

ОТ ТЕОРИИ К ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКЕ

О.А. Кислицына

*д.э.н., главный научный сотрудник,
Институт экономики РАН (Москва)*

ПОЧЕМУ РОССИЯНЕ ИЗБЕГАЮТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ? (Социально-демографические детерминанты и причины избегающего поведения)

Аннотация. Отказ от обращения за необходимой медицинской помощью или избегание посещения медицинских организаций имеет серьёзные негативные последствия для здоровья и накладывает значительное бремя расходов на здравоохранение. Существует ограниченное количество литературы, посвящённой избегающему поведению в этой сфере. Цель данного исследования — изучить распространённость и причины избегающего поведения среди взрослых россиян; выявить факторы, связанные с уклонением от необходимой медицинской помощи, и определить наиболее неблагоприятные социально-демографические группы, чаще всего подверженные избегающему поведению в целом и в соответствии с конкретными причинами. Информационная основа исследования — данные Комплексного обследования уровня жизни, проведённого Росстатом в 2022 г. Для оценки детерминант избегающего поведения построены многомерные модели логистической регрессии. Избегание медицинской помощи измеряется посредством вопроса о том, были ли у респондентов такие ситуации, когда они нуждались в медицинском осмотре или консультации с врачом, но не обращались в медицинскую организацию. Ответившим утвердительно предложили выбрать причины, по которым они не обращались за медицинской помощью. Установлено, что почти четверть взрослых россиян воздерживается от посещения врача, несмотря на осознанную потребность в медицинской помощи. Избегающими обращения за медицинской помощью чаще являются женщины, пожилые, имеющие плохое здоровье, среднее или высшее образование, принадлежащие к группе с низкими доходами, занятые, проживающие в городе с населением меньше 1 млн человек или в сельской местности, потребляющие алкоголь или курящие. Среди отказывающихся от медицинской помощи примерно для одной трети основными причинами такого поведения являются неудовлетворительная работа медицинской организации или недоверие эффективности лечения. Пятая и шестая часть избегающих сообщают, соответственно, что у них нет времени и лечение можно получить только на платной основе. Выявлены группы населения, избегающие медицинской помощи по конкретным причинам.

Ключевые слова: общественное здравоохранение, использование медицинской помощи, избегание медицинской помощи, факторы избегания, причины избегания, Комплексное обследование уровня жизни.

JEL: D91, I12, I18

УДК: 338.465.4

DOI: 10.52342/2587-7666VTE_2025_3_49_64

© О.А. Кислицына, 2025

© ФГБУН Институт экономики РАН «Вопросы теоретической экономики», 2025

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Кислицына О.А. Почему россияне избегают медицинской помощи? (Социально-демографические детерминанты и причины избегающего поведения) // Вопросы теоретической экономики. 2025. №3. С. 49–64. DOI: 10.52342/2587-7666VTE_2025_3_49_64.

FOR CITATION: Kislitsyna O. Why Do Russians Avoid Medical Care? (Socio-Demographic Determinants and Reasons for Avoidance Behavior) // Voprosy teoreticheskoy ekonomiki. 2025. No. 3. Pp. 49–64. DOI: 10.52342/2587-7666VTE_2025_3_49_64.

Введение

Система здравоохранения является важнейшей составляющей общественного благополучия, однако в большинстве стран, в том числе и в России, она сталкивается с рядом значительных проблем, которые затрудняют удовлетворение потребностей различных групп населения. Одна из них — высокая доля людей, которые, несмотря на наличие явных симптомов потребности в медицинской помощи, избегают посещения врачей или получения медицинских услуг. Избегание (*avoidance*) является одной из ключевых концепций для понимания реакции на стресс, которая следует за ожидаемым или пережитым травмирующим событием в здравоохранении [Byrne, 2008].

Негативные последствия такого избегающего поведения могут быть весьма серьёзными. Избегание медицинской помощи (уклонение, отказ от медицинской помощи) может привести к ухудшению состояния здоровья пациента, развитию хронических заболеваний и даже преждевременной смерти [Byrne, 2008; Taber, Leyva, Persoskie, 2015; Rogers, Vedpathak, Lowe, 2011; Moser et al., 2006]. Многие заболевания на ранних стадиях поддаются эффективному лечению, но по мере прогрессирования болезни шансы на выздоровление снижаются, а риск осложнений возрастает, что влечёт за собой увеличение нагрузки на семью, рост расходов на медицинское обслуживание, создаёт финансовую нагрузку на систему здравоохранения, так как лечение запущенных заболеваний чаще всего обходится дороже, чем профилактические меры или лечение на ранних стадиях. Кроме того, предыдущие исследования показали, что некоторые группы населения демонстрируют избегающее поведение чаще, чем другие [Byrne, 2008; Taber, Leyva, Persoskie, 2015; Sulku, Tokatlioglu, Cosar, 2023].

Выделяют несколько моделей, позволяющих объяснить избегающее поведение [Byrne, 2008].

В соответствии с моделями поиска (*The information-seeking models*) [Johnson, 1997; Wilson, 1999], информация, подтверждающая личные убеждения, активно ищется, тогда как противоречащая предыдущим знаниям, личному мнению, убеждениям или ценностям, избегается, может привести к внутреннему дискомфорту или когнитивному диссонансу. Поэтому информация о здоровье или осознание симптомов, не соответствующие системе ценностей человека, может привести к уклонению от обращения за медицинской помощью.

Согласно теории разумного действия (*Theory of Reasoned Action*) [Ajzen, Fishbein, 1980], поведение человека определяется его намерениями, в свою очередь, зависящими от двух основных факторов: 1) личные убеждения о результате определённого поведения (например, предположение о том, что обращение в медицинское учреждение приведёт к негативным последствиям (страшный диагноз), снижает вероятность обращения за помощью); 2) социальные нормы (если окружение человека (семья, друзья, общество) считает, что обращаться за медицинской помощью нецелесообразно, то это влияет на его решение).

Теория планируемого поведения (*Theory of Planned Behavior*) [Ajzen, 1991] расширяет теорию разумного действия, добавляя третий элемент, также влияющий на намерения и поведение: восприятие человеком своей способности осуществить данное поведение (если человек считает, что у него нет возможности или ресурсов (времени, денег, доступа к медицинским учреждениям) для обращения за помощью, вероятность того, что он это сделает, снижается).

Теория обращения за помощью (*Theory of Care-Seeking Behavior*) [Lauver, 1992] сосредоточена на понимании факторов, влияющих на поведение людей: личные факторы (индивидуальные характеристики, такие как пол, возраст, уровень образования, предшествующий опыт обращения за медицинской помощью); семейные и социальные факторы (влияние семьи, друзей и социальной среды на принятие решения о поиске медицинской помощи, включая социальные нормы и поддержку со стороны близких); факторы,

связанные с состоянием здоровья (степень тяжести и длительность симптомов); доступность медицинской помощи (доступ к медицинским учреждениям, наличие медицинской страховки и финансовые аспекты); культурные факторы (влияние культурных убеждений и традиций на восприятие здоровья и обращение за помощью).

Согласно транстеоретической модели (*Transtheoretical Model*) [Prochaska, DiClemente, Norcross, 1992], человек при выборе стратегии поведения проходит несколько последовательных стадий: предразмышление (люди не осознают проблему; в контексте избегания медицинской помощи это может означать, что человек не считает своё состояние серьёзным или не осознаёт необходимость медицинского вмешательства); размышление (люди начинают осознавать проблему, но ещё не принимают решения; они могут понимать, что им нужна медицинская помощь, но колеблются между желанием обратиться за ней и страхом или сомнением); подготовка (люди готовы к действиям и начинают планировать обращение за медицинской помощью; однако, если они не уверены в своих действиях или сталкиваются с препятствиями, они могут снова вернуться к предыдущим стадиям); действие (люди активно предпринимают шаги для обращения за медицинской помощью; однако, если они сталкиваются с негативным опытом или не получают ожидаемого результата, это может привести к отказу от дальнейших попыток); поддержка (если человек успешно обратился за медицинской помощью, важно, чтобы он продолжал следовать рекомендациям и не возвращался к старым привычкам). Отказ от обращения за медицинской помощью может быть обусловлен различными факторами на каждом из этих этапов. Например, страх перед диагнозом, недоверие системе здравоохранения, финансовые ограничения или недостаток информации могут удерживать человека от обращения за помощью.

Наконец, согласно поведенческой модели использования медицинских услуг (*Behavioral Model of Health Services Use* или *Behavioral Model of Utilization*) [Aday, Andersen, 1974; Phillips, Morrison, Andersen, Aday, 1998], поведение людей в сфере здравоохранения зависит от множества факторов, включая социальные, экономические и культурные условия, а также взаимодействие с поставщиками медицинских услуг.

Основные компоненты модели включают [Phillips, Morrison, Andersen, Aday, 1998; Andersen, 1995]:

1) характеристики населения: а) предрасполагающие факторы (влияют на потребности и предпочтения людей в отношении медицинских услуг: демографические характеристики, социальные и культурные аспекты); б) способствующие факторы (способствуют или препятствуют доступу к медицинской помощи); в) факторы потребности (характеристики здоровья);

2) переменные, связанные с поставщиком медицинских услуг: а) характеристики пациента, на которые могут влиять поставщики услуг (например, удобство получения медицинской помощи, опыт предыдущего использования услуг и их стоимость); б) характеристики поставщика, взаимодействующие с характеристиками пациента и влияющие на использование медицинской помощи (квалификация медиков, их отношение к пациентам, доступность времени для приёма);

3) характеристики среды, включая: а) характеристики системы оказания медицинских услуг; б) факторы внешней среды; в) факторы, обеспечивающие доступность на уровне сообщества.

Таким образом, избегание медицинской помощи связано со множеством факторов, включая индивидуальные характеристики людей, характеристики поставщиков медицинских услуг и системы здравоохранения в целом.

Несмотря на свою важность, избегающее поведение в здравоохранении и его причины не были должным образом проанализированы [Byrne, 2008; Sulku, Tokatlioglu, Cosar, 2023]. Большая часть исследований сосредоточена на изучении США [Byrne, 2008; Kannan, Veazie, 2014; Leyva, Taber, Trivedi, 2020; Bista, Yu, Shete, Shastri, 2021]. Однако мало что известно об

избегании медицинской помощи в России. Нам удалось найти всего несколько исследований на эту тему [Калинкин и др., 2013; Стародубов, Меньшикова, Сененко, Зубко, 2022]. При том, что проблема избегающего поведения в здравоохранении весьма актуальная для нашей страны — доля населения, не обращающегося в медицинские организации при наличии потребности в медицинской помощи, на протяжении последних десяти лет стабильно составляет около трети: в 2014 г. — 33,6%, в 2016 г. — 33,0, в 2018 г. — 34,5, в 2020 г. — 29,2% [Стародубов, Меньшикова, Сененко, Зубко, 2022].

Это исследование является попыткой восполнить пробел в литературе: изучить распространённость и причины избегающего поведения среди взрослых россиян; выявить факторы, связанные с уклонением от необходимой медицинской помощи, и определить наиболее неблагоприятные социально-демографические группы, чаще всего подверженные избегающему поведению в целом и в соответствии с конкретными причинами.

Данные и методы

Информационная основа исследования — данные Комплексного обследования уровня жизни населения (КОУЖ)¹, проведённого в 2022 г., в ходе которого опрошены 123 тыс. человек, из которых для дальнейшего анализа отобраны респонденты в возрасте 18 лет и старше (около 100 тыс. человек).

Зависимые переменные

Респондентам задан вопрос: «Были ли у Вас в этом году такие ситуации, когда Вы нуждались в медицинском осмотре или консультации с врачом, но не обращались в медицинскую организацию?». Ответившие утвердительно закодированы как избегающие медицинской помощи. Следующий вопрос задан только тем, кто не обращался в медицинскую организацию, несмотря на потребность в этом. Участникам опроса предложили выбрать причины, по которым они отказались от обращения за помощью. Они включали: 1) «не рассчитываю на эффективное лечение» (нет нужных специалистов, необходимых медикаментов или оборудования); 2) «не удовлетворяет работа медицинской организации» (необходимость предварительной записи, большие очереди, невнимательное отношение, плохие условия приёма или содержания больных); 3) «не могу добираться до медицинской организации без посторонней помощи»; 4) «тяжело добраться до медицинской организации»; 5) «не располагаю информацией о том, где можно получить необходимую медицинскую помощь»; 6) «не было времени»; 7) «необходимое лечение можно получить только на платной основе». Можно выбрать несколько причин. На основе ответов сконструированы семь зависимых переменных, принимающих значение 1, если человек избегает необходимой медицинской помощи по соответствующей причине, и ноль в противном случае.

Независимые переменные

В соответствии с поведенческой моделью [Andersen, 1995] в качестве независимых переменных рассмотрены индивидуальные характеристики респондентов, доступные в обследовании, представляющие три группы:

- предрасполагающие факторы, создающие условия для обращения за медицинской помощью: пол (мужчина / женщина); возраст (18–39, 40–54, 55–64, 65 и старше); семейное положение (состоящие в браке (зарегистрированном или незарегистрированном) / одинокие (вдовы, разведённые, никогда не состоявшие в браке));

¹ Федеральная служба государственной статистики. Комплексное наблюдение условий жизни населения. 2022. URL: https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/GKS_KOUZH_2022/index.html.

- ▶ способствующие или препятствующие использованию медицинских услуг факторы: социально-экономический статус, включающий уровень душевого денежного дохода (Q1 — самая бедная 25% группа, Q2, Q3, Q4 — самая богатая 25% группа), уровень образования (низкое / среднее / высокое), статус занятости (работает / не работает); а также тип поселения (мегаполис (1 млн и больше жителей) / большой город (250 тыс. — 1 млн) / средний или малый город (менее 50 тыс. — 250 тыс.) / село);
- ▶ факторы потребности, отражающие потребность в медицинской помощи, среди которых здоровье и факторы риска для здоровья: самооценка здоровья по пятибалльной шкале, дихотомизированная как плохое (плохое / очень плохое) и неплохое (очень хорошее / хорошее / удовлетворительное) здоровье; курение (не курит / курил, но бросил / курит) и потребление алкоголя (да / нет).

Многомерные логистические регрессии использовались для дальнейшего анализа, который был проведён в два этапа, на первом из которых выявлены факторы, связанные с тем, что респондент отказывается от необходимой медицинской помощи (табл. 1). На втором определены факторы, связанные с каждой из семи причин избегающего поведения (табл. 2).

Таблица 1

Многомерная модель логистической регрессии избегания медицинской помощи (коэффициенты шансов (OR) с 95%-ми доверительными интервалами (CI))

	OR	CI
<i>Пол</i> (женщины vs мужчины)	1,68***	(1,61–1,74)
<i>Возраст</i>		
40–54 vs 18–39	1,27***	(1,22–1,33)
55–64 vs 18–39	1,53***	(1,46–1,61)
65 и старше vs 18–39	1,78***	(1,69–1,88)
<i>Семейное положение</i> (одиноким vs в браке)	1,05	(0,98–1,05)
<i>Образование</i>		
среднее vs низкое	1,15***	(1,11–1,20)
высшее vs низкое	1,09**	(1,04–1,14)
<i>Доход</i>		
Q1 vs Q4	1,24***	(1,18–1,30)
Q2 vs Q4	1,24***	(1,19–1,30)
Q3 vs Q4	1,16***	(1,11–1,21)
<i>Занятость</i> (работает vs не работает)	1,05*	(1,01–1,10)
<i>Тип поселения</i>		
большой город vs мегаполис	1,39***	(1,31–1,48)
средний и малый город vs мегаполис	1,33***	(1,26–1,39)
село vs мегаполис	1,16***	(1,10–1,22)
<i>Здоровье</i> (плохое vs неплохое)	2,11***	(2,01–2,16)
<i>Потребление алкоголя</i> (да vs нет)	1,70***	(1,64–1,76)
<i>Курение</i>		
курил, но бросил vs не курит	1,28***	(1,22–1,35)
курит vs не курит	1,19***	(1,14–1,24)

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

Источник: расчёты автора.

Таблица 2

Многомерные модели логистической регрессии избегания медицинской помощи в соответствии с конкретными причинами среди участников опроса, не обращавшихся за медицинской помощью, несмотря на потребность в ней (коэффициенты шансов (OR) с 95%-ми доверительными интервалами (CI))

	Недоверие эффективности лечения	Неудовлетворительная работа медицинской организации	Отсутствие времени	Платность лечения	Тяжело добираться до врача без помощи	Тяжело добираться до медицинской организации	Отсутствие информации
<i>Пол</i> (женщины vs мужчины)	1,08* (1,01– 1,16)	1,15*** (1,07– 1,24)	1,00 (0,92– 1,09)	1,23*** (1,12– 1,34)	0,84 (0,68– 1,03)	1,00 (0,85– 1,18)	1,07 (0,79– 1,45)
<i>Возраст</i>							
40–54 vs 18–39	1,32*** (1,21– 1,44)	1,03 (0,95– 1,12)	0,79*** (0,72– 0,86)	1,27*** (1,14– 1,41)	1,43 (0,98– 1,10)	1,55*** (1,18– 2,05)	1,05 (0,73– 1,50)
55–64 vs 18–39	1,45*** (1,32– 1,60)	1,24*** (1,13– 1,36)	0,50*** (0,45– 0,56)	1,50*** (1,34– 1,69)	0,82 (0,57– 1,18)	1,93*** (1,48– 2,52)	0,93 (0,62– 1,39)
65 и старше vs 18–39	1,31*** (1,17– 1,46)	1,18* (1,06– 1,31)	0,21*** (0,18– 0,25)	1,15* (1,01– 1,31)	1,58** (1,41– 4,00)	2,97*** (2,28– 3,86)	0,83 (0,54– 1,28)
<i>Семейное положение</i> (одинокие vs в браке)	0,95 (0,89– 1,01)	0,90*** (0,85– 0,96)	0,90** (0,83– 0,97)	1,00 (0,94– 1,09)	1,94*** (1,64– 2,29)	1,52*** (1,34– 1,74)	0,89 (0,69– 1,16)
<i>Образование</i>							
среднее vs низкое	1,13** (1,05– 1,22)	1,06 (0,99– 1,14)	0,99 (0,89– 1,09)	1,12* (1,02– 1,22)	0,60*** (0,52– 0,70)	0,88* (0,76– 1,00)	0,93 (0,68– 1,28)
высшее vs низкое	1,15** (1,04– 1,26)	1,02 (0,93– 1,11)	1,19*** (1,06– 1,34)	1,19*** (1,07– 1,33)	0,50*** (0,34– 0,63)	0,81* (0,67– 0,98)	1,13 (0,78– 1,63)
<i>Занятость</i> (работает vs не работает)	0,91 (0,83– 0,99)	0,97 (0,89– 1,06)	2,54*** (2,26– 2,84)	0,97 (0,88– 1,08)	0,20*** (0,14– 0,28)	0,56*** (0,45– 0,68)	0,61** (0,42– 0,87)
<i>Доход</i>							
Q1 vs Q4	1,03 (0,94– 1,14)	1,14** (1,04– 1,25)	0,94 (0,84– 1,05)	1,15* (1,02– 1,29)	0,74 (0,55– 0,99)	1,57*** (1,25– 1,96)	0,49*** (0,33– 0,73)
Q2 vs Q4	1,12* (1,02– 1,23)	1,19*** (1,09– 1,30)	0,85** (0,77– 0,95)	1,15* (1,03– 1,29)	0,79 (0,60– 1,04)	1,33* (1,05– 1,68)	0,50*** (0,34– 0,75)

Окончание табл. 2

	Недовере эффективности лечения	Неудовлетворительная работа медицинской организации	Отсутствие времени	Платность лечения	Тяжело добираться до врача без помощи	Тяжело добраться до медицинской организации	Отсутствие информации
Q3 vs Q4	1,00 (0,92– 1,10)	1,17*** (1,08– 1,28)	0,88** (0,80– 0,98)	1,04 (0,93– 1,16)	0,94 (0,71– 1,23)	1,23 (0,97– 1,55)	0,58** (0,41– 0,83)
<i>Тип поселения</i>							
большой город vs мегаполис	1,12 (0,99– 1,27)	1,24*** (1,11– 1,38)	0,60*** (0,53– 0,68)	1,04 (0,90– 1,21)	1,31 (0,95– 1,80)	0,94 (0,72– 1,22)	0,85 (0,55– 1,31)
средний и малый город vs мегаполис	1,84*** (1,66– 2,04)	1,23*** (1,12– 1,35)	0,48*** (0,43– 0,53)	1,36*** (1,21– 1,54)	1,01 (0,76– 1,34)	0,65*** (0,52– 0,82)	0,82 (0,58– 1,18)
село vs мегаполис	1,11 (0,99– 1,24)	0,62*** (0,56– 0,69)	0,51*** (0,45– 0,57)	0,98 (0,86– 1,13)	1,54** (1,15– 2,05)	1,57*** (1,25– 1,96)	0,76 (0,50– 1,15)
Здоровье (плохое vs неплохое)	1,46*** (1,34– 1,60)	1,24*** (1,13– 1,35)	0,38*** (0,29– 0,47)	1,48*** (1,34– 1,64)	5,20*** (4,45– 6,06)	2,29*** (2,01– 2,61)	1,29 (0,91– 1,84)
Потребление алкоголя (да vs нет)	1,13*** (1,05– 1,21)	1,29*** (1,21– 1,38)	1,08 (0,99– 1,18)	1,08 (0,99– 1,17)	0,50*** (0,42– 0,60)	0,71*** (0,62– 0,81)	0,84 (0,63– 1,12)
<i>Курение</i>							
курил, но бросил vs не курит	1,16** (1,05– 1,29)	1,16** (1,06– 1,28)	1,11 (0,98– 1,25)	1,21** (1,07– 1,36)	1,07 (0,83– 1,39)	1,15 (0,93– 1,42)	1,23 (0,82– 1,86)
курит vs не курит	1,10* (1,01– 1,20)	1,15* (1,06– 1,24)	1,07 (0,98– 1,18)	0,97 (0,88– 1,08)	1,03 (0,79– 1,34)	0,93 (0,76– 1,14)	1,39 (0,99– 1,96)

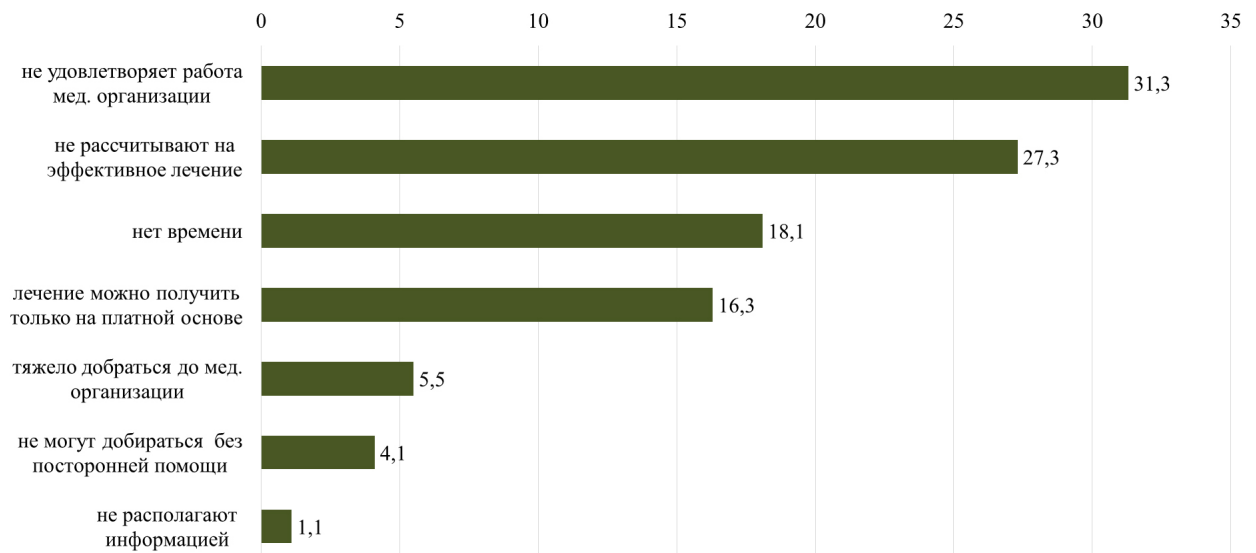
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Источник: расчёты автора.

Результаты

Установлено, что 23,6% участников опроса в течение года не обращались в медицинскую организацию, несмотря на потребность в ней. Основные причины избегания медицинской помощи представлены на рис. 1:

- 1) не удовлетворяет работа медицинской организации (31,3%);
- 2) не рассчитывают на эффективное лечение (27,3%);
- 3) нет времени (18,1%);
- 4) необходимое лечение можно получить только на платной основе (16,3%);
- 5) тяжело добраться до медицинской организации (5,5%);



Примечание: В сумме не 100%, так как можно выбрать несколько причин.

Рис. 1. Распространённость основных причин избегания медицинской помощи среди участников опроса, не обращавшихся за медицинской помощью, несмотря на потребность в ней, %

Источник: расчёты автора.

- 6) не могут добраться до медицинской организации без посторонней помощи (4,1%);
- 7) не располагают информацией о том, где можно получить необходимую медицинскую помощь (1,1%).

В табл. 1 представлены результаты многомерной логистической регрессии, прогнозирующей факторы, определяющие решение респондентов воздержаться от обращения за медицинской помощью. Установлено, что уклонение от обращения к врачу связано с полом, возрастом, образованием, доходом, занятостью, типом поселения, состоянием здоровья и поведением, оказывающим на него влияние (курением и потреблением алкоголя) (табл. 1). Наблюдается почти двукратный риск избегающего поведения среди тех, кто имеет плохое здоровье ($OR=2,11$ $CI:2,01-2,16$). Чем старше респонденты, тем выше для них вероятность отказа от необходимой медицинской помощи: например, по сравнению с теми, кому 18-39 лет, риск избегающего поведения почти в 2 раза выше для тех, кому 65 лет и больше ($OR=1,78$ $CI:1,69-1,88$). Женщины почти в 1,7 раз ($OR=1,68$ $CI:1,61-1,74$) более склонны отказываться от посещения медицинской организации, чем мужчины. По сравнению с лицами с месячным душевым доходом домохозяйства, попадающим в четвёртый квартиль (Q4-самые богатые), те, чьи доходы входят в первый и второй квартиль, в 1,2 раза более склонны избегать медицинской помощи ($OR=1,24$ $OR:1,18-1,30$ для Q1 и $OR=1,24$ $CI:1,19-1,30$ для Q2). По сравнению с низко образованными, имеющие средний ($OR=1,15$ $CI:1,11-1,20$) и высокий ($OR=1,09$ $CI:1,04-1,14$) уровень образования с большей вероятностью уклоняются от медицинской помощи. Занятость немного повышала риск отказа от обращения к врачу ($OR=1,05$ $CI:1,01-1,10$). Проживающие в большом ($OR=1,39$ $CI:1,31-1,48$), малом или среднем ($OR=1,33$ $CI:1,26-1,39$) городе и в сельской местности ($OR=1,16$ $CI:1,10-1,22$) с большей вероятностью избегают медицинской помощи по сравнению с жителями городов-миллионников. Увеличивают риск избегающего поведения потребление алкоголя — в 1,7 раз ($OR=1,70$ $CI:1,64-1,76$), курение в прошлом — в 1,3 раза ($OR=1,28$ $CI:1,22-1,35$), текущее курение — в 1,2 раза ($OR=1,19$ $CI:1,14-1,24$).

В табл. 2 представлены результаты многомерной логистической регрессии для семи причин уклонения от медицинской помощи среди участников опроса, не обращавшихся за ней, несмотря на осознанную потребность.

Женщины, по сравнению с мужчинами, с большей вероятностью отказываются от медицинской помощи из-за того, что необходимое лечение можно получить только на платной основе (OR=1,23 CI: 1,12-1,34), не удовлетворяет работа медицинской организации (OR=1,15 CI:1,07-1,24), не рассчитывают на эффективное лечение (OR=1,08 CI:1,01-1,16).

Чем старше участники опроса, тем с большей вероятностью они избегают лечения из-за трудностей в доступе к медицинской организации (например, для лиц в возрасте 65 лет и старше OR=2,97 CI:2,28-3,86). Для самой старшей возрастной группы наблюдается высокий риск отказа от необходимого лечения по причине того, что некому помочь добраться до медицинского учреждения (OR=1,58 CI:1,41-4,00). Возраст 40 лет и старше, особенно для возрастной группы 55-64 лет, связан с риском избегающего поведения по причине необходимости платить за лечение (OR=1,50 CI:1,34-1,69), недоверия эффективности лечения, (OR=1,45 CI:1,32-1,60 и неудовлетворительной работы медицинской организации (OR=1,24 CI:1,13-1,36). Чем старше участники опроса, тем реже они уклоняются от медицинской помощи из-за нехватки времени.

Отсутствие семейного партнёра увеличивает риск избегающего поведения в 2 раза (OR=1,94 CI:1,64-2,29) из-за того, что респонденты не могут добираться до медицинской организации без помощи и в 1,5 раз (OR=1,52 CI:1,34-1,74) из-за трудностей с доступом до медицинского учреждения, при этом одинокие, по сравнению с состоящими в браке, с меньшей вероятностью уклоняются от медицинской помощи по причине отсутствия времени и неудовлетворительной работы медицинского учреждения.

По сравнению с низко образованными, получившие среднее и высокое образование с большей вероятностью избегают медицинской помощи по причине необходимости платить за лечение (соответственно, OR=1,12 CI:1,02-1,22 и OR=1,19 CI:1,07-1,33), недоверия эффективности лечения (OR=1,13 CI:1,05-1,22 и OR=1,15 CI:1,04-1,26). Высокое образование связано с отказом от необходимой медицинской помощи из-за отсутствия времени (OR=1,19 CI:1,06-1,34). При этом более высокий уровень образования снижает риск избегающего поведения из-за трудности доступа к медицинской организации, в том числе, по причине отсутствия помощи.

Имеющие душевые денежные доходы домохозяйства ниже четвёртого квартиля Q4 с большей вероятностью избегают медицинской помощи из-за трудности с доступом (например, для Q1 OR=1,57 CI:1,25-1,33), неудовлетворительной работы медицинской организации (для Q1 OR=1,14 CI:1,04-1,25), платности лечения (для Q1 OR=1,15 CI:1,02-1,29). Низкие доходы с меньшей вероятностью связаны с избегающим поведением по причине отсутствия информации и времени.

Занятость в 2,5 раза (OR=2,54 CI:2,26-2,84) увеличивает риск отказа от необходимой медицинской помощи из-за отсутствия времени, но снижает вероятность избегающего поведения по причине трудности доступа к медицинской организации — на 44%, в том числе из-за отсутствия помощи — на 80, отсутствия информации — на 39%.

У респондентов, проживающих в сельской местности, риск избегающего поведения в 1,6 раз выше, по сравнению с жителями мегаполисов, из-за трудности с доступом к медицинским учреждениям (OR=1,57 CI:1,25-1,96), в том числе по причине отсутствия помощи (OR=1,54 CI:1,15-2,05). В то же время сельские жители с меньшей вероятностью уклоняются от обращения к врачу из-за отсутствия времени — на 49% и неудовлетворительной работы медицинской организации — на 38%. По сравнению с проживающими в мегаполисах, жители больших городов чаще отказываются от необходимой медицинской помощи из-за неудовлетворительной работы медицинской организации (OR=1,24 CI:1,11-1,38) и реже из-за отсутствия времени. Риск избегающего поведения увеличивается для проживающих в средних и малых городах по причине того, что они не рассчитывают на эффективное лечение (OR=1,84 CI:1,66-2,04), не удовлетворены работой медицинской

организации (OR=1,23 CI:1,12-1,35), из-за платности лечения (OR=1,36 CI: 1,21-1,54), и снижается из-за отсутствия времени — на 52 и трудности доступа — на 35%.

Плохое здоровье увеличивает вероятность отказа от необходимой медицинской помощи по всем причинам, кроме отсутствия времени и информации, особенно из-за того, что респонденты испытывают трудности с доступом к медицинской организации (OR=2,29 CI:2,01-2,61) и не могут добраться до неё без посторонней помощи (OR=5,20 CI:4,45-6,06).

Потребление алкоголя связано с отказом от врачебной помощи из-за неудовлетворительной работы медицинской организации (OR=1,29 CI:1,21-1,38) и отсутствия веры в эффективность лечения (OR=1,13 CI:1,05-1,21). Потребляющие алкоголь реже указывают трудности с доступом к медицинскому учреждению, в том числе из-за отсутствия помощи в качестве причины избегающего поведения.

Курение в прошлом и в настоящее время увеличивают вероятность отказа от медицинской помощи из-за недоверия эффективности лечения (соответственно, OR=1,16 CI:1,05-1,29 и OR=1,10 CI:1,01-1,20) и неудовлетворительной работы медицинской организации (OR=1,16 CI:1,06-1,28 и OR=1,15 CI:1,06-1,24). Дополнительно, курение в прошлом связано с избегающим поведением по причине платности лечения (OR=1,21 CI:1,07-1,36).

Обсуждение

Полученные результаты показывают, что почти четверть россиян отказывается от посещения врача, несмотря на осознанную потребность в медицинской помощи, что заметно выше, чем, например, в Турции (13,7%) [Sulku, Tokatlioglu, Cosar, 2023], почти столько же, сколько в Швеции (24%) [Westin, Ahs, Bränd Persson, Westerling, 2004], но ниже, чем в США (30-31%) [Bista, Yu, Shete, Shastri, 2021; Kannan, Veazie, 2014]. На избегающее поведение в разных странах могут влиять различный доступ к медицинской помощи, медицинское страхование, эффективность системы здравоохранения, а также различные характеристики на индивидуальном уровне [Kang, Li, Du, 2023].

Результат исследования, вызывающий особую тревогу, показал, что примерно для одной трети респондентов, отказывающихся от необходимой медицинской помощи, основными причинами такого поведения являются неудовлетворительная работа медицинской организации или недоверие эффективности лечения. Это свидетельствует о проблеме общественного здравоохранения в России. Похожий результат получен в Швеции [Westin, Ahs, Bränd Persson, Westerling, 2004], где самой распространённой причиной уклонения от посещения врача, несмотря на предполагаемую потребность в медицинской помощи, о которой сообщила треть опрошенных, является неверие в пользу визита к врачу, и в США [Taber, Leyva, Persoskie, 2015], где среди причин отказа от обращения за медицинской помощью на первом месте называются факторы, связанные с врачами и организацией здравоохранения. Далее следуют отсутствие времени и экономические причины, что соответствует полученным в проведённом исследовании результатам.

Избегающие медицинской помощи с большей вероятностью принадлежат к особо уязвимым группам населения: женщины, пожилые, имеющие плохое здоровье, низкие доходы. Кроме того, отказывающиеся от медицинской помощи с большей вероятностью получили среднее или высшее образование, работают, проживают в городе (не мегаполисе) или в сельской местности, имеют вредные для здоровья привычки (курение или потребление алкоголя).

Полученные результаты во многом подтверждают выводы других исследователей. Влияние уровня дохода на избегающее поведение схоже во многих исследованиях: имеющие более низкий доход с большей вероятностью уклоняются от медицинской помощи (например, [Kannan, Veazie, 2014; Sulku, Tokatlioglu, 2023; Vilhjalmsson, 2021; Sulku, Tokatlioglu, Cosar,

2023])). Анализ показал, что трудности с доступом к медицинской организации, вероятно, обусловленные удалённостью медицинских учреждений, недостатком средств на транспорт и/или его нехваткой в регионе; неудовлетворённость работой медицинской организации и платность лечения являются главными препятствиями для обращения за помощью среди групп с низкими и средними доходами по сравнению с высокообеспеченными.

Одним из наиболее поразительных результатов исследования является отказ от необходимой медицинской помощи респондентов с плохим здоровьем. Аналогичные результаты получены многими другими авторами (например, [Sulku, Tokatlioglu, 2023; Splinter et al., 2021; Sulku, Tokatlioglu, Cosar, 2023]). Избегание медицинской помощи среди этой категории лиц может иметь серьёзные последствия как для самих людей, так и для системы здравоохранения в целом. В литературе нет единого мнения относительно причин связи плохого здоровья и избегающего поведения [Sulku, Tokatlioglu, 2023]. Предполагается, что влияние оказывает стоимость лечения, страх перед лечением, мысли о смерти, негативное отношение к врачам, неблагоприятный опыт общения с поставщиками медицинских услуг. Проведённое исследование позволило установить, что люди с плохим здоровьем отказываются от обращения за медицинской помощью по причине сложностей в доступе, в том числе из-за отсутствия посторонней помощи, видимо, вследствие физических ограничений, отдалённости медицинских учреждений и/или отсутствия транспорта; платности лечения; недостатка доверия системе здравоохранения, выражающегося в неверии в эффективность лечения и неудовлетворённости медицинской организацией, что, возможно, связано с негативным опытом в прошлом.

Относительно других факторов наблюдаются разноречивые результаты. Например, установлено, что женщины с большей вероятностью избегают медицинской помощи, что соответствует результатам в Турции [Sulku, Tokatlioglu, 2023; Sulku, Tokatlioglu, Cosar, 2023], Нидерландах [Splinter et al., 2021], Швеции [Westin, Ahs, Bränd Persson, Westerling, 2004], но противоречит результатам в США [Spleen, Lengerich, Camacho, Vanderpool, 2014; Taber, Leyva, Persoskie, 2015; Bista, Yu, Shete, Shastri, 2021]. Избегающее поведение среди женщин может быть обусловлено рядом факторов. Многие женщины, особенно матери, могут ставить заботу о семье выше своих собственных потребностей, откладывая визиты к врачу. Кроме того, женщины могут чаще отказываться от обращения за медицинской помощью по экономическим причинам. Такие факторы, как высокие расходы на лечение могут влиять на их решение. Что и установлено в этом исследовании — необходимость платить за лечение у женщин находится на первом месте среди причин отказа от медицинской помощи. Аналогичный результат получен в другом исследовании [Sulku, Tokatlioglu, Cosar, 2023].

Проведённое исследование продемонстрировало, что вероятность избегания медицинской помощи увеличивается с возрастом, что подтверждает выводы одних исследователей [Sulku, Tokatlioglu, Cosar, 2023; Reisinger, Moss, Clark, 2018; Splinter et al., 2021], но противоречит выводам других [Spleen, Lengerich, Camacho, Vanderpool, 2014; Bista, Yu, Shete, Shastri, 2021; Ratnapradipa, Jadhav, Kabayundo, Wang, Smith, 2023]. Уклонение от необходимой медицинской помощи среди пожилых вызывает обеспокоенность, так как это, как правило, люди, имеющие проблемы со здоровьем, особые медицинские и социальные потребности, требующие большего участия медицинского персонала [Leyva, Taber, Trivedi, 2020]. Установлено, что основными причинами избегающего поведения среди пожилых являются невозможность добраться до медицинской организации, в том числе без посторонней помощи; платность лечения, недоверие эффективности лечения и неудовлетворённость работой медицинской организации. Более ранние исследования показывают, что отказ от медицинской помощи среди пожилых людей в значительной степени связан с воспринимаемым качеством медицинской помощи и отношениями с поставщиками медицинских услуг (например, общением и взаимопониманием) [Leyva, Taber, Trivedi, 2020].

Одни исследователи показали, что избегающее поведение чаще наблюдается среди лиц с более высоким уровнем образования, что согласуется с проведённым анализом [Farina, Ailshire, 2022; Zhong, Huisinigh-Scheetz, Huang, 2022; Kang, Li, Du, 2023], однако противоречит другим исследованиям, обнаружившим, что низкий уровень образования, скорее всего, связан с отказом от обращения за медицинской помощью [Westin, Ahs, Bränd Persson, Westerling, 2004; Splinter et al., 2021]. Исследователи предположили, что избегание медицинской помощи среди взрослых с более высоким уровнем образования может отражать потребности в уходе: хорошо образованные взрослые могут откладывать плановые приёмы или необязательную/несрочную помощь [Farina, Ailshire, 2022]. К этой гипотезе можно добавить, что к избегающему поведению среди более образованных респондентов может привести высокий уровень занятости и стресс, связанные с работой; более высокие ожидания от медицинских услуг, которые, в случае их неудовлетворения, могут приводить к избегающему поведению; доступ к большому объёму информации о здоровье и медицинских услугах, результатом чего может стать избыточная самодиагностика или недоверие врачам. Проведённый анализ, скорее, подтверждает эти гипотезы, так как показывает, что основные причины, из-за которых люди со средним и высшим образованием отказываются от медицинской помощи, включают отсутствие времени, платность лечения, отсутствие веры в эффективность лечения. К тому же образованные люди могут быть более осведомлены о серьёзных заболеваниях, что может вызывать страх и тревогу по поводу возможных диагнозов, что, в свою очередь, может привести к избеганию медицинской помощи.

Проживающие не в мегаполисе (а в городах меньшего размера или в сельской местности) с большей вероятностью уклоняются от медицинской помощи, что частично подтверждает выводы других исследователей о том, что избегающее поведение чаще наблюдается в сельской местности по сравнению с городской [Spleen, Lengerich, Camacho, Vanderpool, 2014; Sulku, Tokatlioglu, Cosar, 2023]. Такой результат, вероятно, объясняется тем, что в небольших городах и сельской местности может быть ограниченное количество медицинских учреждений, не хватает квалифицированных медицинских работников, что делает доступ к врачу более сложным; люди, живущие в удалённых районах, могут сталкиваться с трудностями в транспортировке до медицинских организаций, особенно, если у них нет собственного автомобиля; могут иметь более низкие доходы, что также влияет на решение обратиться за помощью. Проведённый анализ во многом подтвердил эти гипотезы: по сравнению с жителями мегаполисов проживающие в сельской местности отказываются от медицинской помощи по причине трудностей с доступом, в том числе и потому, что некому сопровождать до медицинской организации; проживающие в городе избегают обращения за медицинской помощью из-за неудовлетворительной работы медицинской организации, недоверия эффективности лечения и необходимости платить за него.

Факторы, связанные с риском плохого здоровья, такие как курение и потребление алкоголя, нечасто рассматриваются в исследованиях избегающего поведения. Установлено, что потребление алкоголя и курение как в настоящее время, так и в прошлом увеличивают риск избегания медицинской помощи. Это частично согласуется с другими исследованиями, доказавшими негативное влияние курения на поведение в отношении поиска медицинской помощи [Kannan, Veazie, 2014; Splinter et al., 2021; Bista, Yu, Shete, Shastri, 2021; Kang, Li, Du, 2023]. Можно предложить несколько гипотез, согласно которым вредные привычки могут увеличивать риск уклонения от обращения к врачу. Во-первых, виды поведения с риском для здоровья обычно группируются вместе (например, курильщики также чаще сообщают о физической неактивности, нездоровом питании и т.п. [Strine et al., 2005]), т.е. курящие и потребляющие алкоголь в целом не заботятся о своём здоровье. Во-вторых, страдающие от зависимости, могут испытывать стигматизацию; иметь негативный опыт

взаимодействия с медицинскими учреждениями, включая недостаток понимания их проблем, что делает их менее склонными обращаться за медицинской помощью. В-третьих, зависимость может способствовать возникновению финансовых трудностей из-за расходов на алкоголь и табак, что также может ограничить доступ к медицинским услугам. Эти гипотезы частично подтверждаются проведённым исследованием, установившим, что главные причины отказа от необходимой медицинской помощи среди лиц с нездоровым типом поведения — неудовлетворительная работа медицинской организации, недоверие эффективности лечения и платность лечения.

Исследование выявило слабую статистически значимую связь между занятостью и решением отказаться от медицинской помощи, подтвердив выводы других авторов о том, что занятые [Sulku, Tokatlioglu, Cosar, 2023] с большей вероятностью, а неработающие [Pharr, Moonie, Bungum, 2012; Reisinger, Moss, Clark, 2018] с меньшей вероятностью откладывают или избегают медицинской помощи. Основной причиной избегающего поведения среди занятых является нехватка времени, что, очевидно, связано с тем, что медицинские учреждения работают в часы, которые совпадают с графиком работы, что затрудняет посещение врача. Кроме того, постоянная занятость и стресс могут привести к усталости, что может вызвать нежелание тратить время на медицинские проблемы, даже если они важны.

Исследование не выявило связь между семейным положением и выбором посещать или нет медицинскую организацию в случае необходимости. Однако при анализе причин избегающего поведения установлен риск отказа от медицинской помощи среди одиноких участников обследования по сравнению с состоящими в браке из-за трудностей с доступом к медицинскому учреждению, в том числе и вследствие отсутствия помощи, что соответствует выводам исследователей о том, что люди, не имеющие социальной поддержки, с большей вероятностью откладывают медицинскую помощь или уклоняются от неё [Reisinger, Moss, Clark, 2018].

У проведённого исследования есть несколько ограничений. Во-первых, характер данных не позволяет выявить причинно-следственные связи. Во-вторых, сообщения об уклонении от медицинской помощи и его причинах являются самоотчётом респондентов и могут отличаться от фактически наблюдаемого поведения. В-третьих, неизвестно, насколько серьёзными считали сами участники обследования свои симптомы, что могло повлиять на их решение, обращаться за медицинской помощью или нет [Splinter et al., 2021]. Возможно, что избегающее поведение различается в зависимости от заболеваний. В-четвертых, в исследовании не рассматривались другие возможные детерминанты отказа от необходимой медицинской помощи, например, такие как характеристики поставщиков медицинских услуг, отношение между пациентом и поставщиком (в первую очередь доверие), убеждения респондентов в отношении здоровья, по причине отсутствия их в обследовании. Необходимо, чтобы будущие обследования включили эти факторы для проверки более сложных моделей избегающего поведения в сфере здравоохранения. Кроме того, необходимы исследования для изучения влияния различных типов поставщиков медицинских услуг на отказ от необходимой медицинской помощи.

Вывод

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что система здравоохранения в нашей стране не приспособлена для удовлетворения потребностей значительной части населения, что выражается в том, что существенная доля россиян избегает необходимой медицинской помощи. При этом среди причин избегающего поведения на первом месте по частоте упоминания находятся неудовлетворительная работа медицинской организации и отсутствие веры в эффективность лечения. Кроме того, одной из главных

причин отказа от обращения за медицинскими услугами, помимо отсутствия времени, называется возможность получить лечение только на платной основе при том, что здравоохранение в нашей стране формально бесплатное.

Установлены демографические и социально-экономические факторы, связанные с избеганием медицинской помощи: пол, возраст, образование, доходы, занятость, тип поселения, состояние здоровья и поведение с риском для здоровья. Выявлены особо уязвимые группы населения, не обращающиеся за медицинской помощью, даже в случае её необходимости: женщины, пожилые, принадлежащие к группе с низким доходом, имеющие жалобы на плохое здоровье.

Женщины, пожилые, особенно предпенсионного возраста, имеющие низкие доходы, проживающие в городе (но не в мегаполисе), чаще называют такие позиции, как «лечение можно получить только на платной основе», «не удовлетворяет работа медицинской организации» и «не рассчитываю на эффективное лечение», в качестве причин уклонения от необходимой медицинской помощи. Молодёжь, работающие, проживающие в городе избегают обращения в медицинское учреждение из-за «отсутствия времени». Пожилые, одинокие, имеющие низкие доходы, проживающие в сельской местности отказываются от медицинской помощи по причине того, что «тяжело добраться до медицинской организации», в том числе и потому, что «тяжело добираться без посторонней помощи».

Результаты исследования подчёркивают необходимость повышения удовлетворённости и доверия населения системе здравоохранения путём улучшения доступности и качества; разработки программ и инициатив, ориентированных на конкретные группы населения, направленные на борьбу с избегающим поведением с тем, чтобы снизить вероятность неблагоприятных последствий для здоровья.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Калинкин Д.Е., Карпов А.Б., Тахауов Р.М., Хлынин С.М., Варлаков М.А., Ефимова Е.В. (2013). Факторы, определяющие активность обращения и удовлетворённость медицинской помощью трудоспособного населения закрытого промышленного города [Kalinkin D.E., Karpov A.B., Takhaouov R.M., Khlynin S.M., Varlakov M.A., Efimova E.V. (2013). Factors determining the activity of seeking and satisfaction with medical care of the working-age population of a closed industrial city] // *Медицина труда и промышленная экология*. №4. С. 37–43. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/factory-opredelyayushchie-aktivnost-obrascheniya-i-udovletvorennost-meditsinskoj-pomoschyu-trudosposobnogo-naseleniya-zakrytogo>
- Стародубов В.И., Меньшикова Л.И., Сененко А.Ш., Зубко А.В. (2022). Оценка жителями Российской Федерации своего здоровья и условий получения медицинской помощи [Starodubov V.I., Menshikova L.I., Senenko A.Sh., Zubko A.V. (2022). Assessment by residents of the Russian Federation of their health and conditions for receiving medical care] // *Менеджер здравоохранения*. №8. С. 25–38. DOI: 10.21045/1811-0185-2022-8-25-38.
- Aday L., Andersen R. (1974). A framework for the study of access to medical care // *Health Services Research*. Vol. 9. No. 3. Pp. 208–220.
- Ajzen I., Fishbein M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. — Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen I. (1991). The theory of planned behavior // *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. Vol. 50. No. 2. Pp. 179–211. DOI: 10.1016/0749-5978(91)90020-T.
- Andersen R.M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? // *Journal of health and social behavior*. Vol. 36. No. 1. Pp. 1–10. DOI: 10.2307/2137284.
- Bista S., Yu R., Shete S., Shastri S.S. (2021). Factors Associated with Healthcare Avoidance among US Adults: Analyses of the 2019 Healthy Information National Trends Survey // *Journal of Family Medicine*. Vol. 8. No. 9. Pp. 1280. DOI: 10.26420/jfam.2021.1280.
- Byrne S.K. (2008). Healthcare avoidance: a critical review // *Holistic Nursing Practice*. Vol. 22. No. 5. Pp. 280–292. DOI: 10.1097/01.HNP.0000334921.31433.c6.
- Farina M.P., Ailshire J.A. (2022). Sociodemographic and health status differences in delaying medical care during the COVID-19 pandemic among older adults: findings from the Health and Retirement Study // *BMC Public Health*. Vol. 22. No. 1. Pp. 1720. DOI: 10.1186/s12889-022-14118-4.
- Johnson J.D. (1997). *Cancer-Related Information Seeking*. — Cresskill, NJ: Hampton Press.
- Kang L., Li C., Du H. (2023). Predictors of Medical Care Delay or Avoidance Among Chinese Adults During the COVID-19 Pandemic // *Patient Prefer Adherence*. Vol. 17. Pp. 3067–3080. DOI: 10.2147/PPA.S436794.

- Kannan V.D., Veazie P.J. (2014). Predictors of avoiding medical care and reasons for avoidance behavior // *Medical Care*. Vol. 52. No. 4. Pp. 336–345. DOI: 10.1097/MLR.000000000000100.
- Lauver D. (1992). A theory of care-seeking behavior // *Journal of Nursing Scholarship*. Vol. 24. No. 4. Pp. 281–287. DOI: 10.1111/j.1547-5069.1992.tb00734.x.
- Leyva B., Taber J.M., Trivedi A.N. (2020). Medical Care Avoidance Among Older Adults // *Journal of Applied Gerontology*. Vol. 39. No. 1. Pp. 74–85. DOI: 10.1177/0733464817747415.
- Moser D.K., Kimble L.P., Alberts M.J., Alonzo A., Croft J.B., Dracup K., Evenson K.R., Go A.S., Hand M.M., Kothari R.U., Mensah G.A., Morris D.L., Pancioli A.M., Riegel B., Zerwic J.J. (2006). Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke: a scientific statement from the American Heart Association Council on cardiovascular nursing and stroke council // *Circulation*. Vol. 114. No. 2. Pp. 168–182. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.176040.
- Pharr J.R., Moonie S., Bungum T.J. (2012). The impact of unemployment on mental and physical health, access to health care and health risk behaviors // *International Scholarly Research Notices*. Vol. 2012. Article ID 483432. Pp. 1–7. DOI: 10.5402/2012/483432.
- Phillips K.A., Morrison K.R., Andersen R., Aday L. (1998). Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider related variables in the behavioral model of utilization // *Health Services Research*. Vol. 33. No. 3. Pp. 571–596.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J.C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors // *American Psychologist*. Vol. 47. No. 9. Pp. 1102–1114. DOI: 10.1037//0003-066x.47.9.1102.
- Ratnapradipa K.L., Jadhav S., Kabayundo J., Wang H., Smith L.C. (2023). Factors associated with delaying medical care: cross-sectional study of Nebraska adults // *BMC Health Services Research*. Vol. 23. No. 1. Pp. 118. DOI: 10.1186/s12913-023-09140-0.
- Reisinger M.W., Moss M., Clark B.J. (2018). Is lack of social support associated with a delay in seeking medical care? A cross-sectional study of Minnesota and Tennessee residents using data from the behavioral risk factor surveillance system // *BMJ Open*. Vol. 8. No. 7. Pp. e018139. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-018139.
- Rogers S.N., Vedpathak S.V., Lowe D. (2011). Reasons for delayed presentation in oral and oropharyngeal cancer: the patients perspective // *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. Vol. 49. No. 5. Pp. 349–353. DOI: 10.1016/j.bjoms.2010.06.018.
- Spleen A.M., Lengerich E.J., Camacho F.T., Vanderpool R.C. (2014). Health care avoidance among rural populations: results from a nationally representative survey // *The Journal of Rural Health*. Vol. 30. No. 1. Pp. 79–88. DOI: 10.1111/jrh.12032.
- Splinter M.J., Velek P., Ikram M.K., Kieboom B.C.T., Peeters R.P., Bindels P.J.E., Ikram M.A., Wolters F.J., Leening M.J.G., de Schepper E.I.T., Licher S. (2021). Prevalence and determinants of healthcare avoidance during the COVID-19 pandemic: a population-based cross-sectional study // *PLoS Medicine*. Vol. 18. No. 11. Pp. e1003854. DOI: 10.1371/journal.pmed.1003854.
- Strine T.W., Okoro C.A., Chapman D.P., Balluz L.S., Ford E.S., Ajani U.A., Mokdad A.H. (2005). Health-related quality of life and health risk behaviors among smokers // *American Journal of Preventive Medicine*. Vol. 28. No. 2. Pp. 182–187. DOI: 10.1016/j.amepre.2004.10.002.
- Sulku S.N., Tokatlioglu Y., Cosar K. (2023). Determinants of health care avoidance and avoidance reasons in Turkey // *Journal of Health Management*. Vol. 31. No. 5. Pp. 817–829. DOI: 10.1007/s10389-021-01577-z.
- Sulku S.N., Tokatlioglu Y. (2023). Why do People Avoid Visiting Specialist Doctor? Answers from a Developing Country: Turkey Case // *Journal of Public Health*. Vol. 25. No. 23. Pp. 097206342211510. DOI: 10.1177/09720634221151004.
- Taber J.M., Leyva B., Persoskie A. (2015). Why do people avoid medical care? A qualitative study using national data // *Journal of General Internal Medicine*. Vol. 30. No. 3. Pp. 290–297. DOI: 10.1007/s11606-014-3089-1.
- Vilhjalmsson R. (2021). Family income and insufficient medical care: A prospective study of alternative explanations // *Scandinavian Journal of Public Health*. Vol. 49. No. 8. Pp. 875–883. DOI: 10.1177/1403494820944096.
- Westin M., Ahs 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*. Vol. 68. No. 3. Pp. 333–344. DOI: 10.1016/j.healthpol.2003.10.008.
- Wilson T.D. (1999). Models in information behaviour research // *Journal of Documentation*. Vol. 55. No. 30. Pp. 249–270. DOI: 10.1108/EUM0000000007145.
- Zhong S., Huisinsh-Scheetz M., Huang E.S. (2022). Delayed medical care and its perceived health impact among US older adults during the COVID-19 pandemic // *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol. 70. No. 6. Pp. 1620–1628. DOI: 10.1111/jgs.17805.

Кислицына Ольга Анатольевна

olga.kislitsyna@gmail.com

Olga Kislitsyna

doctor habilitatus in economics, professor, chief research fellow of the Institute of Economics of the Russian Academy of Sciences, Moscow

olga.kislitsyna@gmail.com

WHY DO RUSSIANS AVOID MEDICAL CARE? (Socio-Demographic Determinants and Reasons for Avoidance Behavior)

Abstract. Refusing to seek necessary medical assistance or avoiding visits to healthcare facilities has serious negative health consequences and imposes a significant healthcare cost burden. There is a limited amount of literature on avoidance behavior in this area. The aim of this study is to examine the prevalence and causes of avoidance behavior among Russian adults; identify factors associated with the avoidance of necessary medical care; and recognize the most disadvantaged socio-demographic groups most often exposed to avoidance behavior in general and according to specific causes. The informational base of the study is the Comprehensive Survey of Living Conditions conducted by Rosstat in 2022. Multivariate logistic regression models have been constructed to assess the determinants underlying avoidance behavior. Avoidance of medical care is measured by asking respondents whether they had situations when they needed a medical examination or consultation with a doctor, but did not seek help from a medical organization. Those who answered affirmatively were asked to choose the reasons for not seeking medical assistance. It was found that nearly a quarter of adult Russians refrain from visiting a doctor, despite being aware of their need for medical care. The individuals who avoid seeking medical assistance are more often women, elderly, in poor health, with secondary or higher education, belonging to a low-income group, employed, living in cities with a population of less than 1 million or in rural areas, and those who consume alcohol or smoke. Among those refusing medical assistance for about one-third the main reasons for such behavior were the unsatisfactory performance of the medical organization or distrust in the effectiveness of treatment. Another fifth and sixth of the avoiders report, respectively, that they do not have time and that treatment can only be obtained on a paid basis. Groups of the population that avoid medical assistance for specific reasons have been identified.

Keywords: *public health, medical care use, medical care avoidance, factors of avoidance, reasons for avoidance, Comprehensive Survey of Living Conditions.*

JEL: D91, I12, I18.