavi kraj sa krajem“ 		<ul style="list-style-type: none"> • veličina domaćinstva, • finansijsko opterećene svakodnevnim troškovima domaćinstva • mogućnost domaćinstva da „sastavi kraj sa krajem“

Prilog 7

Varijable u multivarijantnim logističkim regresionim modelima za finansijsku opterećenost usled upotrebe lekova u Srbiji, Sloveniji i Hrvatskoj

Statistički značajne varijable	Srbija		Slovenija		Hrvatska	
	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2
INDIVIDUALNE KARAKTERISTIKE ISPITANIKA	<ul style="list-style-type: none"> • pol • dobna grupa • samoprocenjeno zdravstveno stanje, • hronične bolesti ili stanja, • ograničenja u svakodnevnom aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja, • edukacija, • rizik od siromaštva ili socijalne isključenosti 	<ul style="list-style-type: none"> • pol • dobna grupa • samoprocenjeno zdravstveno stanje, • hronične bolesti ili stanja, • ograničenja u svakodnevnom aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja, • edukacija, • rizik od siromaštva ili socijalne isključenosti 	<ul style="list-style-type: none"> • samoprocenjeno zdravstveno stanje, • hronične bolesti ili stanja, • ograničenja u svakodnevnom aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja • edukacija, • dužina radnog staža • rizik od siromaštva ili socijalne isključenosti 	<ul style="list-style-type: none"> • samoprocenjeno zdravstveno stanje, • hronične bolesti ili stanja, • ograničenja u svakodnevnom aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja • edukacija, • dužina radnog staža • rizik od siromaštva ili socijalne isključenosti 	<ul style="list-style-type: none"> • bračno stanje, • samoprocenjeno zdravstveno stanje, • hronične bolesti ili stanja, • ograničenja u svakodnevnom aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja • edukacija, • rizik od siromaštva ili socijalne isključenosti 	<ul style="list-style-type: none"> • bračno stanje, • samoprocenjeno zdravstveno stanje, • hronične bolesti ili stanja, • ograničenja u svakodnevnom aktivnostima usled hronične bolesti ili stanja • edukacija, • rizik od siromaštva ili socijalne isključenosti
KARAKTERISTIKE DOMAĆINSTVA		<ul style="list-style-type: none"> • veličina domaćinstva • finansijsko opterećene svakodnevnom troškovima domaćinstva, • mogućnost domaćinstva da „sastavi kraj sa krajem“, • izrazita materijalna deprivacija domaćinstva 		<ul style="list-style-type: none"> • veličina domaćinstva • finansijsko opterećene svakodnevnom troškovima domaćinstva, • mogućnost domaćinstva da „sastavi kraj sa krajem“, • zrazita materijalna deprivacija domaćinstva 		<ul style="list-style-type: none"> • veličina domaćinstva • finansijsko opterećene svakodnevnom troškovima domaćinstva, • mogućnost domaćinstva da „sastavi kraj sa krajem“, • izrazita materijalna deprivacija domaćinstva

REČNIK KORIŠĆENIH POJMOVA

Anketa o prihodima i uslovima života (*Survey on Income and Living Conditions – SILC*) istraživanje o prihodima i uslovima života koje se sprovodi u državama Evropske unije i u još nekim državama (Norveška, Velika Britanije, Srbija, Turska...). U Srbiji se sprovodi pod nazivom *Anketa o prihodima i uslovima života*, u Sloveniji pod nazivom *Skupnosti o dohotku in življenjskih pogojih*), a u Hrvatskoj pod nazivom (*Anketa o dohotku i uslovima života*).

Bruto domaći proizvod (*Gross Domestic Product – GDP*) ukupna vrednost proizvedenih dobara i pruženih usluga u jednoj zemlji u određenom vremenskom periodu (najčešće godinu dana).

Finansijsko opterećenje (*Financial burden*) – kombinacija finansijskog pritiska i finansijskog stresa. Finansijski pritisak predstavlja subjektivan osećaj o negativnom uticaju finansijskih teškoća, a finansijski stres se odnosi na objektivnu procenu finansijskog opterećenja na osnovu konkretnih pokazatelja (smanjivanje bogatstva domaćinstva, učestalost i visina „plaćanjem iz džepa” itd.).

Finansijsko opterećenje usled korišćenja zdravstvene zaštite (*Financial burden of healthcare*) – finansijski problemi koji nastaju usled korišćenja i plaćanja zdravstvene zaštite (videti *Finansijsko opterećenje*).

Godine zdravog života nakon 65. godine (*Disability – free life expectancy ili „Healthy life – years” at age 65*) – broj preostalih godina života bez ograničenja u aktivnostima.

Javna potrošnja za zdravlje (*Public Spending on Health*) – udeo države u finansiranju zdravstvene zaštite.

Katarstrofalni izdaci za zdravstvenu zaštitu (*Catastrophic health spending*) – rashodi za zdravstvenu zaštitu koji su premašili određeni procenat (najčešće 25% ili 40%) ukupnih prihoda ili rashoda domaćinstva. Poslednjih godina se češće definišu kao udeo rashoda za zdravstvenu zaštitu u odnosu na platežnu sposobnost domaćinstva.

Lekovi (*Medicines*) – proizvodi koji se koriste za ublažavanje simptoma, za sprečavanje bolesti ili za lečenje i propisuje ih lekar, stomatolog ili drugi zdravstveni radnik u skladu sa legislativom, a neki se mogu kupiti u slobodnoj prodaji.

Materijalna deprivacija (*Material deprivation*) predstavlja nemonetarnu meru siromaštva i zasniva se na subjektivnoj proceni ispitanika o mogućnosti obezbeđivanja dobara i usluga koja se u jednom društvu smatraju neophodnim za život.

Mogućnost domaćinstva da „sastavi kraj sa krajem“ (*Ability to make ends meet*) predstavlja nemonetarni, subjektivni osećaj o mogućnostima domaćinstva da plati svoje neophodne troškove uzimajući u obzir celokupne prihode domaćinstva.

Nacionalna zdravstvena služba (*National Health Services – NHS*) – zdravstveni sistem u Velikoj Britaniji, osnovan od strane vlade Velike Britanije sa ciljem obezbeđivanja zdravstvene zaštite stanovnicima Velike Britanije.

Očekivano trajanje života u 65. godini (*Life expectancy at age 65*) – prosečan broj preostalih godina života u 65. godini.

Održivi ciljevi razvoja (*Sustainable Development Goals – SDGs*) – skup ciljeva koje su definisale Ujedinjene nacije, a odnose se na budući društveni i ekonomski razvoj u skladu sa principima održivosti.

Osobe koje žive u domaćinstvima sa veoma niskim intenzitetom rada (*Persons living in households with very low work intensity*) – osobe koje žive u domaćinstvima u kojima su odrasli (18 do 60 odnosno 64 godina) radili 20% ili manje od potencijalnog radnog vremena u periodu od 12 meseci.

„Plaćanja iz džepa” za zdravstvenu zaštitu (*Out – of – pocket health spending*) – izdaci za zdravstvenu zaštitu koje plaćaju sami korisnici u trenutku korišćenja zdravstvene zaštite.

Platežna sposobnost domaćinstva (*Capacity to pay*) – razlika između ukupne potrošnje domaćinstva i prosečnog iznosa koji domaćinstvo troši na osnovne životne potrebe (hranu, stanovanje i komunalije: vodu, struju i energente).

Svetska zdravstvena organizacija (*World Health Organization – WHO*) – posebna je organizacija Ujedinjenih nacija koja deluje kao koordinirajuće telo međunarodnog javnog zdravlja.

Socijalne isključenosti (*Social exclusion*), a prema najčešće korišćenim to je višedimenzioni proces koji pojedince, domaćinstva, grupe potiskuje ka društvenim marginama i onemogućava im u potpunosti uključivanje u ekonomske, društvene, političke i kulturne tokove društva u kome žive.

Stomatološka zdravstvena zaštita (stomatološka zaštita – *Dental care*) – obuhvata preglede, dijagnostičke i terapijske postupke koje obavljaju doktori stomatologije ili se obavljaju pod njihovim direktnim nadzorom uz učešće drugih zdravstvenih profesionalaca iz oblasti stomatologije.

Zdravstvena zaštita (*Health care*) – organizovana i sveobuhvatna delatnost društva, sa ciljem ostvarivanja najvišeg mogućeg nivoa očuvanja i unapređenja zdravlja građana i obuhvata aktivnosti usmerene ka očuvanju i unapređenju zdravlja, sprečavanju, suzbijanju i ranom otkrivanju bolesti, povreda i drugih poremećaja zdravlja, kao i lečenje, zdravstvenu negu i rehabilitaciju.

Zdravstvena zaštita u užem smislu (*Medical care*) – obuhvata medicinske preglede, dijagnostičke i terapijske postupke koje obavljaju doktori medicine (lekari) ili koji se obavljaju pod direktnim nadzorom lekara ili drugih medicinskih stručnjaka u skladu sa nacionalnom legislativom.

Udeo domaćinstava sa izrazitom materijalnom i socijalnom deprivacijom (*Severe material and social deprivation rate, SMSD*) ukazuje na učestalost domaćinstava sa prisilnim nedostatkom poželjnih dobara ili na prisilan izostatak realizacije finansijskih obaveza koje se smatraju poželjnim u jednom društvu.

Udeo osoba u riziku od siromaštva (*At – risk – of – poverty rate*) – udeo osoba koje se na osnovu ličnih prihoda nalaze ispod linije siromaštva tj. čiji su prihodi, nakon socijalnih transfera, niži od 60% prosečnog nacionalnog ličnog dohotka.

Udeo „plaćanja iz džepa” u ukupnim rashodima za zdravstvenu zaštitu (*Share of out – of – pocket payments of total current health expenditures*) – udeo korisnika u finansiranju zdravstvene zaštite kroz različite oblike plaćanja „plaćanja iz džepa” (formalna i neformalna).

Univerzalna pokrivenosti stanovništva zdravstvenom zaštitom (*Universal health coverage – UHC*) – ostvarivanje prava na kvalitetnu zdravstvenu zaštitu u trenutku kada za njom postoji potreba bez izazivanja finansijskog opterećenja domaćinstva.

U rizika od siromaštva ili socijalne isključenosti (*At – risk – of – poverty – and – social – exclusion rate, AROPE*) – EU – SILC pokazatelj siromaštva tj. udela pojedinaca koji su ili u riziku od siromaštva, ili su izrazito materijalno deprivirani, ili žive u domaćinstvima veoma niskog intenziteta rada.

Ukupni troškovi stanovanja (*Total housing costs*) obuhvataju mesečnu potrošnju domaćinstava za stanovanje, vodu, grejanje, struju, gas i druga goriva.

**PUBLIKOVANI RADOVI PROIZAŠLI KAO REZULTAT ISTRAŽIVANJA U OKVIRU
DOKTORATA**

1. Vojvodic K, Terzic-Supic Z, Todorovic J, Gagliardi C, Santric-Milicevic M, Popovic M. Financial Burden of Medical Care, Dental Care, and Medicines among Older-Aged Population in Slovenia, Serbia, and Croatia. *International journal of environmental research and public health* 19 (2022): 3325.

BIOGRAFIJA

Katarina (Nikola) Vojvodić je rođena 30. septembra 1969. godine u Zaječaru, Republici Srbiji. Diplomirala je 1996. godine na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu. Pripravnički staž obavila je u Kliničko-bolničkom centru „Zvezdara”, a stručni ispit je položila 1997. godine.

Specijalizaciju iz Socijalne medicine završila je 2011. godine, na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu. Master akademske studije iz Menadžmenta u sistemu zdravstvene zaštite, završila je 2015. godine odbranivši master rad pod naslovom „Unapređenje organizacije službe opšte medicine na osnovu rezultata istraživanja zadovoljstva korisnika”. Doktorske akademske studije iz Javnog zdravlja upisala je 2016. godine na Medicinskom fakultetu, Univerziteta u Beogradu.

U period od 1996. do 2006. godine bila je zaposlena u Kliničko-bolničkom centru „Zvezdara” i Domu zdravlja „Dr Simo Milošević“. Od 2006. godine je zaposlena u Centru za analizu, planiranje i organizaciju zdravstvene zaštite Gradskog zavoda za javno zdravlje Beograd, a od 2012. godine je načelnik Jedinice za unapređenje kvaliteta zdravstvene službe.

Učesnik je brojnih stručnih skupova, u zemlji i inostranstvu i autor i koautor je radova u stručnim časopisima. Koautor je publikacije Svetske zdravstvene organizacije „Survey of Adverse Childhood Experiences among Serbian University Students. Report from the 2013/2014 survey”. Koautor je rada objavljenog u knjizi „Social Exclusion in Later Life: Interdisciplinary and Policy Perspectives. International Perspectives on Aging”. Učesnik je više evropskih projekata iz oblasti edukacije odraslih, organizacije zdravstvene zaštite, starenja, socijalne isključenosti, gerijatrijske medicine.

Autor je i realizator programa za stručno usavršavanje zdravstvenih radnika iz oblasti organizacije zdravstvene zaštite, kvaliteta zdravstvene zaštite, zadovoljstva korisnika i zaposlenih, komunikacije i palijativne medicine.

Član je Lekarske komore Srbije i Evropskog udruženja za javno zdravlje.

Изјава о ауторству

Име и презиме аутора Катарина Војводић

Број индекса 5066/2016

Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом

**Финансијско оптерећење услед коришћења здравствене заштите у популацији
старијих од 65 година у Србији, Словенији и Хрватској**

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

Потпис аутора

У Београду, 08.07.2023.

Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада

Име и презиме аутора Катарина Војводић

Број индекса 5066/2016

Студијски програм Јавно здравље

Наслов рада Финансијско оптерећење услед коришћења здравствене заштите у популацији старијих од 65 година у Србији, Словенији и Хрватској

Ментор Проф. Др Зорица Терзић Шупић

Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла ради похрањивања у **Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду**.

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

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

Потпис аутора

У Београду, 08.07.2023.

Изјава о коришћењу

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

Финансијско оптерећење услед коришћења здравствене заштите у популацији старијих од 65 година у Србији, Словенији и Хрватској

која је моје ауторско дело.

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

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

1. Ауторство (CC BY)

2. Ауторство – некомерцијално (CC BY-NC)

3. Ауторство – некомерцијално – без прерада (CC BY-NC-ND)

4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима (CC BY-NC-SA)

5. Ауторство – без прерада (CC BY-ND)

6. Ауторство – делити под истим условима (CC BY-SA)

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци.
Кратак опис лиценци је саставни део ове изјаве).

Потпис аутора

У Београду, 08.07.2023.

1. **Ауторство.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце, чак и у комерцијалне сврхе. Ово је најслободнија од свих лиценци.

2. **Ауторство – некомерцијално.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела.

3. **Ауторство – некомерцијално – без прерада.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела. У односу на све остале лиценце, овом лиценцом се ограничава највећи обим права коришћења дела.

4. **Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада.

5. **Ауторство – без прерада.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела.

6. **Ауторство – делити под истим условима.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада. Слична је софтверским лиценцама, односно лиценцама отвореног кода.

