

О.А. КИСЛИЦЫНА

доктор экономических наук, главный научный сотрудник
ФГБУН Институт экономики РАН

НЕУДОВЛЕТВОРЕННЫЕ ПОТРЕБНОСТИ РОССИЯН В МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: УРОВЕНЬ И ФАКТОРЫ

Цель исследования, результаты которого положены в основу статьи, – оценить уровень неудовлетворенности медицинской помощью в России и факторы, с этим связанные. Анализ основан на данных Международной программы социальных исследований (ISSP) за 2021 г., последних доступных репрезентативных по данной тематике. Неудовлетворенная потребность оценивается с помощью вопроса о том, случалось ли в течение последних 12 месяцев, что опрошенные не получили необходимое медицинское обслуживание по причинам доступности (стоимость), достижимости (очередь) и приемлемости (время). Чаще всего причиной оказывается очередь. Имеющие проблемы со здоровьем, а также молодежь чаще испытывают неудовлетворенные потребности по всем причинам. Женщины, одинокие люди, жители малых городов, а также население с низким социальным статусом, без страховки чаще сталкиваются с финансовыми барьерами; занятые, проживающие в большом городе, использующие альтернативную помощь – с нехваткой времени; люди с высоким и средним образованием, низким социальным статусом, горожане и пользователи традиционной/альтернативной медицины – с очередями. Выявленные закономерности позволяют разработать меры, направленные на повышение равного доступа к медицинской помощи и эффективности системы здравоохранения.

Ключевые слова: *неудовлетворенные потребности в медицинской помощи, факторы неудовлетворенных потребностей в медицинских услугах, Международная программа социальных исследований (ISSP), Россия.*

УДК: 614.2, 364.4, 330.59

EDN: YMWLHQ

DOI: 10.52180/2073-6487_2026_1_71_86

Введение

Здоровье населения является ключевым элементом человеческого капитала и важным фактором долгосрочного экономического развития. Доступ к медицинской помощи определяет не только индивидуальное благополучие, но и производительность труда, продолжительность экономически активной жизни и устойчивость занятости.

Поэтому ограничения в получении медицинских услуг следует рассматривать как экономическую проблему, связанную с потерями общественного благосостояния и неэффективным распределением ресурсов здравоохранения.

Часто оценка доступа к медицинской помощи опирается на показатель использования («частота посещений» [6, с. 465] медицинских учреждений в целях профилактики и лечения), который, однако, не отражает трудностей с получением помощи [28, с. 89], т.к. статистика визитов к врачу не показывает людей, которым помощь нужна, но они ее не получили (тех, которые не обратились за необходимой помощью из-за высокой стоимости лечения, нехватки времени, длинной очереди ожидания и т.п.; тех, кто формально «обратился», но не получил адекватного лечения). Поэтому альтернативным показателем является самооценка неудовлетворенных потребностей в сфере здравоохранения, определяемых как «различия, если таковые имеются, между услугами, которые считаются необходимыми для надлежащего решения определенных проблем со здоровьем, и услугами, которые фактически предоставляются» [10, с. 418]. Таким образом, неудовлетворенная потребность является субъективным восприятием отсутствия соответствующей медицинской помощи. Исследователи считают, что оценки неудовлетворенных потребностей дополняют традиционные методы измерения неравенства и помогают в формировании политических решений [6].

С экономической точки зрения неудовлетворенные потребности являются механизмом воспроизводства социально-экономического неравенства. Ограничения в доступе к лечению усиливают различия в состоянии здоровья между социальными группами и формируют кумулятивный эффект: низкий социальный статус связан с плохим здоровьем и более высокой вероятностью отказа от медицинской помощи, что, в свою очередь, ведет к дальнейшему ухудшению состояния здоровья и закреплению социальных различий. Недостаточная доступность медицинской помощи приводит к ухудшению человеческого капитала. Отсрочка диагностики и лечения способствует росту хронической заболеваемости и снижению функциональных возможностей населения, что особенно значимо для групп трудоспособного возраста. Кроме того, неудовлетворенные потребности оказывают влияние на функционирование рынка труда. Они связаны с ростом временной нетрудоспособности, снижением производительности и повышением риска досрочного выхода из занятости по состоянию здоровья.

Исследования неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи в основном проводились в США [15; 22; 27], Канаде [5; 28] и Западной Европе [16]. Уровень неудовлетворенных потребностей варьирует между странами, что обусловлено разными системами финансирования и организации здравоохранения [12]. В странах с воз-

возможностью свободного выбора врача и посещения специалистов без направления (например, в Бельгии, Германии, Исландии, Люксембурге, Португалии) неудовлетворенные потребности ниже. Исследования показали, что неудовлетворенные потребности чаще наблюдаются среди женщин [5; 8; 16; 29], молодежи, имеющих плохое здоровье [5; 8; 13; 16], низкие доходы [8; 16; 24], не имеющих страховки [27]. Несколько неоднозначные результаты получены относительно связи неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи с уровнем образования, занятостью и типом поселения.

В России проблема неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи остается сравнительно мало изученной. Имеющиеся исследования фиксируют более высокий риск неудовлетворенных потребностей среди женщин, молодежи [1; 2; 4], образованных [1], имеющих хронические заболевания или плохое здоровье [1; 2; 4], обладателей полиса ДМС [2]. В исследованиях не учитывался контакт с системой здравоохранения, поэтому не совсем понятно, означает ли неудовлетворенная потребность невозможность доступа к системе здравоохранения или связана с ее неспособностью предоставить необходимый тип медицинской помощи [20].

Цель исследования заключается в том, чтобы расширить знания в этой недостаточно изученной сфере: оценить уровень неудовлетворенных потребностей в здравоохранении в России; выявить факторы, связанные с риском неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи, что позволит выявить группы населения, наиболее уязвимые к барьерам в доступе, и разработать меры, направленные на повышение равенства и эффективности системы здравоохранения.

Данные и методы

Информационная основа проведенного анализа – данные Международной программы социальных исследований (ISSP), модуля «Здоровье и здравоохранение», собранные в 2021 г. [19], в рамках которого были опрошены 1597 россиян в возрасте 18 лет и старше. Данные 2021 г. являются последними доступными репрезентативными по данной тематике, что обуславливает их актуальность и исследовательскую востребованность на текущий момент.

Субъективное восприятие неудовлетворенных потребностей оценивалось по трем показателям, как, например, в [13; 24].

Достижимость (Availability) представляет неудовлетворенные потребности, связанные с долгой очередью на получение нужной помощи. Доступность (Accessibility) относится к неудовлетворенным потребностям, связанным со стоимостью. Приемлемость (Acceptability) означает отсутствие свободного времени. Участников обследования

просили ответить, соответственно, на три вопроса о том, случилось ли в течение последних 12 месяцев, что они не получили необходимое медицинское обслуживание, поскольку: 1) очередь на получение нужной помощи была слишком длинной; 2) они не могли за нее заплатить; 3) у них не было свободного времени, или были какие-то неотложные дела. Во всех этих вопросах медицинская помощь представляет собой все ее виды, включая стоматологическую, психиатрическую и т.п. В результате были созданы три двоичные переменные для измерения барьеров доступа, закодированные как 1, если респонденты ответили «да»; 0, если «нет»; и как пропущенная переменная, если респонденты сообщили, что «нет необходимости в медицинской помощи».

Независимые переменные были выбраны на основе результатов предыдущих исследований [5; 28]. В соответствии с поведенческой моделью Андерсена [7], факторы, определяющие использование медицинских услуг, представляют три группы:

1) предрасполагающие, создающие условия для обращения за медицинской помощью, факторы: пол (мужчина/женщина); возраст (18–29, 30–39, 40–49, 50–59, 60+ лет); семейное положение (состоящий в браке (зарегистрированном/незарегистрированном)/одиноким (никогда не состоявший в браке/вдовый/разведенный));

2) способствующие или препятствующие использованию медицинских услуг факторы: образование (низкое (среднее общее или ниже)/среднее (начальное или среднее профессиональное)/высокое (высшее)); занятость (работает/не работает); тип поселения (большой город и его пригороды/небольшой город и поселки городского типа/село, деревня, хутор); самооценка социального статуса по десятибалльной шкале (10 – низкий, 1 – высокий); наличие медицинской страховки (нет/обязательное медицинское страхование (ОМС)/добровольное медицинское страхование (ДМС)); использование медицинских услуг, измеряемое двумя бинарными переменными, основанными на информации о том: а) были ли респонденты на приеме у врача; б) пользовались альтернативной медицинской помощью в прошлые 12 месяцев;

3) факторы потребности, отражающие необходимость в медицинской помощи, включающие здоровье и факторы риска для здоровья. Использованы два показателя здоровья: самооценка состояния здоровья по пятибалльной шкале (1 – очень плохое, 5 – очень хорошее), преобразованная в двоичную переменную (неплохое (оценки 5,4,3) и плохое (оценки 1,2) здоровье); наличие хронических заболеваний (да/нет). Факторы риска для здоровья включали курение (никогда не курившие/курившие, но бросившие/курящие), потребление алкоголя (нет (никогда не употребляющие 4 или более порций алкогольных напитков в день или употребляющие один раз в месяц или реже)/да (все остальные)), физическую активность (нет (никогда не занимаются

физической активностью по крайней мере 20 минут или занимающийся один раз в месяц или реже)/да (все остальные)), индекс массы тела (ИМТ)¹.

Статистический анализ влияния различных факторов на каждый аспект воспринимаемых неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи проведен автором с помощью бинарной модели логистической регрессии пакета SPSS. Выбор данного метода обусловлен дихотомической природой зависимой переменной (наличие или отсутствие неудовлетворенной потребности). Результаты моделирования представлены в виде отношений шансов (ОШ), которые позволяют оценить изменение вероятности возникновения анализируемого события при изменении независимых переменных. Статистическая значимость полученных оценок подтверждалась расчетом 95%-го доверительного интервала (ДИ). Результаты признавались значимыми при $p < 0,05$ (что соответствует случаям, когда доверительный интервал не включает единицу).

Результаты

Уровень неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи

Ограничения в доступе к услугам здравоохранения в России среди самых высоких в мире [3]. Наиболее распространенной причиной являются длительные очереди: о них сообщили 17% всех опрошенных и 29,6% респондентов, нуждавшихся в медицинской помощи (оценочная выборка) (см. табл. 1). Далее следуют нехватка времени (15,7 и 26,3% соответственно) и финансовые ограничения (10,7 и 18,9%).

По сравнению с большинством европейских стран Россия характеризуется более высокими показателями неудовлетворенных потребностей по всем трем причинам (см. табл. 2). В целом ситуация в нашей стране ближе к развивающимся странам (Индия, ЮАР, Мексика), чем к развитым европейским государствам.

Факторы, связанные с воспринимаемыми неудовлетворенными потребностями в медицинской помощи

Одним из интересных результатов исследования является то, что существует связь между неудовлетворенной потребностью в медицинской помощи и проблемами со здоровьем: наличие хронических заболеваний связано с доступностью (ОШ = 1,80**) и приемлемостью (ОШ = 1,53**), а плохое здоровье – с достижимостью (ОШ = 1,45*) (см.

¹ Рассчитывается как $I = m/h^2$, где m – масса тела в килограммах, h – рост в метрах; ИМТ до 25 – нормальный вес, 25 и выше – избыточный вес или ожирение; равный 1, если респондент имеет избыточный вес или ожирение, 0 – в противном случае.

**Уровень неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи, %
(ответ на вопрос о том, случалось ли в течение последних
12 месяцев, что респонденты не получили необходимое медицинское
обслуживание)**

	Доступ- ность (стоимость)	Прием- лемость (время)	Достижи- мость (очередь)
Среди всего опрошенного населения			
да	10,7	15,6	17,1
нет	46,0	43,7	40,2
не нуждались / пропущенные	43,3	40,7	42,7
итого	100,0 (N = 1579)	100,0 (N = 1579)	100,0 (N = 1579)
Среди тех, кто нуждался*			
да	18,9	26,3	29,6
нет	81,1	73,7	70,4
итого	100,0 (N = 907)	100,0 (N = 950)	100,0 (N = 919)

* оценочная выборка.

Источник: расчеты автора.

табл. 3). *То есть нуждающиеся в услугах здравоохранения слои населения являются наиболее уязвимой группой.* Подобные результаты получены и другими исследователями [1; 2; 4; 5; 8; 13; 16], и могут объясняться несколькими причинами: больные имеют повышенную потребность в медицинских услугах; некоторые виды хронических заболеваний требуют доступа к узким специалистам или учреждениям; хронические заболевания могут привести к значительным финансовым расходам, что затрудняет доступ к необходимой медицинской помощи; люди с хроническими заболеваниями могут сталкиваться с трудностями в доступе к медицинским учреждениям из-за расстояния, недостатка транспортных средств.

Еще один фактор, связанный со всеми типами неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи, – возраст. Самая младшая возрастная группа 18–29 лет подвергается наибольшему риску неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи по причине приемлемости (ОШ = 3,76***), достижимости (ОШ = 3,27***) и доступности (ОШ = 2,33**). Этот результат соответствует выводам большинства исследований [1; 2; 4; 8; 14; 17; 28] и может объясняться меньшим вниманием к своему состоянию здоровья, недостатком знаний о ресурсах здравоохранения, негативным восприятием преимуществ медицинского обслуживания или качества медицинской помощи, мень-

Таблица 2

Уровень неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи в России и других странах, % (утвердительный ответ на вопрос о том, случилось ли в течение последних 12 месяцев, что респонденты не получили необходимое медицинское обслуживание)

	Доступность (стоимость)	Приемлемость (время)	Достижимость (очередь)
Австралия	16,8	14,4	21,1
Австрия	8,7	12,6	23,5
Китай	11,9	21,0	17,4
Тайвань	0,6	4,9	3,5
Хорватия	11,7	11,1	28,5
Чехия	5,4	8,9	17,9
Дания	13,7	10,7	17,8
Финляндия	8,7	5,6	19,6
Франция	8,1	12,5	20,8
Германия	5,9	9,5	22,1
Венгрия	3,1	2,2	13,0
Исландия	4,6	8,0	30,5
Индия	31,7	26,7	24,0
Израиль	15,2	26,9	59,5
Италия	7,3	4,7	35,1
Япония	2,6	15,4	7,6
Мексика	32,5	30,2	32,1
Нидерланды	3,8	3,0	9,5
Новая Зеландия	14,3	15,0	24,8
Норвегия	6,2	6,2	16,2
Филиппины	14,6	10,0	15,1
Польша	7,8	8,0	32,4
Россия	18,9	26,3	29,6
Словакия	17,4	15,5	37,3
Словения	4,6	10,6	28,4
Южная Африка	19,3	16,8	21,6
Швейцария	8,0	8,4	8,8
Таиланд	10,2	14,7	18,9
США	12,0	16,7	11,6

Источник: расчеты автора, ISSP 2021.

**Многомерные модели логистической регрессии
для неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи
(отношения шансов (ОШ) с 95%-ми доверительными интервалами (ДИ))**

	Доступность (стоимость)		Приемлемость (время)		Достижимость (очередь)	
	ОШ	ДИ	ОШ	ДИ	ОШ	ДИ
Пол (женщины)	1,63*	(1,03–2,57)	1,39	(0,95–2,03)	0,96	(0,66–1,40)
Возраст						
18–29	2,33**	(1,17–4,66)	3,76***	(1,94–7,27)	3,27***	(1,80–5,96)
30–39	1,02	(0,50–2,11)	2,46**	(1,29–4,69)	1,49	(0,83–2,71)
40–49	2,33**	(1,17–4,64)	2,92***	(1,52–5,61)	1,86*	(1,02–3,39)
50–59	1,74	(0,95–3,21)	2,74***	(1,50–5,01)	1,61	(0,94–2,74)
60 и старше	1		1		1	
Семейное положение (одинокие)	1,46*	(1,00–2,20)	0,88	(0,62–1,24)	1,02	(0,72–1,43)
Образование						
низкое	1		1		1	
среднее	0,86	(0,52–1,43)	0,92	(0,58–1,45)	2,50***	(1,51–4,13)
высокое	1,35	(0,75–2,42)	1,04	(0,63–1,74)	2,67***	(1,52–4,68)
Занятость (работает)	0,71	(0,46–1,10)	1,67**	(1,13–2,48)	0,75	(0,51–1,11)
Тип поселения						
большой город	1,40	(0,78–2,54)	1,62*	(1,00–2,66)	1,71*	(1,03–2,84)
маленький город	1,93*	(1,03–3,61)	1,01	(0,58–1,76)	1,79*	(1,04–3,09)
село	1		1		1	
Социальный статус (1– высокий, 10– низкий)	1,13*	(1,01–1,25)	1,00	(0,92–1,10)	1,12**	(1,03–1,23)
Страховое покрытие						
ОМС	1		1		1	
нет	5,23**	(1,74–5,67)	0,75	(0,22–2,53)	1,27	(0,38–4,26)
ДМС	0,47	(0,18–1,24)	0,82	(0,41–1,63)	0,70	(0,36–1,40)
Состояние здоровья (плохое)	1,45	(0,93–2,26)	1,12	(0,78–1,62)	1,45*	(1,00–2,10)
Хронические заболева- ния (есть)	1,80**	(1,16–2,78)	1,53**	(1,05–2,23)	1,35	(0,93–1,95)
Консультации с вра- чом (да)	0,91	(0,55–1,49)	0,99	(0,66–1,50)	1,79**	(1,15–2,79)
Использование аль- тернативной медицин- ской помощи (да)	1,21	(0,69–2,12)	2,23***	(1,40–3,54)	1,72*	(1,08–2,73)
ИМТ (Избыточный вес)	0,68	(0,44–1,04)	1,01	(0,71–1,44)	1,06	(0,75–1,52)

	Доступность (стоимость)		Приемлемость (время)		Достижимость (очередь)	
	ОШ	ДИ	ОШ	ДИ	ОШ	ДИ
Физическая активность (да)	0,74	(0,50–1,09)	1,05	(0,75–1,46)	0,79	(0,57–1,10)
Потребление алкоголя (нет)	0,99	(0,59–1,66)	1,13	(0,74–1,74)	0,79	(0,51–1,23)
Курение (нет)	1,39	(0,89–2,18)	0,88	(0,60–1,30)	0,94	(0,64–1,37)

Значимость: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Источник: расчеты автора.

шей удовлетворенностью медицинской помощью [25]. Следующей уязвимой группой являются респонденты в возрасте 40–49 лет. Они чаще испытывают неудовлетворенные потребности в медицинской помощи по причине нехватки времени (ОШ = 2,92***), отсутствия денег (ОШ = 2,33**) и длинной очереди (ОШ = 1,86*).

Полученные автором результаты подтвердили выводы других исследователей [1; 2; 4; 8; 11; 14; 16; 19] о том, что женщины в большей степени, чем мужчины, подвержены риску неудовлетворенных потребностей в медицинских услугах, причем это связано с недостатком финансовых средств (ОШ = 1,63*) и, вероятно, обусловлено тем, что женщины в среднем зарабатывают меньше мужчин и являются более уязвимыми к финансовым ограничениям при получении медицинских услуг.

Эта же проблема связана с неудовлетворенными потребностями в медицинской помощи среди респондентов, не состоящих в браке (ОШ = 1,46*), что согласуется с результатами другого исследования [26]. В целом социальная поддержка и связи могут играть важную роль в доступе к медицинской помощи, и отсутствие такой поддержки у одиноких людей может усложнять получение необходимого лечения.

Уровень образования является фактором, определяющим вероятность неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи в связи с проблемой достижимости: по сравнению с низко образованными, имеющие высокий (ОШ = 2,67***) и средний (ОШ = 2,50***) уровень образования чаще сообщают о неудовлетворенных потребностях по причине долгой очереди. Однако результаты других исследований крайне неоднозначны: некоторые показали связь неудовлетворенных потребностей с высоким образованием, например, [1; 28], другие с низким [25], третьи вообще не нашли связи [17].

Еще одной важной объясняющей неудовлетворенные потребности переменной является социальный статус: чем ниже самооценка социального статуса, тем выше вероятность неудовлетворенных потреб-

ностей в медицинской помощи в связи с проблемами доступности (ОШ = 1,13*) и достижимости (ОШ = 1,12**), что соответствует другим исследованиям [11, 14, 17, 26, 29]. Это связано с тем, что люди с более высокими социальным статусом или доходами, как правило, имеют лучший доступ к качественной медицинской помощи.

Исследование показывает, что люди, по какой-то причине не имеющие медицинской страховки, чаще сообщают о неудовлетворенных потребностях в медицинской помощи из-за проблемы доступности (ОШ = 5,23**), что подтверждает выводы других исследователей [22] и связано с тем, что без страховки люди часто не могут позволить себе оплатить медицинские услуги, что приводит к отсрочке лечения и увеличению риска осложнений. Исследования свидетельствуют о том, что застрахованные чаще пользуются услугами здравоохранения по сравнению с незастрахованными [18].

Согласно полученным результатам консультации с врачом за последние 12 месяцев увеличивают вероятность сообщения о неудовлетворенных потребностях по причине длинной очереди (ОШ = 1,79**), что согласуется с выводами других авторов [12; 21; 25]. Исследователи объясняют это тем, что при задержке в получении услуги человек продолжает ощущать неудовлетворенность, считая оказанную помощь недостаточной [6; 25]. Также, пользователи системы здравоохранения, как правило, лучше осведомлены о ее недостатках и, вероятно, имеют больше неудовлетворенных потребностей из-за недостаточной или неадекватной помощи, что вызывает их недовольство [13; 25].

Аналогично, обращение к альтернативной медицинской помощи связано с неудовлетворенными потребностями по причине нехватки времени (ОШ = 2,23**) и долгой очереди (ОШ = 1,72*), что, вероятно, объясняется тем, что нехватка специалистов и ресурсов в традиционной системе здравоохранения приводит к необходимости искать альтернативные методы лечения.

В соответствии с предыдущими исследованиями [21; 26] установлено, что вероятность возникновения неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи по причине нехватки времени значительно выше для работающих респондентов (ОШ = 1,67**), что, вероятно, связано с тем, что они испытывают больше трудностей с возможностью взять отпуск для обращения за медицинской помощью. Некоторые исследования [16] показали, что безработные имеют более высокую вероятность заявить о неудовлетворенных потребностях из-за экономических издержек, а работающие имеют более высокую вероятность не посетить врача, когда это необходимо, из-за нехватки времени.

Предполагалось, что проживание в сельских поселениях способствует неудовлетворенным потребностям в получении медицинской помощи. Однако установлено, что по сравнению с сельскими жите-

лями, с большей вероятностью имеют неудовлетворенные потребности в здравоохранении проживающие в маленьких городах по причине доступности (ОШ = 1,93*) и достижимости (ОШ = 1,79*), а также жители мегаполисов по причине приемлемости (ОШ = 1,62*) и достижимости (ОШ = 1,71*), что подтверждает выводы, полученные ранее другими исследователями [28], и, возможно, свидетельствует о проблеме перенаселения в городах, которая создает нагрузку на медицинские учреждения и приводит к неудовлетворенным потребностям.

Факторы риска для здоровья, включая ИМТ, курение, потребление алкоголя, физическую неактивность, нечасто используются в исследованиях в качестве детерминант неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи [9; 23]. Проведенное исследование не выявило связи между поведением, оказывающим влияние на здоровье, и неудовлетворенными потребностями.

Исследование не свободно от некоторых ограничений. Во-первых, перекрестный характер данных не позволяет выявить причинно-следственные связи. Во-вторых, результаты основаны на самооценке неудовлетворенных потребностей и не включают объективную оценку того, действительно ли пациент не получил лечение. Однако исследователи полагают, что самооценка превосходит клиническую оценку, поскольку люди имеют больше возможностей оценить состояние своего здоровья, опыт и потребности [26]. В-третьих, исследование включает все виды медицинской помощи, что приводит к завышению оценки распространенности неудовлетворенных потребностей, возможно, более высоких для некоторых видов медицинской помощи (например, стоматологическая). В-четвертых, на неудовлетворенные потребности может влиять широкий спектр факторов, которые не были включены в исследование по причине отсутствия в опросе.

Выводы

Проведенное исследование позволило оценить масштабы и детерминанты неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи в России (по состоянию на 2021 г.), а также выявить различия факторов в зависимости от типа барьеров доступа – финансовых, организационных и временных.

1. Установлено, что уровень неудовлетворенных потребностей в 2021 г. оставался высоким по международным меркам, причем наибольший вклад вносят организационные ограничения – длительное ожидание получения медицинской помощи. Это свидетельствует о наличии структурных ограничений предложения медицинских услуг и диспропорций в распределении ресурсов здравоохранения.

2. Показано, что в зоне повышенного риска неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи оказываются наиболее нуждающиеся группы населения (имеющие хронические заболевания и плохое состояние здоровья). Данный результат указывает на возможное несоответствие объема и структуры предложения медицинских услуг потребностям наиболее уязвимых групп населения.

3. Выявлена устойчивая связь неудовлетворенных потребностей с социально-демографическими характеристиками и социальным положением. Более низкий социальный статус и отсутствие страхового покрытия повышают вероятность неудовлетворенных потребностей из-за финансового барьера. Несмотря на формально универсальный характер системы ОМС, данные результаты указывают на социально-экономическую дифференциацию доступа к медицинской помощи, что потенциально может способствовать воспроизводству неравенства в сфере здоровья.

4. Обнаружена высокая вероятность неудовлетворенных потребностей среди молодежи и лиц трудоспособного возраста, а также связь временных барьеров с занятостью. Это отражает конфликт между режимом труда и организацией медицинской помощи и свидетельствует о недостаточной координации политики в сфере здравоохранения и рынка труда. С экономической точки зрения подобные ограничения потенциально могут приводить к снижению производительности труда и недоиспользованию человеческого капитала.

5. Установлено, что лица, обращавшиеся за медицинской помощью – как к врачам традиционной системы, так и к представителям альтернативной медицины – с большей вероятностью сообщают о неудовлетворенных потребностях из-за длительного ожидания. Это свидетельствует о том, что неудовлетворенные потребности в значительной степени отражают организационные ограничения и недостаточную способность системы своевременно удовлетворять существующий спрос.

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что неудовлетворенные потребности в медицинской помощи в России имеют не только социальное, но и выраженное экономическое измерение. Они связаны с рисками усиления социального неравенства, замедления накопления человеческого капитала и снижения эффективности функционирования рынка труда. Минимизация данных барьеров требует разработки комплексных мер, направленных на обеспечение равного доступа к медицинской помощи для всех групп населения.

Можно выделить несколько направлений для улучшения ситуации, что весьма актуально и на настоящий момент.

Снижение организационных барьеров – оптимизация маршрутизации пациентов: создание централизованной информационной системы,

которая позволит отслеживать очереди, наличие свободных мест у специалистов и записываться онлайн; внедрение сортировки пациентов по степени необходимости, чтобы самые нуждающиеся могли получать помощь быстрее. *Согласование режимов занятости и оказания услуг* – расширение гибких форм предоставления медицинской помощи (включая дистанционные форматы); установление удобных графиков работы медицинских учреждений, включая вечерние и выходные часы, чтобы работающие люди, учащаяся молодежь могли получить помощь, не нарушая свои учебные и рабочие обязательства. *Смягчение финансовых барьеров* – увеличение перечня услуг в системе ОМС; развитие ДМС с социально ориентированными тарифами; введение программы частичной компенсации затрат на платные медицинские услуги для определенных категорий граждан (пенсионеров, малоимущих, людей с инвалидностью); регулирование цен на платные медицинские услуги (установление максимальных тарифов, чтобы предотвратить завышение цен со стороны медицинских учреждений; повышение конкуренции между медицинскими учреждениями и страховыми компаниями, например, с помощью создания программ сравнительного анализа стоимости медицинских услуг, которые помогут пациентам выбрать наиболее доступные и качественные услуги). *Развитие системы мониторинга неудовлетворенных потребностей как инструмента оценки институциональной эффективности.*

Реализация этих стратегий позволит повысить эффективность системы здравоохранения и обеспечить равный доступ к медицинской помощи для всех групп населения.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. *Давитадзе А.П., Родионова Т.И., Хабибуллина А.Р., Александрова Е.А.* Неудовлетворенные потребности в медицинской помощи у населения России: результаты Мониторинга общественного здоровья в 2022 г. // Демографическое обозрение. 2024. Т. 11. № 1. С. 20–36. [Davitadze A.P., Rodionova T.I., Habibullina A.R., Aleksandrova E.A. Unmet Healthcare Needs in the Russian Population: Results of Public Health Monitoring in 2022 // Demographic Review. 2024. Vol. 11. No. 1. Pp. 20–36. (In Russ.).] DOI: 10.17323/demreview.v11i1.20930. EDN: LOXGQG.
2. *Засимова Л.С.* Эволюция неравенства: социально-экономические факторы доступа к российскому здравоохранению // Вопросы экономики. 2025. № 11. С. 102–121. [Zasimova L.S. Evolution of inequality: socio-economic factors of access to Russian healthcare // Voprosy Ekonomiki. 2025. No. 11. Pp. 102–121. (In Russ.).] DOI: 10.32609/0042-8736-2025-11-102-121.
3. *Русинова Н.Л., Сафронов В.В.* Контекстные модерации возрастных и статусных неравенств в доступе к медицинской помощи // Социологический журнал. 2025. Т. 31. № 3. С. 120–138. [Rusinova N.L., Safronov V.V. Contextual moderation of age and status inequalities in access to health care // Sociological Journal. 2025. Vol. 31. No. 3. Pp. 120–138. (In Russ.).] DOI: 10.19181/socjour.2025.31.3.7. EDN: QERDKH.

4. Самodelкина А.А. Факторы, влияющие на неудовлетворенную потребность в медицинской помощи в России. Программа Бакалавр экономики. Совместная программа по экономике НИУ ВШЭ и РЭШ, 2021 [*Samodelkina A.A. Factors Affecting Unmet Need for Health Care in Russia. Bachelor of Economics Program. Joint program in Economics of HSE and NES, 2021. (In Russ.)*] <https://www.hse.ru/edu/vkr/472742686>
5. Allan I., Ammi M. Evolution of the determinants of unmet health care needs in a universal health care system: Canada, 2001-2014 // *Health Economics, Policy and Law*. 2021. Vol. 16. No. 4. Pp. 400–423. DOI: 10.1017/S1744133120000250. EDN: SIZHCO.
6. Allin S., Grignon M., Le Grand J. Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications? // *Social Science & Medicine*. 2010. Vol. 70. No. 3. Pp. 465–472. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.10.027.
7. Andersen R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? // *Journal of health and social behavior*. 1995. Vol. 36. No. 1. Pp. 1–10. DOI: 10.2307/2137284. EDN: HIRSTP.
8. Başar D., Dikmen F.H., Öztürk S. The prevalence and determinants of unmet health care needs in Turkey // *Health Policy*. 2021. Vol. 125. No. 6. Pp. 786–792. DOI: 10.1016/j.healthpol.2021.04.006. EDN: KUDEJE.
9. Bataineh H., Devlin R.A., Barham V. Unmet health care and health care utilization // *Health Economics*. 2019. Vol. 28. No. 4. Pp. 529–542. DOI: 10.1002/hec.3862.
10. Carr W., Wolfe S. Unmet needs as sociomedical indicators // *International Journal of Health Services*. 1976. Vol. 6. No. 3. Pp. 417–430. DOI: 10.2190/MCG0-UH8D-0AG8-VFNU.
11. Cavaliere M. Geographical variation of unmet medical needs in Italy: a multivariate logistic regression analysis // *International Journal of Health Geographics*. 2013. No. 12. P. 27. DOI: 10.1186/1476-072X-12-27. EDN: QDMMCX.
12. Chaupain-Guillot S., Guillot O. Health system characteristics and unmet care needs in Europe: an analysis based on EU-SILC data // *The European Journal of Health Economics*. 2014. Vol. 16. No. 7. Pp. 781–796. DOI: 10.1007/s10198-014-0629-x. EDN: NFGYMO.
13. Chen J., Hou F. Unmet needs for health care // *Health Reports*. 2002. Vol. 13. No. 2. Pp. 23–34.
14. Connolly S., Wren M-A. Unmet healthcare needs in Ireland: analysis using the EU-SILC survey // *Health Policy*. 2017. Vol. 121. No. 4. Pp. 434–441. DOI: 10.1016/j.healthpol.2017.02.009.
15. Diamant A.L., Hays R.D., Morales L.S., Ford W., Calmes D., Asch S., Duan N., Fielder E., Kim S., Fielding J., Summer G., Shapiro M.F., Hayes-Bautista D., Gelberg L. Delays and unmet need for health care among adult primary care patients in a restructured urban public health system // *American Journal of Public Health*. 2004. Vol. 94. No. 5. Pp. 783–789. DOI: 10.2105/ajph.94.5.783.
16. Fiorillo D. Reasons for unmet needs for health care: the role of social capital and social support in some western EU countries // *International Journal of Health Economics and Management*. 2020. Vol. 20. No. 1. Pp. 79–98. DOI: 10.1007/s10754-019-09271-0. EDN: NFFDYH.
17. Fjær E.L., Stornes P., Borisova L.V., McNamara C.L., Eikemo T.A. Subjective perceptions of unmet need for health care in Europe among social groups: Findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health //

- European Journal of Public Health. 2017. Vol. 27. No. 1. Pp. 82–89. DOI: 10.1093/eurpub/ckw219.
18. *Freeman J.D., Kadiyala S., Bell J.F., Martin D.P.* The causal effect of health insurance on utilization and outcomes in adults: a systematic review of US studies // *Medical Care*. 2008. Vol. 46. No. 10. Pp. 1023–1032. DOI: 10.1097/MLR.0b013e318185c913.
 19. *Hwang J.* Understanding reasons for unmet health care needs in Korea: what are health policy implications? // *BMC Health Services Research*. 2018. No. 18. Pp. 557–560. DOI: 10.1186/s12913-018-3369-2. EDN: HFRBQM.
 20. *Kasman N.M., Badley E.M.* Beyond access: Who reports that health care is not being received when needed in a publicly-funded health care system? // *Can. Journal of Public Health*. 2004. Vol. 95. No. 4. Pp. 304–308. DOI: 10.1007/BF03405137.
 21. *Levesque J.F., Pineault R., Hamel M., Roberge D., Kapetanakis C., Simard B., Prud'homme A.* Emerging organizational models of primary health care and unmet needs for care: Insights from a population-based survey in Quebec province // *BMC Family Practice*. 2012. No. 13. P. 66. DOI: 10.1186/1471-2296-13-66.
 22. *Mollborn S., Stepanikova I., Cook K.S.* Delayed care and unmet needs among health care system users: when does fiduciary trust in a physician matter? // *Health Services Research*. 2005. Vol. 40. No. 6. Pt 1. Pp. 1898–1917. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2005.00457.x.
 23. *Moran V., Suhrcke M., Ruiz-Castell M., Barré J., Huiart L.* Investigating unmet need for healthcare using the European Health Interview Survey: a cross-sectional survey study of Luxembourg // *BMJ Open*. 2021. No. 11. P. e048860. DOI:10.1136/bmjopen-2021-048860. EDN: FGIBPT.
 24. *Ohonba A., Kirsten F., Mkhize B.* Perceived unmet needs in healthcare as inequality indicators: Evidence from South Africa. EDWRG Working Paper. No. 05-23, 2023. <https://www.uj.ac.za/wp-content/uploads/2022/01/ohonba-kirsten-mkhize-perceived-unmet-needs-in-healthcare-as-inequality-indicators-evidence-from-south-africa.pdf> (accessed: 12.09.2025).
 25. *Pappa E., Kontodimopoulos N., Papadopoulos A., Tountas Y., Niakas D.* Investigating unmet health needs in primary health care services in a representative sample of the Greek population // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2013. Vol. 10. No. 5. Pp. 2017–2027. DOI: 10.3390/ijerph10052017.
 26. *Popovic N., Terzic-Supic Z., Simic S., Mladenovic B.* Predictors of unmet health care needs in Serbia; analysis based on EU-SILC data // *PLoS One*. 2017. Vol. 12. No. 11. P. e0187866. DOI: 10.1371/journal.pone.0187866.
 27. *Shi L., Stevens G.D.* Vulnerability and unmet health care needs. The influence of multiple risk factors // *Journal of General Internal Medicine*. 2005. Vol. 20. No. 2. Pp. 148–154. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2005.40136.x. EDN: HIRLNM.
 28. *Sibley L.M., Glazier R.H.* Reasons for self-reported unmet healthcare needs in Canada: a population-based provincial comparison // *Health Policy*. 2009. Vol. 5. No. 1. Pp. 87–101.
 29. *Tadiri C.P., Gisinger T., Kautzky-Willer A., Kublickiene K., Herrero M.T., Norris C.M., Raparelli V., Pilote L., GOING-FWD Consortium.* Determinants of perceived health and unmet healthcare needs in universal healthcare systems with high gender equality // *BMC Public Health*. 2021. Vol. 21. No. 1. Pp. 1488. DOI: 10.1186/s12889-021-11531-z.

Дата поступления рукописи: 11.11.2025 г.

Дата принятия к публикации: 24.02.2026 г.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Кислицына Ольга Анатольевна – доктор экономических наук,
главный научный сотрудник ФГБУН Институт экономики РАН, Москва, Россия
ORCID: 0000-0002-4144-237X
olga.kislitsyna@gmail.com

ABOUT THE AUTHOR

Olga A. Kislitsyna – Dr. Sci. (Econ.), Chief Researcher, Institute of Economics of the RAS,
Moscow, Russia
ORCID: 0000-0002-4144-237X
olga.kislitsyna@gmail.com

UNMET NEEDS OF RUSSIANS FOR MEDICAL CARE: LEVEL AND FACTORS

The aim of this study, which forms the basis of the article, is to assess the level of unmet medical needs in Russia and the factors associated with them. The analysis is based on data from the 2021 International Social Survey Programme (ISSP), the most recent representative data available on this topic. Unmet need was measured by asking whether respondents had, in the past 12 months, been unable to receive necessary medical care due to issues of accessibility (cost), availability (waiting time), or acceptability (time constraints). Waiting time was the most frequently reported reason. Individuals with health problems, as well as young people, were more likely to experience unmet needs for all reasons. Women, single individuals, residents of small towns, and people with low socioeconomic status or without insurance more often faced financial barriers; employed residents of large cities using alternative medicine reported time-related barriers; and people with secondary or higher education, low socioeconomic status, urban residents, and users of traditional or alternative medicine experienced barriers due to waiting times. The identified patterns highlight the need for policies aimed at improving equal access to medical care and the efficiency of the healthcare system.

Keywords: *unmet health care needs, causes of unmet health care needs, International Social Survey Program (ISSP), Russia.*

JEL: I12, I14, I18.