

УДК 316.3

DOI: 10.31040/2222-8349-2023-0-3-89-94

**ДИНАМИКА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В РОССИИ И ЕЕ РЕГИОНАХ  
В РУСЛЕ МЕТОДОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОГО КАПИТАЛА**

© Ю.В. Мигунова

Динамика общественного здоровья в России и регионах исследована в рамках методологии социального капитала. Установлено, что взаимосвязь социального капитала и общественного здоровья проявляется в устойчивом функционировании системы здравоохранения как социального института, обеспечивающего охрану здоровья граждан, а также в возможности доступа населения к социальным ресурсам здоровья, под которыми понимаются потребление качественных продуктов питания, здоровый образ жизни, спортивная инфраструктура, отрегулированный режим труда и отдыха, безопасный труд, доступ к высококвалифицированной медицинской помощи. Изучение тенденций развития общественного здоровья прослеживалось на основе статистического анализа показателей первичной заболеваемости населения, материнской смертности и потребительских расходов на здравоохранение. Индикатор первичной заболеваемости, представляющей собой совокупность нигде ранее не учтенных и впервые выявленных за отчетный год случаев заболеваний у пациентов, за обследуемый период 2011–2020 гг. снизился на 4.6%. При этом в таких федеральных округах, как в Уральский (838.0 на 1000 чел. населения), Приволжский (816.8) и Сибирский (809.3) его уровень был достаточно высок. За обследуемый период в Республике Башкортостан первичная заболеваемость населения выросла на 6.5%. Отмечена взаимосвязь между показателями первичной заболеваемости и отсутствием роста потребительских расходов на здравоохранение: в 2011 г. они составляли 3.5%, в 2020 г. – 4.0%. Материнская смертность как показатель общественного здоровья отражает качество женского репродуктивного здоровья, возможности его сохранения и укрепления, а также уровень развития системы родовспоможения и ее доступность для населения. Данный показатель продемонстрировал положительную динамику снижения индикатора за обследуемый период – 30.9%. Тем не менее его значение за 2019–2020 гг., обусловленное влиянием пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19, увеличилось на 24.4%. Рост материнской смертности являлся опосредованным фактором стабилизации ожидаемой продолжительности жизни у женщин.

Ключевые слова: общественное здоровье; система здравоохранения; социальный капитал в здравоохранении; ресурсы здоровья; первичная заболеваемость; материнская смертность; потребительские расходы домохозяйств на здравоохранение.

Осмысление современного состояния общественного здоровья детерминировано пониманием его глубокой социально-экономической значимости в развитии общества. В качестве метода исследования в оценке тенденций его развития выбрана методология концепции социального капитала. Считаем, что в ее рамках наиболее четко выделяются возможности доступа населения к так называемым ресурсам здоровья.

Основоположителем теории социального капитала считается Дж. Коулмен, который под социальным капиталом понимал специфические отношения, складывающиеся в процессе индивидуального взаимодействия между экономическими субъектами. При этом важным признаком этих отношений являются обязательства

и ожидания, носящие двусторонний характер [1].

Конкретизируя определение Дж. Коулмена, можно утверждать, что социальный капитал предстает как цепь социальных взаимодействий, формирующихся не только между экономическими субъектами, но и индивидами в целом. В свою очередь эти взаимосвязи выступают источником сплочения, объединения индивидов в обществе. В основе этого сплочения лежат потребности в поддержке, безопасном существовании, доверии и взаимопомощи.

С точки зрения зарубежных исследователей механизм влияния социального капитала на общественное здоровье основан на укреплении доверия в обществе, развитой социально-

психологической поддержке, возникающей между индивидами. В определенной степени уровень доверия зависит от существующей правовой системы, а также от некоторых социально-экономических индикаторов – социальной сплоченности, включающей общность языка, норм поведения, интересов, равенства доходов и т.д. [2].

Доверие как социальный феномен лежит в основе формирования культуры доверительных отношений, характеризующихся в первую очередь взаимовыручкой индивидов в сложных жизненных ситуациях. Доверительные отношения повышают потенциал здоровья, поскольку способствуют эффективному преодолению стрессовых ситуаций. Развитая культура доверительных отношений способствует активности граждан в организации добровольных ассоциаций, например, в целях профилактики социально значимых заболеваний. Эти важные социальные процессы, основанные на развитом социальном капитале, способствуют расцвету институтов гражданского общества, когда они оказывают определенное влияние на государство, укрепляя доверие населения системе государственного здравоохранения. В свою очередь продуманная социальная политика в сфере здравоохранения не только поддерживает уровень общественного здоровья в целом, но и обеспечивает население качественными услугами здравоохранения.

С нашей точки зрения, социальный капитал в сфере здравоохранения прежде всего проявляется в деятельности социальных институ-

тов как форм организации постоянно воспроизводимых социальных отношений, сосредоточенных в основном вокруг социально значимых целей, таких, например, как охрана здоровья населения. Таким образом, посредством коллективного социального капитала, воздействующего на сферу здравоохранения, общество консолидируется, открывая доступ к социальным ресурсам здоровья. К ним относятся возможность рационального питания, ведение здорового образа жизни, оптимальный режим труда и отдыха, наличие спортивной инфраструктуры и степень доступа к ней, безопасный труд, а также уровень развития системы охраны здоровья граждан.

Для оценки динамики общественного здоровья в России и ее регионах в русле методологии социального капитала были выбраны такие показатели, как первичная заболеваемость населения, материнская смертность и расходы домохозяйств на здравоохранение.

Исследование динамики общественного здоровья населения России и ее регионов было бы не полным без анализа индикатора первичной заболеваемости, представляющей собой совокупность нигде ранее не учтенных и впервые выявленных за отчетный год случаев заболеваний у пациентов. На протяжении последних десяти лет, 2011–2020 гг., данный индикатор оставался стабильно высоким. Тем не менее к 2020 г. регистрировалось его снижение на 4.6% в сравнении с 2011 г. (с 796.9 на 1000 чел. населения в 2011 г. до 759.9 в 2020 г.) (рис. 1) [3, 4].

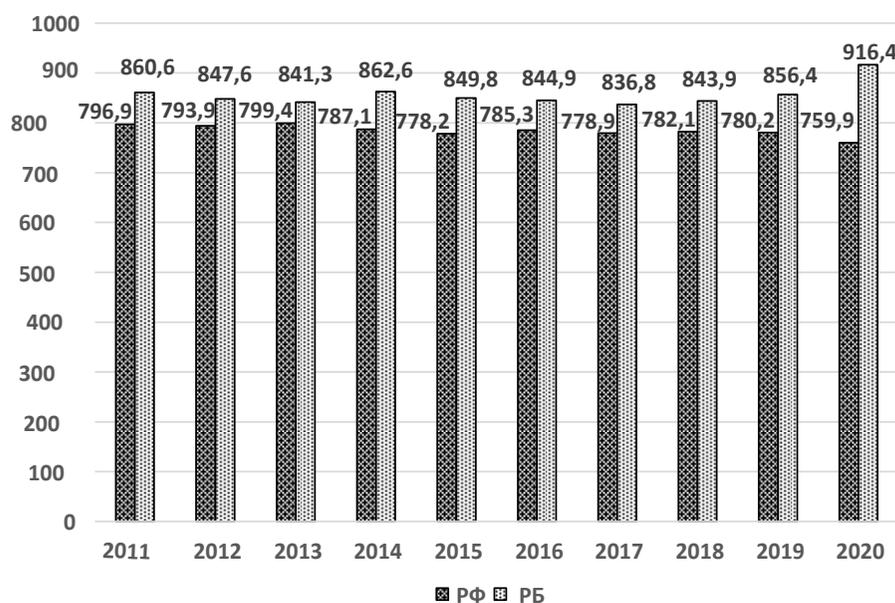


Рис. 1. Динамика первичной заболеваемости населения России и Республики Башкортостан за период 2011–2020 гг., на 1000 чел. населения

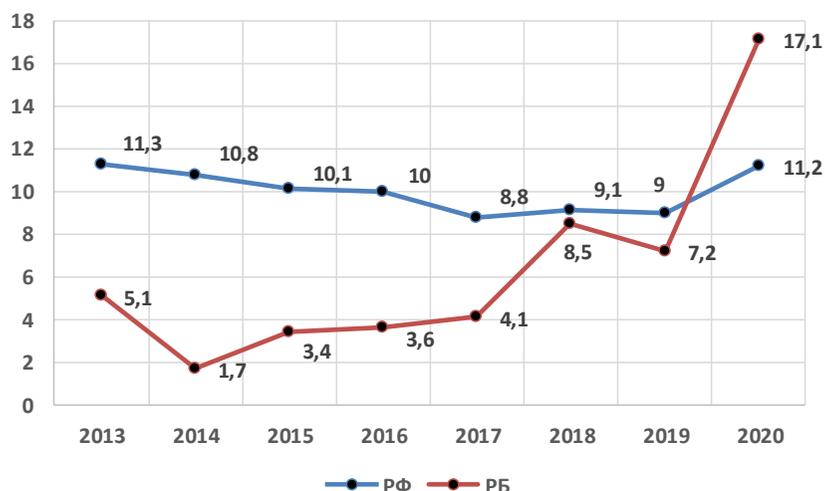


Рис. 2. Динамика материнской смертности в России и Республике Башкортостан за период 2013–2020 гг., на 100000 родившихся живыми

Специалисты объясняют небольшое снижение первичной заболеваемости достаточно высоким уровнем современной медицины. С другой стороны, высокие значения первичной заболеваемости указывают на сложности, существующие в самой структуре здравоохранения, связанные, например, с кадровыми, организационными, материально-техническими и иными вопросами [5, 6].

За 2020 г. в некоторых федеральных округах фиксировалась достаточно высокая за последние годы первичная заболеваемость: в Уральском федеральном округе показатель регистрировался на уровне 838.0 на 1000 чел. населения, в Приволжском – 816.8, Сибирском – 809.3 соответственно. За обследуемый период в Республике Башкортостан первичная заболеваемость населения выросла на 6.5% (с 860.6 на 1000 чел. населения в 2011 г. до 916.4 в 2020 г.).

В последние годы в России фиксируется стабильное повышение ожидаемой продолжительности жизни населения. За период 2011–2020 гг. прирост показателя составил 2.4% по сравнению с 2011 г. (с 69.83 года в 2011 г. до 71.54 в 2020 г.). При этом ожидаемая продолжительность жизни мужчин выросла на 3.8%, что касается женщин, то их показатель практически не вырос, увеличившись всего на 1.0%, с 75.61 года в 2011 г. до 76.43 в 2020 г. [3, 4].

Причины стабилизации индикатора ожидаемой продолжительности жизни у женщин в том числе кроются в нестабильном снижении материнской смертности в России: ее убыль за период 2011–2019 гг. составила 30.9% по отно-

шению к 2011 г., однако с 2019 по 2020 гг. показатель возрос уже на 24.4% (рис. 2) [7].

Материнская смертность населения прежде всего отражает качество женского репродуктивного здоровья, возможности его сохранения и укрепления, а также уровень развития системы родовспоможения и ее доступность. Оценка материнской смертности является важным инструментом диагностики уровня общественного здоровья, характеризующим возможности государственной системы здравоохранения.

Наименьшие индикаторы материнской смертности отмечались в таких федеральных округах, как Северо-Кавказский (4.4 чел. на 100000 родившихся живыми), Уральский (7.6), Центральный (10.4), Сибирский (10.6). Показатели материнской смертности выше среднероссийского значения регистрировались в Северо-Западном (18.9), Дальневосточном (17.8), Приволжском (11.9) федеральных округах.

В Приволжском федеральном округе материнская смертность в период 2013–2020 гг. увеличилась на 26.6% (с 9.4 чел. на 100 000 родившихся живыми в 2013 г. до 11.9 в 2020 г.). Причем в отличие от общероссийских тенденций на протяжении всего периода показатель продолжал возрастать в этом субъекте. Как регион с высоким показателем материнской смертности, Республика Башкортостан в 2020 г. занимала третье место в печальном рейтинге – 17.1 чел. на 100000 родившихся живыми – после Ульяновской (38.8) и Кировской (37.8) областей [7].

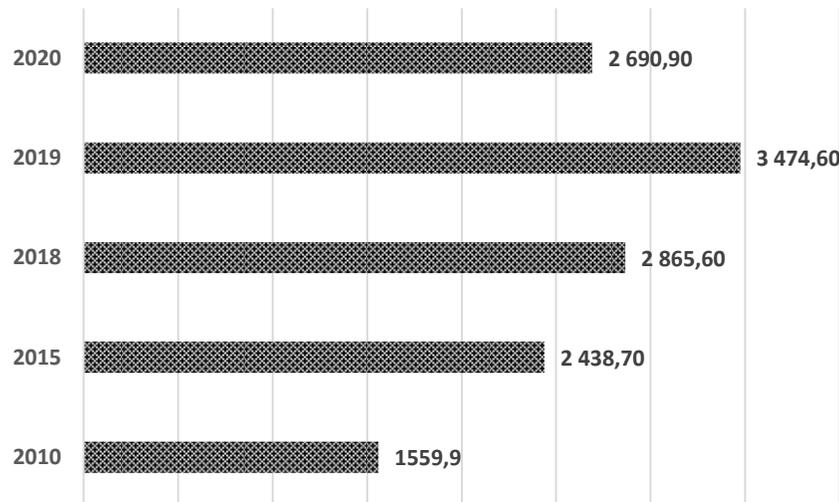


Рис. 3. Динамика денежных расходов домашних хозяйств России на платные медицинские услуги в области здравоохранения за период 2010–2020 гг., руб. в среднем на 1 члена домохозяйства

Важным показателем оценки динамики общественного здоровья являются расходы домохозяйств на услуги здравоохранения. Анализ денежных расходов российских домохозяйств на платные медицинские услуги в области здравоохранения показал, что за период 2010–2020 гг. эти расходы возросли на 72,5% (с 1559,9 руб. в среднем на 1 члена домохозяйства в 2010 г. до 2690,9 руб. в 2020 г.). Высокий рост показателя связан, с одной стороны, с общим ростом цен на товары и услуги. В то же время необходимость затрачивать больше денежных средств на медицинские услуги указывает на возрастающую потребность населения в медицинской помощи. Однако в период 2019–2020 гг. денежные расходы россиян сократились на 22,6% (с 3474,6 руб. в среднем на 1 члена домохозяйства в 2019 г. до 2690,9 руб. в 2020 г.) (рис. 3) [8].

С другой стороны, снижение затрат на медицинские услуги свидетельствует о том, что большинство домохозяйств в силу своей финансовой недостаточности не могли позволить себе затрачивать серьезные денежные средства на сохранение и укрепление здоровья членов своей семьи.

Кроме того, изменение показателей за период 2019–2020 гг. – прирост материнской смертности, сокращение денежных расходов домохозяйств на платные медицинские услуги – также связаны с пандемией новой коронавирусной инфекции. В 2020 г. структура материнской смертности изменилась, т.к. основными причи-

нами, вызывающими летальный исход, в частности, у беременных женщин стали тяжелые последствия для здоровья, вызванные заражением COVID-19. Между тем сокращение денежных расходов на платные медицинские услуги в период пандемии, на наш взгляд, связано с общим снижением потребительских расходов. Россияне не стали меньше тратить не только на медицинские услуги, но и на отдых вне дома и культурные мероприятия, покупку одежды и обуви, транспорт и т.д. Такая ситуация сложилась на фоне снижения материального благополучия населения, а также в связи с карантинными ограничениями.

Прослеживая динамику потребительских расходов на здравоохранение в России в период 2011–2020 гг., мы обнаружили, что она практически не менялась. За истекшие десять лет показатель возрос всего на 5% (с 3,5% от всех потребительских расходов домохозяйства в 2011 г. до 4,0% в 2020 г.) [3, 4]. Отсутствие серьезного роста потребительских расходов на сохранение и укрепление здоровья указывает на низкий уровень жизни россиян, на то, что в современных условиях большинство населения реализует преимущественно основные, базовые потребности в продуктах питания, одежде – определенном минимуме, необходимом в рамках текущего, ежедневного потребления. Если говорить о потребностях в активной и здоровой жизни, в профилактике и лечении заболеваний, то значительная часть домохозяйств в России не располагает достаточными ресурсами для

поддержания здоровья членов своей семьи. В свою очередь это не только снижает доступность оказания медицинской помощи, но и негативным образом сказывается на состоянии общественного здоровья в целом.

Исследование динамики потребительских расходов на здравоохранение за 2020 г. показало, что наибольшие затраты могут позволить себе жители таких регионов, как Карачаево-Черкесская Республика (6.5% от всех потребительских расходов домохозяйства), Амурская область (6.0%) и Республика Мордовия (5.9%). Меньше всего израсходовали на здравоохранение домохозяйства республик Ингушетии (1.4%), Бурятии (2.1%) и Тюменской области без автономных округов (2.2%). Интересно, что в Дальневосточном федеральном округе показатель потребительских расходов был равен общероссийскому. При этом распределение индикатора за 2020 г. было неравномерным в регионах данного федерального округа: в Амурской области – наибольшее значение, в Республике Бурятия, наоборот, наименьшее. Такой диссонанс в распределении показателя указывает на имеющиеся региональные социально-экономические диспропорции в рамках одного федерального округа [4].

В то же время отсутствие роста расходов домохозяйств на здравоохранение в определенном смысле взаимосвязано с высокой заболеваемостью населения, в том числе и первичной. Невозможность удовлетворить потребность в здоровой и продолжительной жизни очевидно повышает риски вероятного нездоровья, тем самым снижая уровень общественного здоровья.

В заключение необходимо сделать некоторые выводы:

1. Взаимосвязь социального капитала и общественного здоровья проявляется в устойчивом функционировании системы здравоохранения как социального института, обеспечивающего охрану здоровья граждан, а также в возможности доступа населения к социальным ресурсам здоровья.

2. В рамках методологии социального капитала динамика общественного здоровья в России прослеживается с помощью статистического анализа выбранных показателей.

3. За обследуемый период 2011–2020 гг. первичная заболеваемость в России снизилась на 4.6%. При этом в отдельных федеральных

округах ее уровень был достаточно высок. Кроме того, отмечена взаимосвязь между показателями первичной заболеваемости и отсутствием роста потребительских расходов на здравоохранение: в 2011 г. они составляли 3.5%, в 2020 г. – 4.0%.

4. Материнская смертность как показатель общественного здоровья продемонстрировала положительную динамику снижения индикатора за обследуемый период на 30.9% по отношению к 2020 гг. Тем не менее ее значение за 2019–2020 гг., обусловленное влиянием пандемии новой коронавирусной инфекции, увеличилось на 24.4%. Рост материнской смертности, в свою очередь, являлся опосредованным фактором стабилизации показателя ожидаемой продолжительности жизни у женщин к 2020 г.

*Статья подготовлена в рамках выполнения Государственного задания ИСИ ГБНУ АН РБ.*

#### Литература

1. Коулман Дж. Капитал социальный и человеческий // *Общественные науки и современность*. 2001. № 3. 121–139.
2. Suhrcke M., McKee M., Rocco L. Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. 2008. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332134/9789289071925-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата обращения: 19.05.2022).
3. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2020: Статистический сборник. М.: Росстат, 2020. 1242 с.
4. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2021: Статистический сборник. М.: Росстат, 2021. 1112 с.
5. Шабунова А.А. Здоровье населения в России: состояние и динамика: монография. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. 408 с.
6. Халитова Л.Р., Гарипова З.Ф. Проблемы и перспективы развития системы здравоохранения Республики Башкортостан // *Вопросы современной науки: проблемы, тенденции и перспективы: Материалы III Международной научно-практической конференции*. Ульяновск: Из-во «Зебра», 2019. С. 196–200.
7. Семья, материнство и детство: Материнская смертность. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13807> (дата обращения: 23.05.2022).
8. Здравоохранение. 2021: Статистический сборник. М.: Росстат, 2021. 171 с.



**DYNAMICS OF PUBLIC HEALTH IN RUSSIA AND ITS REGIONS  
IN THE LINE OF SOCIAL CAPITAL METHODOLOGY**

© **Yu.V. Migunova**

Institute of Strategic Researches of the Academy of Sciences of the Republic of Bashkortostan,  
15, ulitsa Kirova, 450008, Ufa, Russian Federation

The dynamics of public health in Russia and the regions was studied within the framework of the methodology of social capital. It has been established that the relationship between social capital and public health is manifested in the sustainable functioning of the health care system as a social institution that ensures the protection of the health of citizens, as well as in the possibility of access for the population to social health resources, which are understood as the consumption of high-quality food, a healthy lifestyle, sports infrastructure, regulated mode of work and rest, safe work, access to highly qualified medical care. The study of trends in the development of public health was traced on the basis of a statistical analysis of indicators of primary morbidity of the population, maternal mortality and consumer spending on health care. The indicator of primary morbidity, which is a set of cases of diseases in patients not previously recorded anywhere and for the first time detected during the reporting year, for the surveyed period 2011–2020, decreased by 4.6%. At the same time, in such federal districts as in the Urals (838.0 per 1000 population), Privolzhsky (816.8) and Siberian (809.3) its level was quite high. During the surveyed period in the Republic of Bashkortostan, the primary incidence of the population increased by 6.5%. The relationship between primary morbidity rates and the lack of growth in consumer spending on health care was noted: in 2011 they amounted to 3.5%, in 2020 – 4.0%. Maternal mortality, as an indicator of public health, reflects the quality of women's reproductive health, the possibilities of maintaining and strengthening it, as well as the level of development of the obstetrics system and its accessibility to the population. This indicator showed a positive trend of decreasing the indicator over the surveyed period – 30.9%. Nevertheless, its value for 2019–2020, due to the impact of the COVID-19 pandemic, increased by 24.4%. The increase in maternal mortality was an indirect factor in the stabilization of life expectancy for women.

Keywords: public health; health care system; social capital in healthcare; health resources; primary morbidity; maternal mortality; household consumer spending on health care.