

Dostupnost zdravstvene zaštite osobama starije životne dobi u ruralnim područjima Vukovarsko - srijemske županije

Kelava, Anđela

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:243:248002>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-04-02**

Repository / Repozitorij:

[Faculty of Dental Medicine and Health Osijek
Repository](#)



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo

Andela Kelava

DOSTUPNOST ZDRAVSTVENE

ZAŠTITE OSOBAMA STARIJE

ŽIVOTNE DOBI U RURALNIM

PODRUČJIMA VUKOVARSKO-

SRIJEMSKJE ŽUPANIJE

Diplomski rad

Osijek 2024.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo

Andela Kelava

DOSTUPNOST ZDRAVSTVENE

ZAŠTITE OSOBAMA STARIJE

ŽIVOTNE DOBI U RURALNIM

PODRUČJIMA VUKOVARSKO-

SRIJEMSKE ŽUPANIJE

Diplomski rad

Osijek 2024.

Rad je ostvaren na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo Sveučilišta J. J. Strossmayera u Osijeku.

Mentorica rada: izv. prof. dr. sc. Štefica Mikšić, mag. med. techn.

Rad ima 53 lista i 36 tablica.

Lektor hrvatskog jezika: Jelena Martinović, mag. educ. philol. angl. et croat.

Lektor engleskog jezika: Ivana Čosić, prof. hrvatskog i engleskog jezika i književnosti

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

Zahvala

Zahvaljujem se svima koji su mi tijekom izrade ovog diplomskog rada pružili pomoć i podršku. Iskreno se zahvaljujem svojoj mentorici izv. prof. dr. sc. Štefci Mikšić, mag. med. techn., na usmjeravanju i savjetovanju tijekom izrade ovog diplomskog rada.

Želim izraziti veliko hvala i svim sudionicima na suradnji, jer bez njih ovaj rad ne bi bio ostvariv.

Također, mojoj obitelji, prijateljima i zaručniku dugujem veliku zahvalnost za razumijevanje, pomoć i podršku tijekom svih godina studiranja.

Zahvaljujem se i svim profesorima Fakulteta na prenesenom znanju i vještinama, koje su mi pomogle u izradi rada, kao i u osobnom profesionalnom razvoju.

Na kraju, zahvaljujem svima koji su, na bilo koji način, pridonijeli izradi ovog diplomskog rada i pružili mi podršku do završetka diplomskog studija Sestrinstva.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Demografski i socioekonomski prikaz ruralnog stanovništva	2
1.2. Zdravstvena zaštita.....	2
1.2.1. Uređenje sustava zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj.....	2
1.2.2. Načela zdravstvene zaštite	2
1.2.3. Razine zdravstvene djelatnosti	3
1.3. Geografske prepreke i pristup zdravstvenoj skrbi.....	4
1.4. Pristup zdravstvenim ustanovama u Vukovarsko - srijemskoj županiji	4
1.5. Telemedicina u pružanju zdravstvene skrbi u ruralnim područjima	5
2. CILJ.....	7
3. ISPITANICI I METODE	8
3.1. Ustroj studije.....	8
3.2. Ispitanici.....	8
3.3. Metode istraživanja.....	8
3.4. Statističke metode.....	8
4. REZULTATI.....	9
5. RASPRAVA.....	37
6. ZAKLJUČAK	42
7. SAŽETAK.....	43
8. SUMMARY	44
9. LITERATURA	45
10. ŽIVOTOPIS	47

POPIS KRATICA

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

VSŽ – Vukovarsko-srijemska županija

RH – Republike Hrvatske

ZZ – zdravstvena zaštita

HZZO - Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

PZZ – primarna zdravstvena zaštita

1. UVOD

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), očekivano trajanje života u kontinuiranom je porastu te rezultira povećanim udjelom populacije starije životne dobi (1). Starenje doprinosi nizom psihofizičkih promjena te zahtijeva kontinuiranu zdravstvenu skrb. Nerijetko, osobe starije životne dobi imaju više kroničnih bolesti koje zahtijevaju redovite preglede i uzimanje terapije (2).

Osim toga, ograničena mobilnost u starijoj životnoj dobi dodatno otežava pristup zdravstvenim ustanovama. Problematika pristupa zdravstvenoj skrbi posebno je izražena u ruralnim područjima gdje je javni prijevoz ograničen ili nedostupan, a udaljenost od zdravstvenih ustanova je veća (3).

Postoje različite determinante pristupa zdravstvenoj skrbi koje se mogu klasificirati u tri vrste: individualni, strukturalni i sustavni čimbenici. Individualne karakteristike uključuju socioekonomski položaj, stupanj obrazovanja i zdravstvenu svijest. Osobe s niskim socioekonomskim statusom, nedostatkom obrazovanja i nedostatkom zdravstvene pismenosti mogu se suočiti s izazovima u pristupu zdravstvenoj skrbi. Navedeni izazovi mogu uključivati nedostatak mobilnosti, nedostatak svijesti o zdravstvenom sustavu i neuspjeh u prepoznavanju vrijednosti preventivnog liječenja. Dostupnost zdravstvenog osoblja i ustanova uključeni su u strukturalna pitanja na što mogu utjecati zemljopisni položaj, gustoća naseljenosti i raspodjela zdravstvenih resursa unutar određenog područja. Državni zakoni i propisi, izdaci za zdravstvo, ali i zdravstveni sustav aspekti su sustavnih čimbenika (4).

Vukovarsko-srijemska županija (VSŽ) obilježena je negativnim demografskim kretanjem, negativnim migracijskim saldom, ispodprosječnom gustoćom naseljenosti, ali i postupnim starenjem stanovništva. Stanovnici se suočavaju s brojnim izazovima povezanim s dostupnošću zdravstvenih ustanova, nedostatkom specijaliziranih medicinskih usluga, nedostatkom javnog prijevoza, a dodatno je otežana situacija za osobe starije životne dobi (5).

1.1. Demografski i socioekonomski prikaz ruralnog stanovništva

Demografski trendovi u Republici Hrvatskoj (RH) odražavaju ubrzano starenje, posebice u ruralnim područjima gdje radno sposobno stanovništvo masovno migrira u urbane sredine, ostavljajući osobe starije životne dobi bez obiteljske podrške te umanjujući radno aktivno stanovništvo na tom području (6). Nasuprot tome, urbana područja imaju pogodniji demografski status, no i ona se susreću s izazovima starenja, budući osobe starije životne dobi gravitiraju prema gradovima zbog lakšeg pristupa socijalnim i zdravstvenim uslugama (7). Hrvatska pripada zemljama s najvećim udjelom osoba starije životne dobi u Europi. Pretpostavka je da će trend napredovati zbog niskih stopa nataliteta i produženog životnog vijeka. Depopulacija je posebno istaknuta u ruralnim područjima te ograničava socijalnu povezanost. Ekonomske djelatnosti obilježene su nižim primicima, manjkom prilika za zapošljavanje, ali i ograničenom mirovinskom sigurnošću. Ograničen je pristup osnovnim djelatnostima, kao što su trgovina, javni prijevoz i zdravstvene ustanove, dodatno otežavajući život osobama starije životne dobi. Nerijetko su financijski ovisni o malim mirovinama, i time ograničenog pristupa privatnim zdravstvenim uslugama (7).

1.2. Zdravstvena zaštita

Zdravstvena zaštita (ZZ) sustav je individualnih, skupnih i društvenih mjera, aktivnosti i usluga vezanih uz očuvanje i poboljšanje zdravlja, rano otkrivanje bolesti, pravovremeno liječenje, te zdravstvenu njegu i rehabilitaciju (8).

1.2.1. Uređenje sustava zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj

Ministarstvo zdravstva je osnovno državno tijelo čija je odgovornost upravljanje zdravstvenim sustavom, razvojem, planiranjem i evaluacijom zdravstvene politike, regulativnim standardima, javnim zdravljem i osposobljavanjem stručnog zdravstvenog kadra. Obvezno zdravstveno osiguranje obuhvaća gotovo svo stanovništvo RH. Zaposleni članovi obitelji plaćaju doprinose za nezaposlene članove, dok su osobe koje nisu privredno aktivne (umirovljenici i nezaposlene osobe), kao i pripadnici ranjivih skupina (osobe s niskim dohotkom i osobe s invaliditetom) pokriveni doprinosima iz državnog proračuna i time oslobođeni od plaćanja.

Osim obveznog zdravstvenog osiguranja, dostupno je i dopunsko osiguranje koje pokriva participacije za pojedine zdravstvene usluge. Prema podacima Pregleda stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2023. više od 60 % stanovništva RH ima dopunsko zdravstveno osiguranje, kupljeno od strane Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) ili drugih privatnih

osiguravatelja. Približno 37 % trenutanih izdataka u zdravstvu RH otpada na izvanbolničke ambulantne usluge. One obuhvaćaju primarnu i specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu. Na medicinske proizvode izvan bolničkog liječenja i lijekove u RH odlazi znatno veći dio izdataka za zdravstvo, odnosno 20,1 % u 2021., u odnosu na mnoge druge države članice Europske unije čiji je prosjek 17,4 % (9).

1.2.2. Načela zdravstvene zaštite

Zdravstvena zaštita za stanovnike RH temelji se na načelima kontinuiranosti, sveobuhvatnosti, kvalitete i cjelovitog pristupa te načelima supsidijarnosti i integracije. Načelom sveobuhvatnosti uređuje se obvezno zdravstveno osiguranje za svakog stanovnika RH. Načelom kontinuiranosti pruža se neprekidna zdravstvena skrb svim stanovnicima neovisno o dobnoj skupini. Načelo dostupnosti provodi se rasporedom zdravstvenih ustanova na području RH koje će omogućiti podjednake uvjete ZZ svakom stanovniku. Kvaliteta se osigurava provođenjem mjera koje su u skladu s najnovijim spoznajama u zdravstvu i time osiguravaju najviši stupanj liječenja. Načelom cjelovitog pristupa osigurava se provođenje mjera za prevenciju bolesti, unaprjeđenje zdravlja, liječenje, rehabilitaciju, zdravstvenu njegu i palijativnu skrb. Načelo specijaliziranog pristupa utemeljeno je na razvoju specijaliziranih kliničkih, javnozdravstvenih postignuća i znanja te njihovoj implementaciji u praksu. Načelom se supsidijarnosti osigurava pružanje ZZ na najnižoj razini pružanja sukladno planovima i strategijama na području zdravstva. Načelom integracije utvrđuje se suradnja između svih razina zdravstvene djelatnosti (10).

1.2.3. Razine zdravstvene djelatnosti

Zdravstvena se djelatnost u RH odvija putem primarne, sekundarne i tercijarne razine te na domeni zdravstvenih zavoda. Primarna razina ZZ bavi se praćenjem zdravstvenog stanja stanovništva, sprječavanjem nastanka te prevencijom bolesti. Posebice se bavi zaštitom mentalnog zdravlja, zaštitom radnika, djece, osoba starije životne dobi te palijativnom skrbi kroz interdisciplinarni pristup. Sekundarna razina ZZ obuhvaća bolničku djelatnost i specijalističko-konzilijarnu, a odnosi se na mjere dijagnosticiranja, prevencije i liječenja ozljeda i bolesti, a može se provoditi u ustanovama za zdravstvenu njegu ili socijalnu skrb te putem bolničke skrbi. Tercijarna se razina odnosi na pružanje najsloženijih oblika ZZ iz bolničkih i specijalističko-konzilijarnih djelatnosti (10).

1.3. Geografske prepreke i pristup zdravstvenoj skrbi

Geografska raspodjela mreže zdravstvenih djelatnosti i ljudskih resursa u zdravstvu na području RH znatno se razlikuje. Rasprostranjenost zdravstvenih ustanova i broj zdravstvenih djelatnika veći je u središnjem dijelu RH (uglavnom u gradu Zagrebu) u odnosu na udaljenija područja (ruralna područja istočne i središnje Hrvatske te otoci uz jadransku obalu). Zbog toga je u pojedinim dijelovima zemlje izražen manjak liječnika i medicinskih sestara, a posebice je nedostatan broj liječnika u PZZ na otocima te u ruralnim područjima. Djelatnici u zdravstvu napuštaju ruralna područja uslijed nedostatnog slobodnog vremena, nemogućnosti zapošljavanja i obrazovanja njihovih obitelji te nedovoljne profesionalne podrške. Neuravnotežena zemljopisna distribucija zdravstvenih ustanova i djelatnika izaziva i probleme s dostupnošću ZZ zbog čega je 2022. u RH, u odnosu na bilo koju drugu državu članicu Europske unije, bio veći broj osoba koje su navele da zbog udaljenosti njihove zdravstvene potrebe nisu zadovoljene. Osim toga, javlja se i dupliciranje usluga budući su pojedine ustanove smještene relativno blizu jedna drugoj, a nude istovrsne usluge (6).

Pristup ZZ u ruralnim i urbanim područjima Hrvatske znatno se razlikuje. U urbanim sredinama (Zagreb, Rijeka i Split) stanovnici imaju lakši pristup specijalističkim uslugama, naprednijim medicinskim tehnologijama i većem broju bolnica. Također, imaju veći broj medicinskog osoblja, bolju infrastrukturnu povezanost koja utječe na brži dolazak do bolnica te kraće vrijeme čekanja na zdravstvene usluge (6). Protivno tomu, ruralna područja imaju manjak specijalističke skrbi i zdravstvenih ustanova. Zbog geografske distanciranosti, stanovnici često putuju nekoliko sati do najbližeg specijalista ili bolnice, što značajno ograničava pristup pravovremenoj zdravstvenoj skrbi. Manjak liječnika u PZZ, dugačke liste čekanja, kao i manjak specijalista dodatno otežavaju situaciju. Osobe starije životne dobi, dominantna demografska skupina, često nisu u mogućnosti putovati ili financirati troškove putovanja (7). Ruralna područja RH suočavaju se s ograničenim pristupom zdravstvenim uslugama, nedostatkom specijalističke skrbi i dugotrajnim putovanjem do bolnice ili liječničkih ordinacija. Pristupačnost zdravstvenih usluga u ruralnim područjima jedan je od osnovnih problema budući osobe starije životne dobi teško mogu doći do hitnih intervencija ili redovitih pregleda (6). U urbanim je područjima situacija dostupnosti zdravstvenih usluga bolja, no javlja se problem preopterećenosti bolnica i dugih lista čekanja za određene pretrage i zahvate (7).

U planovima reformi vlade RH predviđene su promjene opsega i broja bolnica s ciljem povećanja izvrsnosti, učinkovitosti te za postizanje financijske stabilizacije. Također, prema

revizijama Zakona o ZZ vlasništvo nad općim bolnicama preneseno je s jedinica lokalne samouprave na državu s ciljem olakšavanja restrukturiranja bolničkog sustava i poboljšanja integriranja zdravstvenih usluga (9).

1.4. Pristup zdravstvenim ustanovama u Vukovarsko - srijemskoj županiji

Vukovarsko-srijemska županija obuhvaća 31 jedinicu lokalne samouprave od kojih je pet gradova (Županja, Vukovar, Otok, Ilok, Vinkovci) i 26 općina. Najveće gospodarsko središte, ali i grad prema broju stanovnika jesu Vinkovci dok je u Vukovaru administrativno i upravno sjedište Županije. Pojedine su jedinice lokalne samouprave površinom velike, ali i izrazito rijetko naseljene. Općine Tompojevci, Drenovci, Nijemci, Markušica i Lovas izrazito su rijetko naseljene, dok su općine Nijemci, Vrbanja i Drenovci prostorno izrazito velike što ograničava dostupnost socijalnih usluga (5).

Ustanove za primarnu razinu ZZ županije čine Zavod za javno zdravstvo, Zavod za hitnu medicinu, ljekarne te Domovi zdravlja Vukovar, Vinkovci, Županja dok su ustanove koje pružaju usluge sekundarne ZZ Opća županijska bolnica Vinkovci i Opća županijska bolnica Vukovar i bolnica hrvatskih veterana (5).

1.4.1. Problematika u pristupu zdravstvenoj skrbi u Vukovarsko – srijemskoj županiji

Pristup zdravstvenim uslugama u županiji vrlo je raznolik, ali i neravnomjerno raspoređen, što je posebice vidljivo kroz sekundarnu i tercijarnu ZZ. Određeni dijelovi županije značajno su udaljeni od zdravstvenih ustanova, a naročito mjesta iz predjela Podunavlja i Posavine. Prvenstveno se susreću s ograničenim pristupom zdravstvenim uslugama. Najčešći razlozi tome jesu udaljenost od ustanova za pružanje specijalističkih pregleda, nedostatak visokokvalificiranog osoblja, te tromost sustava. Jedan je od ključnih nedostataka i ograničenost autobusnih linija za rubne dijelove županije (5).

Manjak specijaliziranog stručnog kadra, preopterećenost zaposlenika u zdravstvu i odljev zdravstvenih djelatnika dodatno otežava pružanje zdravstvenih usluga. Deficit aparature i strukturalnih kapaciteta zdravstvenih ustanova, ali i nedovoljni kadrovski kapaciteti za implementaciju programa palijativne skrbi te nepostojanje ustanova palijativne skrbi također su prisutni problemi. Vukovarsko-srijemska županija sučeljava se sa znatnim izazovima vezanim za dostupnost zdravstvenih ustanova, nedostatak specijaliziranih medicinskih usluga, te nedostatak javnog prijevoza koji dodatno otežavaju okolnosti osobama starije životne dobi (5).

1.5. Telemedicina u pružanju zdravstvene skrbi u ruralnim područjima

Telemedicina i mobilne usluge zdravstva predstavljaju napredna rješenja u poboljšanju pristupa ZZ u ruralnim područjima, no njihova implementacija nije još uvijek dovoljno razvijena zbog tehničkih prepreka, poput digitalne nepismenosti i slabije internetske povezanosti među osobama starije životne dobi (7).

Uvođenjem telemedicine u Hrvatskoj pruža se mogućnost poboljšanja usluga u ruralnim područjima. Za vrijeme pandemije bolesti COVID-19 u Hrvatskoj se, kao i u većini ostalih država članica Europske unije, povećao udio tele-konzultacija zahvaljujući smjernicama vlade kojima se promicala digitalna upotreba (telefon, e-pošta i videokonferencije) za komunikaciju između liječnika PZZ i bolesnika. Udio se konzultacija na daljinu u RH gotovo utrostručio. Porastao je s 10 % u 2019. godini na 27 % u 2021. godini, čime je nadmašen prosjek Europske unije, odnosno 21 % u 2021. godini što potencijalno ukazuje na održivost dostupnosti zdravstvenih usluga za vrijeme pandemije (9).

2. CILJ

Cilj je istraživanja ispitati dostupnost zdravstvene zaštite na ruralnim područjima Vukovarsko-srijemske županije za osobe starije životne dobi.

Specifični ciljevi:

1. Ispitati razlike u dostupnosti informacija o zdravstvenoj zaštiti s obzirom na spol, mjesto stanovanja i socioekonomski status
2. Ispitati razlike u financijskoj dostupnosti zdravstvene zaštite s obzirom na spol, mjesto stanovanja i socioekonomski status
3. Ispitati razlike u pristupačnosti zdravstvene zaštite s obzirom na spol, mjesto stanovanja i socioekonomski status
3. Ispitati razlike u adekvatnosti zdravstvene zaštite s obzirom na spol, mjesto stanovanja i socioekonomski status
4. Ispitati razlike u prikladnosti zdravstvene zaštite s obzirom na spol, mjesto stanovanja i socioekonomski status

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

Istraživanje je ustrojeno kao presječno (11).

3.2. Ispitanici

U istraživanju je sudjelovao 101 ispitanik. Donja dobna granica za uključivanje ispitanika u istraživanje bila je 65 godina. Ispitanici su osobe iz ruralnih područja Vukovarsko-srijemske županije. Isključni je kriterij obuhvaćao osobe mlađe od 65 godina, osobe koje nisu iz Vukovarsko-srijemske županije te osobe iz urbanih sredina. Ispitanici su izabrani metodom nasumičnog izbora. Uvjet za sudjelovanje u istraživanju bio je potpun informirani pristanak, odnosno potpisana suglasnost za sudjelovanje u istraživanju, kao i upoznatost sa svrhom istraživanja.

3.3. Metode istraživanja

Metodologija istraživanja podrazumijevala je ispunjavanje validiranog upitnika od Europskog foruma za pacijente (*eng. European Patients Forum*); Dostupnost zdravstvene skrbi (12). Prvi dio upitnika odnosio se na pitanja koja omogućavaju prikupljanje socio-demografskih podataka, a glavne dimenzije ankete vezane su uz dostupnost informacija o ZZ, financijsku dostupnost, pristupačnost, adekvatnost i prikladnost zdravstvene skrbi. Istraživanje se provodilo putem anketnog upitnika u razdoblju od ožujka do lipnja 2024. godine.

3.4. Statističke metode

Kategorijski podatci predstavljeni su apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podatci opisani su medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Razlika između kategorijskih varijabli testirana je χ^2 testom. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Kolmogorov-Smirnovljevim testom. Zbog odstupanja od normalne raspodjele, numeričke varijable između dviju nezavisnih skupina testirane su Mann-Whitneyevim U testom. Numeričke varijable u slučaju 3 i više nezavisnih skupina zbog odstupanja od normalne raspodjele testirane su Kruskal-Wallisovim testom. Sve p vrijednosti su dvostrane. Razina značajnosti je postavljena na $\alpha = 0,05$. Za statističku analizu korišten je statistički program SPSS (inačica 22.0, SPSS Inc. 2013., Chicago, IL, SAD).

4. REZULTATI

U istraživanju sudjelovao je 101 ispitanik, od kojih su 35 (35 %) muškarci te 66 (65 %) žene. Medijan dobi iznosio je 73 godine (interkvartilnog raspona od 69 do 79,5) u rasponu od 62 do maksimalno 99 godina. Najveći broj ispitanika, njih 45 (44 %) su osobe s kroničnom ili dugotrajnom bolešću, dok su 37 (37 %) ispitanika osobe s nekoliko kroničnih ili dugotrajnih bolesti. Svi ispitanici žive u ruralnom području te je najveći broj ispitanika, njih 22 (21 %) iz Gunje, potom slijedi 17 (17 %) ispitanika iz Bošnjaka. Uz određene poteškoće 37 (36 %) kućanstava uspije „spojiti kraj s krajem.“ (Tablica 1).

Tablica 1. Osobitosti ispitanika		
Osobitosti		Broj (%) ispitanika
Spol	Muški	35 (35)
	Ženski	66 (65)
Jeste li vi:	Osoba s kroničnom ili dugotrajnom bolešću	45 (44)
	Osoba s nekoliko kroničnih ili dugotrajni bolesti	37 (37)
	Obitelj/neformalni njegovatelj osobe	1 (1)
	Pacijent i neformalni njegovatelj	4 (4)
	Ništa od navedenog	14 (14)
Dob	65 – 70	33 (33)
	71 – 80	45 (44)
	81 i više	23 (23)
Mjesto stanovanja	Urbano područje	0 (0)
	Ruralno područje	101 (100)
Mjesto prebivališta	Babina Greda	8 (8)
	Bogdanovci	2 (2)
	Borovo	10 (10)
	Bošnjaci	17 (17)
	Cerna	2 (2)
	Drenovci	7 (7)
	Gradište	3 (3)
	Gunja	22 (21)
	Ivankovo	2 (2)
	Kladavac	1 (1)
	Lipovača	1 (1)
	Marinci	1 (1)
	Posavski Podgajci	7 (7)
	Privlaka	1 (1)
	Raćinovci	4 (4)
	Rajevo Selo	3 (3)
	Topola	6 (6)
Trpinja	1 (1)	
Vrbanja	3 (3)	
Može li vaše kućanstvo	Vrlo lako	3 (3)
	Lako	11 (11)

Osobitosti		Broj (%) ispitanika
spojiti „kraj s krajem“?	Prilično lako	19 (19)
	Uz određene poteškoće	37 (36)
	S poteškoćama	19 (19)
	Uz velike poteškoće	2 (2)
	Ne znam	2 (2)
	Ne želim odgovoriti	8 (8)
Ukupno		101 (100)

Iz tablice 2 vidljivo je kako je 57 (56 %) ispitanika umjereno lako dobilo zdravstvenu skrb za usluge koje su im bile potrebne u proteklih 12 mjeseci.

		Broj (%) ispitanika
Razmišljajući o ukupnom pristupu zdravstvenoj zaštiti, koliko vam je zapravo bilo teško ili lako dobiti zdravstvenu skrb za usluge koje su vam bile potrebne u proteklih 12 mjeseci?	Vrlo teško	2 (2)
	Teško	6 (6)
	Umjereno	57 (56)
	Jednostavno	24 (24)
	Vrlo lako	12 (12)
Ukupno		101 (100)

Tablica 3 prikazuje prvi dio dostupnosti informacija o zdravstvenoj zaštiti koja se odnosi na pristup informacijama o dostupnim uslugama od strane različitih izvora, a kao vrlo dobar izvor se ističu ordinacija liječnika te ljekarne.

Izvor/kanal	Broj (%) ispitanika					
	Vrlo loše	Loše	Prosječno	Dobro	Vrlo dobro	Ne odnosi se na mene
Škola	1 (1)	1 (1)	5 (5)	4 (4)	0 (0)	90 (89)
Posao	1 (1)	0 (0)	7 (7)	7 (7)	1 (1)	85 (84)
Ordinacija liječnika	1 (1)	2 (2)	24 (24)	41 (40)	32 (32)	1 (1)
Bolnice	2 (2)	5 (5)	25 (25)	42 (41)	19 (19)	8 (8)
Ljekarne	1 (1)	2 (2)	16 (16)	40 (39)	35 (35)	7 (7)
Internetske stranice	0 (0)	3 (3)	9 (9)	13 (13)	9 (9)	67 (66)
Društveni mediji	0 (0)	9 (9)	18 (18)	20 (20)	9 (9)	45 (44)
Tv	0 (0)	13 (13)	29 (29)	34 (33)	13 (13)	12 (12)

Izvor/kanal	Broj (%) ispitanika					
	Vrlo loše	Loše	Prosječno	Dobro	Vrlo dobro	Ne odnosi se na mene
Organizacije pacijenata	4 (4)	9 (9)	11 (11)	14 (14)	11 (11)	52 (51)
Rodbina i vršnjaci	0 (0)	4 (4)	22 (22)	43 (42)	27 (27)	5 (5)
Tijela za javno zdravstvo	4 (4)	12 (12)	18 (18)	19 (19)	12 (12)	36 (35)
Osiguravajuća društva	11 (11)	9 (9)	14 (14)	11 (11)	4 (4)	52 (51)

Tablica 4 prikazuje dostupnost informacija o zdravstvenim uslugama (podatke o dostupnim zdravstvenim uslugama).

Dostupne zdravstvene usluge	Broj (%) ispitanika			
	Da	Ne	Nisam siguran/na	Ukupno
Lako ih je pronaći	60 (59)	11 (11)	30 (30)	101 (100)
Lako su dostupne za osobe s invaliditetom	17 (17)	20 (20)	64 (63)	101 (100)
Jednostavne su za razumijevanje	58 (57)	22 (22)	21 (21)	101 (100)
Korisno	72 (71)	5 (5)	24 (24)	101 (100)
Transparentni financijski	40 (40)	16 (16)	45 (44)	101 (100)

Tablica 5 prikazuje financijsku dostupnost zdravstvene zaštite. Vidljivo je kako si ispitanici u najvećem broju 56 (55 %) uvijek mogu priuštiti liječnika PZZ te njih 62 (61 %) lijekove.

Možete li si priuštiti:	Broj (%) ispitanika					
	Uvijek	Vrlo često	Ponekad	Rijetko	Nikada	Nije primjenjivo
Liječnik PZZ	56 (55)	17 (17)	18 (18)	8 (8)	2 (2)	0 (0)
Doktor specijalista	37 (36)	14 (14)	23 (23)	16 (16)	8 (8)	3 (3)
Specijalizirani pružatelji zdravstvenih usluga (npr. fizioterapeut, psiholog, itd.)	25 (24)	13 (13)	20 (20)	17 (17)	11 (11)	15 (15)

Tablica 5. Financijska dostupnost zdravstvene zaštite 1. dio (financijski pristup)						
Možete li si priuštiti:	Broj (%) ispitanika					
	Uvijek	Vrlo često	Ponekad	Rijetko	Nikada	Nije primjenjivo
Bolnica	40 (39)	22 (22)	12 (12)	12 (12)	7 (7)	8 (8)
Lijekovi	62 (61)	29 (29)	4 (4)	6 (6)	0 (0)	0 (0)
Medicinska pomagala ili uređaj (uključujući potrebne potrošne materijale, npr. dijagnostički test, invalidska kolica itd.)	25 (25)	14 (14)	10 (10)	11 (11)	4 (4)	37 (36)
Zdravstvena njega zuba	35 (34)	16 (16)	21 (21)	17 (17)	3 (3)	9 (9)
Kozmetička intervencija/rekonstrukcija neophodna kao rezultat bolesti	7 (7)	4 (4)	4 (4)	6 (6)	18 (18)	62 (61)

Tablica 6 nastavak je financijske dostupnosti zdravstvene zaštite ispitanika, 34 (33 %) ispitanika ponekad osjećaj financijske poteškoće zbog trošenja sredstava na zdravstvenu skrb, u proteklih 12 mjeseci, 6 (6 %) ispitanika su tri ili više puta odgodili posjet liječniku zbog financijskih troškova, dok su 5 (5 %) ispitanika dva, tri ili više puta odustalo ili odgodili liječenje zbog troškova. 38 (37 %) ispitanika trebaju pribjeći privatnom ili dopunskom zdravstvenom osiguranju kako bi pokrili svoje zdravstvene troškove.

Tablica 6. Financijska dostupnost zdravstvene zaštite 2. dio		
Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika
Osjećate li financijske poteškoće zbog trošenja sredstava na zdravstvenu skrb?	Nikada	27 (27)
	Rijetko	28 (28)
	Ponekad	34 (33)
	Redovito	12 (12)
Jeste li u proteklih 12 mjeseci smanjili potrošnju na osnovne potrebe, poput hrane ili odjeće, kako bi mogli pokriti troškove zdravstvene zaštite?	Da	22 (22)
	Ne	79 (78)
Jeste li u proteklih 12 mjeseci odustali ili odgodili posjete liječniku zbog financijskih troškova?	Nikada	74 (73)
	Jednom	13 (13)
	Dva puta	8 (8)
	Tri ili više puta	6 (6)
	Nikada	77 (76)
	Jednom	14 (14)

Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika
Jeste li u proteklih 12 mjeseci odustali od liječenja ili odgodili liječenje zbog troškova?	Dva puta	5 (5)
	Tri ili više puta	5 (5)
Moji troškovi zdravstvene zaštite su dovoljno pokriveni od strane zdravstvenog sustava	U potpunosti se slažem	16 (16)
	Slažem se	32 (31)
	Neutralan/a	24 (24)
	Ne slažem se	19 (19)
	U potpunosti se ne slažem	7 (7)
	Ne znam	3 (3)
Trebate li pribjeći privatnom ili dopunskom zdravstvenom osiguranju kako biste pokrili svoje zdravstvene troškove?	Da	38 (37)
	Ne	27 (27)
	Ne znam	31 (31)
	Nije primjenjivo	5 (5)
Ukupno		101 (100)

U pristupačnosti zdravstvene zaštite, 39 (39 %) ispitanika su dolazak kod specijaliste naglasili kao kašnjenje u pristupu, dok su njih 28 (28 %) nezadovoljni dijagnostičkim testovima. S obzirom na blizu usluge domu ispitanika, 77 (76 %) ispitanika se žali na daljinu specijalista, odnosno 78 (77 %) na daljinu bolnice (Tablica 7).

Značajno kašnjenje u pristupu	Broj (%) ispitanika		
	Da	Ne	Ne odnosi se na mene
Vaši lijekovi	11 (11)	89 (88)	1 (1)
Intervencijsko liječenje, poput operacije ili drugog postupka	9 (9)	59 (58)	33 (33)
Medicinski uređaj ili medicinska oprema	7 (7)	55 (54)	39 (39)
Dijagnostički test	28 (28)	59 (58)	14 (14)
Dogovor s medicinskom sestrom	12 (12)	83 (82)	6 (6)
Zakazivanje kod liječnika primarne zdravstvene zaštite (npr. liječnika opće prakse)	15 (15)	84 (83)	2 (2)
Dolazak kod specijaliste	39 (39)	52 (51)	10 (10)
Pomoć/podrška socijalne službe	10 (10)	28 (28)	63 (62)
Blizina usluge dovoljno blizu Vašeg doma	Da	Ne	Ukupno
Ljekarna	82 (81)	19 (19)	101 (100)
Liječnik opće prakse	77 (76)	24 (24)	101 (100)
Specijalist	24 (24)	77 (76)	101 (100)
Bolnica	23 (23)	78 (77)	101 (100)

Kako bi dobili uslugu koja im je potrebna, 64 (63 %) ispitanika mora otići u drugi grad, a 12 (12 %) ispitanika u drugu regiju. Za prevladavanje geografske barijere, 32 (32 %) ispitanika koristi prijevoz, dok 22 (22 %) ispitanika koristi više navedenih izvora (Tablica 8).

Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika
Susrećete li se s nekim od sljedećih problema kada tražite skrb za svoje stanje	Moram otići u drugi grad kako bih dobio uslugu koja mi je potrebna	64 (63)
	Moram otići u drugi grad i regiju kako bih dobio uslugu koja mi je potrebna	10 (10)
	Moram otići u drugu regiju kako bih dobio uslugu koja mi je potrebna	12 (12)
	Trebam ići u drugu zemlju kako bih dobio uslugu koja mi je potrebna	1 (1)
	Ništa od navedenog	14 (14)
Da biste prevladali ovu geografsku barijeru, imate li pristup	Mobilnoj usluzi ili e-zdravstvu koja će vam pomoći da pristupite zdravstvenoj skrbi na daljinu	6 (6)
	Financijska potpora za putovanja	9 (9)
	Prijevoz	32 (32)
	Ništa od navedenog	32 (32)
	Više navedenih odgovora	22 (21)
Ukupno		101 (100)

U tablici 9 prikazani su odgovori ispitanika na prvi dio adekvatnosti zdravstvene zaštite koji se odnosi na komunikaciju sa zdravstvenim djelatnikom pružateljem usluga.

Komunikacija sa zdravstvenim djelatnikom pružateljem usluga	Broj (%) ispitanika				
	Uvijek	Vrlo često	Ponekad	Rijetko	Nikada
Pružatelji zdravstvenih usluga me adekvatno informiraju o mojim mogućnostima liječenja	32 (31)	30 (30)	30 (30)	8 (8)	1 (1)
Uključen sam u odluke koje moji pružatelji zdravstvenih usluga donose o meni	41 (40)	24 (24)	22 (22)	12 (12)	2 (2)
Moji pružatelji zdravstvenih usluga daju mi informacije koje su mi potrebne o sigurnosti mog liječenja	36 (36)	37 (36)	23 (23)	4 (4)	1 (1)
Moj pružatelj zdravstvenih usluga	32 (31)	25 (25)	25 (25)	11 (11)	8 (8)

Komunikacija sa zdravstvenim djelatnikom pružateljem usluga	Broj (%) ispitanika				
	Uvijek	Vrlo često	Ponekad	Rijetko	Nikada
prilagođava moju njegu prema mojim promjenjivim potrebama					
Moji pružatelji zdravstvenih usluga bilježe moje povratne informacije o kvaliteti pružene skrbi (putem ankete o zadovoljstvu ili na drugi način)	21 (21)	8 (8)	20 (20)	19 (19)	33 (32)

Tablica 10 prikazuje odgovore ispitanika na drugi dio adekvatnosti zdravstvene zaštite koja se odnosi na kvalitetu i sigurnost njege.

Kvaliteta i sigurnost Vaše njege	Broj (%) ispitanika						
	Uvijek	Vrlo često	Često	Ponekad	Rijetko	Nikada	Ne zna
Dobivam kvalitetnu skrb u skladu sa dostupnim standardima/smjernicama ili najboljom praksom	32 (31)	20 (20)	18 (18)	15 (15)	10 (10)	2 (2)	4 (4)
Dobivam kvalitetnu skrb za moje stanje	35 (34)	17 (17)	20 (20)	15 (15)	9 (9)	2 (2)	3 (3)
Zadovoljan/na sam sigurnošću skrbi koja mi je pružena	35 (34)	18 (18)	13 (13)	23 (23)	8 (8)	3 (3)	1 (1)
Zadovoljan/na sam kontinuitetom svoje skrbi tijekom vremena	31 (30)	20 (20)	13 (13)	25 (25)	8 (8)	3 (3)	1 (1)

Stigmatizirano radi dobi i fizičkih nedostataka osjećalo se 8 (8 %) ispitanika, dok se 6 (6 %) ispitanika osjećalo stigmatizirano radi kroničnog stanja. Kao kombinaciju više navedenih razloga stigmatizacije navodi 58 (57 %) ispitanika (Tablica 11).

Jeste li se ikada osjećali stigmatizirano kada ste tražili ili primali zdravstvenu skrb zbog	Broj (%) ispitanika	
Dobi	Da	8 (8)
	Ne	93 (92)
Vaših fizičkih nedostataka	Da	8 (8)

Tablica 11. Prikladnost zdravstvene zaštite (N = 101)		
Jeste li se ikada osjećali stigmatizirano kada ste tražili ili primali zdravstvenu skrb zbog		Broj (%) ispitanika
	Ne	93 (92)
Intelektualnih poteškoća	Ne	101 (100)
Mentalnog zdravstvenog stanja	Da	1 (1)
	Ne	100 (99)
Kronično/dugotrajno stanje	Da	6 (6)
	Ne	95 (94)
Etnička pripadnost	Da	1 (1)
	Ne	100 (99)
Ženski spol	Da	2 (2)
	Ne	99 (98)
Muški spol	Ne	101 (100)
Interseksualnost	Ne	101 (100)
Transrodnost	Ne	101 (100)
Prihodi	Da	3 (3)
	Ne	98 (97)
Religija	Ne	101 (100)
Seksualna orijentacija	Ne	101 (100)
Ostalo	Ne	101 (100)
Koju ste vrstu stigme ili diskriminacije doživjeli?	Stav zdravstvenog osoblja	13 (13)
	Uskraćivanje mojih prava	6 (6)
	Neprikladan jezik	6 (6)
	Nedostatak zdravstvene ustanove u mojoj zajednici	18 (18)
	Kombinacija više navedenih razloga	58 (57)
Koje mjere treba poduzeti da se ovakve situacije spriječe?	Da se razumiju potrebe starijih ljudi	1 (1)
	Kultura i civilizacija, a ne interes i korist	1 (1)
	Sve mjere	1 (1)
	Veća kontrola opće prakse i bolničkog liječenja VSŽ	1 (1)
	Bez odgovora	97 (96)
Ukupno		101 (100)

Nema značajne razlike u dostupnosti zdravstvene zaštite (1.dio) u odnosu na spol (Tablica 11).

Tablica 11. Dostupnost informacija o zdravstvenoj zaštiti (1.dio) s obzirom na spol (N = 101)				
Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika		P*
		Muško	Žensko	
Razmišljajući o ukupnom pristupu zdravstvenoj zaštiti, koliko vam je	Vrlo teško	0 (0)	2 (3)	0,61
	Teško	2 (6)	4 (6)	
	Umjereno	19 (54)	38 (58)	
	Jednostavno	8 (23)	16 (24)	

Tablica 11. Dostupnost informacija o zdravstvenoj zaštiti (1.dio) s obzirom na spol (N = 101)				
Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika		P*
		Muško	Žensko	
zapravo bilo teško ili lako dobiti zdravstvenu skrb za usluge koje su vam bile potrebne u proteklih 12 mjeseci?	Vrlo lako	6 (17)	6 (9)	
Dostupnost zdravstvenih usluga				
Lako ih je pronaći	Da	25 (71)	35 (53)	0,13
	Ne	4 (11)	7 (11)	
	Nisam siguran	6 (17)	24 (36)	
Lako su dostupne za osobe s invaliditetom	Da	6 (17)	11 (17)	0,85
	Ne	6 (17)	14 (21)	
	Nisam siguran	23 (66)	41 (62)	
Jednostavne za razumijevanje	Da	25 (71)	33 (50)	0,09
	Ne	4 (11)	18 (27)	
	Nisam siguran	6 (17)	15 (23)	
Korisno	Da	28 (80)	44 (67)	0,36
	Ne	1 (3)	4 (6)	
	Nisam siguran	6 (17)	18 (27)	
Transparentni financijski	Da	14 (40)	26 (39)	0,45
	Ne	4 (11)	12 (18)	
	Nisam siguran	16 (49)	28 (42)	
Ukupno		35 (100)	66 (100)	

* χ^2 test

Ispitanice su odgovorile kako se pristup informacijama o dostupnim zdravstvenim uslugama o školi i poslu značajnije ne odnosi na njih, za razliku od ispitanika koji su sa informacijama o školi i poslu vrlo zadovoljni (Mann-Whitney U test, P = 0,04) (Tablica 12).

Tablica 12. Dostupnost zdravstvene zaštite 2. dio (pristup informacijama o dostupnim zdravstvenim uslugama od strane izvora (N = 101) s obzirom na spol			
Izvor/kanal	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
	Muško	Žensko	
Škola	6 (5 – 6)	6 (6 – 6)	0,04
Posao	6 (4 – 6)	6 (6 – 6)	0,04
Ordinacija liječnika	4 (4 – 5)	4 (3 – 5)	0,65
Bolnice	4 (3 – 4)	4 (3 – 5)	0,35
Ljekarne	4 (4 – 5)	4 (4 – 5)	0,68
Internetske stranice	6 (4 – 6)	6 (5 – 6)	0,72
Društveni mediji	4 (3 – 6)	5,5 (4 – 6)	0,11
Tv	4 (3 – 4)	4 (3 – 5)	0,26
Organizacije pacijenata	6 (4 – 6)	5,5 (3,75 – 6)	0,90
Rodbina i vršnjaci	4 (4 – 5)	4 (3 – 5)	0,94
Tijela za javno zdravstvo	4 (3 – 6)	4,5 (3 – 6)	0,91
Osiguravajuća društva	6 (3 – 6)	5 (3 – 6)	0,32

*Mann-Whitney U test

Nema značajne razlike u prvom dijelu dostupnosti informacija o zdravstvenoj zaštiti s obzirom na mjesto stanovanja ispitanika (Tablica 13).

Tablica 13. Dostupnosti informacija o zdravstvenoj zaštiti (1.dio) s obzirom na mjesto stanovanja (N = 101)					
Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika			P*
		Okolica Vukovara	Okolica Vinkovaca	Okolica Županje	
Razmišljajući o ukupnom pristupu zdravstvenoj zaštiti, koliko vam je zapravo bilo teško ili lako dobiti zdravstvenu skrb za usluge koje su vam bile potrebne u proteklih 12 mjeseci?	Vrlo teško	0 (0)	0 (0)	2 (2)	0,46
	Teško	1 (7)	1 (33)	4 (5)	
	Umjereno	11 (73)	1 (33)	45 (54)	
	Jednostavno	3 (20)	0 (0)	21 (25)	
	Vrlo lako	0 (0)	1 (33)	11 (13)	
Dostupnosti informacija o zdravstvenoj zaštiti					
Lako ih je pronaći	Da	10 (67)	1 (33)	49 (59)	0,35
	Ne	0 (0)	0 (0)	11 (13)	
	Nisam siguran	5 (33)	2 (67)	23 (28)	
Lako su dostupne za osobe s invaliditetom	Da	4 (27)	0 (0)	13 (16)	0,58
	Ne	1 (7)	0 (0)	19 (23)	
	Nisam siguran	10 (66)	3 (100)	50 (60)	
Jednostavne za razumijevanje	Da	10 (66)	3 (100)	45 (54)	0,30
	Ne	1 (7)	0 (0)	12 (25)	
	Nisam siguran	4 (27)	0 (0)	17 (21)	
Korisno	Da	8 (53)	3 (100)	61 (73)	0,16
	Ne	0 (0)	0 (0)	5 (6)	
	Nisam siguran	7 (47)	0 (0)	17 (20)	
Transparentni financijski	Da	8 (53)	1 (33)	31 (37)	0,55
	Ne	0 (0)	0 (0)	16 (19)	
	Nisam siguran	7 (47)	2 (67)	36 (46)	
Ukupno		15 (100)	3 (100)	83 (100)	

* χ^2 test

Ispitanici koji žive u okolici Vukovara i Vinkovaca značajnije su vrlo dobro informirani putem internetske stranice (Kruskal-Wallis test, P = 0,01) za razliku od ispitanika koji žive u okolici Županje. Ispitanici koji žive u okolici Vukovara značajnije prosječno su zadovoljni

organizacijom pacijenata i osiguravajućim društvima za razliku od ispitanika koji žive u okolici Županje i smatraju kako se navedeni izvori ne odnose na njih (Kruskal-Wallis test, $P = 0,01$) (Tablica 14).

Tablica 14. Dostupnost informacija o zdravstvenoj zaštiti 2. dio (pristup informacijama o dostupnim zdravstvenim uslugama od strane izvora (N = 101) s obzirom na mjesto stanovanja				
Izvor/kanal	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Okolica Vukovara	Okolica Vinkovaca	Okolica Županje	
Škola	6 (4 – 6)	6 (6 – 6)	6 (6 – 6)	0,09
Posao	6 (4 – 6)	6 (6 – 6)	6 (6 – 6)	0,10
Ordinacija liječnika	4 (3 – 5)	5 (3 – 5)	4 (3 – 5)	0,79
Bolnice	4 (3 – 5)	4 (3 – 4)	4 (3 – 5)	0,85
Ljekarne	4 (4 – 5)	4 (3 – 4)	4 (4 – 5)	0,41
Internetske stranice	4 (4 – 6)	4 (4 – 6)	6 (5 – 6)	0,01
Društveni mediji	4 (4 – 5)	5 (4 – 5)	5 (3 – 6)	0,13
Tv	4 (3 – 4)	4 (3 – 5)	4 (3 – 5)	0,77
Organizacije pacijenata	3 (3 – 5)	4 (4 – 6)	6 (4 – 6)	0,01
Rodbina i vršnjaci	4 (3 – 5)	4 (3 – 5)	4 (4 – 5)	0,45
Tijela za javno zdravstvo	4 (3 – 5)	6 (5 – 6)	4 (3 – 6)	0,16
Osiguravajuća društva	3 (2 – 3)	6 (5 – 6)	6 (3 – 6)	0,01

*Kruskal-Wallis test

Značajno više ispitanika prosječnog i lošijeg socioekonomskog statusa umjereno teško su dobili zdravstvenu skrb za usluge koje su im bile potrebne u proteklih 12 mjeseci za razliku od ispitanika dobrog socioekonomskog statusa kojima je bilo jednostavno ili vrlo lako (χ^2 test, $P = 0,001$) (Tablica 15).

Tablica 15. Dostupnost informacija o zdravstvenoj zaštiti (1.dio) s obzirom na socioekonomski status (N = 101)					
Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika			P*
		Dobar	Prosječan	Loš	
Razmišljajući o ukupnom pristupu zdravstvenoj zaštiti, koliko vam je zapravo bilo teško ili lako dobiti zdravstvenu skrb za usluge koje su vam bile potrebne u proteklih 12 mjeseci?	Vrlo teško	0 (0)	1 (2)	1 (8)	0,001
	Teško	2 (6)	4 (7)	0 (0)	
	Umjereno	10 (30)	39 (70)	8 (67)	
	Jednostavno	11 (33)	10 (18)	3 (25)	
	Vrlo lako	10 (30)	2 (3)	0 (0)	
Dostupnost zdravstvenih usluga					
Lako ih je pronaći	Da	23 (70)	29 (52)	8 (66)	0,27
	Ne	1 (3)	8 (14)	2 (17)	

Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika			P*
		Dobar	Prosječan	Loš	
	Nisam siguran	9 (27)	19 (34)	2 (17)	
Lako su dostupne za osobe s invaliditetom	Da	9 (27)	6 (11)	2 (17)	0,54
	Ne	5 (15)	12 (21)	3 (25)	
	Nisam siguran	19 (58)	38 (68)	7 (58)	
Jednostavne za razumijevanje	Da	23 (70)	26 (46)	9 (75)	0,14
	Ne	4 (12)	16 (29)	2 (17)	
	Nisam siguran	6 (18)	14 (25)	1 (8)	
Korisno	Da	26 (79)	37 (66)	9 (75)	0,69
	Ne	1 (3)	3 (5)	1 (8)	
	Nisam siguran	6 (18)	16 (29)	2 (17)	
Transparentni financijski	Da	16 (49)	20 (36)	4 (33)	0,74
	Ne	3 (9)	10 (18)	3 (25)	
	Nisam siguran	14 (42)	26 (46)	5 (42)	
Ukupno		33 (100)	56 (100)	12 (100)	

* χ^2 test

Ispitanici prosječnog socioekonomskog statusa značajno vrlo dobro su zadovoljni društvenim medijima kao izvorom dostupnosti zdravstvene zaštite za razliku od ispitanika dobrog socioekonomskog statusa koji smatraju da se društveni mediji kao izvor ne odnose na njih (Kruskal-Wallis test, P = 0,02) (Tablica 16).

Izvor/kanal	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Dobar	Prosječan	Loš	
Škola	6 (6 – 6)	6 (6 – 6)	6 (6 – 6)	0,06
Posao	6 (4 – 6)	6 (6 – 6)	6 (6 – 6)	0,07
Ordinacija liječnika	4 (4 – 5)	4 (3 – 4,75)	4 (3,25 – 5)	0,13
Bolnice	4 (3 – 4,5)	4 (3 – 5)	4 (3 – 5)	0,95
Ljekarne	4 (4 – 5)	4 (4 – 5)	4,5 (4 – 5)	0,67
Internetske stranice	6 (4 – 6)	6 (5 – 6)	6 (6 – 6)	0,34
Društveni mediji	6 (4 – 6)	4 (3 – 6)	5,5 (4,25 – 6)	0,02
Tv	4 (3 – 5)	3 (3 – 4)	4 (3 – 5)	0,10
Organizacije pacijenata	5 (4 – 6)	6 (3 – 6)	6 (3,25 – 6)	0,89
Rodbina i vršnjaci	4 (3,5 – 5)	4 (3,25 – 4)	4 (3 – 5)	0,36
Tijela za javno zdravstvo	5 (3 – 6)	4 (3 – 6)	4,5 (2,25 – 6)	0,25

Tablica 16. Dostupnosti informacija o zdravstvenoj zaštiti 2. dio (pristup informacijama o dostupnim zdravstvenim uslugama od strane izvora (N = 101) s obzirom na socioekonomski status				
Izvor/kanal	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Dobar	Prosječan	Loš	
Osiguravajuća društva	6 (3 – 6)	6 (3 – 6)	5,5 (1,25 – 6)	0,91

*Kruskal-Wallis test

Nema značajne razlike u prvom dijelu financijske dostupnosti zdravstvene zaštite s obzirom na spol (Tablica 17).

Tablica 17. Financijska dostupnost zdravstvene zaštite 1. dio (financijski pristup) s obzirom na spol			
Možete li si priuštiti:	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
	Muško	Žensko	
Liječnik PZZ	1 (1 – 3)	1 (1 – 2,25)	0,69
Doktor specijalista	3 (1 – 4)	2 (1 – 3,25)	0,76
Specijalizirani pružatelji zdravstvenih usluga (npr. fizioterapeut, psiholog, itd.)	3 (1 – 5)	3 (2 – 4)	0,93
Bolnica	2 (1 – 4)	2 (1 – 4)	0,80
Lijekovi	1 (1 – 2)	1 (1 – 2)	0,95
Medicinska pomagala ili uređaj (uključujući potrebne potrošne materijale, npr. dijagnostički test, invalidska kolica itd.)	3 (1 – 6)	4 (2 – 6)	0,34
Zdravstvena njega zuba	2 (1 – 4)	3 (1 – 4)	0,84
Kozmetička intervencija/rekonstrukcija neophodna kao rezultat bolesti	6 (5 – 6)	6 (5 – 6)	0,41

*Mann-Whitney U test

Značajno više žena su u proteklih 12 mjeseci jednom odustale od liječenja ili su odgodile liječenje zbog troškova za razliku od muškaraca koji nisu nikada (χ^2 test, P = 0,03) (Tablica 18).

Tablica 18. Financijska dostupnost zdravstvene zaštite 2. dio s obzirom na spol				
Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika		P*
		Muško	Žensko	
Osjećate li financijske poteškoće zbog trošenja sredstava na zdravstvenu skrb?	Nikada	13 (37)	14 (21)	0,26
	Rijetko	8 (23)	20 (30)	
	Ponekad	9 (26)	24 (36)	
	Redovito	5 (14)	8 (12)	
Jeste li u proteklih 12 mjeseci smanjili potrošnju na osnovne potrebe,	Da	8 (23)	14 (21)	0,76
	Ne	27 (77)	52 (79)	

Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika		P*
		Muško	Žensko	
poput hrane ili odjeće, kako bi mogli pokriti troškove zdravstvene zaštite?				
Jeste li u proteklih 12 mjeseci odustali ili odgodili posjete liječniku zbog financijskih troškova?	Nikada	30 (86)	44 (67)	0,09
	Jednom	2 (6)	1 (17)	
	Dva puta	3 (9)	5 (8)	
	Tri ili više puta	0 (0)	6 (9)	
Jeste li u proteklih 12 mjeseci odustali od liječenja ili odgodili liječenje zbog troškova?	Nikada	32 (91)	45 (68)	0,03
	Jednom	1 (3)	13 (20)	
	Dva puta	2 (6)	3 (5)	
	Tri ili više puta	0 (0)	5 (8)	
Moji troškovi zdravstvene zaštite su dovoljno pokriveni od strane zdravstvenog sustava	U potpunosti se slažem	8 (23)	8 (12)	0,42
	Slažem se	10 (29)	22 (33)	
	Neutralan/a	8 (23)	16 (24)	
	Ne slažem se	4 (11)	15 (23)	
	U potpunosti se ne slažem	3 (9)	4 (6)	
	Ne znam	2 (6)	1 (2)	
Trebate li pribjeći privatnom ili dopunskom zdravstvenom osiguranju kako biste pokrili svoje zdravstvene troškove?	Da	13 (37)	25 (38)	0,38
	Ne	11 (31)	16 (24)	
	Ne znam	11 (31)	20 (30)	
	Nije primjenjivo	0 (0)	5 (8)	
Ukupno		35 (100)	66 (100)	

* χ^2 test

Ispitanici iz okolice Vukovara značajno ponekad si mogu priuštiti odlazak u bolnicu, za razliku od ispitanika iz okolice Vinkovaca i Županje koji si vrlo često mogu priuštiti odlazak u bolnicu, (Kruskal-Wallis test, $P = 0,03$). Ispitanici iz okolice Vukovara značajno rjeđe si mogu priuštiti kozmetičke intervencije za razliku od ispitanika iz okolice Vinkovaca i Županje kojima kozmetička intervencija uopće nije primjenjiva (Kruskal-Wallis test, $P = 0,003$) (Tablica 19).

Možete li si priuštiti:	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Okolica Vukovara	Okolica Vinkovaca	Okolica Županje	
Liječnik PZZ	1 (1 – 2)	1 (1 – 2)	1 (1 – 3)	0,18
Doktor specijalista	3 (1 – 4)	2 (1 – 4)	2 (1 – 4)	0,14

Tablica 19. Financijska dostupnost zdravstvene zaštite 1. dio (financijski pristup) s obzirom na mjesto stanovanja				
Možete li si priuštiti:	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Okolica Vukovara	Okolica Vinkovaca	Okolica Županje	
Specijalizirani pružatelji zdravstvenih usluga (npr. fizioterapeut, psiholog, itd.)	3 (1 – 5)	3 (2 – 4)	3 (2 – 5)	0,07
Bolnica	3 (2 – 5)	2 (1 – 4)	2 (1 – 4)	0,03
Lijekovi	2 (1 – 3)	1 (1 – 2)	1 (1 – 2)	0,13
Medicinska pomagala ili uređaj (uključujući potrebne potrošne materijale, npr. dijagnostički test, invalidska kolica itd.)	6 (2 – 6)	6 (1 – 6)	3 (1 – 6)	0,26
Zdravstvena njega zuba	2 (1 – 4)	2 (1 – 4)	3 (1 – 4)	0,37
Kozmetička intervencija/rekonstrukcija neophodna kao rezultat bolesti	4 (3 – 6)	6 (5 – 6)	6 (5 – 6)	0,003

*Kruskal-Wallis test

Nema značajne razlike u financijske dostupnosti zdravstvene zaštite s obzirom na mjesto stanovanja (Tablica 20).

Tablica 20. Financijska dostupnost zdravstvene zaštite 2. dio s obzirom na mjesto stanovanja					
Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika			P*
		Okolica Vukovara	Okolica Vinkovaca	Okolica Županje	
Osjećate li financijske poteškoće zbog trošenja sredstava na zdravstvenu skrb?	Nikada	5 (33)	2 (67)	20 (24)	0,11
	Rijetko	3 (20)	1 (33)	24 (29)	
	Ponekad	2 (13)	0 (0)	31 (37)	
	Redovito	5 (33)	0 (0)	8 (9)	
Jeste li u proteklih 12 mjeseci smanjili potrošnju na osnovne potrebe, poput hrane ili odjeće, kako bi mogli pokriti troškove zdravstvene zaštite?	Da	5 (33)	0 (0)	17 (21)	0,68
	Ne	10 (67)	3 (100)	66 (79)	
Jeste li u proteklih 12 mjeseci odustali ili odgodili posjete liječniku zbog financijskih troškova?	Nikada	8 (53)	3 (100)	63 (76)	0,57
	Jednom	3 (20)	0 (0)	10 (12)	
	Dva puta	2 (13)	0 (0)	6 (7)	
	Tri ili više puta	2 (13)	0 (0)	4 (5)	
	Nikada	8 (53)	3 (100)	66 (80)	0,36

Tablica 20. Financijska dostupnost zdravstvene zaštite 2. dio s obzirom na mjesto stanovanja					
Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika			P*
		Okolica Vukovara	Okolica Vinkovaca	Okolica Županje	
Jeste li u proteklih 12 mjeseci odustali od liječenja ili odgodili liječenje zbog troškova?	Jednom	4 (27)	0 (0)	10 (12)	
	Dva puta	1 (7)	0 (0)	4 (5)	
	Tri ili više puta	2 (13)	0 (0)	3 (4)	
	U potpunosti se slažem	2 (13)	1 (33)	13 (16)	
Moji troškovi zdravstvene zaštite su dovoljno pokriveni od strane zdravstvenog sustava	Slažem se	2 (13)	1 (33)	20 (35)	0,26
	Neutralan/a	4 (27)	1 (33)	19 (23)	
	Ne slažem se	7 (47)	0 (0)	12 (15)	
	U potpunosti se ne slažem	0 (0)	0 (0)	7 (8)	
	Ne znam	0 (0)	0 (0)	3 (4)	
Trebate li pribjeći privatnom ili dopunskom zdravstvenom osiguranju kako biste pokrili svoje zdravstvene troškove?	Da	5 (33)	0 (0)	33 (40)	0,43
	Ne	3 (20)	2 (67)	22 (27)	
	Ne znam	7 (47)	1 (33)	23 (28)	
	Nije primjenjivo	0 (0)	0 (0)	5 (6)	
Ukupno		15 (100)	3 (100)	83 (100)	

* χ^2 test

Ispitanici dobrog i lošeg socioekonomskog statusa značajno uvijek si mogu priuštiti liječnika PZZ (Kruskal-Wallis test, $P = 0,003$), dok si ispitanici prosječnog socioekonomskog statusa značajno rijetko priušte specijalizirane pružatelje zdravstvenih usluga (Kruskal-Wallis test, $P = 0,001$) (Tablica 21).

Tablica 21. Financijska dostupnost zdravstvene zaštite 1. dio (financijski pristup) s obzirom na socioekonomski status				
Možete li si priuštiti:	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Dobar	Prosječan	Loš	
Liječnik PZZ	1 (1 – 2)	2 (1 – 3)	1 (1 – 3)	0,24
Doktor specijalista	2 (1 – 2,5)	3 (1 – 4)	2 (1 – 3,75)	0,003
Specijalizirani pružatelji zdravstvenih usluga (npr. fizioterapeut, psiholog, itd.)	2 (1 – 4)	4 (3 – 5)	1,5 (1 – 3)	0,001

Tablica 21. Financijska dostupnost zdravstvene zaštite 1. dio (financijski pristup) s obzirom na socioekonomski status				
Možete li si priuštiti:	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Dobar	Prosječan	Loš	
Bolnica	1 (1 – 3)	2 (1 – 4)	1,5 (1 – 3,75)	0,07
Lijekovi	1 (1 – 2)	1 (1 – 2)	1 (1 – 2,5)	0,67
Medicinska pomagala ili uređaj (uključujući potrebne potrošne materijale, npr. dijagnostički test, invalidska kolica itd.)	4 (1 – 6)	4 (2 – 6)	3 (2,25 – 6)	0,96
Zdravstvena njega zuba	2 (1 – 3)	3 (1 – 4)	2,5 (1 – 4)	0,21
Kozmetička intervencija/rekonstrukcija neophodna kao rezultat bolesti	6 (5,5 – 6)	6 (5 – 6)	6 (3 – 6)	0,29

*Kruskal-Wallis test

Značajno više ispitanika dobrog socioekonomskog statusa nikada ne osjećaju financijske poteškoće zbog trošenja sredstava na zdravstvenu skrb za razliku od ispitanika lošeg socioekonomskog statusa (χ^2 test, $P = 0,004$). Značajno više ispitanika prosječnog socioekonomskog statusa ne slažu se s tvrdnjom kako su njihovi troškovi zdravstvene zaštite dovoljno pokriveni od strane zdravstvenog sustava za razliku od ispitanika dobrog socioekonomskog statusa koji se slažu s navedenom tvrdnjom (χ^2 test, $P = 0,001$) (Tablica 22).

Tablica 22. Financijska dostupnost zdravstvene zaštite 2. dio s obzirom na socioekonomski status					
Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika			P*
		Dobar	Prosječan	Loš	
Osjećate li financijske poteškoće zbog trošenja sredstava na zdravstvenu skrb?	Nikada	16 (49)	8 (14)	3 (25)	0,004
	Rijetko	6 (18)	16 (29)	6 (50)	
	Ponekad	10 (30)	21 (38)	2 (17)	
	Redovito	1 (3)	11 (20)	1 (8)	
Jeste li u proteklih 12 mjeseci smanjili potrošnju na osnovne potrebe, poput hrane ili odjeće, kako bi mogli pokriti troškove zdravstvene zaštite?	Da	4 (12)	15 (27)	3 (25)	0,46
	Ne	29 (88)	41 (73)	9 (75)	
Jeste li u proteklih 12 mjeseci odustali ili odgodili posjete liječniku zbog financijskih troškova?	Nikada	29 (88)	27 (66)	8 (67)	0,20
	Jednom	4 (12)	7 (12)	2 (17)	
	Dva puta	0 (0)	7 (13)	1 (8)	
	Tri ili više puta	0 (0)	5 (9)	1 (8)	

Tablica 22. Financijska dostupnost zdravstvene zaštite 2. dio s obzirom na socioekonomski status					
Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika			P*
		Dobar	Prosječan	Loš	
Jeste li u proteklih 12 mjeseci odustali od liječenja ili odgodili liječenje zbog troškova?	Nikada	30 (91)	39 (70)	8 (67)	0,11
	Jednom	3 (9)	10 (18)	1 (8)	
	Dva puta	0 (0)	3 (5)	2 (17)	
	Tri ili više puta	0 (0)	4 (7)	1 (8)	
Moji troškovi zdravstvene zaštite su dovoljno pokriveni od strane zdravstvenog sustava	U potpunosti se slažem	8 (24)	8 (14)	0 (0)	0,001
	Slažem se	19 (58)	9 (16)	4 (33)	
	Neutralan/a	5 (15)	14 (25)	5 (42)	
	Ne slažem se	1 (3)	16 (29)	2 (17)	
	U potpunosti se ne slažem	0 (0)	6 (11)	1 (8)	
Trebate li pribjeći privatnom ili dopunskom zdravstvenom osiguranju kako biste pokrili svoje zdravstvene troškove?	Da	12 (36)	22 (39)	4 (33)	0,22
	Ne	12 (36)	11 (20)	4 (33)	
	Ne znam	6 (18)	22 (39)	3 (25)	
	Nije primjenjivo	3 (9)	1 (2)	1 (8)	
Ukupno		33 (100)	56 (100)	12 (100)	

* χ^2 test

Značajno više žena navode značajno kašnjenje u dijagnostičkim testovima za razliku od muškaraca (χ^2 test, P = 0,006). U ostalim tvrdnjama s obzirom na spol nema značajne razlike (Tablica 23).

Tablica 23. Pristupačnost zdravstvene zaštite 1.dio s obzirom na spol				
Značajno kašnjenje u pristupu	Odgovor	Broj (%) ispitanika		P*
		Muško	Žensko	
Vaši lijekovi	Da	5 (14)	6 (9)	0,57
	Ne	30 (86)	59 (89)	
	Ne odnosi se na mene	0 (0)	1 (2)	
Intervencijsko liječenje, poput operacije ili drugog postupka	Da	1 (3)	8 (12)	0,18
	Ne	24 (69)	35 (53)	
	Ne odnosi se na mene	10 (29)	23 (35)	
	Da	2 (6)	5 (8)	0,72

Tablica 23. Pristupačnost zdravstvene zaštite 1.dio s obzirom na spol				
Značajno kašnjenje u pristupu Medicinski uređaj ili medicinska oprema	Odgovor	Broj (%) ispitanika		P*
		Muško	Žensko	
	Ne	21 (60)	33 (50)	
	Ne odnosi se na mene	12 (34)	28 (42)	
	Da	3 (9)	25 (38)	
Dijagnostički test	Ne	25 (71)	34 (52)	0,006
	Ne odnosi se na mene	7 (20)	7 (11)	
	Da	4 (11)	8 (12)	
Dogovor s medicinskom sestrom	Ne	28 (80)	55 (83)	0,72
	Ne odnosi se na mene	3 (9)	3 (5)	
	Da	5 (14)	10 (15)	
Zakazivanje kod liječnika primarne zdravstvene zaštite (npr. liječnika opće prakse)	Ne	29 (83)	55 (83)	0,89
	Ne odnosi se na mene	1 (3)	1 (2)	
	Da	8 (23)	31 (47)	
Dolazak kod specijaliste	Ne	23 (66)	29 (44)	0,06
	Ne odnosi se na mene	4 (11)	6 (9)	
	Da	2 (6)	8 (12)	
Pomoć/podrška socijalne službe	Ne	8 (23)	20 (30)	0,35
	Ne odnosi se na mene	25 (71)	38 (58)	
	Blizina usluge dovoljno blizu Vašeg doma			
Ljekarna	Da	30 (86)	51 (77)	0,16
	Ne	5 (14)	15 (23)	
Liječnik opće prakse	Da	27 (77)	50 (76)	0,88
	Ne	8 (23)	16 (24)	
Specijalist	Da	12 (34)	12 (18)	0,07
	Ne	23 (66)	54 (82)	
Bolnica	Da	11 (31)	12 (18)	0,11
	Ne	24 (69)	54 (82)	
Ukupno		35 (100)	66 (100)	

* χ^2 test

Nema značajne razlike u pristupačnosti zdravstvene zaštite s obzirom na spol (Tablica 24).

Tablica 24. Pristupačnost zdravstvene zaštite 2.dio s obzirom na spol				
Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika		P*
		Muško	Žensko	
Susrećete li se s nekim od sljedećih problema kada tražite skrb za svoje stanje	Moram otići u drugi grad kako bih dobio uslugu koja mi je potrebna	23 (66)	41 (62)	0,32
	Moram otići u drugi grad i regiju kako bih dobio uslugu koja mi je potrebna	1 (3)	9 (14)	

Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika		P*
		Muško	Žensko	
	Moram otići u drugu regiju kako bih dobio uslugu koja mi je potrebna	4 (11)	8 (12)	
	Trebam ići u drugu zemlju kako bih dobio uslugu koja mi je potrebna	0 (0)	1 (2)	
	Ništa od navedenog	7 (20)	7 (11)	
Da biste prevladali ovu geografsku barijeru, imate li pristup	Mobilnoj usluzi ili e-zdravstvu koja će vam pomoći da pristupite zdravstvenoj skrbi na daljinu	2 (6)	4 (6)	0,65
	Financijska potpora za putovanja	2 (6)	7 (11)	
	Prijevoz	12 (34)	20 (30)	
	Ništa od navedenog	9 (26)	23 (35)	
	Više navedenih odgovora	10 (29)	12 (18)	
Ukupno		35 (100)	66 (100)	

* χ^2 test

Značajno više ispitanika iz okolice Vukovara su iskusili kašnjenje pomoć/podršku socijalne službe za razliku od ispitanika iz okoline Vinkovaca i Županje na koje se ne odnosi navedena potreba (χ^2 test, P = 0,004). Ispitanicima iz okolice Županje značajnije nisu bliži specijalist i bolnica (χ^2 test, P < 0,001) (Tablica 25).

Značajno kašnjenje u pristupu	Odgovor	Broj (%) ispitanika			P*
		Okolica Vukovara	Okolica Vinkovaca	Okolica Županje	
Vaši lijekovi	Da	3 (20)	0 (0)	8 (10)	0,74
	Ne	12 (80)	3 (100)	74 (89)	
	Ne odnosi se na mene	0 (0)	0 (0)	1 (1)	
Intervencijsko liječenje, poput operacije ili drugog postupka	Da	2 (13)	0 (0)	7 (8)	0,15
	Ne	12 (80)	1 (33)	46 (55)	
	Ne odnosi se na mene	1 (7)	2 (67)	30 (36)	
Medicinski uređaj ili medicinska oprema	Da	2 (13)	0 (0)	5 (6)	0,95
	Ne	7 (47)	2 (67)	45 (54)	
	Ne odnosi se na mene	6 (40)	1 (33)	33 (40)	
Dijagnostički test	Da	5 (33)	2 (67)	21 (25)	0,46
	Ne	7 (47)	1 (33)	51 (61)	
	Ne odnosi se na mene	3 (20)	0 (0)	11 (14)	

Značajno kašnjenje u pristupu	Odgovor	Broj (%) ispitanika			P*
		Okolica Vukovara	Okolica Vinkovaca	Okolica Županje	
Dogovor s medicinskom sestrom	Da	1 (7)	0 (0)	11 (13)	0,14
	Ne	11 (73)	3 (100)	69 (83)	
	Ne odnosi se na mene	3 (20)	0 (0)	3 (4)	
Zakazivanje kod liječnika primarne zdravstvene zaštite (npr. liječnika opće prakse)	Da	2 (13)	0 (0)	13 (16)	0,89
	Ne	13 (87)	3 (100)	68 (82)	
	Ne odnosi se na mene	0 (0)	0 (0)	2 (2)	
Dolazak kod specijaliste	Da	6 (40)	2 (67)	31 (37)	0,85
	Ne	8 (53)	1 (33)	43 (52)	
	Ne odnosi se na mene	1 (7)	0 (0)	9 (11)	
Pomoć/podrška socijalne službe	Da	5 (33)	0 (0)	5 (6)	0,004
	Ne	6 (40)	0 (0)	22 (27)	
	Ne odnosi se na mene	4 (27)	3 (100)	56 (67)	
Blizina usluge dovoljno blizu Vašeg doma					
Ljekarna	Da	12 (80)	3 (100)	66 (79)	0,15
	Ne	3 (20)	0 (0)	17 (21)	
Liječnik opće prakse	Da	12 (80)	3 (100)	62 (75)	0,56
	Ne	3 (20)	0 (0)	21 (25)	
Specijalist	Da	8 (53)	3 (100)	13 (16)	< 0,001
	Ne	7 (47)	0 (0)	70 (84)	
Bolnica	Da	9 (60)	3 (100)	11 (13)	< 0,001
	Ne	6 (40)	0 (0)	72 (87)	
Ukupno		15 (100)	3 (100)	83 (100)	

* χ^2 test

Značajno više ispitanika iz okolice Vinkovaca i Županje moraju otići u drugi grad kako bi dobili uslugu koja im je potrebna za razliku od ispitanika iz okolice Vukovara koji se ne susreću s navedenim problemima (χ^2 test, P = 0,001) (Tablica 26).

Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika			P*
		Okolica Vukovara	Okolica Vinkovaca	Okolica Županje	
Susrećete li se s nekim od sljedećih problema kada tražite skrb za svoje stanje	Moram otići u drugi grad kako bih dobio uslugu koja mi je potrebna	6 (40)	3 (100)	55 (66)	0,001
	Moram otići u drugi grad i regiju kako bih dobio uslugu koja mi je potrebna	1 (7)	0 (0)	9 (11)	

Pitanje	Odgovor	Broj (%) ispitanika			P*
		Okolica Vukovara	Okolica Vinkovaca	Okolica Županje	
	Moram otići u drugu regiju kako bih dobio uslugu koja mi je potrebna	0 (0)	0 (0)	12 (15)	
	Trebam ići u drugu zemlju kako bih dobio uslugu koja mi je potrebna	0 (0)	0 (0)	1 (1)	
	Ništa od navedenog	8 (53)	0 (0)	6 (7)	
Da biste prevladali ovu geografsku barijeru, imate li pristup	Mobilnoj usluzi ili e-zdravstvu koja će vam pomoći da pristupite zdravstvenoj skrbi na daljinu	1 (7)	0 (0)	5 (6)	0,06
	Financijska potpora za putovanja	2 (13)	0 (0)	7 (8)	
	Prijevoz	2 (13)	2 (67)	28 (34)	
	Ništa od navedenog	10 (67)	1 (33)	21 (25)	
	Više navedenih odgovora	0 (0)	0 (0)	22 (27)	
Ukupno		15 (100)	3 (100)	83 (100)	

* χ^2 test

Značajno više ispitanika prosječnog socioekonomskog statusa iskusili su značajno kašnjenje lijekova za razliku od ispitanika dobrog socioekonomskog statusa (χ^2 test, P = 0,006). Značajno više ispitanika lošeg socioekonomskog statusa nemaju uslugu specijalista (χ^2 test, P < 0,001) te bolnice (χ^2 test, P = 0,03) blizu svoga doma (Tablica 27).

Značajno kašnjenje u pristupu	Odgovor	Broj (%) ispitanika			P*
		Dobar	Prosječan	Loš	
Vaši lijekovi	Da	0 (0)	10 (18)	1 (8)	0,006
	Ne	33 (100)	46 (82)	10 (84)	
	Ne odnosi se na mene	0 (0)	0 (0)	1 (8)	
Intervencijsko liječenje, poput operacije ili drugog postupka	Da	1 (3)	6 (11)	2 (17)	0,45
	Ne	20 (61)	31 (55)	8 (66)	
	Ne odnosi se na mene	12 (36)	19 (34)	2 (17)	
Medicinski uređaj ili medicinska oprema	Da	1 (3)	3 (5)	3 (35)	0,16
	Ne	18 (55)	29 (52)	7 (58)	
	Ne odnosi se na mene	14 (42)	24 (43)	2 (17)	
Dijagnostički test	Da	8 (24)	17 (30)	3 (25)	0,54
	Ne	19 (58)	31 (55)	9 (75)	
	Ne odnosi se na mene	6 (18)	8 (14)	0 (0)	

Tablica 27. Pristupačnost zdravstvene zaštite 1.dio s obzirom na socioekonomski status					
Značajno kašnjenje u pristupu	Odgovor	Broj (%) ispitanika			P*
		Dobar	Prosječan	Loš	
Dogovor s medicinskom sestrom	Da	2 (6)	9 (16)	1 (8)	0,32
	Ne	30 (91)	42 (75)	11 (92)	
	Ne odnosi se na mene	1 (3)	5 (9)	0 (0)	
Zakazivanje kod liječnika primarne zdravstvene zaštite (npr. liječnika opće prakse)	Da	2 (6)	11 (20)	2 (17)	0,29
	Ne	31 (94)	43 (77)	10 (83)	
	Ne odnosi se na mene	0 (0)	2 (4)	0 (0)	
Dolazak kod specijaliste	Da	10 (30)	25 (45)	4 (33)	0,41
	Ne	21 (64)	24 (43)	7 (58)	
	Ne odnosi se na mene	2 (6)	7 (12)	1 (8)	
Pomoć/podrška socijalne službe	Da	2 (6)	6 (11)	2 (17)	0,24
	Ne	8 (24)	14 (25)	6 (50)	
	Ne odnosi se na mene	23 (70)	36 (64)	4 (33)	
Blizina usluge dovoljno blizu Vašeg doma					
Ljekarna	Da	30 (91)	41 (73)	10 (83)	0,11
	Ne	3 (9)	15 (27)	2 (17)	
Liječnik opće prakse	Da	30 (91)	38 (68)	9 (75)	0,06
	Ne	3 (9)	18 (32)	3 (25)	
Specijalist	Da	17 (52)	6 (11)	1 (8)	< 0,001
	Ne	16 (48)	50 (89)	11 (92)	
Bolnica	Da	13 (39)	9 (16)	1 (8)	0,03
	Ne	20 (61)	47 (84)	11 (92)	
Ukupno		33 (100)	56 (100)	12 (100)	

* χ^2 test

Nema značajne razlike u prvom dijelu adekvatne zdravstvene zaštite s obzirom na spol (Tablica 28).

Tablica 28. Adekvatnost zdravstvene zaštite 1.dio s obzirom na spol (N = 101)			
Komunikacija sa zdravstvenim djelatnikom pružateljem usluga	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
	Muško	Žensko	
Pružatelji zdravstvenih usluga me adekvatno informiraju o mojim mogućnostima liječenja	2 (1 – 3)	2 (1 – 3)	0,48
Uključen sam u odluke koje moji pružatelji zdravstvenih usluga donose o meni	2 (1 – 3)	2 (1 – 3)	0,94
Moji pružatelji zdravstvenih usluga daju mi informacije koje su mi potrebne o sigurnosti mog liječenja	2 (1 – 2)	2 (1 – 3)	0,27
Moj pružatelj zdravstvenih usluga prilagođava moju njegu prema mojim promjenjivim potrebama	2 (1 – 3)	2 (1 – 3)	0,60

Komunikacija sa zdravstvenim djelatnikom pružateljem usluga	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
	Muško	Žensko	
Moji pružatelji zdravstvenih usluga bilježe moje povratne informacije o kvaliteti pružene skrbi (putem ankete o zadovoljstvu ili na drugi način)	3 (1 – 5)	4 (2 – 5)	0,61

*Mann-Whitney U test

Nema značajne razlike u drugom dijelu adekvatne zdravstvene zaštite s obzirom na spol (Tablica 29).

Kvaliteta i sigurnost Vaše njege	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
	Muško	Žensko	
Dobivam kvalitetnu skrb u skladu sa dostupnim standardima/smjernicama ili najboljom praksom	2 (1 – 4)	2,5 (1 – 4)	0,81
Dobivam kvalitetnu skrb za moje stanje	2 (1 – 4)	3 (1 – 4)	0,70
Zadovoljan/na sam sigurnošću skrbi koja mi je pružena	2 (1 – 4)	2,5 (1 – 4)	0,65
Zadovoljan/na sam kontinuitetom svoje skrbi tijekom vremena	2 (1 – 4)	3 (1 – 4)	0,30

*Mann-Whitney U test

Nema značajne razlike u adekvatnosti zdravstvene zaštite prvog dijela s obzirom na mjesto stanovanja (Tablica 30).

Komunikacija sa zdravstvenim djelatnikom pružateljem usluga	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Okolica Vukovara	Okolica Vinkovaca	Okolica Županje	
Pružatelji zdravstvenih usluga me adekvatno informiraju o mojim mogućnostima liječenja	2 (1 – 3)	2 (1 – 3)	2 (1 – 3)	0,78
Uključen sam u odluke koje moji pružatelji zdravstvenih usluga donose o meni	2 (1 – 3)	2 (1 – 3)	2 (1 – 3)	0,90
Moji pružatelji zdravstvenih usluga daju mi informacije koje su mi potrebne o sigurnosti mog liječenja	2 (1 – 2)	2 (1 – 3)	2 (1 – 3)	0,97
Moj pružatelj zdravstvenih usluga prilagođava moju njegu prema mojim promjenjivim potrebama	3 (1 – 5)	2 (1 – 3)	2 (1 – 3)	0,47

Komunikacija sa zdravstvenim djelatnikom pružateljem usluga	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Okolica Vukovara	Okolica Vinkovaca	Okolica Županje	
Moji pružatelji zdravstvenih usluga bilježe moje povratne informacije o kvaliteti pružene skrbi (putem ankete o zadovoljstvu ili na drugi način)	4 (1 – 5)	3 (3 – 3)	4 (2 – 5)	0,89

*Kruskal-Wallis test

Nema značajne razlike u adekvatnosti zdravstvene zaštite drugog dijela s obzirom na mjesto stanovanja (Tablica 31).

Kvaliteta i sigurnost Vaše njege	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Okolica Vukovara	Okolica Vinkovaca	Okolica Županje	
Dobivam kvalitetnu skrb u skladu sa dostupnim standardima/smjernicama ili najboljom praksom	4 (1 – 6)	3 (1 – 3)	2 (1 – 4)	0,38
Dobivam kvalitetnu skrb za moje stanje	4 (1 – 6)	2 (1 – 2)	2 (1 – 3,25)	0,24
Zadovoljan/na sam sigurnošću skrbi koja mi je pružena	3 (1 – 6)	1 (1 – 1)	2 (1 – 4)	0,24
Zadovoljan/na sam kontinuitetom svoje skrbi tijekom vremena	4 (1 – 6)	1 (1 – 1)	2 (1 – 4)	0,13

*Kruskal-Wallis test

Nema značajne razlike u adekvatnosti zdravstvene zaštite prvog dijela s obzirom na socioekonomski status (Tablica 32).

Komunikacija sa zdravstvenim djelatnikom pružateljem usluga	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Dobar	Prosječan	Loš	
Pružatelji zdravstvenih usluga me adekvatno informiraju o mojim mogućnostima liječenja	2 (1 – 2,5)	2 (1 – 3)	2 (1 – 3)	0,07
Uključen sam u odluke koje moji pružatelji zdravstvenih usluga donose o meni	2 (1 – 3)	2 (1 – 3)	2 (1 – 2)	0,38
Moji pružatelji zdravstvenih usluga daju mi informacije koje	2 (1 – 2)	2 (1 – 2)	2 (1 – 3)	0,06

Tablica 32. Adekvatnost zdravstvene zaštite 1.dio s obzirom na socioekonomski status (N = 101)				
Komunikacija sa zdravstvenim djelatnikom pružateljem usluga	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Dobar	Prosječan	Loš	
su mi potrebne o sigurnosti mog liječenje				
Moj pružatelj zdravstvenih usluga prilagođava moju njegu prema mojim promjenjivim potrebama	2 (1 – 3)	2 (1,25 – 4)	2 (1 – 3)	0,20
Moji pružatelji zdravstvenih usluga bilježe moje povratne informacije o kvaliteti pružene skrbi (putem ankete o zadovoljstvu ili na drugi način)	3 (1 – 5)	4 (3 – 5)	2,5 (1,25 – 4,75)	0,12

*Kruskal-Wallis test

Ispitanici dobrog i lošeg socioekonomskog statusa značajno vrlo često dobiju kvalitetnu skrb u skladu sa dostupnim standardima ili najboljom praksom (Kruskal-Wallis test, $P = 0,03$) za razliku od ispitanika prosječnog socioekonomskog statusa. Ispitanici dobrog socioekonomskog statusa značajno uvijek dobiju kvalitetnu skrb za svoje stanje (Kruskal-Wallis test, $P = 0,003$), zadovoljni su sigurnošću skrbi koja im je pružena (Kruskal-Wallis test, $P = 0,004$) te značajno uvijek su zadovoljni kontinuitetom skrbi tijekom vremena (kruskal-Wallis test, $P < 0,001$) za razliku od ispitanika prosječnog socioekonomskog statusa (Tablica 33).

Tablica 33. Adekvatnost zdravstvene zaštite 2.dio (N = 101) s obzirom na socioekonomski status				
Kvaliteta i sigurnost Vaše njege	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Dobar	Prosječan	Loš	
Dobivam kvalitetnu skrb u skladu sa dostupnim standardima/smjernicama ili najboljom praksom	2 (1 – 3)	3 (1 – 4)	2 (1,25 – 4)	0,03
Dobivam kvalitetnu skrb za moje stanje	1 (1 – 3)	3 (1 – 4)	2 (2 – 3,75)	0,003
Zadovoljan/na sam sigurnošću skrbi koja mi je pružena	1,5 (1 – 2,75)	3 (1 – 4)	2,5 (2 – 4)	0,004
Zadovoljan/na sam kontinuitetom svoje skrbi tijekom vremena	1 (1 – 2)	3 (1,25 – 4)	3,5 (2 – 4,75)	< 0,001

*Kruskal-Wallis test

Nema značajne razlike u vrsti stigme ili diskriminacije s obzirom na spol ispitanika (Tablica 34).

		Broj (%) ispitanika		P*
		Muško	Žensko	
Koju ste vrstu stigme ili diskriminacije doživjeli?	Stav zdravstvenog osoblja	4 (11)	9 (14)	0,50
	Uskraćivanje mojih prava	1 (3)	5 (8)	
	Neprikladan jezik	2 (6)	4 (6)	
	Nedostatak zdravstvene ustanove u mojoj zajednici	4 (11)	14 (21)	
	Kombinacija više navedenih razloga	24 (69)	34 (52)	
Ukupno		35 (100)	66 (100)	

* χ^2 test

Nema značajne razlike u vrsti stigme ili diskriminaciji s obzirom na mjesto stanovanja ispitanika (Tablica 35).

		Broj (%) ispitanika			P*
		Okolica Vukovara	Okolica Vinkovaca	Okolica Županje	
Koju ste vrstu stigme ili diskriminacije doživjeli?	Stav zdravstvenog osoblja	1 (7)	0 (0)	12 (15)	0,78
	Uskraćivanje mojih prava	0 (0)	0 (0)	6 (7)	
	Neprikladan jezik	1 (7)	0 (0)	5 (6)	
	Nedostatak zdravstvene ustanove u mojoj zajednici	4 (27)	0 (0)	14 (17)	
	Kombinacija više navedenih razloga	9 (59)	3 (100)	46 (55)	
Ukupno		15 (100)	3 (100)	83 (100)	

* χ^2 test

Nema značajne razlike u vrsti stigme ili diskriminaciji s obzirom na socioekonomski status (Tablica 36).

		Broj (%) ispitanika			P*
		Dobar	Prosječan	Loš	
	Stav zdravstvenog osoblja	3 (9)	7 (13)	3 (25)	0,19

		Broj (%) ispitanika			P*
		Dobar	Prosječan	Loš	
Koji ste vrstu stigme ili diskriminacije doživjeli?	Uskraćivanje mojih prava	4 (12)	2 (4)	0 (0)	
	Neprikladan jezik	1 (3)	4 (7)	1 (8)	
	Nedostatak zdravstvene ustanove u mojoj zajednici	2 (6)	14 (25)	2 (17)	
	Kombinacija više navedenih razloga	23 (70)	29 (52)	6 (50)	
Ukupno		33 (100)	56 (100)	12 (100)	

* χ^2 test

5. RASPRAVA

Istraživanje koje je uključivalo 101 ispitanika s ruralnih područja pruža značajan uvid u demografske, zdravstvene i socio-ekonomske karakteristike ove populacije. Rezultati pokazuju visoku prevalenciju kroničnih bolesti, gdje je 44 % ispitanika prijavilo da pati od jedne kronične bolesti, a dodatnih 37 % od više njih. Ova statistika naglašava potrebu za prilagođenim zdravstvenim uslugama u ruralnim područjima, gdje pristup specijaliziranoj skrbi i terapijama može biti ograničen.

Iako većina ispitanika (56 %), navodi da su u posljednjih godinu dana umjereno lako dobili zdravstvene usluge, postoji manjina koja se suočava s problemima u pristupu (2 % navodi da je vrlo teško, a 6 % da je teško). S obzirom na to da ispitanici žive u ruralnim područjima, ograničen pristup javnom prijevozu i udaljenost od zdravstvenih ustanova mogu biti ključni faktori koji doprinose tim poteškoćama. U ovom kontekstu, pristup informacijama o dostupnim zdravstvenim uslugama igra ključnu ulogu, pri čemu su ordinacije liječnika i ljekarne istaknute kao najučinkovitiji kanali informiranja. Financijski aspekt dostupnosti zdravstvene skrbi također predstavlja izazov. Iako si većina ispitanika može priuštiti osnovnu zdravstvenu skrb, poput posjeta liječniku opće prakse (55 %) i lijekove (61 %), specijalizirane usluge, medicinska pomagala i stomatološka skrb često su teže dostupni zbog financijskih ograničenja. Zabrinjavajuće je da je 6 % ispitanika tri ili više puta odgodilo posjet liječniku zbog financijskih razloga, a 5 % je moralo odgoditi ili potpuno odustati od liječenja. To ukazuje na ozbiljne posljedice financijskih barijera. Dodatno, 37 % ispitanika oslanja se na privatno ili dopunsko osiguranje kako bi pokrili troškove zdravstvene zaštite, što može dodatno opteretiti već ranjiva ruralna kućanstva. Financijska održivost kućanstava dodatno je ugrožena jer 36 % ispitanika izjavljuje da teško spaja "kraj s krajem", dok 22 % njih mora smanjiti potrošnju na osnovne životne potrebe, poput hrane i odjeće, kako bi pokrili troškove zdravstvene skrbi. Ovi rezultati ukazuju na značajnu potrebu za reformama koje bi osigurale bolju dostupnost i priuštivost zdravstvenih usluga u ruralnim područjima, s posebnim fokusom na ranjive skupine stanovništva, poput starijih osoba i osoba s kroničnim bolestima. Prema istraživanju Popović, relativna većina ispitanika vjeruje da bi u slučaju ozbiljne bolesti dobili najbolju moguću skrb. Međutim, značajan broj njih smatra da na kvalitetu zdravstvenih usluga utječu i drugi faktori, kao što su razina obrazovanja, radni status i primanja. Ispitanici s nižim obrazovanjem (npr. oni sa završenom osnovnom školom) pokazali su veće zadovoljstvo zdravstvenim sustavom i povjerenje u liječnike u odnosu na one s višim obrazovanjem, dok su obrazovaniji ispitanici bili spremniji izdvajati više sredstava za poboljšanje zdravstvene skrbi. Radni status također igra

važnu ulogu: zaposlene osobe bile su spremnije izdvajati više novca za zdravstvenu zaštitu, ali su istovremeno bile manje sklone podržati javno financiranje prevencije HIV/AIDS-a i transplantacije organa, u usporedbi s nezaposlenima i kućanicama. Primanja su također značajan faktor – ispitanici s nižim prihodima, posebno oni ispod granice siromaštva, bili su manje spremni podržati promjene u zdravstvenom sustavu, dok su ispitanici s višim primanjima pokazali veću spremnost na financijsko ulaganje u zdravstvene usluge (13). Prema istraživanju Smoljanović i sur., Hrvatska prati europske trendove smanjenja broja bolnica. Od 1980. godine, broj bolnica u Hrvatskoj smanjen je za 28 %, dok je broj akutnih bolnica smanjen za čak 38 %. Prema podacima iz 2007. godine, Hrvatska je na 35. mjestu među 44 europske zemlje po broju bolnica na 100.000 stanovnika. Međutim, po broju akutnih bolnica, Hrvatska je pri samom dnu ljestvice. Unatoč tome, Hrvatska zauzima osmo mjesto po prosječnom broju kreveta po akutnoj bolnici. Raspored bolnica prema površini otkriva dodatne izazove. Hrvatska ima samo 0,6 bolnica na 1.000 km², što je znatno ispod europskog prosjeka od 2,3 bolnice. Manju gustoću bolnica od Hrvatske imaju samo Rusija i skandinavske zemlje s niskom naseljenošću. Ovaj manjak bolnica posebno je izražen u Splitsko-dalmatinskoj i Ličko-senjskoj županiji, dok Grad Zagreb i Zagrebačka županija imaju najveću gustoću bolnica. Manjak bolnica, posebno u ruralnim i manje naseljenim područjima, otežava pristup zdravstvenoj skrbi, što može dovesti do dužih čekanja i pogoršanja zdravstvenih stanja pacijenata. Ove regionalne nejednakosti u dostupnosti zdravstvene skrbi zahtijevaju bolju organizaciju i raspodjelu resursa unutar zdravstvenog sustava (14).

Rezultati istraživanja pokazuju da je dolazak kod specijalista označen kao problem kod 39 % ispitanika, što ukazuje na ozbiljan izazov u dostupnosti stručne medicinske pomoći. Istovremeno, 28 % ispitanika izrazilo je nezadovoljstvo dijagnostičkim testovima, što može ukazivati na percepciju loše kvalitete dijagnostike ili na dugotrajnost procesa dobivanja rezultata. Zadovoljstvo pacijenata vremenom čekanja na dijagnozu oblikuju tri ključna čimbenika: interpersonalne vještine liječnika, koordinacija skrbi i pravovremenost. Dok je pravovremena skrb važna, kvaliteta komunikacije i besprijekorna koordinacija između pružatelja zdravstvenih usluga mogu biti jednako važni. Pozitivne interakcije, empatija i jasne informacije liječnika mogu poboljšati zadovoljstvo, čak i kada su čekanja duža. Nasuprot tome, loša koordinacija ili nedostatak odgovornosti za kašnjenja mogu negativno utjecati na percepciju pacijenata, bez obzira na to koliko dugo čekaju. U konačnici, zadovoljstvo ovisi o usklađenosti između očekivanja pacijenata i njihovih iskustava unutar zdravstvenog sustava (15). Prema istraživanju koje su proveli Byrne i sur., produljeno vrijeme čekanja između

dijagnostičkog snimanja i liječenja pridonosi progresiji bolesti, povećanju veličine i stadija tumora, što negativno utječe na prognozu bolesnika i stopu preživljavanja. Studije su pokazale da smanjeno vrijeme čekanja može spriječiti rast tumora i poboljšati rezultate, naglašavajući važnost pravodobnog pristupa dijagnostici za poboljšanje ishoda pacijenata (16).

Geografska dostupnost zdravstvene skrbi predstavlja još jedan važan problem. Naime, čak se 77 % ispitanika žalilo na udaljenost specijalista, a 78 % na udaljenost bolnica. To je značajan postotak, pogotovo s obzirom na to da se 63 % ispitanika izjasnilo da moraju putovati u drugi grad kako bi dobili potrebnu zdravstvenu uslugu, dok 12 % mora putovati u drugu regiju. Ova situacija stavlja dodatni teret na pacijente, ne samo u smislu vremena, već i finansijskih troškova. Unatoč ovim izazovima, tek je 6 % ispitanika navelo da koristi mobilne zdravstvene usluge ili e-zdravstvo, što sugerira neadekvatno iskorištavanje tehnologije za smanjenje geografskih barijera. Također, 32 % ispitanika koristi prijevoz kako bi prevladali te prepreke, dok njih 22 % koristi kombinaciju različitih resursa, što ukazuje na značajnu logističku kompleksnost u pristupu zdravstvenoj skrbi. Geografska udaljenost igra značajnu ulogu u dostupnosti zdravstvene skrbi u Vukovarsko-srijemskoj županiji (VSŽ) zbog nekoliko faktora. Županija ima 466 bolničkih postelja, 226 doktora, i omjer postelja po doktoru iznosi 2,06. No, dostupnost ovih resursa nije ravnomjerno raspoređena, a udaljenost od najudaljenijih sela do glavnih zdravstvenih centara, poput bolnica u Vukovaru i Vinkovcima, može otežati pristup pacijentima. Ograničeni broj bolničkih postelja i doktora, zajedno s prosječnom dužinom liječenja od 5,74 dana, stvara dodatni pritisak na resurse. U nekim slučajevima, pacijenti iz udaljenijih područja mogu imati otežan pristup hitnoj ili specijaliziranoj skrbi, posebno ako su udaljeni više od 30 - 50 kilometara od najbližih bolnica. Također, iskorištenost bolničkih postelja od samo 54,93 % pokazuje da postojeći kapaciteti nisu u potpunosti optimizirani, što dodatno otežava situaciju u ruralnim područjima (17).

Zanimljiv je i podatak o stigmatizaciji pacijenata prilikom traženja zdravstvene skrbi. Iako je većina ispitanika izjavila da nisu doživjeli stigmatizaciju, 8 % ih se osjećalo stigmatiziranim zbog dobi ili fizičkih nedostataka, dok je 6 % iskusilo stigmatizaciju zbog kroničnog stanja. Posebno zabrinjava što je 57 % ispitanika izjavilo da su se osjećali stigmatizirano zbog kombinacije više faktora, uključujući stav zdravstvenog osoblja i nedostatak usluga u zajednici. To ukazuje na potrebu za edukacijom i senzibilizacijom zdravstvenih djelatnika te poboljšanjem pristupa uslugama. Stigma proizlazi iz društvenih uvjerenja, normi i stereotipa koji pridaju negativne atribute pojedincima, skupinama ili ponašanjima koja se smatraju devijantnim ili nepoželjnim. Ovaj fenomen često proizlazi iz straha, nerazumijevanja ili

ukorijenjenih predrasuda, uz nekoliko čimbenika koji utječu na njegovo formiranje i postojanost. Mogućnost kontrole utječe na reakcije, pri čemu stigme koje se mogu kontrolirati (npr. nepoštenje) izazivaju više krivnje, dok one koje se ne mogu kontrolirati (npr. invaliditet) imaju tendenciju izazivanja sažaljenja. Centralnost, odnosno koliko je stigmatizirana osobina sastavni dio nečijeg identiteta, utječe na intenzitet stigme, dok ometajuće osobine, poput mentalne bolesti ili kaznenih dosjea, često izazivaju strah ili nelagodu. Za borbu protiv stigme ključne su strategije poput upravljanja granicama, obrazovanja i kontrole informacija, uz povećanje svijesti, osporavanje stereotipa i poticanje empatije kroz društvene inicijative i promjene politike za promicanje razumijevanja i uključivanja (18).

Zanimljivo je napomenuti da se ispitanici iz okolice Vukovara i Vinkovaca značajno bolje informirani putem internetskih stranica u usporedbi s ispitanicima iz okolice Županje, kao i da su u okolici Vukovara prosječno zadovoljstvo organizacijom pacijenata i osiguravajućim društvima značajniji od onoga u okolici Županje. Kad se analizira dostupnost zdravstvenih usluga prema socioekonomskoj situaciji, jasno je da su ispitanici s lošijim socioekonomskim statusom značajno više izvijestili o poteškoćama u dobivanju zdravstvene skrbi u usporedbi s onima s boljim socioekonomskim statusom. Ova razlika je statistički značajna ($P = 0,001$), što sugerira da socioekonomski status igra ključnu ulogu u percepciji dostupnosti zdravstvene zaštite. Daljnjom analizom dostupnosti informacija o zdravstvenim uslugama prema socioekonomskoj situaciji, primjećuje se da su ispitanici prosječnog socioekonomskog statusa značajno bolje ocijenili društvene medije kao izvor informacija u usporedbi s ispitanicima dobrog socioekonomskog statusa. Ovo može ukazivati na to da društveni mediji predstavljaju važan izvor informacija za one koji imaju ograničen pristup drugim kanalima informiranja. Prema istraživanju koje su proveli Olson i sur., može se uvidjeti da iako starije osobe koriste tehnologiju, to čine različitim stopama i učestalostima u odnosu na mlađe osobe. Mlađe osobe koriste širi raspon tehnologija i to češće nego stariji, koji su skloniji koristiti užu spektar tehnologija, ali s manjom učestalošću. Učestalost i opseg korištenja tehnologije variraju ovisno o vrsti tehnologije (19). Prema istraživanju Klinar i suradnika, između 80 % i 85 % odraslih korisnika interneta u SAD-u koristi ovu platformu za traženje zdravstvenih informacija, dok su postotci u Sjevernoj Europi, Istočnoj Europi i Južnoj Europi niži. Istraživanje Europske komisije iz 2014. godine pokazuje da je 59 % sudionika iz 28 zemalja EU koristilo internet za pretraživanje zdravstvenih informacija u prethodnih 12 mjeseci, a 10 % to čini barem jednom tjedno. Ove brojke su vjerojatno porasle u posljednjih devet godina, s obzirom na to da biheviorističko-kognitivni modeli sugeriraju da ljudi traže informacije o zdravlju kako bi

smanjili anksioznost, a prethodna istraživanja potvrđuju sve veću sklonost pacijenata da se oslanjaju na internet za medicinske informacije (20). Prema istraživanju Benigeri i sur. naglašavaju se nedostaci u kvaliteti zdravstvenih informacija dostupnih na mreži. Istraživanje ukazuje na to da mnoge informacije na internetu nisu pouzdane, što može rezultirati pogrešnim ili opasnim zdravstvenim savjetima. Dodatni problem je nedostatak standarda za ocjenu kvalitete tih informacija, što omogućava da se na mreži nađu podaci koji nisu znanstveno utemeljeni ili pravilno verificirani. Kao rezultat, korisnici mogu naići na netočne i neprecizne informacije koje mogu negativno utjecati na njihovo zdravlje. Benigeri i Pluye naglašavaju potrebu za uspostavljanjem jasnih kriterija i regulacija kako bi se poboljšala kvaliteta i pouzdanost zdravstvenih informacija na internetu, smanjujući rizik od štetnih posljedica za korisnike (21).

Ovo istraživanje pruža uvid u razlike u percepciji pristupa zdravstvenim uslugama stanovnika ruralnih područja VSŽ. Prednosti istraživanja uključuju detaljnu analizu utjecaja socioekonomskog statusa na pristup zdravstvenim uslugama i informiranost o njima, kao i pregled varijacija u percepciji među različitim regijama. Međutim, nedostaci uključuju ograničen broj ispitanika, što može utjecati na generalizaciju rezultata, te moguću pristranost u odgovorima ovisno o samoprocjenama ispitanika. Također, istraživanje ne uzima u obzir moguće kulturne i specifične lokalne faktore koji bi mogli dodatno utjecati na dostupnost i kvalitetu zdravstvene zaštite.

6. ZAKLJUČAK

Prema dobivenim rezultatima mogu se izvesti daljnji zaključci:

- Nema razlike prema spolu; ispitanici iz Vukovara bolje informirani putem interneta; ispitanici s nižim socioekonomskim statusom imaju otežan pristup informacijama, mjestu stanovanja; lošiji socioekonomski status otežava dobivanje kvalitetne skrbi.
- Žene češće odgađaju liječenje zbog troškova; ispitanici iz Vukovara rjeđe si mogu priuštiti specijalizirane usluge i bolničke troškove; nema značajnih razlika prema mjestu stanovanja.
- 39 % ispitanika prijavilo kašnjenje kod specijalista; ispitanici lošijeg socioekonomskog statusa teže dolaze do zdravstvene skrbi.
- Nema značajnih razlika prema spolu i mjestu stanovanja; ispitanici lošijeg socioekonomskog statusa teže dobivaju kvalitetnu skrb i doživljavaju kašnjenja u dostupnosti lijekova.
- Žene češće odgađaju liječenje; ispitanici iz Vukovara teže si priušte estetske intervencije, dok oni iz Vinkovaca i Županje češće putuju u druge gradove za potrebne usluge.

7. SAŽETAK

Cilj: Ispitati dostupnost zdravstvene zaštite u ruralnim područjima Vukovarsko-srijemske županije za osobe starije životne dobi.

Nacrt studije: Presječno istraživanje.

Ispitanici i metode: U istraživanju je sudjelovao 101 ispitanik. Donja dobna granica za uključivanje ispitanika u istraživanje bila je 65 godina. Ispitanici su bile osobe iz ruralnih područja Vukovarsko-srijemske županije. Istraživanje se provodilo od ožujka do lipnja 2024. godine. U istraživanju se koristio validirani upitnik o Dostupnosti zdravstvene skrbi od European Patients Forum. Suglasnost za korištenje upitnika dobivena je kontaktiranjem autora.

Rezultati: Istraživanje pokazuje da većina ispitanika (56 %) iz ruralnih područja Vukovarsko-srijemske županije relativno lako dobiva zdravstvene usluge, ali značajan broj (8 %) se suočava s poteškoćama. Glavni izazovi uključuju geografski udaljen pristup specijalistima i bolnicama te financijske barijere. Tek 6 % koristi mobilne zdravstvene usluge ili e-zdravstvo, a 5 % ispitanika je moralo odgoditi ili odustati od liječenja zbog troškova. Ovi podatci ukazuju na potrebu za reformama kako bi se poboljšala dostupnost i priuštivost zdravstvene skrbi za ranjive skupine stanovništva.

Zaključak: Prema podacima istraživanja značajno je više ispitanika prosječnog socioekonomskog statusa imalo poteškoće u pristupu specijaliziranoj zdravstvenoj skrbi, dok ispitanici dobrog socioekonomskog statusa znatno lakše dobivaju kvalitetnu skrb. Financijske su poteškoće rjeđe među ispitanicima dobrog socioekonomskog statusa, dok ispitanici prosječnog socioekonomskog statusa češće smatraju da njihovi troškovi zdravstvene zaštite nisu dovoljno pokriveni. Značajan se broj ispitanika žali na udaljenost specijalista i bolnica.

Ključne riječi: dostupnost; ruralna područja; Vukovarsko-srijemska županija; zdravstvena zaštita

8. SUMMARY

Access to Healthcare for Elderly People in Rural Areas of Vukovar - Srijem County

Objective: To examine access to healthcare in rural areas of Vukovar-Srijem County for elderly people.

Study design: A cross-sectional study.

Participants and methods: 101 respondents participated in the research. The lower age limit of subjects in the research was 65 years. The respondents were people from rural areas of Vukovar-Srijem County. The research was conducted from March to June 2024. The research used a validated survey on Access to Healthcare from the European Patients Forum. Consent for the use of the survey was obtained by contacting the author.

Results: The survey shows that the majority of respondents (56%) from rural areas of Vukovar-Srijem County receive health services relatively easily, but a significant number (8%) faces difficulties. The main challenges include geographical distance to specialists and hospitals and financial difficulties. Only 6% use mobile health services or e-health, and 5% of respondents had to postpone or give up treatment due to costs. The data indicates the need for reforms to improve access and affordability of healthcare for vulnerable population groups.

Conclusion: According to research data, significantly more respondents of average socioeconomic status had difficulties in accessing specialized healthcare, while respondents of good socioeconomic status obtain quality care much more easily. Financial difficulties are less common among respondents of good socioeconomic status, while respondents of average socioeconomic status often state that their healthcare costs are not sufficiently covered. A significant number of respondents complain about the geographical distance to specialists and hospitals.

Keywords: access; rural areas; Vukovar-Srijem County; healthcare

9. LITERATURA

1. World Health Organization. Life table methods: global health estimates 2019. World Health Organization. Dostupno na: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/global-health-estimates/ghe2019_life-table-methods.pdf?sfvrsn=c433c229_5. Datum pristupa: 9. 9. 2024.
2. Gruzieva TS, Diachuk MD, Inshakova HV, Soroka IM, Dufynets VA. Health of the elderly people as the basis for formation of medical and social needs. *Wiad Lek.* 2021;74(3 cz 2):658-664.
3. Rural Health Information Hub. Healthcare access in rural communities: introduction. Rural Health Information Hub. Dostupno na: <https://www.ruralhealthinfo.org/topics/healthcare-access>. Datum pristupa: 9. 9. 2024.
4. Tzenios N. Odrednice pristupa zdravstvenoj skrbi: pregled individualnih, strukturalnih i sistemskih čimbenika. *JHASR.* 2019; 2(1):1-14.
5. Vukovarsko-srijemska županija. Plan razvoja Vukovarsko-srijemske županije za razdoblje 2021.-2027. godine. Vinkovci: Vukovarsko-srijemska županija;2022.
6. Jedvaj S, Štambuk A, Rusac S. Demografsko starenje stanovništva i skrb za starije osobe u Hrvatskoj. *Socijalne teme.* 2014;1(1):135-154.
7. Colić M. Ekonomske i socijalne posljedice starenja stanovništva u Hrvatskoj. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Ekonomski fakultet; 2015
8. Hrvatska enciklopedija. Zdravstvena zaštita. Hrvatska enciklopedija. Dostupno na: <https://www.enciklopedija.hr/clanak/zdravstvena-zastita>. Datum pristupa: 9. 9. 2024.
9. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Hrvatska: Pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2023. *State of Health in the EU.* Paris: OECD Publishing; 2023.
10. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. NN 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22, 33/23, 36/24. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/190/Zakon-o-zdravstvenoj-za%C5%A1titi> Datum pristupa: 9. 9. 2024.
11. Marušić M. i sur. Uvod u znanstveni rad u medicini. 5. izd. Zagreb: Medicinska naklada;

12. EPF. Access to healthcare EPF's survey – final report. EPF. Dostupno na: https://www.eu-patient.eu/globalassets/policy/access/final-access-survey-report_16-dec.pdf. Datum pristupa: 15. 1. 2024.
13. Popović S. Odrednice stavova i zadovoljstva građana hrvatskim zdravstvenim sustavom. *Medicina Fluminensis*. 2017;53(1):85-100.
14. Smoljanović A, Smoljanović M, Mlikotić M. Ima li hrvatska višak bolnica ?. *Acta medica Croatica*. 2010.;64(5):355-362.
15. Mathews M, Ryan D, Bulman D. What does satisfaction with wait times mean to cancer patients? *BMC Cancer*. 2015;15:1-7.
16. Byrne SC, Barrett B, Bhatia R. The impact of diagnostic imaging wait times on the prognosis of lung cancer. *Can Assoc Radiol J*. 2015;66(1):53-7.
17. Mihel S, Trajanoski A. Rad bolnica u Hrvatskoj 2021. godine. Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2022.
18. Zhang R, Wang M, Toubiana M, Greenwood R. Stigma beyond levels: advancing research on stigmatization. *Acad Manag Ann*. 2020.
19. Olson KE, O'Brien MA, Rogers WA, Charness N. Diffusion of technology: frequency of use for younger and older adults. *Ageing Int*. 2011;36(1):123-45.
20. Klinar I, Kolumbić Lakoš A, Kovačić D, Srkalović-Imširagić A, Hadžić-Kostrenčić C, Gašparić M, et al. Tko je pouzdaniji izvor medicinskih informacija – liječnik ili internet? *Medicus*. 2010;19: 99-104.
21. Benigeri M, Pluye P. Shortcomings of health information on the Internet. *Health Promot Int*. 2003;18(4):381-6.