

СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ



DOI: 10.19181/socjour.2025.31.3.7
EDN: QERDKH

Н.Л. РУСИНОВА¹, В.В. САФРОНОВ¹

¹ Социологический институт РАН — филиал ФНИСЦ РАН.
190005, Санкт-Петербург, ул. 7-я Красноармейская, д. 25/14.

КОНТЕКСТНЫЕ МОДЕРАЦИИ ВОЗРАСТНЫХ И СТАТУСНЫХ НЕРАВЕНСТВ В ДОСТУПЕ К МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Аннотация. В статье анализируется проблема социальных неравенств в сфере доступа к медицинским услугам в разных странах мира, включая Россию. В современных исследованиях для измерения этих неравенств широко используется субъективный показатель неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи. В частности, было установлено, что чем старше люди, тем неудовлетворенных медицинских потребностей становится меньше; в экономически уязвимых слоях по сравнению с благополучными их доля увеличивается. Выраженность возрастных и статусных неравенств в разных странах неодинакова. Однако единичные исследовательские попытки объяснить различия в этих неравенствах с помощью контекстуальных переменных успеха не имели. Для прояснения ситуации в настоящей работе проводится двухуровневое логистическое иерархическое моделирование с использованием опросных данных, собранных в 26 странах мира по Международной программе социальных исследований (ISSP 2021), и статистических сведений, характеризующих эти страны. Результаты подтверждают, что в некоторых странах проявляется отчетливое (возрастное и статусное) неравенство неудовлетворенных потребностей в медицинских услугах, а в других странах — менее выраженное. Такие различия неравенств объясняются контекстуальными факторами — развитием экономики и социального государства, доступностью и качеством систем здравоохранения. В развитых странах неравенства оказались заметнее, чем в отстающих. Так, значительные возрастные различия отражают преимущества пожилых людей в доступе к медицинской помощи в сравнении с молодыми. Отчетливые статусные неравенства в этих странах указывают, что при низком общественном статусе человеку приходится намного чаще сталкиваться с барьерами в здравоохранении, чем при высоком. В России ограничения в доступе к услугам здравоохранения оказались, согласно полученным нами данным, среди самых высоких в мире.

Ключевые слова: доступ к медицинским услугам; неудовлетворенные потребности в медицинской помощи; возрастные и статусные неравенства доступа к медицине; выраженность неравенств в разных странах; контекстуальные объяснения неравенств доступа к медицине; двухуровневое моделирование; Международная программа социальных исследований ISSP 2021.

Для цитирования: Русинова Н.Л., Сафронов В.В. Контекстные модерации возрастных и статусных неравенств в доступе к медицинской помощи // Социологический журнал. 2025. Том 31. № 3. С. 120–138. DOI: 10.19181/socjour.2025.31.3.7 EDN: QERDKH

Социальное структурирование неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи: состояние исследований

Доступность здравоохранения является основополагающим фактором здоровья граждан, она должна определяться потребностью индивида в медицинской помощи независимо от его социально-экономического статуса. Этот принцип закладывается в основу стратегии развития современных систем здравоохранения — достижения полного охвата населения медицинскими услугами, гарантирующего всем людям получение необходимой и качественной помощи без финансовых проблем [30; 31].

В современных исследованиях одним из широко применяемых способов измерения доступности системы здравоохранения является субъективный показатель неудовлетворенной потребности в медицинской помощи [1; 6]. Основные ее причины: денежные затруднения при оплате медицинских услуг, нехватка свободного времени, длительность ожидания в очереди [1].

Доступ к здравоохранению существенно различается в разных социальных и демографических срезах населения. Согласно социально-поведенческой модели Андерсена [3], выделяются три основные группы характеристик, влияющих на показатель удовлетворенности медицинских потребностей: *предрасположенность* (*predisposing*, возраст, пол, уровень образования, семейное положение, статус занятости, место проживания), *благоприятствование* (*enabling*, доходы, страховка, социальная поддержка) и *потребность* (*need*, состояние здоровья, хронические заболевания, ограничения из-за здоровья повседневной деятельности).

Результаты, полученные как в отдельных странах, так и в крупных международных проектах, свидетельствуют, что повышенная вероятность столкнуться с проблемами доступности медицинских услуг характерна для женщин, молодых людей, лиц с низким доходом, безработных, мигрантов, лиц, обладающих слабым здоровьем, не имеющих медицинской страховки [4; 5; 13; 14; 20].

Центральная тема при изучении социальной структуризации неудовлетворенных потребностей в услугах здравоохранения — существование значительных социально-экономических неравенств граждан в сфере медобслуживания. В фокусе внимания — заметные неравенства, обусловленные различиями в доходах респондентов. Так, при изучении здравоохранения европейских стран было показано, что неудовлетворенные потребности (по любым типам медуслуг) особенно широко распространены в низкодходных категориях граждан [23; 24]. О существовании подобных неравенств свидетельствуют и другие индикаторы экономического благополучия — субъективный уровень жизни [14; 26], финансовые проблемы домохозяйства [13]. Доходные неравенства выявляются как в передовых европейских государствах, так и в странах с невысоким экономическим развитием [10; 20]. Было также показано, что неудовлетворенные потребности в медицинской помощи связаны не только с денежной недоступностью услуг, но и с ограничениями, вызванными длинными очередями и недостатком свободного времени — людям с низкими

доходами труднее отпроситься с работы, они опасаются ее потерять [5; 13; 14; 22]. Исследования, посвященные связи образования и доступности медицинских услуг, приводят к противоречивым результатам [7; 12; 14; 26].

Многие исследования свидетельствуют о возрастной стратификации доступности здравоохранения — при переходе от младших возрастных категорий к старшим наблюдается сокращение неудовлетворенных потребностей в медицинских услугах [9]. Такая зависимость подтверждается и при анализе опросных данных Европейского социального исследования (European Social Survey, ESS 2014): в большинстве стран Европы рост потребностей в услугах здравоохранения среди населения в возрасте от 65 лет сопровождается снижением неудовлетворенных потребностей у нуждающихся в медицинской помощи [27]. Эта закономерность отчасти объясняется характерным для старших возрастов увеличением количества свободного времени [13]. Статус занятости — еще одна переменная, характеризующая неравенства в сфере получения медицинских услуг: незанятые люди реже говорят о нехватке медицинской помощи из-за отсутствия свободного времени, тогда как работающие и учащиеся чаще не могут получить эти услуги из-за ограниченного временного ресурса (см., например: [21; 32]). Результаты корейского панельного исследования, посвященного выявлению причин неудовлетворенности медицинских потребностей у взрослых, показали: ее основной причиной в младших когортах являлась нехватка времени, а в старших — такие причины, как удаленность медицинского учреждения от места жительства, отсутствие постоянного врача и информации о том, куда обратиться, необходимость заботы о детях, слабое здоровье [8].

Исследования, направленные на выявление воздействия институтов здравоохранения на формирование неравенств в доступе к медицинской помощи, а также влияния на них социально-экономического контекста, немногочисленны и пока не дают оснований для обобщения выводов [29]. Так, было показано (по данным European Health Interview Survey 2015, 29 стран), что большая концентрация неудовлетворенных потребностей в медицинских услугах (из-за нехватки денег) в низкодоходных категориях вызывается экономическим контекстом. С ростом значений контекстуального фактора расходов на здоровье из своего кармана неравенства становятся более отчетливыми. Доходные неравенства доступа к медицинским услугам, связанные с длительностью ожидания или удаленностью от медицинских учреждений, усиливаются при невысоком качестве государственного управления [5]. Авторы еще одной работы приходят к выводу, что значимой характеристикой системы здравоохранения, влияющей на неравенства в получении необходимой медицинской помощи, является доступность системы оказания первичных медицинских услуг и развитие ее кадрового потенциала [11].

Анализ контекста, определяемого по показателю охвата населения медицинскими услугами в разных странах мира, показывает, что его расширение может способствовать сокращению неудовлетворенных потребностей, но может также увеличивать неравенства по причине не только большей распространенности этих неравенств среди малоимущих, но и нарастания преимуществ в высокодоходных странах. Обеспеченные люди пользуются расширенным спектром медицинских услуг и извлекают больше выгод при распределении страховых выплат, чем сограждане с низкими доходами [10; 19; 25; 32]. Кроме того, была выявлена зависимость социально-экономических неравенств в неудовлетворенных медицинских потребностях от контекстуального фактора неравенств в доходах: с повышением коэффициента Джини такие неравенства усиливаются [11; 12]. В единственной работе, которая

опиралась на данные репрезентативных опросов взрослого населения в 30 странах мира, не подтвердилось предположение о модерации доходных неравенств доступа к медицинским услугам государственными расходами на здравоохранение [20]. Сравнительных исследований возрастных различий в распространенности неудовлетворенных медицинских потребностей нам найти не удалось.

Обобщая теоретические подходы и эмпирические факты, отметим, что возрастные и статусные неравенства в доступности медицинских услуг обнаруживаются во многих странах мира, однако их выраженность, как можно предположить, зависит от социально-экономического развития стран и состояния систем здравоохранения — охвата населения медицинскими услугами, их качества и доступности. При этом приходится признать, что исследования, остающиеся малочисленными, не позволяют прийти к убедительному подтверждению предполагаемых зависимостей между контекстуальными факторами и неравенствами в доступе к медицинским услугам. В настоящей работе предполагается выяснить, как различается эта доступность в разных странах мира и чем эти различия обусловлены.

Задачи и методология исследования

Одна из актуальных проблем совершенствования систем здравоохранения во многих странах мира, по свидетельствам Организации Объединенных Наций и Всемирной организации здравоохранения [30; 31], связана с ограниченным доступом людей к получению качественных медицинских услуг. Дополнительную остроту этой проблеме придает тот факт, что доступ к этим услугам социально структурирован — значительно различается в демографических и социально-экономических слоях. Кроме того, ограничения доступности медобслуживания в уязвимых общественных слоях могут усиливаться в одних странах и ослабляться в других под влиянием общественных факторов — состояния экономики, социального государства и особенностей институтов здравоохранения.

Настоящее исследование посвящено проблеме социального структурирования доступа людей к системе здравоохранения в разных странах мира и выраженности такого структурирования в общественных контекстах, определяемых социально-экономическим развитием и качеством медицинского обслуживания. Изучение этой проблемы, как свидетельствует обзор научной литературы, позволило выявить существование в некоторых странах отчетливых социальных неравенств, указывающих на ограничение доступа к медуслугам в младших когортах взрослого населения в сравнении со старшими, а также в нижних доходных стратах в сравнении с верхними. Единичные попытки изучить выраженность таких неравенств в разных общественных контекстах оставляют неясным, как контекстуальные различия между странами отражаются на неравенствах доступа к здравоохранению.

В связи с этим в работе ставятся три основные задачи. Первая — подтвердить существование социального структурирования доступа к медицинским услугам по таким категориям, как возраст и социально-экономический статус, в различных странах мира. Вторая задача — проверить соображение о заметных различиях таких возрастных и статусных неравенств в этих странах. Третья, главная задача связана с поиском контекстуальных объяснений выраженности возрастных и статусных неравенств. Предстоит проверить, как неравенства в доступе к медобслуживанию связаны с факторами экономического и социального развития страны, доступности и качества медицинских услуг.

Эмпирические данные, которые анализировались при решении поставленных задач, были собраны в репрезентативных опросах населения в трех десятках стран мира по Международной программе социальных исследований (International Social Survey Programme, ISSP 2021, см. [18]). Общее число респондентов (в возрасте от 18 лет) составляет 42 643, но поскольку в нашей работе рассматриваются только те опрошенные, у которых за последний год была потребность в получении медицинских услуг, а также вследствие того, что не во всех странах анкеты включали полный спектр интересующих нас переменных, это число сокращается до 24 140, а список стран — до 26. К ним относятся: Австралия, Австрия, Венгрия, Дания, Германия, Израиль, Индия, Исландия, Италия, Мексика, Нидерланды, Новая Зеландия, Норвегия, Польша, Россия, Словакия, Словения, Суринам, Таиланд, Филиппины, Финляндия, Франция, Швейцария, Хорватия, Южно-Африканская Республика, Япония.

Участникам опросов предлагалось ответить на три анкетных вопроса: *«Требовалась ли Вам в течение последних двенадцати месяцев какая-либо медицинская помощь (лечение, операция), и если да — бывали ли случаи, когда Вы не получили такой медицинской помощи, потому что... (1) Вы не могли заплатить за нее... (2) У Вас не было свободного времени или у Вас были другие неотложные дела... (3) Очередь на получение нужной Вам помощи (лечения, операции) была слишком длинной»*. Варианты ответов: *«Такое случилось»*, *«Такого не случилось»* и *«Не требовалась медицинская помощь»* (если помощь не требовалась, респонденты исключались из дальнейшего анализа, как рекомендуется основными исследованиями в области изучения неудовлетворенных потребностей в медицинских услугах). Зависимые переменные в нашем анализе — это три дихотомии, характеризующие причины неудовлетворения медицинской потребности: недостаток денег, отсутствие свободного времени или иные личные причины, длинные очереди. Переменным присваивалось значение «1», если респондент указал соответствующую причину. В том случае, когда сообщалось об удовлетворении имевшейся медицинской потребности, дихотомические признаки кодировались значением «0».

Обобщающая, четвертая, зависимая переменная — индекс со значением «1», если по любой из трех причин (деньги, время, очередь) человеку не удалось получить медицинскую помощь, и «0», когда она была получена. Оказалось, что в России, например, доля неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи была одной из самых высоких в изучавшихся странах — 44% — наряду с Мексикой, Индией, а также Израилем, где был зафиксирован самый высокий показатель — 63% (что объясняется долгим ожиданием в очередях; на это указали 60% израильских респондентов). На противоположном полюсе — с самыми низкими его значениями — располагаются Норвегия, Япония, Швейцария, Венгрия и Нидерланды, в которых индекс равняется 12–19%.

Одна из основных независимых переменных — возраст, измеренный в годах и в шести категориях: 18–30 лет, 31–40, 41–50, 51–60, 61–70 и 71 год и старше. Другая — субъективный социально-экономический статус: *«В нашем обществе есть люди, занимающие высокое и низкое общественное положение. На какое место Вы бы поместили себя на шкале, где “1” означает низкое общественное положение, а “10” — высокое общественное положение?»* Использование субъективного показателя имеет свои преимущества по сравнению с объективными характеристиками социально-эконо-

мического статуса [2; 17]: фиксируются не только различия по образованию, доходам и профессии, но и относительная социальная позиция индивида — его целостное восприятие своего места в обществе в соотношении с другими людьми¹.

Связь переменных возраста и субъективного общественного статуса с зависимыми переменными рассматривалась при контроле ряда признаков, с которыми, согласно предшествующим исследованиям, могла коррелировать неудовлетворенность потребностей в медицинских услугах. К таким признакам относятся: пол, место жительства респондента (крупный город, небольшой город и сельская местность), страховка (отсутствует, государственная, частная и другие разновидности), семейное положение (есть муж/жена, партнер или нет), статус занятости (работает, учится или же на пенсии, безработный, хронический больной, ведет домашнее хозяйство).

Еще одна важная контрольная переменная — самооценки респондентами своего здоровья: «Как Вы оценили бы в целом свое здоровье (имеется в виду и физическое, и нервное/психическое здоровье)? ...» «1 — отличное, 2 — очень хорошее, 3 — хорошее, 4 — удовлетворительное, 5 — слабое». Ухудшение самочувствия, как было установлено, сопровождается нарастанием неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи. Включение этой переменной индивидуального уровня в двухуровневые модели позволяет оценить зависимости между показателем неудовлетворенных потребностей в медицинских услугах и интересующими нас независимыми переменными возраста и общественного статуса среди респондентов со сходным состоянием здоровья.

В нашем анализе предполагается, что зависимости между переменными возраста, социального статуса и индексом неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи варьируют при изменении общественного контекста. Этот контекст описывается с помощью четырех факторов:

- 1) уровень экономического развития стран — ВВП (валовой внутренний продукт) на душу²;
- 2) душевые государственные расходы на здравоохранение³;
- 3) индекс доступности и качества медицинской помощи (Healthcare Access and Quality Index), измеренных по предотвратимой смертности — от причин, которые не должны быть фатальными при наличии эффективной медицинской помощи (см. [16]);
- 4) индекс всеобщего охвата услугами здравоохранения (Universal Health Coverage Index), который позволяет получить интегральную количественную оценку эффективного охвата услугами здравоохранения, свидетельствующую о соответствии предоставляемых медицинских услуг профилям заболеваемости в стране и возможности улучшения здоровья населения всех возрастов [15].

¹ Объективные измерения социально-экономического статуса, как показал предварительный анализ, слабо связаны с неудовлетворенными потребностями в медицинской помощи — они мало различаются у людей с разным образованием, а рассмотрению доходов мешают очень высокие доли отказов от ответа.

² World Bank, World Development Indicators, GDP per capita, PPP 2021 constant \$. — URL: <https://databank.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD/1ff4a498/Popular-Indicators> (дата обращения 06.05.2025).

³ World Health Organization, Domestic general government health expenditure per capita in US\$, 2021. — URL: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/domestic-general-government-health-expenditure-\(gghe-d\)-per-capita-in-us](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/domestic-general-government-health-expenditure-(gghe-d)-per-capita-in-us) (дата обращения 06.05.2025).

Модерация этими контекстуальными факторами возрастных и статусных неравенств в доступе к системе здравоохранения рассматривалась, как рекомендуется в исследовании [27], при учете на уровне стран потребности в медицинских услугах — доли респондентов, имевших такую потребность.

Расположение изучавшихся в ISSP стран в плоскости, определяемой одним и другим индексами состояния систем здравоохранения (могут меняться от 0 до 100), — ключевыми, как можно предположить, характеристиками общественного контекста, — приведено на рисунке 1. Оба индекса, как видно на рисунке, очень тесно связаны между собой (Pearson's $r = 0,97$, $p < 0,0001$), так что при низких значениях индекса доступности и качества медицинской помощи низким является и охват услугами здравоохранения, а при высоких значениях одного из них высоким будет и другой.

В нижней левой части рисунка располагаются страны, в которых системы здравоохранения не способны обеспечить всеобщий охват населения медицинскими услугами и отличаются невысоким их качеством. Сюда попадают такие страны, как Индия, Суринам, Филиппины, Южно-Африканская Республика и Мексика. В правом верхнем углу концентрируются многие развитые экономически и социально государства. Их системы здравоохранения обеспечивают широкий охват медицинскими услугами и характеризуются доступностью и высоким качеством.

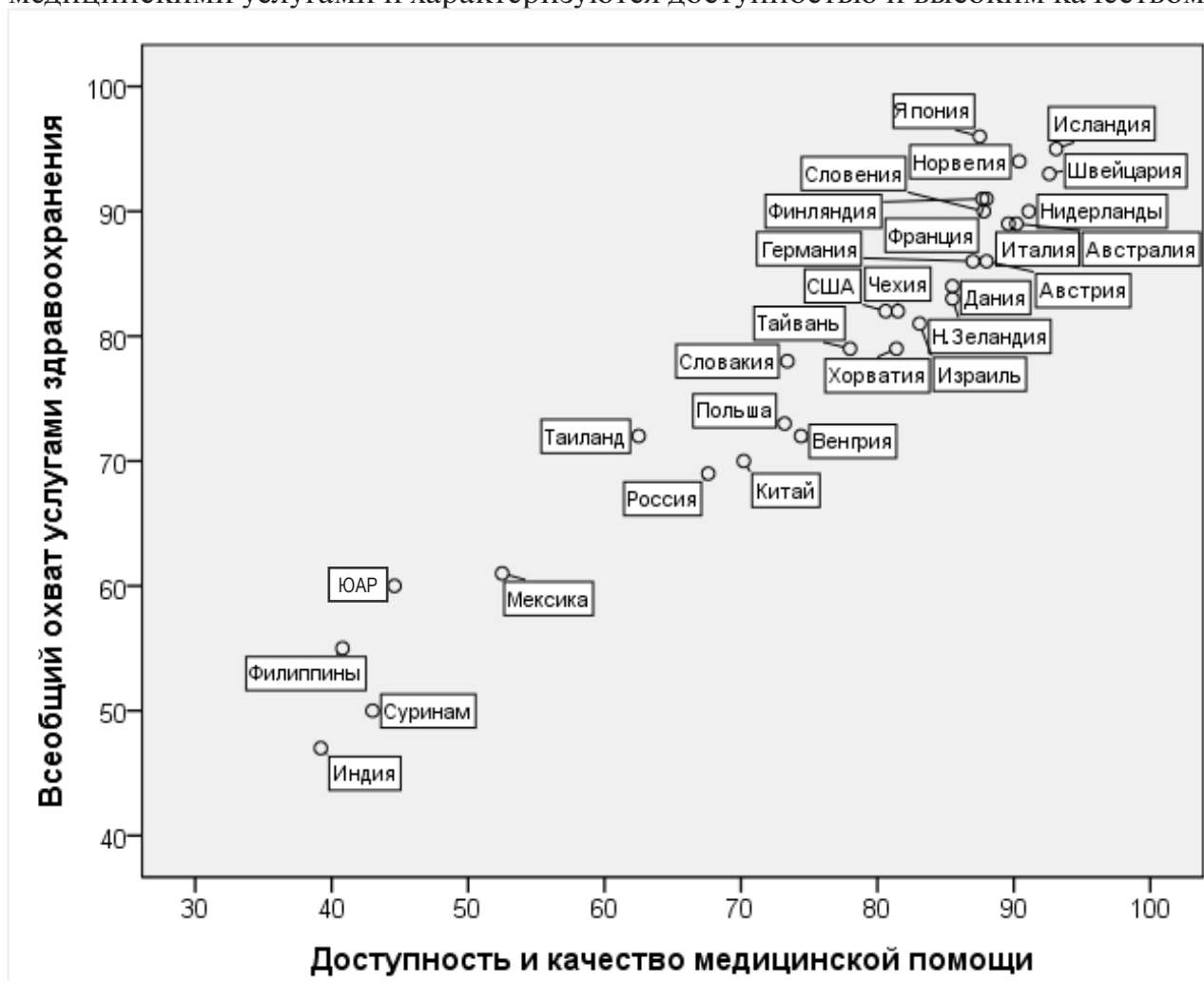


Рис. 1. Доступность и качество медицинской помощи и охват услугами здравоохранения в странах мира, %

В середине рисунка располагаются государства Центральной и Восточной Европы — Россия, Польша, Венгрия, Словакия и Хорватия, а также такие страны Азии, как Китай и Таиланд. В них системы здравоохранения заметно хуже, чем в развитых странах, опережая, однако, государства с неразвитыми системами здравоохранения.

Схема двухуровневого моделирования приводится на рисунке 2. Оно осуществлялось с помощью специализированного программного пакета «Иерархическое линейное и нелинейное моделирование» (Hierarchical Linear and Non-Linear Modelling, HLM, см. [28]).

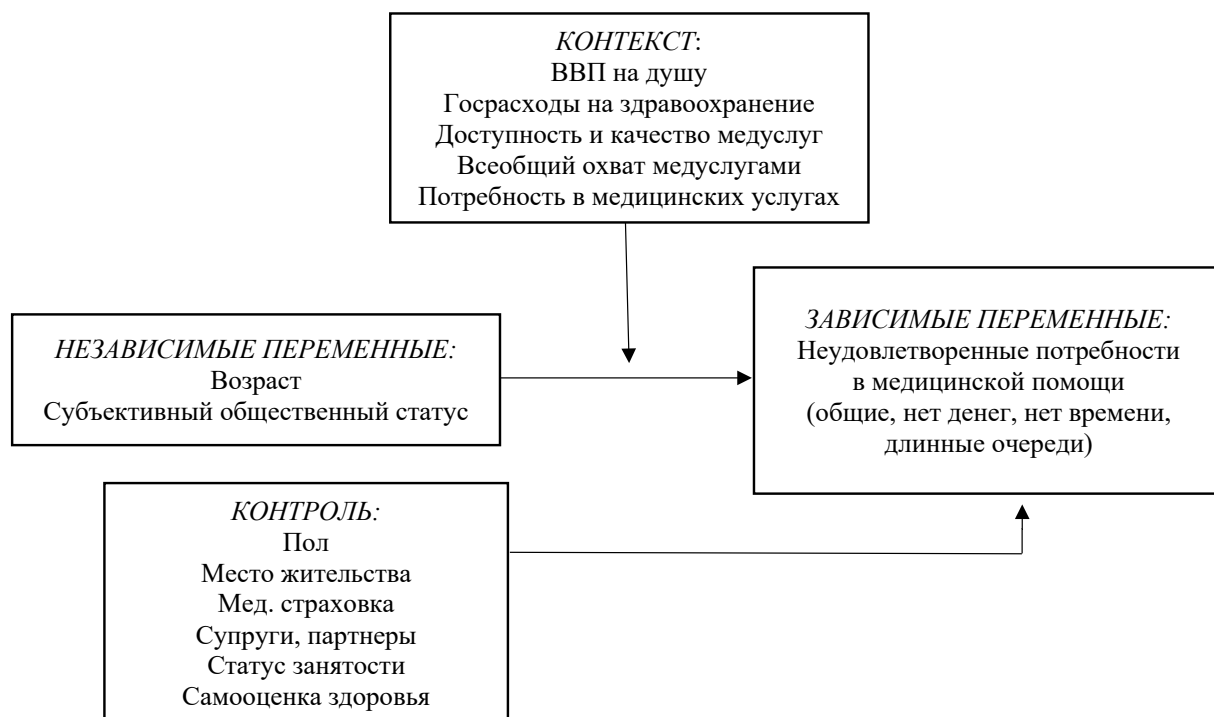


Рис. 2. Социальные неравенства в сфере доступности здравоохранения: схема анализа

Неудовлетворенные потребности в медицинской помощи (из-за отсутствия денег, времени, больших очередей и в целом по любой из этих причин) рассматривались в зависимости от возраста и субъективного общественного статуса респондентов, при этом использовались двухуровневые иерархические модели со случайными коэффициентами, поскольку в одних странах эти зависимости могли быть выражены менее отчетливо, чем в других. Предполагалось, что такие вариации коэффициентов могут объясняться общественным контекстом — уровнем экономического развития страны, государственными расходами на здравоохранение, охватом, качеством и доступностью системы здравоохранения (при учете потребностей в медицинских услугах в разных странах). Связь возраста и субъективного статуса респондента с зависимыми переменными оценивалась с учетом контрольных признаков. Независимые переменные преобразовывались и могли изменяться в диапазоне от 0 до 1, так что коэффициенты их влияния на удовлетворенность медицинскими услугами свидетельствуют о различиях между полярными возрастными и статусными группами. Контекстуальные факторы, характеризующие страны, центрировались относительно среднего значения и из-

мерялись в стандартных отклонениях. С целью уменьшения выборочных ошибок индивидуальные данные взвешивались с помощью переменной постстратификационных весов, включенной в массивы ISSP.

Возрастные и статусные неравенства неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи

Предшествующие работы, проведенные, как правило, в отдельных странах, позволяют предположить, что доступ к системе здравоохранения социально структурирован. Результаты показывают, что в старших возрастных когортах неудовлетворенные потребности в медицинской помощи могут быть менее выраженными, чем в младших, которым может не хватать времени и ресурсов. Было также обнаружено, что эти неудовлетворенные потребности реже встречаются среди хорошо обеспеченных людей по сравнению с малообеспеченными, у которых не хватает ресурсов для получения качественного лечения. Отмечалась и зависимость доступа к системе здравоохранения от состояния здоровья — при его ухудшении и более высокой потребности в медицинских услугах происходит увеличение доли респондентов, которые не смогли ее удовлетворить.

Представления о социальном структурировании доступа к услугам здравоохранения подтверждаются и нашими результатами — фиксированными коэффициентами, представленными в таблице 1 для каждого из трех препятствий при получении медицинских услуг: недостатка денег, отсутствия свободного времени (и других личных обстоятельств), длинных очередей, а также для общего индекса неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи (по любой из этих причин).

Все модели в таблице 1, описывающие социально-демографические различия в доступе к услугам здравоохранения, выявляют сходные зависимости с интересующими нас переменными. Так, доля индивидов с неудовлетворенными потребностями отчетливо сокращается с возрастом — в младших когортах она выше, чем среди пожилых. Ограничения доступа к медицинским услугам становятся отчетливее при понижении субъективного общественного статуса.

Некоторые контрольные переменные также приводят к ожидаемым зависимостям. Так, распространенность неудовлетворенных потребностей больше среди женщин, чем среди мужчин, возрастает по мере ухудшения самочувствия индивидов. В то же время другие контролируемые признаки, включая место жительства, различия страховок, семейное положение и статус занятости, не играют существенной роли в объяснении различий в доступе к системе здравоохранения.

В нижней части таблицы 1 приводятся дисперсии, характеризующие различия и выраженность возрастных и статусных неравенств в доступе к услугам здравоохранения в изучавшихся странах мира. Во всех четырех моделях эти дисперсии оказались статистически значимыми на высоком уровне ($p < 0,001$), что подтверждает предположение о контекстуальной обусловленности этих неравенств.

Таблица 1

Неравенства в доступе к медицинским услугам и их вариации в странах мира

Независимые переменные	Модель 1 <i>Не мог заплатить</i>	Модель 2 <i>Не было времени</i>	Модель 3 <i>Длинные очереди</i>	Модель 4 <i>Индекс, любая причина</i>
Уровень 1 — индивиды				
Константа	–2,32***	–2,33***	–1,20***	–0,90***
Самооценка здоровья (хорошее/плохое)	–1,48***	–0,88***	–1,15***	–1,38***
Возраст	–1,84***	–2,54***	–1,34***	–1,64***
Субъективный общественный статус	–2,75***	–1,45***	–1,22***	–1,34***
Пол (м = 1)	–0,16**	–0,24***	–0,18***	–0,22***
Место жительства:				
<i>Крупный город</i>				
Небольшой город	–0,08	–0,03	–0,13	–0,03
Сельская местность	–0,11	–0,05	–0,17***	–0,08
Страховка:				
Нет	–0,12	–0,11	–0,23	–0,14
<i>Обязательная (государственная)</i>				
Дополнительная	–0,32**	–0,11	–0,11*	–0,05
Семейное положение (супруги, партнеры = 1)	–0,14*	–0,08	–0,06	–0,01
Статус занятости (работают, учатся = 1)	–0,09	–0,63***	–0,00	–0,11
Уровень 2 — страны				
Дисперсия: константа	0,79***	0,64***	0,41***	0,36***
Дисперсия: влияние возраста	2,44***	1,66***	1,12***	1,88***
Дисперсия: влияние субъективного статуса	2,92***	1,00***	0,26**	0,49***
N: индивиды / страны	22883 / 26	23059 / 26	22744 / 25	24140 / 26

Примечание. Двухуровневые логистические модели со «случайными» коэффициентами для интерсепта, переменных возраста и субъективного общественного статуса. Курсив — референтные категории. Уровни значимости: *** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$.

Модерация неравенств в доступе к медицинской помощи

Дальнейший анализ был направлен на поиск контекстуальных факторов, которые позволили бы объяснить страновые различия выраженности возрастных и статусных неравенств в доступе к медицинским услугам. Для этого описанные ранее показатели душевого ВВП, государственных расходов на здравоохранение, индексы доступности и качества медицинских услуг, а также охвата населения этими услугами поочередно включались в модели 5–8 в качестве модераторов,

влияющих на выраженность возрастных и статусных неравенств доступа к ним (при контроле на втором уровне потребности в медобслуживании и ее воздействия на возрастные и статусные неравенства). Совместное включение этих контекстуальных показателей в одну модель может привести к искажению статистических оценок, поскольку экономическое развитие, расходы государства на здоровье граждан и индексы работы системы здравоохранения очень тесно взаимосвязаны. Результаты моделирования представлены в таблице 2.

Таблица 2

Контекстуальные модераторы неравенств в доступе к медицинским услугам

Независимые переменные	Модель 5	Модель 6	Модель 7	Модель 8
Уровень 1 — индивиды				
Константа	−0,89***	−0,88***	−0,89***	−0,89***
Самооценка здоровья (хорошее/плохое)	1,37***	1,37***	1,38***	1,38***
Возраст	−1,61***	−1,59***	−1,62***	−1,60***
Субъективный общественный статус	−1,36***	−1,35***	−1,40***	−1,39***
Пол (м = 1)	−0,22***	−0,22***	−0,22***	−0,22***
Место жительства:				
<i>Крупный город</i>				
Небольшой город	−0,03	−0,03	−0,03	−0,03
Сельская местность	−0,07	−0,08	−0,07	−0,08
Страховка:				
Нет	−0,14	−0,14	−0,14	−0,14
<i>Обязательная (государственная)</i>				
Дополнительная	−0,05	−0,05	−0,05	−0,05
Семейное положение (супруги, партнеры = 1)	0,00	0,01	0,01	0,01
Статус занятости (работают, учатся = 1)	0,11	0,11	0,11	0,11
Уровень 2 — страны				
Потребность в медуслугах	0,15	0,22	0,16	0,15
ВВП на душу	−0,25**			
Госрасходы на здравоохранение		−0,29**		
Доступность и качество медуслуг			−0,17	
Всеобщий охват медуслугами				−0,20*
Интеракции уровней 1 и 2				
Возраст x Потребность в медуслугах	0,26	0,47*	0,26	0,25
Статус x Потребность в медуслугах	−0,21*	−0,07	−0,21	−0,21
Возраст x ВВП на душу	−0,79***			
Статус x ВВП на душу	−0,55***			

Продолжение таблицы 2

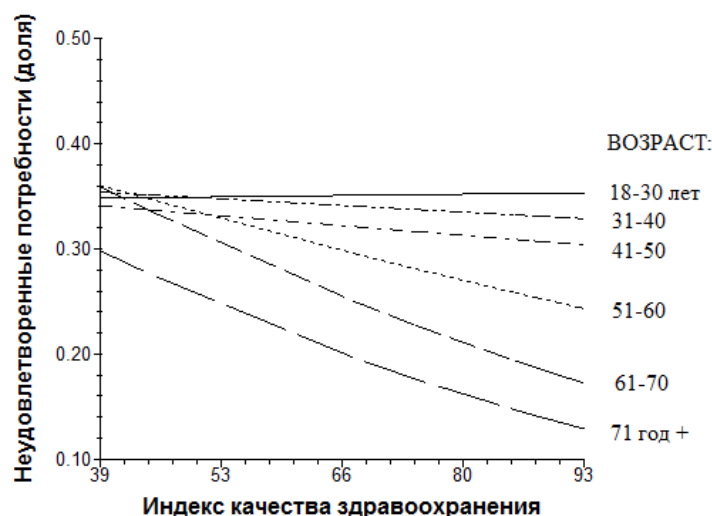
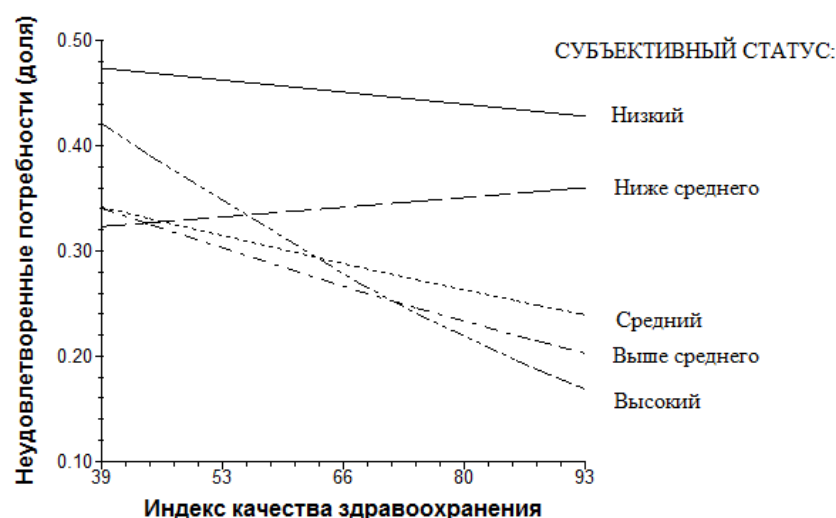
Независимые переменные	Модель 5	Модель 6	Модель 7	Модель 8
Возраст x Госрасходы на здравоохранение		–0,88***		
Статус x Госрасходы на здравоохранение		–0,51***		
Возраст x Доступность и качество медуслуг			–0,74***	
Статус x Доступность и качество медуслуг			–0,52***	
Возраст x Всеобщий охват медуслугами				–0,85***
Статус x Всеобщий охват медуслугами				–0,53***
Объясненные дисперсии, %				
Возраст x Доступность медуслуг	34	39	33	42
Статус x Доступность медуслуг	71	26	69	67

Примечание. Двухуровневые логистические модели с модерацией контекстуальными факторами возрастных и статусных неравенств в доступе к медицинским услугам. Зависимая переменная — общий индекс неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи (среди тех, у кого была такая потребность в последние 12 месяцев). N1 (индивиды) = 24 140, N2 (страны) = 26. Курсив — референтные категории независимых переменных. Уровни значимости: *** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$.

Описанные зависимости свидетельствуют о контекстуальной обусловленности возрастных и статусных неравенств в доступе к медицинской помощи — они усиливаются в экономически развитых странах с лучшими системами здравоохранения как по качеству услуг, так и по охвату населения.

Чтобы показать характер этих зависимостей, на рисунке 3 приводятся результаты, полученные при модерации неравенств по возрасту и статусу индексом доступности и качества систем здравоохранения (как в модели 7), причем для наглядности возрастные различия представлены в шести категориях, а статусные — в укрупненных пяти расслоениях.

На панели А представлены результаты моделирования, демонстрирующие контекстуально обусловленные возрастные неравенства доступа к здравоохранению. При невысоком развитии систем здравоохранения наблюдается слабая возрастная дифференциация доступа к медицинским услугам — в младших, средних и старших возрастах сходные доли респондентов (около 35%) сообщали о неудовлетворенных потребностях в медобслуживании, и лишь у самых пожилых эта доля была немного ниже, чем в других возрастных срезах. По мере роста контекстуального индекса доступности и качества медицинских услуг происходит постепенное увеличение возрастных различий: если в младших категориях существенного улучшения ситуации не наблюдается, то в старших люди жалуются на неудовлетворенные потребности гораздо реже.

А) Возрастные неравенства**Б) Статусные неравенства****Рис. 3. Доступ к медицинской помощи: возраст, статус, системы здравоохранения**

Можно предположить, что ресурсные затруднения в младших когортах (отсутствие денег, свободного времени, длинные очереди на прием к врачу) не позволяют их представителям воспользоваться более совершенными системами здравоохранения своих стран. Кроме того, в развитых странах эти системы сориентированы на социальную защиту уязвимых слоев населения, и поэтому, вероятно, у людей старших возрастов показатели ограниченного доступа к медицинской помощи оказываются существенно ниже.

Объяснение статусных неравенств помогает получить панель Б на рисунке 3. При низких значениях индекса доступности и качества здравоохранения статусные неравенства выражены неотчетливо, но все же несколько больше препятствий обнаруживается в группе индивидов с низким статусом. По мере улучшения качества здравоохранения происходит постепенное снижение доли респондентов

с неудовлетворенными потребностями, главным образом в категориях с более высоким статусом, тогда как в низкостатусных срезах сокращение этой доли было незначительным или вовсе не проявлялось. Это подтверждает предположение, что люди с более высоким статусом выигрывают при совершенствовании здравоохранения, характерном для экономически и социально продвинутых государств.

Ориентируясь на общие закономерности, выявленные для изучавшихся стран, остановимся вкратце на российских особенностях. Напомним, что в нашей стране ограничения в доступе к услугам здравоохранения оказались, согласно полученным нами данным, среди самых высоких в мире. Доля заявивших о своих неудовлетворенных медицинских потребностях достигает 44% при учете каждой из трех причин — недостатка денег, свободного времени, длинных очередей (это значение намного выше, чем в ряде развитых стран, хотя и сопоставимо со значениями в странах с невысоким уровнем развития или со своеобразными институтами здравоохранения). Среди указанных причин наши сограждане немного чаще называли долгое ожидание в очередях (17%) и недостаток времени, другие личные причины (16%), а немного реже — нехватку денег (11%). Интересующие нас возрастные и статусные различия можно описать с помощью представленных выше рисунков, построенных по результатам двухуровневого логистического моделирования. Россия, согласно ее сопоставлению с другими странами, по контекстуальному показателю качества здравоохранения (рис. 1) заметно уступает, как отмечалось, наиболее развитым странам мира, опережая, однако, ряд отстающих государств. Она занимает средние позиции, что позволяет, обратившись к рисунку 3, получить наглядное представление о выраженности в нашей стране возрастных и статусных неравенств в доступе к системе здравоохранения.

Как показано на рисунке 3А, различие между младшей возрастной группой (18–30 лет) и пожилыми людьми (71 год и старше) составляет — при российском значении индекса качества здравоохранения — около 30 п. п. На неудовлетворенные потребности гораздо чаще указывают лица младших возрастов, чем старших. В то же время в наиболее развитых странах с самым высоким качеством здравоохранения, как видно на этом рисунке, такие неравенства выражены более отчетливо. Если у молодых людей во всех странах, в том числе и самых передовых, высокий показатель ограничений доступа остается сходным, то у пожилых в развитых странах он резко снижается. Возрастные неравенства в странах с невысоким уровнем развития остаются слабо выраженными, даже по сравнению с их проявлением в России.

Статусные неравенства неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи в нашей стране, как свидетельствует рисунок 3Б, также выражены с достаточной очевидностью. Среди россиян с низким социальным статусом доля не получивших помощи достигает почти 50%, среди людей с высоким положением в обществе таковых вдвое меньше — только 25%. В России неравенства более отчетливы, чем в странах с невысоким качеством здравоохранения, однако заметно уступают статусной дифференциации доступа в тех странах, где оно развито высоко. Российские результаты, как и сведения о статусных неравенствах, полученные в других странах, указывают на важную общественную проблему — значительное ограничение возможностей получения медицинской помощи у людей с низким социальным положением.

Заключение

Представленный анализ подтверждает известные зависимости, свидетельствующие о социальном структурировании неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи. Двухуровневое моделирование с использованием опросных данных Международной программы социальных исследований (ISSP, 2021) для 26 стран мира и статистических и аналитических сведений об этих странах позволило обнаружить отчетливые возрастные и статусные неравенства, свидетельствующие об уязвимости младших поколений и людей с низким общественным положением — во многих странах показатели неудовлетворенных потребностей в медицинских услугах в этих группах оказались существенно выше, чем среди пожилых и людей с высоким общественным положением.

Результаты данного исследования показывают, что возрастные и статусные неравенства доступа к системе здравоохранения выражены в одних странах с гораздо большей отчетливостью, чем в других. Редкие попытки наших предшественников объяснить такие различия успехом не увенчались.

В нашей работе рассматривались четыре контекстуальных фактора, различающих страны по экономическому развитию (душевой ВВП), состоянию социального государства (расходы на здравоохранение), доступности и качеству медицинских услуг и охвату ими населения (а также контрольный признак — распространенность потребности в этих услугах). Поскольку эти факторы очень тесно связаны между собой, модели — при их поочередном включении в уравнения на втором уровне анализа для объяснения возрастных и статусных неравенств доступа к системе здравоохранения — оказались сходными.

Моделирование свидетельствует, что в более развитых странах (по любому из факторов) наблюдаются отчетливые возрастные и статусные неравенства, тогда как в менее развитых они оказываются невыраженными. В странах с высоким уровнем экономического развития и государственных вложений в здравоохранение, а также доступности и качества медицинских услуг неравенства проявляются с большей определенностью, чем при невысоких значениях этих контекстуальных факторов. Усиление в развитых странах возрастных различий вследствие сокращения неудовлетворенных медицинских потребностей в старших возрастах может указывать на эффективность государственной социальной защиты, нацеленной на поддержку уязвимых слоев. Кроме того, возрастные неравенства могут отражать дефицит у людей младшего и среднего возрастов ресурсов — денег и свободного времени. Что же касается статусных различий, сокращение неудовлетворенных потребностей в развитых странах происходит у людей с более высоким, а не низким, как можно было бы ожидать, общественным положением. Это является важным свидетельством нерешенности проблемы социально-экономических неравенств доступа к медицинским услугам даже в наиболее развитых странах, где системы здравоохранения отличаются высоким качеством. Оказалось, что хорошее здравоохранение в этих странах создает благоприятные условия для людей с высоким социально-экономическим положением, имеющим знания и ресурсы, которые позволяют им использовать свои статусные преимущества для удовлетворения потребностей в медицинских услугах. В то время как люди с невысоким общественным положением — при объективно худшем состоянии здоровья, чем у более

благополучных сограждан, — могут недооценивать серьезности заболеваний, плохо ориентируются в имеющихся возможностях лечения, не знают, куда обратиться для получения необходимой помощи, им труднее выкроить свободное время для посещения врача и они не имеют материальных средств на дорогостоящие услуги. Все это может создавать дополнительные барьеры при попытках получения медицинской помощи.

При интерпретации результатов исследования необходимо иметь в виду ряд ограничений. Одно из них связано с использованием субъективных показателей неудовлетворенных потребностей в медицинских услугах. Различие между социальными стратами может в какой-то мере определяться неодинаковыми трактовками состояния здоровья и необходимости получения медицинской помощи у людей с высоким и низким положением в общественной структуре. Вполне вероятно, что в нижних общественных стратах недооценивается потребность в медицинских услугах, вследствие чего действительные неравенства в доступе к услугам здравоохранения могут оказаться значительно шире. Кроме того, при сравнительном анализе возможны искажения в оценке неравенств, обусловленные культурным контекстом. При интерпретации зависимостей между социальными неравенствами и доступом к здравоохранению следует учитывать, что эти зависимости получены в кросс-секционном анализе, который, свидетельствуя об ассоциации переменных, не позволяет интерпретировать их каузально. В дальнейших исследованиях предстоит продолжить сравнительное изучение социальных неравенств доступа к медицинским услугам и найти объяснения описанным возрастным и статусным различиям.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Русинова Нина Львовна — кандидат экономических наук, заведующий сектором социологии здоровья, Социологический институт РАН — филиал Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН. **Телефон:** +7 (812) 316–75–68. **Электронная почта:** nrusinova@gmail.com

Сафронов Вячеслав Владимирович — старший научный сотрудник, Социологический институт РАН — филиал Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН. **Телефон:** +7 (812) 316–34–36. **Электронная почта:** vsafronov@list.ru

SOTSIOLOGICHESKIY ZHURNAL = SOCIOLOGICAL JOURNAL. 2025. Vol. 31. No. 3. P. 120–138. DOI: [10.19181/socjour.2025.31.3.7](https://doi.org/10.19181/socjour.2025.31.3.7)

Research Article

NINA L. RUSINOVA¹, VIACHESLAV V. SAFRONOV¹

¹ Sociological Institute of FCTAS RAS.

25/14, 7–th Krasnoarmeyskaya str., 190005, St Petersburg, Russian Federation.

CONTEXTUAL MODERATIONS OF AGE AND STATUS INEQUALITIES IN ACCESS TO HEALTHCARE

Abstract. The article analyzes the problem of social inequalities in access to healthcare services in different countries of the world, including Russia. In modern research, such a subjective indicator as unmet medical care needs has become widely used in order to measure these inequalities. In particular, it was found that

with age this indicator decreases significantly, while in economically vulnerable groups the values increase. Such age and status inequalities manifest to various degrees of intensity in different countries. However the rare attempts to explain such differences between countries using contextual variables have yet not been successful. In order to clarify the situation, this study conducts two-level logistic hierarchical modeling using survey data collected in 26 countries of the world under the International Social Survey Program (ISSP 2021) and statistics characterizing these countries. The results confirm that in some countries there are clear age and status inequalities when it comes to unmet needs for healthcare services, while in others they are more ambiguous, and such differences in how inequalities manifest can be explained by contextual factors that differentiate countries in terms of economic and welfare state development, accessibility and quality of healthcare systems. In developed countries inequalities are more pronounced than in underdeveloped countries. In the former, attention to socially vulnerable groups is a likely reason for the significant improvement in access to healthcare for older age cohorts and the persistence of access restrictions at younger ages. At the same time when analyzing status inequalities it becomes clear that they are more pronounced in developed countries. This confirms the assumption about the greater gain in access to medical services for individuals with high social status in countries with more complete coverage of the population with high-quality medical services. Such differences in inequality are explained by contextual factors — the development of the economy and the welfare state, the availability and quality of healthcare systems. In developed countries, inequalities turned out to be more noticeable than in underdeveloped countries. As such, significant age differences reflect the advantages of older people in access to medical care compared to young people. Clear status inequalities in these countries indicate that with low social status a person has to deal with barriers when it comes to healthcare provision much more often than if they had been a person of higher status. In our country, restrictions in access to healthcare services turned out, according to the data we acquired, to be among the highest in the world.

Keywords: access to healthcare services; unmet need for healthcare; age and status inequalities in access; strength of inequalities across countries; contextual explanations of inequalities; two-level modeling; International Social Survey Program, ISSP 2021.

For citation: Rusinova, N.L., Safronov, V.V. Contextual Moderations of Age and Status Inequalities in Access to Healthcare. *Sotsiologicheskii Zhurnal = Sociological Journal*. 2025. Vol. 31. No. 3. P. 120–138. DOI: [10.19181/socjour.2025.31.3.7](https://doi.org/10.19181/socjour.2025.31.3.7)

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Nina L. Rusinova — Candidate of Economical Sciences, Head of the Health Sociology Sector, Sociological Institute of FCTAS RAS. **Phone:** +7 (812) 316-75-68. **Email:** nrusinova@gmail.com

Viacheslav V. Safronov — Senior Researcher, Sociological Institute of FCTAS RAS. **Phone:** +7 (812) 316-34-36. **Email:** vsafonov@list.ru

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. 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 and Medicine*. 2010. Vol. 70. No. 3. P. 465–472. DOI: [10.1016/j.socscimed.2009.10.027](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.027)
2. Andersson M.A. How Do We Assign Ourselves Social Status? A Cross-Cultural Test of the Cognitive Averaging Principle. *Social Science Research*. 2015. Vol. 52. P. 317–329. DOI: [10.1016/j.ssresearch.2015.02.009](https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2015.02.009)
3. 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. P. 1–10. DOI: [10.2307/2137284](https://doi.org/10.2307/2137284)
4. Baeten R., Spasova S., Vanhercke B., Coster S. *Inequalities in Access to Healthcare. A Study of National Policies*. European Social Policy Network (ESPN). Brussels: European Commission, 2018. 74 p. DOI: [10.2767/371408](https://doi.org/10.2767/371408)
5. Carnazza G., Liberati P., Resce G. Income-Related Unmet Needs in the European Countries. *Socio-Economic Planning Sciences*. 2023. Vol. 87. No. 2. Article 101542. DOI: [10.1016/j.seps.2023.101542](https://doi.org/10.1016/j.seps.2023.101542)

6. Carr W., Wolfe S. Unmet Needs as Sociomedical Indicators. *Socio-Medical Health Indicators*. Ed. by J. Elinson, A. Siegmann. N.Y.: Routledge, 2019. P. 33–46. DOI: [10.4324/9781315223711](https://doi.org/10.4324/9781315223711)
7. Chaupain-Guillot S., Guillot O. Health System Characteristics and Unmet Care Needs in Europe: An Analysis Based on EU–SILC Data. *European Journal of Health Economics*. 2015. Vol. 16. No. 7. P. 781–796. DOI: [10.1007/s10198-014-0629-x](https://doi.org/10.1007/s10198-014-0629-x)
8. Chung W. Changes in Barriers That Cause Unmet Healthcare Needs in the Life Cycle of Adulthood and Their Policy Implications: A Need-Selection Model Analysis of the Korea Health Panel Survey Data. *Healthcare*. 2022. Vol. 10. No. 11. Article 2243. DOI: [10.3390/healthcare10112243](https://doi.org/10.3390/healthcare10112243)
9. Corscadden L., Levesque J.F., Lewis V., Strumpf E., Breton M., Russell G. Factors Associated with Multiple Barriers to Access to Primary Care: An International Analysis. *International Journal for Equity in Health*. 2018. Vol. 17. Article 28. DOI: [10.1186/s12939-018-0740-1](https://doi.org/10.1186/s12939-018-0740-1)
10. Coube M., Nikoloski Z., Mrejen M., Mossialos E. Inequalities in Unmet Need for Health Care Services and Medications in Brazil: A Decomposition Analysis. *The Lancet Regional Health — Americas*. 2023. Vol. 19. Article 100426. DOI: [10.1016/j.lana.2022.100426](https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100426)
11. Detollenaere J., Hanssens L., Vyncke V., De Maeseneer J., Willems S. Do We Reap What We Sow? Exploring the Association between the Strength of European Primary Healthcare Systems and Inequity in Unmet Need. *PLoS One*. 2017. Vol. 12. No. 1. Article e0169274. DOI: [10.1371/journal.pone.0169274](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169274)
12. Elstad J.I. Income Inequality and Foregone Medical Care in Europe During the Great Recession: Multilevel Analyses of EU–SILC Surveys 2008–2013. *International Journal for Equity in Health*. 2016. Vol. 15. No. 1. Article 101. DOI: [10.1186/s12939-016-0389-6](https://doi.org/10.1186/s12939-016-0389-6)
13. 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. P. 79–98. DOI: [10.1007/s10754-019-09271-0](https://doi.org/10.1007/s10754-019-09271-0)
14. 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. Suppl_1. P. 82–89. DOI: [10.1093/eurpub/ckw219](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw219)
15. GBD 2019 Universal Health Coverage Collaborators. Measuring Universal Health Coverage Based on an Index of Effective Coverage of Health Services in 204 Countries and Territories, 1990–2019: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020. Vol. 396. No. 10258. P. 1250–1284. DOI: [10.1016/S0140-6736\(20\)30750-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30750-9)
16. GBD 2019 Healthcare Access and Quality Collaborators. Assessing Performance of the Healthcare Access and Quality Index, Overall and by Select Age Groups, for 204 Countries and Territories, 1990–2019: A Systematic Analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Global Health*. 2022. Vol. 10. No. 12. P. e1715–e1743. DOI: [10.1016/S2214-109X\(22\)00429-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00429-6)
17. Hoebel J., Lampert T. Subjective Social Status and Health. Multidisciplinary Explanations and Methodological Challenges. *Journal of Health Psychology*. 2020. Vol. 25. No. 2. P. 173–185. DOI: [10.1177/1359105318800804](https://doi.org/10.1177/1359105318800804)
18. ISSP Research Group. *ZA8000 International Social Survey Programme: Health and Health Care II — ISSP 2021*. GESIS, Cologne, ZA8000 Data file Version 2.0.0. 2024. DOI: [10.4232/5.ZA8000.2.0.0](https://doi.org/10.4232/5.ZA8000.2.0.0)

19. Joe W., Rudra S., Subramanian S.V. Horizontal Inequity in Elderly Health Care Utilization: Evidence from India. *Journal of Korean Medical Science*. 2015. Vol. 30. Suppl. 2. P. S155–166. DOI: [10.3346/jkms.2015.30.S2.S155](https://doi.org/10.3346/jkms.2015.30.S2.S155)
20. Kim T.J., Vonneilich N., Lüdecke D., von dem Knesebeck O. Income, Financial Barriers to Health Care and Public Health Expenditure: A Multilevel Analysis of 28 Countries. *Social Science and Medicine*. 2017. Vol. 176. P. 158–165. DOI: [10.1016/j.socscimed.2017.01.044](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.044)
21. Lee S.Y., Kim C.W., Kang J.H., Seo N.K. Unmet Healthcare Needs Depending on Employment Status. *Health Policy*. 2015. Vol. 119. No. 7. P. 899–906. DOI: [10.1016/j.healthpol.2014.09.007](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.09.007)
22. Martin S., Siciliani L., Smith P. Socioeconomic Inequalities in Waiting Times for Primary Care across Ten OECD Countries. *Social Science and Medicine*. 2020. Vol. 263. Article 113230. DOI: [10.1016/j.socscimed.2020.113230](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113230)
23. Nikoloski Z., Cheatley J., Mossialos E. Financial Risk Protection and Unmet Healthcare Need in Russia. *International Journal of Health Policy and Management*. 2022. Vol. 11. No. 9. P. 1715–1724. DOI: [10.34172/ijhpm.2021.72](https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.72)
24. OECD. *Health for Everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems*. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, 2019. 187 p. DOI: [10.1787/3c8385d0-en](https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en)
25. Pulok M.H., Hajizadeh M. Equity in the Use of Physician Services in Canada's Universal Health System: A Longitudinal Analysis of Older Adults. *Social Science and Medicine*. 2022. Vol. 307. Article 115186. DOI: [10.1016/j.socscimed.2022.115186](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115186)
26. Quintal C., Lourenço Ó., Ramos L.M., Antunes M. No Unmet Needs Without Needs! Assessing the Role of Social Capital Using Data from European Social Survey 2014. *Health Policy*. 2019. Vol. 123. No. 8. P. 747–755. DOI: [10.1016/j.healthpol.2019.06.001](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.06.001)
27. Ramos L.M., Quintal C., Lourenço Ó., Antunes M. Unmet Needs Across Europe: Disclosing Knowledge Beyond the Ordinary Measure. *Health Policy*. 2019. Vol. 123. No. 12. P. 1155–1162. DOI: [10.1016/j.healthpol.2019.09.013](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.09.013)
28. Raudenbush S.W., Bryk A.S. *Hierarchical Linear Models: Applications and Data Analysis Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2002. 512 p.
29. Schokkaert E., Steel J., Van de Voorde C. Out-of-Pocket Payments and Subjective Unmet Need of Healthcare. *Applied Health Economics and Health Policy*. 2017. Vol. 15. No. 5. P. 545–555. DOI: [10.1007/s40258-017-0331-0](https://doi.org/10.1007/s40258-017-0331-0)
30. UN General Assembly. *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*, A/RES/70/1. 2015. Accessed 03.06.2025. URL: <https://www.refworld.org/legal/resolution/unga/2015/en/111816>
31. WHO. *Thirteenth General Programme of Work 2019–2023: Promote Health, Keep the World Safe, Serve the Vulnerable*. Geneva: World Health Organization, 2019.
32. Wu J., Yang Y., Sun T., He S. Inequalities in Unmet Health Care Needs Under Universal Health Insurance Coverage in China. *Health Economics Review*. 2024. Vol. 14. No. 1. Article 2. DOI: [10.1186/s13561-023-00473-4](https://doi.org/10.1186/s13561-023-00473-4)

Статья поступила в редакцию: 05.06.2025; поступила после рецензирования и доработки: 15.08.2025; принята к публикации: 20.08.2025.

Received: 05.06.2025; revised after review: 15.08.2025; accepted for publication: 20.08.2025.