

социальной системы как объекта управления: кадры, организационная структура, организационная культура, технологии, материальная и финансовая базы и т.д. Во-вторых, те же самые технологии можно рассматривать через призму этапов (видов) базовой управленческой технологии – технологии принятия управленческого решения.

Вышеизложенное позволяет не только уточнить сущность содержания социального управления, но и обеспечить более высокий уровень профессиональной подготовки руководителей, скорректировать учебные программы под освоение наиболее значимых управленческих технологий с учетом специфики управленческого труда в различных отраслях народного хозяйства.

### Литература

1. Халиков М.И. Управление и менеджмент: теоретико-методологический анализ: монография. М.: ФЛИНТА, 2013. 104 с.

DOI: 10.34773/EU.2023.3.26

## Некоторые аспекты оценки здоровья населения в контексте концепции социального капитала\*

### Some Aspects of Population Health Assessment in the Context of the Concept of Social Capital

---

**А. КАРИМОВ, С. КАДЫРОВ**

---

**Каримов Айбулат Галимьянович**, канд. соц. наук, зав. сектором социально-политических исследований Института социально-экономических исследований (ИСЭИ) Уфимского федерального исследовательского центра (УФИЦ) Российской академии наук (РАН). E-mail: karaigal@gmail.com

**Кадыров Салават Хисматович**, канд. экон. наук, старший научный сотрудник сектора социально-политических исследований ИСЭИ УФИЦ РАН. E-mail: P02\_KadyrovSH@gks.ru

*В данной статье авторами проанализированы показатели, характеризующие здоровье населения в контексте концепции социального капитала. Показана взаимосвязь социального капитала и отдельных аспектов здоровья населения. Рассмотрены труды зарубежных и отечественных исследователей по обозначенной проблеме. Выявлено преобладающее мнение о положительном влиянии социального капитала на здоровье населения. Установлены ключевые проблемы в сфере здравоохранения Республики Башкортостан.*

**Ключевые слова:** социальный капитал, здоровье населения, здравоохранение, социальная дифференциация, медицинские услуги, бедность.

*In this article, the authors analyzed the indicators that characterize the health of the population in the context of the concept of social capital. The interrelation of social capital and certain aspects of the health of the population is shown. The works of foreign and domestic researchers on the designated problem are considered. The prevailing opinion about the positive impact of social capital on the health of the population has been revealed. The key problems in the healthcare sector of the Republic of Bashkortostan have been identified.*

**Key words:** social capital, public health, healthcare, social differentiation, medical services, poverty.

---

\* Ссылка на статью: Каримов А.Г., Кадыров С.Х. Некоторые аспекты оценки здоровья населения в контексте концепции социального капитала // Экономика и управление: научно-практический журнал. 2023. № 3. С. 148–153.

## Введение

Исследования проблем в сфере здравоохранения в Республике Башкортостан, как и в любом другом регионе Российской Федерации, являются одними из важнейших и актуальных вопросов, поскольку направлены на выявление факторов риска и наиболее существенных проблем, которые могут влиять на здоровье жителей Башкортостана, позволяют оценить эффективность системы здравоохранения в регионе, определить возможности оптимизации и повышения качества оказания медицинских услуг.

Изучение текущих социально-экономических процессов происходит, как показывает сложившаяся практика, на основе экономического подхода, преимущества которого очевидны – это, прежде всего, «числовая определенность», «просчитываемость». Вместе с тем, видятся и серьезные недостатки такого подхода, прежде всего, заключающиеся в невозможности отразить все многообразие происходящих процессов. Очевидно, чтобы достичь оптимальных результатов в области здравоохранения, при анализе проблем здоровья населения нельзя ограничиваться количественными признаками. На состояние здоровья влияет целый ряд факторов как внутреннего, так и внешнего характера, определяющих жизнедеятельность населения. Одним из важных факторов, влияющих на здоровье населения, является социальный капитал.

Социальный капитал включает в себя совокупность ресурсов и связей, которые обеспечивают социальную поддержку, доверие и сотрудничество внутри сообщества. Существует множество исследований, которые показывают, что высокий уровень социального капитала связан с лучшим здоровьем населения. Например, люди, которые живут в социально связанных сообществах, имеют более высокую склонность к здоровому образу жизни и низкий уровень стресса, что может снизить риск различных заболеваний. Так, еще Патнэм отмечал положительное влияние социального капитала на здоровье населения, рассматривая его как систему взаимосвязей (родственных, дружеских, административных), облегчающих доступ к необходимым ресурсам в сохранении жизни и здоровья индивида, а также как доверие и взаимность во взаимодействиях с медицинскими работниками при получении медицинской помощи [10].

## Методы

Необходимо отметить, что западные ученые в целом положительно оценивают влияние социального капитала на здоровье населения. Так, исследователи, занимавшиеся оценкой влияния неравенства доходов и уровня социального капитала на смертность населения, показали, что неравенство доходов приводит к увеличению смертности, в том числе и от снижения инвестиций в социальный капитал [7; 8]. Отдельного упоминания заслуживают работы, в которых авторы провели анализ исследований, посвященных взаимосвязи социального капитала, физического здоровья и смертности населения [9; 11]. В работе Г. Веенстра рассматриваются связи между социальным капиталом и здоровьем, а также между социальным капиталом и доходами, неравенством доходов и управлением организациями сферы здравоохранения в различных регионах [13].

Анализ работ отечественных ученых в части обозначенных вопросов также показывает, что доминирующим является мнение о положительном влиянии социального капитала на здоровье населения. Об этом свидетельствуют работы Максимовой Т.М., Лебедевой-Несевря Н.А., Елисейевой С.Ю., Гордеевой С.С., Мигуновой Ю.В. и др. [2–5]. В то же время следует согласиться с мнением исследователей, которые считают, что социальный капитал может оказывать неоднозначное влияние на жизнедеятельность и здоровье человека. Так, неравенство в обладании социальным капиталом может ограничивать доступ некоторых социальных групп к медицинским услугам. Также, как отмечают отдельные ученые, социальный капитал, формируемый на основе рискоориентированного поведения (табакокурение, употребление алкоголя, наркомания), может оказывать деструктивное влияние на здоровье населения [5; 6].

В то же время следует понимать, что проблемы в сфере здравоохранения, в свою очередь, могут существенно влиять на социальный капитал – накапливаясь в течение определенного периода, они могут снижать уровень доверия к системе здравоохранения в целом. Также они могут привести к росту социальной изоляции, экономическим трудностям, связанным с увеличением медицинских расходов, потерей дохода, распространением стрессов и психологических проблем. В конечном счете это может привести к снижению доверия и взаимодействия внутри сообщества, отрицательно сказаться на отношениях в сообществе и негативно повлиять на уровень социального капитала.

При анализе социальных и экономических процессов существенное значение имеет информационная база. Одним из основных источников информации является система федеральных статистических наблюдений по социально-демографическим проблемам. Главная особенность состоит в получении данных о состоянии развития социальной сферы непосредственно через оценку ее населением. Оценка системы здравоохранения основывается на выборочном наблюдении за качеством и доступностью услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения, проводимом с периодичностью один раз в два года во всех субъектах Российской Федерации с охватом 48,1 тыс. домашних хозяйств (в Республике Башкортостан – 925 домохозяйств). При подготовке данной статьи использовались также и другие официальные статистические материалы.

### Результаты

Как правило, в анализе социальных и экономических процессов учитываются основные социально-демографические группы населения. В данном контексте, для Республики Башкортостан, где удельный вес сельского населения относительно высок, крайне важным становится анализ межпоселенческих различий. Разрыв между городским и сельским населением в последние годы значительно увеличился. Основные различия заключаются в доступности социальной инфраструктуры, уровне доходов и бедности. Так, за медицинской помощью обращались 50,3 % сельских жителей и 75,7 % – городских. Среднедушевые денежные доходы на селе, как показывают результаты обследований, примерно на 30 % ниже по сравнению с городом. Уровень бедности составил, соответственно, 15,2 % и 5,6 %.

Показатели, характеризующие развитие медицины, традиционно входят в систему индикаторов, определяющих такой сложный комплексный показатель, как уровень жизни населения. Очевидно, что среди социально-демографических характеристик здоровья особо выделяется ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ). Данный показатель широко используется как при межстрановом, так и при межрегиональном сопоставлении уровней социально-экономического развития. В этом отношении показательно, что ОПЖ является одним из трех составляющих индикаторов широко используемого индекса человеческого развития. Важной особенностью данного показателя является не только зависимость от уровня экономического развития (наблюдается тесная зависимость ОПЖ от ВВП), но и от социальных факторов (неравенство, проводимая социальная политика, образ жизни и т.д.). По мнению отдельных ученых, показатель ОПЖ тесно связан с уровнем социального капитала. Например, исследование, проведенное в Японии, показало, что жители районов с высоким уровнем социального капитала имеют более высокую продолжительность жизни [12].

При рассмотрении динамики ОПЖ за последние годы можно видеть, что наша республика постепенно отстает от средних показателей по РФ и Приволжского федерального округа. Основным фактором такого отставания является неблагоприятная социально-экономическая ситуация в сельской местности (учитывая его относительно высокую долю – 38,2 %). Так, если в 2010 г. ОПЖ сельских жителей в нашей республике составила 67,5 лет, а в среднем по ПФО – 66,2 года, то в 2021 г. наш регион уже уступал 0,58 лет. При этом у городских жителей ситуация более благоприятна – их показатель ОПЖ превышает средний показатель по ПФО. Наблюдается достаточно устойчивая взаимозависимость и тенденция изменения ОПЖ, которая практически полностью повторяет динамику ВВП. В этой связи можно констатировать, что

республика имела относительно благоприятную социально-экономическую ситуацию в 2000–2010 гг., однако в последние годы постепенно происходит развитие негативных процессов. Также следует отметить, что показатель ОПЖ достаточно хорошо «работает» при межпоселенческом сопоставлении. Так, разрыв продолжительности жизни городских и сельских жителей в 2019 г. составил 2,39 лет. Наблюдается значительная разница и на внутрирегиональном уровне: разница по ОПЖ между экономически развитым Центральным и сельским Северо-восточным подрегионами РБ составляет около 4 лет. Очевидно, что такая необоснованно высокая дифференциация обусловлена во многом различиями в среднедушевых денежных доходах – более чем в 2 раза.

В последние годы продолжается усиление социально-экономической дифференциации в России, в результате чего качество медицинского обслуживания для бедных и богатых слоев населения стало различаться. Можно согласиться с мнением авторов, полагающих, что в определенной степени система разделилась на «медицину для бедных», резко снизившую свое качество, и «медицину для богатых», доступную только для высокодоходных слоев населения [1]. Так, в 2021 году расходы на медицинские услуги 20 % наиболее обеспеченных слоев превышали расходы 20 % наименее обеспеченных более чем в 3,8 раза, по медикаментам, соответственно, в 2,4 раза.

Анализ результатов проведенного опроса показал, что складывается и достаточно сложная ситуация с кадровой обеспеченностью системы здравоохранения. За период 2016–2022 гг. выпуск врачей увеличился на 33 %, специалистов среднего звена для сферы здравоохранения – на 11,6 %, но вместе с тем потребность в специалистах в области здравоохранения составила в 2020–2022 гг. 8,8 % от общего числа рабочих мест. С одной стороны, мы имеем выпуск врачей в 2022 году в количестве 1155 человек, а с другой – наблюдается серьезный кадровый дефицит медиков.

Одной из основных проблем современной системы здравоохранения становится растущая коммерциализация предоставляемых услуг. Так, по данным проведенного опроса, 39 % респондентов проходили медицинские исследования на платной основе, причем в городе – 41,4 %, в сельской местности – 31,4 %. Среди основных причин опрошенные выделили следующие причины: такие исследования не проводятся в государственных медицинских организациях, расположенных поблизости (30,7 %); не имеют возможности попасть в государственную медицинскую организацию из-за нехватки времени, больших очередей, необходимости предварительной записи (27,9 %); считают исследования в платных организациях более качественными и надежными; платные медицинские исследования были предложены врачом (9,4 %). Среди респондентов, которые не смогли пройти или отложили необходимые медицинские исследования, 29,9 % отметили, что им предложены только платные исследования, на которые нет средств. По видам необходимых исследований лидируют ультразвуковые исследования (54,8 %); магнитно-резонансная и компьютерная томография (44 %); лабораторные исследования (21,1 %).

Важным условием предупреждения заболеваемости является своевременная и полноценная диспансеризация населения. Как показал проведенный опрос, почти половина работающего населения отмечает, что они обязаны проходить медицинский осмотр и диспансеризацию, причем в сельской местности их доля выше, чем в городской.

Хотя более высокий уровень доходов определяет более высокие возможности, вместе с тем он не всегда способствует более хорошему состоянию здоровья. В этом отношении достаточно показателен пример Ингушетии – имея достаточно невысокий уровень социально-экономического развития, регион имеет самую высокую ОПЖ в России. По всей вероятности, одной из причин этого является достаточно развитый в регионе социальный капитал, в основе которого лежит традиционная система ценностей, культивирующая здоровый образ жизни, способствующий распространению знаний о правильном питании и физической активности, что, в свою очередь, помогает сохранять здоровье населения.

Одним из элементов социального капитала является социальная активность, которая проявляется в сохранении и укреплении своего здоровья (структура питания, гигиена, отдых), поведении во время заболевания и уровне санитарной культуры. В этой части, согласно полученным результатам, социальная активность значительной части населения находится на низком уровне. Так, каждый пятый не проходит или не делает назначенные врачом лечебные процедуры.

Первичная медицинская помощь представляет собой начальный этап непрерывного процесса охраны здоровья, и должна быть максимально приближена к месту жительства и работы людей. Как можно видеть, большая часть населения не считает медицинскую помощь полностью эффективной (табл. 1).

Таблица 1

**Оценка медицинской помощи в целом (в %)**

	Город	Село
Респонденты, получавшие за последние 12 месяцев медицинскую помощь в медицинских организациях и у частнопрактикующих специалистов, считают полученную медицинскую помощь:		
эффективной по всем направлениям	100,0	100,0
эффективной, но не по всем направлениям	34,6	12,5
малоэффективной	52,2	59,7
совершенно неэффективной	12,8	19,4
	0,5	8,4

При анализе медицинской инфраструктуры в городах было отмечено, что значительная доля медицинских учреждений не обладает возможностью предоставления услуг по кардиологии (29,5 %), неврологии (11,6 %), эндокринологии (11,0 %) в течение продолжительного времени. В свою очередь, в сельской местности аналогичные проблемы возникают с хирургами (9,9 %), неврологами (23,7 %), офтальмологами (32,6 %), стоматологами (8,4 %).

Случаи, когда респондент не смог пройти или отложил на неопределенный срок консультации и медицинские обследования, вызваны, главным образом, уровнем организации работы учреждений здравоохранения (длительность ожидания, отдаленность, только платная консультация и др.). Следует отметить, что значительная часть таких случаев была обусловлена и причинами низкого самосохранительного поведения непосредственно самого респондента (не смог, нехватка времени и др.).

В условиях достаточно высоких цен на лекарственные препараты, ограниченных лимитов, отсутствия у многих категорий населения бережного отношения к своему здоровью, значительная часть населения (каждый третий) принимает лекарственные средства не в полном объеме (табл. 2).

Таблица 2

**Получение медицинской помощи по типу населенных пунктов (в %)**

	Город	Село
Респонденты, получавшие за последние 12 месяцев медицинскую помощь в амбулаторных условиях, включая вызов участкового врача на дом		
принимают назначенные врачом лекарства в полном объеме	100,0	100,0
принимают назначенные врачом лекарства, но не в полном объеме	72,5	61,1
практически не принимают назначенные врачом лекарства, не согласны с предписанием врача	27,0	38,1
никогда (или практически никогда) не принимают назначенные врачом лекарства по другим причинам	0,3	0,7
	0,2	1,9

### Заключение

Как показали результаты проведенного опроса, в системе здравоохранения сохраняется целый ряд нерешенных проблем, особенно в сельской местности. Особое значение в сложившихся условиях имеют медицинские осмотры и диспансеризация, направленные на улучшение состояния здоровья населения и выявление болезней на ранних стадиях. Вместе с тем нельзя не отметить и недостаточно бережное отношение населения к своему здоровью. Не вызывает сомнения, что самосохранение населения является одним из основных факторов, способствующих укреплению здоровья и увеличению продолжительности жизни. В условиях выявленных факторов ограничения возможностей в поддержании здоровья можно предположить, что значимость социального капитала как социального ресурса для получения доступа к высококвалифицированной медицинской помощи и лекарственному обеспечению посредством использования социальных связей, будет только возрастать.

### Литература

1. Аллаярова А.М., Кадыров С.Х., Музафарова Р.М. Основные факторы здоровья населения Республики Башкортостан (по данным выборочного обследования бюджетов домашних хозяйств). ЦСПИ АН РБ, Башкортостанстат. Уфа, 2009. 56 с.
2. Гордеева С.С. Роль социального капитала в сохранении здоровья населения в период пандемии COVID-19 // Глобальные вызовы демографическому развитию: сб. науч. статей в 2-х т. Т. II. Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2022. С. 117–123.
3. Лебедева-Несевря Н.А., Елисеева С.Ю. Социальный капитал как фактор формирования здоровья населения: аналитический обзор // Анализ риска здоровью. 2018. № 3. С. 156–164.
4. Максимова Т.М. Социальный градиент в формировании здоровья населения. М., 2005. 238 с.
5. Мигунова Ю.В. Влияние социального капитала на общественное здоровье и систему здравоохранения: теоретический аспект // Теория и практика общественного развития. 2022. № 6. С. 48–51.
6. Шабунова А.А. Здоровье населения в России: состояние и динамика: монография. Вологда, 2010. 408 с.
7. Kawachi I., Kennedy B.P., Lochner K. & Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality, and mortality // American Journal of Public Health. 1997. № 87(9). Pp. 1491–1498.
8. Krieger N., Berkman L.F., Kawachi I., Glymour M (eds). Discrimination and health inequities. In Social Epidemiology. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2014. Pp. 63–125.
9. Lochner K.A., Kawachi I., Brennan R.T., Buka S.L. Social capital and neighborhood mortality rates in Chicago // Soc Sci Med. 2003. № 56(8). Pp. 1797–1805. DOI: 10.1016/s0277-9536(02)00177-6.
10. Putnam R. The Prosperous Community: Social Capital and Public Life // The American Prospect. 1993. № 4. Pp. 35–42.
11. Rodgers J., Valuev A.V., Hsuen Y., Subramanian S.V. Social capital and physical health: An updated review of the literature for 2007–2018 // Soc Sci Med. 2019. № 236. DOI: 10.1016/j.socscimed.2019.112360.
12. Shimatani K., Komada M.T., Sato J. Impact of the Changes in the Frequency of Social Participation on All-Cause Mortality in Japanese Older Adults: A Nationwide Longitudinal Study // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022. № 19. DOI: 10.3390/ijerph19010270.
13. Veenstra G. Social capital and health (plus wealth, income inequality and regional health governance) // Soc Sci Med. 2002. № 54(6). Pp. 849–868. DOI: 10.1016/s0277-9536(01)00049-1.