

## Неудовлетворённые потребности в медицинской помощи у населения России: результаты Мониторинга общественного здоровья в 2022 г.

Арсен Паатович Давитадзе  
([davitadzeap@gmail.com](mailto:davitadzeap@gmail.com)), ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Россия.

Татьяна Игоревна Родионова  
([rodionovatatiana97@gmail.com](mailto:rodionovatatiana97@gmail.com)), ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Россия.

Алина Ришатовна Хабибуллина  
([akhabibullina@hse.ru](mailto:akhabibullina@hse.ru)), ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Россия.

Екатерина Александровна Александрова  
([eaaleksandrova@yahoo.com](mailto:eaaleksandrova@yahoo.com)), ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Россия.

## Unmet needs for health care in Russia: findings from the 2022 Public health monitoring survey

Arsen Davitadze  
([davitadzeap@gmail.com](mailto:davitadzeap@gmail.com)),  
First Moscow State Medical University (Sechenov University), Russia.

Tatiana Rodionova  
([rodionovatatiana97@gmail.com](mailto:rodionovatatiana97@gmail.com)),  
First Moscow State Medical University (Sechenov University), Russia.

Alina Khabibullina  
([akhabibullina@hse.ru](mailto:akhabibullina@hse.ru)), First Moscow State Medical University (Sechenov University), Russia.

Ekaterina Aleksandrova  
([eaaleksandrova@yahoo.com](mailto:eaaleksandrova@yahoo.com)),  
First Moscow State Medical University (Sechenov University), Russia.

**Резюме:** Под «неудовлетворёнными потребностями в медицинской помощи» понимают ситуации, в которых индивиды осознают потребность в получении медицинских услуг, но в итоге не получают их. Подобные неудовлетворённые потребности (НП) часто встречаются в современных системах здравоохранения и с разной частотой возникают у разных групп населения. Данное исследование впервые изучает проблему НП в медицинской помощи на российских данных, рассматривая их распространённость среди разных групп населения с помощью поведенческой модели Андерсена и учитывая различные барьеры для получения медицинской помощи. Данные «Национального мониторинга общественного здоровья» показали, что каждый второй россиянин (52,4%) сталкивался с неудовлетворёнными потребностями в медицинской помощи в 2022 г. Чаще такие НП возникали у женщин, молодых, имеющих проблемы со здоровьем и людей с высшим образованием. В отличие от других стран, для России различия в распространённости НП у групп индивидов с разными социально-экономическими статусами не обнаружены. Респонденты связывали свои НП преимущественно с барьером принятия медицинской помощи (37%), т. е. с их отношением к своему здоровью и системе здравоохранения, а также личными ситуациями, которые препятствовали обращениям за помощью. В полтора раза реже встречались НП в связи с барьером удобства получения помощи (23,4%), а в два раза реже – в связи с барьером недостаточной доступности медицинской помощи (19,4%). Трансформация отношения россиян к собственному здоровью, помимо развития доступности и удобства получения медицинской помощи, может способствовать снижению распространённости НП.

**Ключевые слова:** медицинская помощь, неудовлетворённые потребности, поведение пациентов, барьеры, модель Андерсена, Национальный мониторинг общественного здоровья, логистическая регрессия.

**Финансирование:** Исследование выполнено в рамках реализации стратегического проекта «Сеть развития лучших практик в медицине, науке и образовании» программы стратегического академического лидерства «Приоритет-2030».

**Для цитирования:** Давитадзе А.П., Родионова Т.И., Хабибуллина А.Р., & Александрова Е.А. (2024). Неудовлетворённые потребности в медицинской помощи у населения России: результаты Мониторинга общественного здоровья в 2022 г. Демографическое обозрение, 11(1), 20-36. <https://doi.org/10.17323/demreview.v11i1.20930>

**Abstract:** Unmet needs for health care (or unmet health care needs) refer to situations when people realize their need for health care services but ultimately do not receive them. Unmet needs are common in modern health care systems

*and vary in their prevalence in different groups of populations. This study examines the problem of unmet health care needs in Russia, taking into account differences in their prevalence among different population groups with Andersen's behavioral model of health care utilization and considering various barriers that prevent people from receiving health care. Russian National Health Telephone Survey data show that one in two Russians (52.4%) faced unmet needs for health care in 2022. Unmet needs were more common among women, young people, respondents with illnesses and other health problems, as well as people with higher education. Unlike other countries, Russia displays no differences in prevalence of unmet needs in different socio-economic groups. Respondents associated their unmet needs mostly with the acceptability barrier (37%), i.e., with their health-related attitudes and personal situations that prevented them from seeking help. Barriers of availability and acceptability were mentioned less frequently: 23.4% and 19.4% of respondents attributed their unmet needs to such problems. Transforming people's attitudes towards their own health, in addition to facilitating accessibility of health care provision, can potentially help reduce the prevalence of unmet health care needs in Russia.*

**Keywords:** *health care, unmet needs, patient behavior, barriers, Andersen model, National public health monitoring survey, logistic regression.*

**Funding:** *The study was funded by the State Strategic Academic Leadership Program «Priority-2030».*

**For citation:** *Davitadze A., Rodionova T., Khabibullina A., & Aleksandrova E. (2024). Unmet needs for health care in Russia: findings from the 2022 Public health monitoring survey. Demographic Review, 11(1), 20-36. <https://doi.org/10.17323/demreview.v11i1.20930>*

## Введение

Неудовлетворённые потребности (НП) в медицинской помощи возникают, когда у индивидов появляется необходимость в получении медицинских услуг, но в итоге они не получают их. Наличие у населения таких потребностей указывает на существование разницы между услугами, которые считаются необходимыми для надлежащего решения проблем со здоровьем, и фактически получаемыми (Carr, Wolfe 1976). Наличие подобных НП связано с ухудшением здоровья и качества жизни, повышением риска смертности и наличием проблем психического и психосоматического характера среди пациентов (McCarberg et al. 2008; Rahman et al. 2022; Westin et al. 2004). Измерение распространённости НП в медицинской помощи позволяет проводить мониторинг доступности услуг системы здравоохранения, а также отслеживать степень неравенства в доступе и использовании медицинской помощи среди различных групп населения (Allin, Masseria 2009).

НП в медицинской помощи могут возникать вследствие трёх категорий «барьеров» или групп причин, которые препятствуют получению услуг (Chen, Hou 2002). Первая категория – это «барьеры удобства» (accessibility). Она объединяет две основные причины, по которым люди могут не получать медицинскую помощь: ввиду необходимости нести затраты на медицинские услуги и ввиду удалённости места предоставления услуг от индивидов. Вторая категория носит название «барьеры доступности» (availability) и подразумевает под собой проблемы, связанные со своевременным предоставлением медицинских услуг. Например, из-за отсутствия врача в больнице или неудобных часов работы медицинского персонала у индивидов могут возникать НП. Третья категория – это «барьеры принятия» (acceptability). В нее может быть включен широкий спектр индивидуальных ситуаций потребителей услуг, по которым им не удалось получить необходимую медицинскую помощь. Высокая занятость на работе или по уходу за детьми может выступать в качестве примера такого барьера. Также к этой категории можно отнести причины неполучения медицинской помощи, связанные с отношением индивидов к собственному здоровью и системе здравоохранения (health-related attitudes).

НП в медицинской помощи должны встречаться редко в странах с общедоступной системой здравоохранения, поддерживаемой государством, независимо от того, с каким барьером они связаны (Bryant, Leaver, Dunn 2009). Согласно результатам обследований доходов и условий жизни Европейского союза (EU Statistics on Income and Living Conditions survey (EU-SILC)) для 2012, 2014, 2016, 2018 и 2020 г., в большинстве европейских стран распространённость НП в медицинской помощи не превышала 5% (OECD/European Union 2014; 2016; 2018; 2020; 2022). В то же время в таких европейских странах, как Сербия, Греция, Латвия, Швеция и Эстония доли людей с неудовлетворёнными потребностями в медицинской помощи достигали 10-18% (Chaupain-Guillot, Guillot 2014; Lindström, Rosvall, Lindström 2017; Popovic et al. 2017). В этом же интервале находятся доли распространённости НП для Канады – 12-13% (Sanmartin et al. 2002; Bryant, Leaver, Dunn 2009).

Помимо оценок распространённости НП в медицинской помощи у всего населения, данные исследования дают представление о различиях в их распространённости среди групп населения. При подборе характеристик, разделяющих население на группы, исследователи ориентируются на поведенческую модель Андерсена (Andersen 1995).

Согласно этой теоретической модели, поведение индивидов в системе здравоохранения объясняется тремя группами факторов: 1) предрасполагающими факторами (пол, возраст, уровень образования и другие социально-демографические характеристики, а также отношение к здоровью); 2) факторами возможности получить медицинскую помощь (уровни доходов индивидов, их медицинское страхование); 3) факторами потребности в медицинских услугах (состояние здоровья индивида, заболевания, инвалидность и др.). Для перечисленных выше стран с помощью модели Андерсена были найдены следующие тенденции: чаще НП в медицинской помощи встречаются среди женщин, чем среди мужчин (Lindström, Rosvall, Lindström 2018); с возрастом вероятность иметь НП снижается (Porovic et al. 2017); НП чаще возникают у лиц с более низким социально-экономическим статусом, чем с более высоким (Molarius et al. 2014; Lindström, Rosvall, Lindström 2017); у индивидов, имеющих проблемы со здоровьем, выше вероятность иметь НП в медицинской помощи (Nelson, Park 2006; Parra et al. 2013). Данные тенденции отражают потенциально существующие неравенства в доступе к медицинской помощи и её использовании, с которыми встречается система здравоохранения (Connolly, Wren 2017).

В России НП в медицинской помощи среди населения измеряются в рамках «Комплексного наблюдения условий жизни населения» Росстата (Панова 2019; Федеральная служба государственной ... 2023). Результаты первого года этого наблюдения (2011 г.) показали самую высокую долю распространённости НП среди населения – 42,7%, а последующие реализации наблюдения показывали более низкие показатели: согласно последнему актуальному на момент данного исследования наблюдению (2022 г.), эта доля уже в два раза меньше – 22,1%. Нам не удалось найти объяснения данному тренду снижения распространённости НП в медицинской помощи в России. Также нам не удалось найти недавние исследования, которые рассматривали бы проблему НП на различных группах россиян. Последняя известная авторам попытка изучить распространённость «отказов от обращения за медицинской помощью в случае заболевания» среди различных групп населения РФ была предпринята на данных репрезентативного опроса 2010 г. в 39 регионах (Малышев, Варламова 2013). Исследователи обнаружили, что представители мужского пола, молодёжи и бедных слоёв населения чаще сообщали о таком поведении.

Цель настоящего исследования – изучить распространённость НП в медицинской помощи среди россиян в целом и на отдельных группах российского населения. В рамках исследования мы впервые руководствуемся описанными выше, широко используемыми теоретическими инструментами изучения НП в медицинской помощи на российских данных: тремя категориями барьеров получения медицинской помощи и поведенческой моделью Андерсена.

## **Данные и методы**

В исследовании были использованы данные телефонного опроса «Национальный мониторинг общественного здоровья», проведённого в 2022 году («МОЗ-2022») (Междисциплинарный центр исследований... 2022). В МОЗ-2022 приняли участие 2150 респондентов в возрасте от 18 до 90 лет. Полученная выборка репрезентативна для взрослого населения России по полу, возрасту, региону проживания и типу населенного пункта.

В заключительном разделе МОЗ-2022 респондентов просили ответить на вопрос: «за последние 12 месяцев хотели ли вы сходить к врачу, но по каким-то причинам этого не

сделали?». Положительные ответы сигнализировали о наличии НП в медицинской помощи за последние 12 месяцев. Далее давших такой ответ просили выбрать из 8 вариантов причины, которыми они руководствовались при принятии решения не обращаться за медицинской помощью. Респонденты могли выбрать несколько подходящих вариантов из следующего списка: из-за несерьёзности или несрочности медицинской проблемы; из-за того, что хотели вылечиться без помощи врачей; из-за слишком дорогих услуг; из-за того, что невозможно было получить помощь рядом с домом; из-за нехватки времени; из-за страхов (лечения, врачей, больниц); из-за отсутствия доверия к врачам; по другим причинам. В случае выбора последнего варианта респондентов просили кратко описать, по каким именно причинам они решали не обращаться за медицинской помощью.

В заключительном разделе МОЗ-2022 респондентов также просили сообщить, обращались ли они за помощью в медицинские организации за последние 12 месяцев, и уточнить, в какие организации они обращались (государственные и/или частные). Одним из вопросов, которые задавали тем, кто обращался за помощью в медицинские организации, был: «подумайте, пожалуйста, обо всех государственных (частных) медицинских организациях, в которые вы обращались за последние 12 месяцев; бывало ли, что вам не оказывали услуги, за которыми вы туда приходили?». Ответивших положительно просили выбрать из 5 вариантов причины, в связи с которыми им не удалось получить необходимую медицинскую помощь. Участники опроса могли выбрать несколько подходящих вариантов из такого списка: оказалось, что нужные услуги не оказываются там, куда обратились; нужно было слишком долго сидеть в очереди; не было записи на удобное время; не было записи именно к тому врачу, к которому хотели попасть; другие причины. В случае выбора последнего варианта ответа респондентов просили кратко описать ситуацию, с которой они столкнулись.

**Таблица 1. Соотнесение причин возникновения неудовлетворённых потребностей в медицинской помощи по категориям барьеров**

Категории барьеров	Причины возникновения неудовлетворённых потребностей
Удобство (accessibility)	Из-за слишком дорогих услуг; из-за того, что невозможно было получить эту помощь рядом с домом
Доступность (availability)	Оказалось, что нужные вам услуги не оказываются там, куда вы обратились; нужно было слишком долго сидеть в очереди; не было записи на удобное вам время; не было записи именно к тому врачу, к которому вы хотели попасть
Принятие (acceptability)	Из-за несерьёзности или несрочности вашей медицинской проблемы; из-за того, что вы хотели вылечиться без помощи врачей; из-за нехватки времени; из-за страхов (лечения, врачей, больниц); из-за отсутствия доверия к врачам

Таким образом, наличие у опрашиваемых неудовлетворённых медицинских потребностей определяли с помощью их ответов на три вопроса, связанных с: 1) желанием посетить врача и дальнейшем его непосещении; 2) не оказанием помощи в государственной медицинской организации при обращении; 3) не оказанием помощи в частной медицинской организации при обращении. Если респондент давал положительный ответ на какой-либо из перечисленных трёх вопросов, для него/неё отмечалось наличие неудовлетворённых медицинских потребностей. Причины, которые были выбраны при ответах на уточняющие вопросы, соотносили с категориями барьеров к получению медицинской помощи из описанной ранее теоретической концепции (таблица 1). Исследователи также изучили уточнения, записанные интервьюерами со слов

респондентов, выбравших ответы «по другим причинам» («другие причины»), и соотнесли их с тремя категориями барьеров.

Далее в работе будет рассмотрена распространённость НП в медицинской помощи в целом и отдельно по категориям барьеров. Статистические тесты (тест хи-квадрат Пирсона или t-критерий Стьюдента) позволяют определить значимость различий распространённости НП между разными группами населения. Характеристики, по которым респонденты разбиваются на группы, выбраны на основе модели Андерсена. Логистический регрессионный анализ дополняет исследование, определяя, какие из характеристик респондентов являются статистически значимыми детерминантами возникновения НП в медицинской помощи при прочих равных.

## Результаты

Большинство респондентов – 52,4% (920 из 1754<sup>1</sup> человек) – сообщили о наличии у них НП в медицинской помощи за последние 12 месяцев. Распространённость НП различается среди мужчин и женщин (44,6 и 59,1% соответственно), а также среди городского и сельского населения (53,6 и 48,5% соответственно), но не имеет статистически значимых различий среди индивидов, различающихся по семейному положению, уровню образования, статусу занятости или размеру населённого пункта проживания (таблица 2). В среднем имели НП более молодые респонденты: средний возраст имевших их составил 43 года, а не имевших – 45,1 года. Также о НП чаще сообщали индивиды с самыми низкими ежемесячными доходами (56,2%), однако наименьшую распространённость НП имели не наиболее обеспеченные индивиды, а респонденты из второй группы по доходам (48,6%). НП оказались более распространёнными среди менее здоровых индивидов. Это подтверждается ответами на вопрос и о самооценке здоровья (74,2% против 48,1%), и о числе хронических заболеваний (59,9 и 59,2% против 44,3%), а также результатами более комплексных оценок с помощью опросных инструментов EQ-5D-3L<sup>2</sup> и WG-SS<sup>3</sup> (63,6% против 37,0% и 69,9% против 50,4% соответственно).

НП в медицинской помощи, связанные с барьером принятия, встречались у каждого третьего респондента (у 37,0% респондентов). Каждый четвёртый опрошенный (23,4%) сообщил о наличии НП в медицинской помощи, которые возникали из-за барьеров удобства её получения. Почти каждый пятый респондент (19,4%) имел НП в медицинской помощи из-за проблем с доступностью её получения.

---

<sup>1</sup> Количество наблюдений снизилось с 2150 до 1754 человек из-за пропущенных значений по некоторым переменным.

<sup>2</sup> Опросник EQ-5D-3L – анкета о субъективных ощущениях физического и психического здоровья человека. Она учитывает пять компонентов состояния здоровья: подвижность, уход за собой, обычная деятельность, боль/дискомфорт, тревога/депрессия. Для каждого компонента участников исследования просят выбрать один из трёх уровней выраженности их проблем в день прохождения опроса (Александрова, Хабибуллина 2019).

<sup>3</sup> Опросник WG-SS – анкета, направленная на выявление лиц с ограниченными возможностями. Участники исследования оценивают степень сложности выполнения деятельности по шести функциональным областям: зрение, слух, ходьба/подвижность, уход за собой, когнитивные функции и коммуникация. Понятия «функциональная ограниченность» и «инвалидность» используются авторами опросника взаимозаменяемо (Вашингтонская группа по статистике... 2020).

**Таблица 2. Распространённость неудовлетворённых потребностей в медицинской помощи**

Характеристики респондентов (факторы модели Андерсена)			Имели неудовлетворённые потребности	Результаты статистического теста
Пол	Мужской		44,6%	36,8 (0,00)
	Женский		59,1%	
Возраст			43,0 (15,7) [45,1 (15,8)]	2,79 (0,00)
Семейное положение	Не в браке		53,3%	0,37 (0,54)
	В браке		51,7%	
Уровень образования	Основное или среднее		48,4%	3,22 (0,20)
	Среднее специальное		52,2%	
	Высшее		54,0%	
Тип населённого пункта	Сельская местность		48,5%	3,30 (0,07)
	Город		53,6%	
Размер населённого пункта	< 100 тыс. чел.		50,4%	2,53 (0,47)
	100-500 тыс. чел.		54,1%	
	500-1000 тыс. чел.		53,5%	
	> 1000 тыс. чел.		54,5%	
Употребление алкоголя	Не употребляют алкоголь		51,8%	0,11 (0,74)
	Употребляют алкоголь		52,7%	
Курение	Не курят		53,1%	0,57 (0,45)
	Курят		51,2%	
Факторы возможности	Статус занятости	Не работают	54,9%	2,48 (0,11)
		Работают	51,0%	
	Ежемесячные доходы	< 20 тыс. руб.	56,2%	7,42 (0,06)
		20-40 тыс. руб.	48,6%	
		40-60 тыс. руб.	51,8%	
> 60 тыс. руб.	51,8%			
Факторы потребности	Самооценка здоровья	Хорошее или лучше	48,1%	67,3 (0,00)
		Плохое или хуже	74,2%	
	Опросник EQ-5D-3L	Не испытывают трудности	37,0%	121 (0,00)
		Испытывают трудности	63,6%	
	Опросник WG-SS	Нет инвалидности	50,4%	25,0 (0,00)
		Есть инвалидность	69,9%	
Количество хронических заболеваний	0	44,3%	40,8 (0,00)	
	1	59,2%		
> 1	59,9%			

Источник: Расчёты авторов на основе данных МОЗ-2022.

Примечание: Для возраста указаны среднее значение и стандартное отклонение для группы индивидов с НП, им противопоставляются среднее и стандартное отклонение, указанные в квадратных скобках, для группы индивидов без НП.

Как и в случае распространённости НП в целом, НП в связи с разными категориями барьеров встречаются с разной частотой у разных групп населения (таблица 3). Гендерные различия в распространённости НП не теряют свою актуальность: среди женщин доли опрошенных с неудовлетворёнными потребностями выше, чем среди мужчин (28,1% против 17,7%, 23,5% против 14,5% и 40,7% против 32,5%). Также остаются актуальными различия в распространённости НП у групп индивидов с разными состояниями здоровья. Для других характеристик респондентов, разделяющих их на группы, значимые различия наблюдаются только для отдельных групп причин возникновения НП.

К таким характеристикам относятся ежемесячные доходы (28,9% против 16,9, 20,6 и 20,9%) в случае барьера удобства, курение (16,9% против 20,7%) и статус занятости (18,0% против 21,7%) в случае барьера доступности, употребление алкоголя (39,3% против 31,7%) и статус занятости (38,9% против 33,7%) в случае барьера принятия. Кроме того, о НП из последней категории барьеров в среднем сообщали более молодые респонденты: средний возраст имевших такие НП составил 40,1 года, а не имевших – 45,8 года.

В таблице 4 представлены результаты оценки четырёх регрессий: модель 1 с зависимой переменной наличия каких-либо неудовлетворённых потребностей; модель 2 с зависимой переменной наличия неудовлетворённых потребностей из-за барьера удобства; модель 3 – из-за барьера доступности; модель 4 – из-за барьера принятия. Во всех четырёх моделях удалось определить большую вероятность иметь НП в медицинской помощи у следующих групп населения: женщин; более молодых респондентов; респондентов с высшим образованием; испытывающих трудности, связанные со здоровьем, согласно результатам опросника EQ-5D-3L; имеющих хронические заболевания. Для переменных семейного положения, типа и размера населённого пункта проживания, курения и статуса занятости не найдено достоверных доказательств того, что различия в их значениях связаны с различиями в вероятности иметь НП в медицинской помощи.

Более детальный взгляд на результаты оценки первой модели позволяет отметить взаимосвязь более низкой самооценки здоровья с большей вероятностью иметь НП (отношение шансов (ОШ) 2,39; 95%-ный доверительный интервал (95% ДИ) 1,69-3,38). Аналогичные результаты наблюдаются во второй (ОШ 1,54; 95% ДИ 1,10-2,15) и третьей (ОШ 2,18; 95% ДИ 1,54-3,09) моделях, но не в модели для барьера принятия медицинской помощи (ОШ 1,02; 95% ДИ 0,74-1,41). В то же время в последней модели была найдена взаимосвязь большей вероятности иметь НП и иметь инвалидность (функциональную ограниченность) (ОШ 1,55; 95% ДИ 1,08-2,22), что также подтверждается в модели для барьера удобства получения медицинской помощи (ОШ 1,38; 95% ДИ 0,95-2,00) и не подтверждается в других двух регрессиях. Ещё одним фактором, имеющим статистическую значимость, оказался ежемесячный доход респондента. Согласно результатам первой модели, представители группы с доходами от 20 до 40 тыс. руб. имеют меньшую вероятность сталкиваться с неудовлетворёнными потребностями в медицинской помощи, чем представители наименее обеспеченной группы (ОШ 0,78; 95% ДИ 0,61-1,00), а согласно результатам второй модели, вероятность иметь НП по сравнению с наименее обеспеченной группой населения снижается для каждой последующей группы по доходам (ОШ 0,67; 95% ДИ 0,50-0,88; ОШ 0,71; 95% ДИ 0,48-1,04; ОШ 0,52; 95% ДИ 0,34-0,80).

**Таблица 3. Распространённость неудовлетворённых потребностей в медицинской помощи, связанных с различными барьерами**

Характеристики респондентов (факторы модели Андерсена)		Имели неудовлетворённые потребности, связанные с барьером удобства	Результаты стат. теста	Имели неудовлетворённые потребности, связанные с барьером доступности	Результаты стат. теста	Имели неудовлетворённые потребности, связанные с барьером принятия	Результаты стат. теста
Предрасполагающие факторы	Пол	Мужской	17,7%	26,4 (0,00)	14,5%	22,3 (0,00)	12,6 (0,00)
		Женский	28,1%		23,5%	40,7%	
	Возраст		43,5 (15,3) [44,1 (15,9)]	0,62 (0,53)	45,2 (15,4) [43,7 (15,8)]	1,57 (0,11)	6,53 (0,00)
	Семейное положение	Не в браке	24,6%	1,21 (0,27)	18,2%	1,49 (0,22)	0,64 (0,42)
		В браке	22,3%		20,5%	38,0%	
	Уровень образования	Основное или среднее	21,7%	0,68 (0,71)	16,0%	4,29 (0,12)	4,18 (0,12)
		Среднее специальное	23,7%		18,7%	35,2%	
		Высшее	23,8%		21,0%	39,1%	
		Тип насел. пункта	Сельская местность	24,2%	0,21 (0,65)	18,8%	0,13 (0,72)
	Размер населённого пункта	Город	23,1%		19,6%	37,9%	
		< 100 тыс. чел.	24,3%	2,32 (0,51)	20,4%	3,25 (0,35)	1,17 (0,76)
		100-500 тыс. чел.	22,3%		16,1%	37,8%	
		500-1000 тыс. чел.	25,9%		20,8%	38,1%	
	Употребление алкоголя	> 1000 тыс. чел.	21,3%		19,9%	38,3%	
		Не употребляют алкоголь	23,5%	0,01 (0,92)	21,3%	1,66 (0,20)	9,17 (0,00)
		Употребляют алкоголь	23,3%		18,6%	39,3%	
	Курение	Не курят	23,8%	0,46 (0,50)	20,7%	3,65 (0,06)	0,03 (0,86)
		Курят	22,4%		16,9%	37,3%	

Характеристики респондентов (факторы модели Андерсена)			Имели неудовлетворённые потребности, связанные с барьером удобства	Результаты стат. теста	Имели неудовлетворённые потребности, связанные с барьером доступности	Результаты стат. теста	Имели неудовлетворённые потребности, связанные с барьером принятия	Результаты стат. теста
Факторы возможности	Статус занятости	Не работают	25,0%	1,52 (0,22)	21,7%	3,65 (0,06)	33,7%	4,78 (0,03)
	Ежемесячные доходы	Работают	22,4%		18,0%		38,9%	
		< 20 тыс. руб.	28,9%	20,1 (0,00)	21,8%	5,22 (0,16)	37,0%	2,47 (0,48)
		20-40 тыс. руб.	20,9%		19,1%		34,8%	
		40-60 тыс. руб.	20,6%		16,1%		38,7%	
		> 60 тыс. руб.	16,9%		16,9%		40,1%	
Факторы потребности	Самооценка здоровья	Хорошее или лучше	20,5%	40,4 (0,00)	16,4%	53,2 (0,00)	36,2%	1,98 (0,16)
		Плохое или хуже	37,8%		34,9%		40,6%	
	Опросник EQ-5D-3L	Не испытывают трудности	13,5%	67,8 (0,00)	11,6%	49,3 (0,00)	27,2%	51,3 (0,00)
		Испытывают трудности	30,5%		25,1%		44,0%	
	Опросник WG-SS	Нет инвалидности	21,8%	21,0 (0,00)	18,5%	7,51 (0,01)	36,0%	6,03 (0,01)
		Есть инвалидность	37,0%		27,1%		45,3%	
	Количество хронических заболеваний	0	18,3%	26,2 (0,00)	13,8%	32,3 (0,00)	34,4%	5,36 (0,07)
		1	24,8%		22,7%		40,1%	
		> 1	30,5%		25,8%		37,5%	

Источник: Расчёты авторов на основе данных МОЗ-2022.

Примечание: Для возраста указаны среднее значение и стандартное отклонение для группы индивидов с неудовлетворёнными потребностями, им противопоставляются среднее и стандартное отклонение, указанные в квадратных скобках, для группы индивидов без НП.

**Таблица 4. Детерминанты распространённости неудовлетворённых потребностей в медицинской помощи**

Характеристики респондентов (факторы модели Андерсена)		Модель 1	Модель 2	Модель 3	Модель 4	
Предрасполагающие факторы	Пол	Мужской	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]
		Женский	1,63*** [1,31;2,02]	1,56*** [1,21;2,01]	1,52*** [1,15;1,98]	1,47*** [1,18;1,83]
	Возраст	0,97*** [0,96;0,98]	0,98*** [0,97;0,99]	0,99** [0,98;1,00]	0,97*** [0,96;0,98]	
	Семейное положение	Не в браке	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]
		В браке	1,02 [0,83;1,25]	0,89 [0,70;1,12]	1,17 [0,91;1,51]	0,98 [0,79;1,20]
	Уровень образования	Основное или среднее	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]
		Среднее специальное	1,20 [0,88;1,63]	1,08 [0,75;1,53]	1,11 [0,75;1,63]	1,14 [0,83;1,55]
		Высшее	1,43** [1,08;1,92]	1,37* [0,98;1,91]	1,53** [1,07;2,22]	1,30* [0,98;1,75]
	Тип населённого пункта	Сельская местность	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]
		Город	1,17 [0,86;1,58]	1,01 [0,72;1,44]	1,26 [0,87;1,82]	1,09 [0,80;1,49]
	Размер населённого пункта	< 100 тыс. чел.	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]
		100-500 тыс. чел.	1,09 [0,79;1,49]	0,89 [0,62;1,27]	0,67** [0,45;0,99]	0,99 [0,72;1,36]
		500-1000 тыс. чел.	0,96 [0,66;1,39]	1,06 [0,70;1,61]	0,95 [0,61;1,47]	0,86 [0,59;1,25]
		> 1000 тыс. чел.	1,03 [0,75;1,40]	0,84 [0,59;1,21]	0,86 [0,59;1,25]	0,89 [0,65;1,22]
	Употребление алкоголя	Не употребляют алкоголь	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]
		Употребляют алкоголь	1,13 [0,90;1,43]	1,12 [0,86;1,46]	0,94 [0,72;1,25]	1,34** [1,07;1,70]
Курение	Не курят	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	
	Курят	0,97 [0,77;1,21]	0,99 [0,76;1,28]	0,91 [0,69;1,22]	0,95 [0,76;1,19]	
Факторы возможности	Статус занятости	Не работают	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]
		Работают	0,96 [0,76;1,22]	1,12 [0,86;1,47]	0,98 [0,74;1,31]	1,17 [0,93;1,49]
	Ежемесячные доходы	< 20 тыс. руб.	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]
		20-40 тыс. руб.	0,78* [0,61;1,00]	0,67*** [0,50;0,88]	0,95 [0,71;1,30]	0,84 [0,66;1,09]
		40-60 тыс. руб.	0,92 [0,66;1,29]	0,71* [0,48;1,04]	0,86 [0,57;1,34]	0,94 [0,67;1,32]
> 60 тыс. руб.	0,91 [0,64;1,30]	0,52*** [0,34;0,80]	0,89 [0,58;1,41]	0,92 [0,65;1,32]		
Факторы потребности	Самооценка здоровья	Хорошее или лучше	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]
		Плохое или хуже	2,40*** [1,69;3,39]	1,54** [1,10;2,15]	2,19*** [1,54;3,09]	1,02 [0,74;1,41]
	Опросник EQ-5D-3L	Не испытывают трудности	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]
		Испытывают трудности	2,32*** [1,86;2,88]	2,19*** [1,67;2,89]	1,84*** [1,37;2,48]	2,13*** [1,70;2,68]
	Опросник WG-SS	Нет инвалидности	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]
		Есть инвалидность	1,36 [0,93;2,00]	1,38* [0,95;2,00]	0,88 [0,59;1,33]	1,54** [1,08;2,22]
	Количество хронических заболеваний	0	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]
1		1,73*** [1,34;2,23]	1,30* [0,97;1,74]	1,65*** [1,21;2,26]	1,30** [1,01;1,68]	
> 1		1,55*** [1,17;2,08]	1,61*** [1,17;2,22]	1,52** [1,08;2,15]	1,35** [1,01;1,81]	

Характеристики респондентов (факторы модели Андерсена)	Модель 1	Модель 2	Модель 3	Модель 4
Константа	0.89 [0,52;152]	0.26*** [0,14,0,49]	0,11*** [0,05;0,22]	0,64 [0,37;1,10]
Наблюдения	1754	1742	1744	1742
Псевдо R <sup>2</sup>	0,101	0,074	0,066	0,066

Источник: Расчёты авторов на основе данных МОЗ-2022.

Примечание: Оценки моделей указаны как отношения шансов (ОШ) с 95% -ными доверительными интервалами (ДИ) и значимостью:

\* –  $p < 0,1$ ; \*\* –  $p < 0,05$ ; \*\*\* –  $p < 0,01$ .

## Обсуждение

В рамках данного исследования было найдено, что каждый второй россиянин имел НП в медицинской помощи (52,4%). Это первое исследование, в котором продемонстрировано, что распространённость НП в медицинской помощи среди всего населения чрезвычайно высока в России на мировом фоне.

Высокая доля распространённости НП может быть обусловлена техническими аспектами опроса: большим временным диапазоном, который охватывали задаваемые респондентам вопросы («за последние 12 месяцев»), и широким учитываемым спектром ситуаций причин возникновения НП (включение всех трёх категорий барьеров получения медицинской помощи и варианта ответа «другие причины»). Второй аспект объясняет различия в степени распространённости НП в европейских странах (OECD 2020), а первый аспект можно связать с пандемией COVID-19, которая могла повлиять на привычное использование системы здравоохранения россиянами. Однако также превышающая 50% доля может быть обусловлена особенностями поведения россиян в системе здравоохранения и особенностями самой системы здравоохранения. К таким особенностям можно отнести отличия в восприятии собственного здоровья у россиян по сравнению с гражданами других стран (Лебедева, Чирков, Татарко 2007), различия в ожиданиях россиян по отношению к системе здравоохранения (Баглюк, Касаткина 2019) и проблемы с доступностью медицинской помощи (Назаров, Авксентьев 2017).

Перечисленные особенности отчасти находят отражение в других результатах настоящего исследования. Наиболее распространённым препятствием к обращению за медицинской помощью в России оказался барьер принятия, связанный с личными ситуациями индивидов и их убеждениями. Наибольшая его распространённость встречается и в других странах (Nelson, Park 2006; Pappa et al. 2013; Hwang 2018). Исследователи традиционно связывают это с такими ситуациями, как исчезновение медицинских проблем самих по себе, выбор стратегии «выжидания» в качестве подхода к проблемам со здоровьем («откладывание на потом», «wait-and-see strategy»), отчаяние в эффективности медицинской помощи, предпочтение лечиться своими силами (самолечение) (Lindström, Rosvall, Lindström 2017). Все эти характеристики могут быть актуальны и для объяснения поведения россиян – некоторые исследования подтверждают наличие таких тенденций среди российского населения (Назарова 2007; Караева 2022; Федеральная служба государственной... 2023). Вторым по распространённости барьером к обращению за медицинской помощью оказалось удобство её получения из-за проблем с денежными средствами у пациентов и удалённость места её оказания. Предыдущие исследования по России подтверждают актуальность этих проблем для системы здравоохранения (Назарова 2007; Караева 2022; Федеральная служба государственной... 2023). Наименее распространённым барьером оказались проблемы с доступностью медицинской помощи ввиду отсутствия нужных врачей, возможности записаться на удобное время, длинных очередей и др. Как и в случае барьера удобства, ряд исследований подтверждает наличие подобных проблем в России (Заздравных, Тараскина 2021; Караева 2022; Федеральная служба государственной... 2023). Настоящая работа дополняет предыдущие российские исследования тем, что подтверждает актуальность данных проблем для современной системы здравоохранения и упорядочивает причины необращений за медицинской помощью по их распространённости среди различных групп населения.

Группами населения РФ, более склонными к наличию НП в медицинской помощи, оказались женщины, молодые люди, обладатели высшего образования и имеющие проблемы со здоровьем. Многие аналогичные тенденции отмечены в исследованиях по другим странам, и они объясняются различиями в отношении к собственному здоровью у индивидов и большим спросом на медицинские услуги (Nelson, Park 2006; Connolly, Wren 2017; Lindström, Rosvall, Lindström 2017). Кроме того, формулировка вопроса о НП («за последние 12 месяцев хотели ли вы сходить к врачу, но по каким-то причинам этого не сделали?») могла быть воспринята рядом респондентов не только по отношению к собственному здоровью, но и по отношению к здоровью их детей и других близких родственников. Неравное распределение ответственности за заботу о близких родственниках, и в том числе организацию медицинской помощи внутри семей (Здравомыслова, Темкина 2015) могло повлиять на полученную распространённость НП среди женщин. Исключением из этих четырёх характеристик оказалось образование, поскольку в других странах более низкий уровень образования связывается с более высокой вероятностью иметь НП (Pappa et al. 2013) или какой-либо эффект от образования отсутствует (Hwang 2018).

Большой интерес могут представлять характеристики, актуальные для объяснения различий в поведении разных групп населения в других странах, но которые оказались менее актуальными для России. К таким характеристикам относятся тип и размер населённого пункта проживания, доходы индивидов, их статус занятости, поведение в отношении собственного здоровья (употребление алкоголя и курение). Несмотря на то, что в Италии, Швеции, Канаде и других странах (Bryant, Leaver, Dunn 2009; Cavalieri 2013; Chaupain-Guillot, Guillot 2014) данные характеристики обуславливали различия в вероятности иметь НП в медицинской помощи, в случае России статистически значимые различия отсутствуют. Данный результат может указывать на меньший вклад этих характеристик на поведение индивидов в российской системе здравоохранения по сравнению с зарубежными, может быть особенностью полученной для исследования выборки, а также может быть связан с гетерогенностью восприятия респондентами разных групп населения собственного здоровья и необходимости обращений за медицинской помощью (Раскина, Подкорытова, Кучаков 2022). Дальнейшие исследования на российских данных позволят собрать больше информации по теме НП в медицинской помощи.

Проведённое исследование представляет собой первую попытку детального изучения проблемы НП в медицинской помощи среди российского населения с использованием теоретического инструментария и позволяет дать несколько рекомендаций для управляющих системой здравоохранения агентов. Большая вовлечённость россиян в пользование услугами системы здравоохранения может быть потенциально обеспечена трансформацией отношения населения к собственному здоровью в том числе за счёт использования альтернативных способов общения с пациентами, внедрения систем, облегчающих доступ пациентов к получению медицинской помощи, а также облегчающих понимание медицинской информации, поддержки работы добровольных объединений пациентов и вовлечения этих объединений в разработку и реализацию политики в сфере здравоохранения (World Health Organization 2016). Важную роль в этом процессе могут сыграть инициативы, направленные на распространение информации в области здравоохранения и внедрение дистанционных методов диагностики и слежения за состоянием здоровья пациентов (Тумусов, Косенков 2019). Развитие доступности и удобства получения медицинской помощи должно

оставаться актуальными, но согласно результатам данного исследования, это может привлечь меньшее число людей в медицинские учреждения, чем изменение отношения индивидов к собственному здоровью.

## Литература

- Александрова Е.А., Хабибуллина А.Р. (2019). Методология оценки качества жизни, связанного со здоровьем, с использованием опросника EQ-5D-3L. *Российский медицинский журнал*, 25(4), 202–209. <https://doi.org/10.18821/0869-2106-2019-25-4-202-209>
- Баглюк С.Б., Касаткина Н.С. (2019). Влияние СМИ на формирование когнитивного диссонанса при взаимодействии врача и пациента. *Клиническая практика*, 10(1), 108–113. <https://doi.org/10.17816/clinpract10108-113>
- Вашингтонская группа по статистике инвалидности. (2020). Расширенный опросник по функциональным способностям (WG-ES). <https://www.washingtongroup-disability.com/fileadmin/uploads/wg/Documents/Questions/Russian.pdf>
- Заздравных Е.А., Тараскина Е.В. (2021). Удалось ли реформам здравоохранения в России уменьшить очередь к врачу? *Экономическая политика*, 16(5), 118–143. <https://doi.org/10.18288/1994-5124-2021-5-118-143>
- Здравомыслова Е.А., Темкина А.А. (2015). *12 лекций по гендерной социологии*. Санкт-Петербург: Издательство ЕУСПб.
- Караева О. (2022). *Оценка качества медицинской помощи*. <https://www.levada.ru/2022/02/18/otsenka-kachestva-meditsinskoj-pomoshhi/>
- Лебедева Н.М., Чирков В.И., Татарко А.Н. (2007). *Культура и отношение к здоровью: Россия, Канада, Китай*. Москва: Издательство РУДН.
- Малышев М.Л., Варламова С.Н. (2013). Обращение россиян за медицинской помощью. *Вестник Института социологии*, 6, 48–66. [https://www.vestnik-isras.ru/files/File/Vestnik\\_2013\\_6/Malishev.pdf](https://www.vestnik-isras.ru/files/File/Vestnik_2013_6/Malishev.pdf)
- Назаров В.С., Авксентьев Н.А. (2017). Российское здравоохранение: проблемы и перспективы. *Финансовый журнал*, 4(38), 9–23. [https://www.nifi.ru/images/FILES/Journal/Archive/2017/4/articles\\_2017\\_4/fm\\_2017\\_4\\_01.pdf](https://www.nifi.ru/images/FILES/Journal/Archive/2017/4/articles_2017_4/fm_2017_4_01.pdf)
- Междисциплинарный центр исследований общественного здоровья. (2022). Первый национальный отчёт «Мониторинг общественного здоровья». <https://monitoring.sechenov.ru/>
- Назарова, И. Б. (2007). *Здоровье занятого населения*. Москва: Макс Пресс.
- Панова Л.В. (2019). Доступность медицинской помощи: Россия в европейском контексте. *Журнал исследований социальной политики*, 17(2), 177–190. <https://doi.org/10.17323/727-0634-2019-17-2-177-190>
- Раскина Ю.В., Подкорытова О.А., Кучаков Р.К. (2022). Детерминанты здоровья и гетерогенность ответов при самооценке здоровья в России: подход якорных виньеток. *Прикладная эконометрика*, 66, 118–143. <https://doi.org/10.22394/1993-7601-2022-66-118-143>

- Тумусов Ф.С., Косенков Д.А. (2019). *Современные тенденции в системе здравоохранения Российской Федерации*. Москва: Издание Государственной Думы.  
<http://duma.gov.ru/media/files/otTeY7Kh7jQrYiz92JbKmBymxb6971xF.pdf>
- Федеральная служба государственной статистики. (2023). Комплексное наблюдение условий жизни населения 2022 (КОУЖ-2022).  
[https://rosstat.gov.ru/free\\_doc/new\\_site/GKS\\_KOUZH\\_2022/index.html](https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/GKS_KOUZH_2022/index.html)
- Allin S., Masseria C. (2009). Research Note: Unmet need as an indicator of access to health care in Europe. In The London School of Economics and Political Science: European Commission Directorate-General "Employment, Social Affairs and Equal Opportunities" Unit E1–Social and Demographic Analysis. London: LSE Health.  
<https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=c5a2f79ff01396a7e4affa9540a29ae71c83ac0d>
- Andersen R.M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10.  
<https://doi.org/10.2307/2137284>
- Bryant T., Leaver C., Dunn J. (2009). Unmet healthcare need, gender, and health inequalities in Canada. *Health Policy*, 91(1), 24–32. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.11.0>
- Carr W., Wolfe S. (1976). Unmet Needs as Sociomedical Indicators. *International Journal of Health Services*, 6(3), 417–430. <https://doi.org/10.2190/mcg0-uh8d-0ag8-vfnu>
- Cavalieri M. (2013). Geographical variation of unmet medical needs in Italy: a multivariate logistic regression analysis. *International Journal of Health Geographics*, 12, 27.  
<https://doi.org/10.1186/1476-072X-12-27>
- Chaupain-Guillot S., Guillot O. (2014). Health system characteristics and unmet care needs in Europe: an analysis based on EU-SILC data. *The European Journal of Health Economics*, 16(7), 781–796. <https://doi.org/10.1007/s10198-014-0629-x>
- Chen J., Hou F. (2002). Unmet Needs for Health Care. *Health Reports*, 13(2), 23–34.  
[https://www.researchgate.net/publication/10762540\\_Unmet\\_needs\\_for\\_health\\_care](https://www.researchgate.net/publication/10762540_Unmet_needs_for_health_care)
- Connolly S., Wren M.-A. (2017). Unmet healthcare needs in Ireland: Analysis using the EU-SILC survey. *Health Policy*, 121(4), 434–441. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.02.0>
- Hwang J. (2018). Understanding reasons for unmet health care needs in Korea: what are health policy implications? *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3369-2>
- Lindström C., Rosvall M., Lindström M. (2017). Socioeconomic status, social capital and self-reported unmet health care needs: A population-based study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(3), 212–221. <https://doi.org/10.1177/1403494816689345>
- Lindström C., Rosvall M., Lindström M. (2018). Differences in unmet healthcare needs between public and private primary care providers: A population-based study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(4), 488–494. <https://doi.org/10.1177/1403494818762983>
- Molarius A., Simonsson B., Lindén-Boström M., Kalander-Blomqvist M., Feldman I., Eriksson H.G. (2014). Social inequalities in self-reported refraining from health care due to financial reasons in Sweden: health care on equal terms? *BMC Health Services Research*, 14(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12913-014-0605-2>

- McCarberg B.H., Nicholson B.D., Todd K.H., Palmer T., Penles L. (2008). The Impact of Pain on Quality of Life and the Unmet Needs of Pain Management: Results From Pain Sufferers and Physicians Participating in an Internet Survey. *American Journal of Therapeutics*, 15(4), 312–320. <https://doi.org/10.1097/mjt.0b013e31818164f2>
- Nelson C.H., Park J. (2006). The nature and correlates of unmet health care needs in Ontario, Canada. *Social Science & Medicine*, 62(9), 2291–2300. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.10.0>
- OECD (2020). *Unmet needs for health care: comparing approaches and results from international surveys*. Paris: OECD Publishing. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Unmet-Needs-for-Health-Care-Brief-2020.pdf>
- OECD/European Union (2014). *Health at a Glance: Europe 2014*. Paris: OECD Publishing. [https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2014-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en)
- OECD/European Union (2016). *Health at a Glance: Europe 2016*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264265592-en>
- OECD/European Union (2018). *Health at a Glance: Europe 2018*. Paris: OECD Publishing. [https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en)
- OECD/European Union (2020). *Health at a Glance: Europe 2020*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>
- OECD/European Union (2022). *Health at a Glance: Europe 2022*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>
- Pappa E., Kontodimopoulos N., Papadopoulos A., Tountas Y., Niakas D. (2013). 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*, 10(5), 2017–2027. <https://doi.org/10.3390/ijerph10052017>
- Popovic N., Terzic-Supic Z., Simic S., Mladenovic B. (2017). Predictors of unmet health care needs in Serbia; analysis based on EU-SILC data. *PLoS One*, 12(11), e0187866. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187866>
- Rahman M.M., Rosenberg M., Flores G., Parsell N., Akter S., Alam A., Rahman M., Edejer T. (2022). A systematic review and meta-analysis of unmet needs for healthcare and long-term care among older people. *Health Economics Review*, 12, 60. <https://doi.org/10.1186/s13561-022-00398-4>
- Sanmartin C., Houle C., Tremblay S., Berthelot J.M. (2002). Changes in unmet health care needs. *Health Reports*, 13(3), 15–21. [https://www.researchgate.net/profile/Claudia-Sanmartin/publication/10762543\\_Changes\\_in\\_unmet\\_health\\_care\\_needs/links/5bd02c7c92851c1816bca503/Changes-in-unmet-health-care-needs.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Claudia-Sanmartin/publication/10762543_Changes_in_unmet_health_care_needs/links/5bd02c7c92851c1816bca503/Changes-in-unmet-health-care-needs.pdf)
- Westin M., Åhs A., Bränd Persson K., Westerling R. (2004). A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care—lack of confidence in the medical services a plausible explanation? *Health Policy*, 68(3), 333–344. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2003.10.0>
- World Health Organization (2016). *Patient engagement*. Geneva: World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/252269>