

**ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ
(НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН) В КОНТЕКСТЕ
ПРОБЛЕМАТИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ СОЦИАЛЬНОГО КАПИТАЛА**

Мигунова Ю.В.

Институт социально-экономических исследований – обособленное структурное
подразделение Федерального государственного бюджетного научного
учреждения Уфимского федерального исследовательского центра
Российской академии наук

**ASSESSMENT OF THE STATE OF HEALTH OF THE POPULATION IN
RUSSIA (BY THE EXAMPLE OF THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN)
IN THE CONTEXT OF THE PROBLEMS OF THE STUDY OF SOCIAL
CAPITAL**

Migunova Yulia

Institute of Socio-Economic Studies – the Separate Structural Subdivision of Ufa
Federal Research Centre of the Russian Academy of Sciences

Аннотация. В статье исследуются вопросы общественного здоровья населения России (на примере Республики Башкортостан) в контексте проблематики социального капитала. В рамках методологии теории социального капитала социальные взаимодействия между индивидами воспринимаются как возможности доступа к социальным ресурсам здоровья: чем шире доступ к ним, тем выше качество общественного здоровья. Показателями оценки состояния здоровья населения являются ожидаемая продолжительность жизни при рождении, смертность населения в трудоспособном возрасте, впервые выявленная заболеваемость. Эти индикаторы отражают степень доступа индивидов к социальным ресурсам здоровья, демонстрируя, насколько развит социальный капитал в сфере его охраны.

Summary. The article examines the issues of public health of the population of Russia (on the example of the Republic of Bashkortostan) in the context of the problems of social capital. Within the methodology of the theory of social capital, social interactions between individuals are perceived as opportunities for access to social health resources: the wider the access to them, the higher the quality of public health. Indicators for assessing the state of health of the population are life expectancy at birth, mortality of the working-age population, and newly diagnosed morbidity. These indicators reflect the degree of access of individuals to social health resources, demonstrating how developed social capital is in the field of its protection.

Ключевые слова: социальный капитал в сфере общественного здоровья; социальные ресурсы здоровья; ожидаемая продолжительность жизни при

рождении; смертность населения в трудоспособном возрасте; впервые выявленная заболеваемость населения.

Key words: social capital in the field of public health; social health resources; life expectancy at birth; mortality of the working-age population; newly diagnosed morbidity.

Введение. Изучение общественного здоровья требует глубокого понимания его социально-экономической значимости в общественном развитии. Социальная природа здоровья, его место в системе общественных отношений может быть раскрыта в рамках исследования проблематики социального капитала. Одним из основоположников этой теории считается Дж. Коулмен. Он характеризовал социальный капитал как особые отношения, возникающие при повторяющемся персонифицированном взаимодействии между экономическими субъектами, сопровождающиеся накоплением двухсторонних ожиданий и обязательств [1]. Уточняя это определение, можно сказать, что социальный капитал – это цепь взаимодействий, социальных связей, возникающих не только между экономическими субъектами, но и между индивидами. На основе этих социальных взаимодействий формируются и функционируют социальные институты [2].

Актуальность проблемы оценки состояния здоровья населения в контексте исследования концепции социального капитала заключается в том, что социальные взаимосвязи, возникающие в обществе между индивидами, являются своеобразным драйвером социального развития, поскольку способствуют консолидации членов общества. Прежде всего, эта сплоченность проявляется во взаимопомощи индивидов, солидарности и поддержке [3]. Это особенно важно в ситуации сохранения и укрепления общественного здоровья. Его социальная составляющая также проявляется в том, насколько интенсивно влияет коллективный социальный капитал на сферу здравоохранения.

В рамках методологии теории социального капитала социальные связи, взаимоотношения и разного рода социальные взаимодействия между индивидами воспринимаются как возможности доступа к социальным ресурсам здоровья в виде полноценного и качественного питания, соответствующей инфраструктуры для поддержания здорового образа жизни и регулярного досуга, а также доступной, эффективной и квалифицированной медицинской помощи.

Целью статьи является оценка состояния здоровья населения России и ее регионов **методом** статистического анализа. В качестве **материала исследования** использовались данные официальной статистики, выбранные на основе таких показателей, как ожидаемая продолжительность жизни при рождении, смертность в трудоспособном возрасте, а также впервые выявленная заболеваемость. Выбор данных индикаторов обоснован тем, что они не только характеризуют уровень общественного здоровья, но и с достаточной определенностью могут отражать и степень доступа индивидов к социальным

ресурсам здоровья, демонстрируя, насколько развит социальный капитал в сфере его охраны.

Результаты и их обсуждение. Итак, прослеживая динамику ожидаемой продолжительности жизни населения России за период 2011–2020 гг., обнаруживаем ее рост на 2,4 %. При этом его устойчивый прирост в период 2011–2019 гг. сменился падением на 2,5 % (в 2019 г. – 73,34 лет, в 2020 г. – 71,54 лет). Очевидно, данные тенденции связаны с пандемией новой коронавирусной инфекции COVID-19, унесшей жизни более 144 тыс. чел. в России только за 2020 г. При этом разница между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин составляла 11 лет. За истекшие десять лет возраст ожидаемой продолжительности жизни мужчин в среднем увеличился до 66,14 лет, женщин – до 76,80 лет [4, 5, 6].

Отмечаются значительные территориальные различия в ожидаемой продолжительности жизни россиян. Так, например, максимальные значения по уровню показателя среди регионов России за 2020 г. традиционно занимали республики Северо-Кавказского федерального округа: республики Ингушетия (81,48 лет), Дагестан (76,43 года) и Карачаево-Черкесская Республика (74,82 года). Интересно, что в городах федерального значения, таких как Москва (76,20 лет), Санкт-Петербург (73,99 лет) и Севастополь (73,58 лет), в 2020 г. наблюдались достаточно высокие показатели ожидаемой продолжительности жизни. В том числе эти тенденции связаны с высоким качеством жизни населения, проживающим в них, более широким доступом к социальным ресурсам здоровья.

Минимальные значения ожидаемой продолжительности жизни в 2020 г. фиксировались в основном в Дальневосточном федеральном округе: Чукотский автономный округ (65,82 лет), Амурская область (67,38 лет), Забайкальский край (68,23 лет), также достаточно низкий показатель регистрировался в Республике Тыва – 66,25 лет [5].

В Республике Башкортостан за обследуемый период ожидаемая продолжительность жизни к 2020 г. выросла на 1,9 % (с 69,04 лет в 2011 г. до 70,36 лет в 2020 г.). Наибольшее ее значение за 2020 г. по Приволжскому федеральному округу зафиксировано в таких субъектах Российской Федерации, как республики Татарстан (72,61 года), Мордовия (71,60 лет), Кировская область (71,42 года). Наименьшие индикаторы, ниже общероссийского значения, отмечены в Пермском крае (69,59 лет), Оренбургской (69,73 года) и Нижегородской (70,33 года) областях.

Значительный вклад в снижение ожидаемой продолжительности жизни вносит смертность населения в трудоспособном возрасте. Ее устойчивое сокращение наблюдалось в период 2011–2019 гг. (с 600,9 умерших на 100 000 чел. соответствующего возраста в 2011 г. до 470,0 в 2019 г.). Однако пандемия COVID-19 внесла свои коррективы в динамику показателя: 2019–2020 гг.

коэффициент вырос на 16,6 % (с 470,0 умерших на 100 000 чел. соответствующего возраста в 2019 г. до 548,2 в 2020 г.) [4, 5].

Наибольшие коэффициенты смертности населения в трудоспособном возрасте фиксировались в таких федеральных округах, как Дальневосточный (649,3), Сибирский (639,8), Приволжский (593,5). Высокий прирост наблюдался в Чукотском автономном округе (853,2) и Амурской области (770,2). На фоне достаточно низкой ожидаемой продолжительности жизни и высокой смертности трудоспособного населения следует говорить о серьезном ухудшении общественного здоровья в этих регионах, в значительной степени обусловленном пандемией.

В Приволжском федеральном округе наибольшее число умерших в трудоспособном возрасте в 2020 г. было отмечено в Пермском крае (659,3), Нижегородской (653,9) и Оренбургской (635,9) областях [5]. Интересно, что в этих же регионах была зафиксирована достаточно низкая ожидаемая продолжительность жизни по данному федеральному округу. Здесь прослеживается определенная закономерность: нередко низкие показатели ожидаемой продолжительности жизни населения предопределяют высокую смертность в трудоспособном возрасте. Эти тенденции, отмеченные в таких регионах, как Чукотский автономный округ, Пермский край, Амурская, Нижегородская и Оренбургская области, указывают на территориальные диспропорции по показателям оценки качества жизни населения, в том числе в плане сохранения и укрепления общественного здоровья. В свою очередь, такая ситуация требует разработки и применения действенных социально-политических мер, способствующих выравниванию региональных асимметрий в социально-экономическом развитии [7].

В Республике Башкортостан динамика смертности трудоспособного населения повторяла общероссийские тенденции: 2011–2019 гг. фиксировалось ее стабильное снижение на 22,4 % (с 646,8 в 2011 г. до 502,1 в 2019 г.). Однако в период 2019–2020 гг. смертность возросла на 21,7 %, в значительной степени ухудшив общественное здоровье региона [4, 5].

Показатель впервые выявленной заболеваемости населения в России (зарегистрировано заболеваний у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни) на протяжении периода 2011–2020 гг. продолжал оставаться на достаточно высоком уровне. Хотя за последние десять лет фиксировалось его снижение на 4,6 % по сравнению с 2011 г. (с 796,9 на 1000 чел. населения в 2011 г. до 759,9 в 2020 г.). С одной стороны, снижение впервые выявленной заболеваемости объясняется отчасти успехами диагностической медицины [8, 9]. С другой – ее высокий уровень в целом указывает на ряд нерешенных проблем, связанных не только с уровнем и качеством жизни населения, но и с трудностями организации системы здравоохранения.

Достаточно высокая за последние годы впервые выявленная заболеваемость фиксировалась в Приволжском, Уральском и Сибирском

федеральных округах. В 2020 г. в Уральском федеральном округе показатель регистрировался на уровне 838,0 на 1000 чел. населения, в Приволжском – на уровне 816,8, в Сибирском – 809,3. В Республике Башкортостан за обследуемый период первичная заболеваемость населения возросла на 6,5 % (с 860,6 на 1000 чел. населения в 2011 г. до 916,4 в 2020 г.) [4, 5].

Высокие региональные значения впервые выявленной заболеваемости за 2020 г. (Республика Башкортостан) коррелируют с высокой смертностью населения трудоспособного возраста (Приволжский и Сибирский федеральные округа). Таким образом, наблюдается тесная взаимосвязь между низкой ожидаемой продолжительностью жизни при рождении, высокой смертностью трудоспособного населения и впервые выявленной заболеваемостью – все это указывает на снижение общественного здоровья современных россиян, требующее разработки адекватных мер воздействия в сфере социальной политики [10, 11].

Выводы. Проведенный статистический анализ показал, что, с одной стороны, в 2020 г., по сравнению с предыдущим десятилетием, на тенденции снижения общественного здоровья значительным образом повлияла пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19. С другой – нельзя утверждать, что эпидемия стала единственным решающим фактором, кардинальным образом ухудшившим состояние здоровья населения. Исследование статистических данных, касающихся впервые выявленной заболеваемости по COVID-19, показало, что среднероссийский ее показатель в 2020 г. фиксировался на уровне 33,9 на 1000 чел. населения. В то же время он был достаточно высок в Центральном (44,8), Уральском (43,3) и Северо-Западном (43,1) федеральных округах. В субъектах, отличающихся высокой смертностью трудоспособного населения и впервые выявленной заболеваемостью, таких как Приволжский (25,3) и Сибирский (29,6), первичная заболеваемость новой коронавирусной инфекцией была ниже среднероссийского уровня [5]. Это указывает на то, что последствия пандемии, ставшей серьезным испытанием для всего человечества, явились не единственной причиной снижения общественного здоровья. Целый ряд нерешенных социально-экономических проблем, касающихся общего социального самочувствия населения, его материальных и морально-психологических возможностей сохранения и укрепления здоровья, а также мер государственной социальной политики, направленной на организацию медицинской помощи, также послужили факторами, определяющими состояние здоровья населения.

Данное исследование выполнено в рамках государственного задания УФИЦ РАН № 075-03-2022-001 от 14.01.2022.

Список литературы:

1. Коулман Дж. Капитал социальный и человеческий // *Общественные науки и современность*. 2001. № 3. 121–139.

2. Фаткуллина Г.Р., Каримов А.Г. Укрепление социальной сплоченности общества как механизм повышения качества жизни населения // Социодинамика. 2020. № 7. С. 25–38.
3. Селиванова С.С. Психологическая поддержка как фактор преодоления бедности работающего населения // Инновационные технологии управления социально-экономическим развитием регионов: Материалы XIII Международной научно-практической конференции, посвященной 70-ти летнему юбилею со дня основания Института социально-экономических исследований УФИЦ РАН. Уфа: ИСЭИ УФИЦ РАН, 2021. С. 363–368.
4. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2020: Статистический сборник. М.: Росстат, 2020. 1242 с.
5. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2021: Статистический сборник. М.: Росстат, 2021. 1112 с.
6. Росстат подсчитал смертность от COVID-19 в 2020 году: РИА Новости. Электронный ресурс: <https://ria.ru/20210611/koronavirus-1736688570.html>
7. Аслаева С.Ш. Диагностика развития территориальных образований // Азимут научных исследований: экономика и управление. 2020. Т. 9, № 3 (32). С. 69–72.
8. Шабунова А.А. Здоровье населения в России: состояние и динамика: монография. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. 408 с.
9. Ахмадуллина Х.М., Егорышев С.В., Ахмадуллин У.З. Здоровье населения г. Уфы: результаты изучения общественного мнения // Вестник ВЭГУ. 2017. № 4 (90). С. 13–22.
10. Гаврикова А.В., Ишмуратова Д.Ф. Некоторые аспекты демографической ситуации Республики Башкортостан в контексте устойчивости территориальных образований // Жизненный потенциал региона: социально-демографические проблемы современного общества (Аитовские чтения): Сборник материалов международной научно-практической конференции. Уфа: АЭТЕРНА, 2015. С. 204–207.
11. Свинухова Ю.Н. Обоснование приоритетов социального развития территорий (на примере субъектов Приволжского федерального округа) // Урбанистика. 2020. № 4. С. 79–98.

References:

1. Coleman J. Social and human capital // Social sciences and modernity. 2001. No. 3, pp. 121–139.
2. Fatkullina G.R., Karimov A.G. Strengthening the social cohesion of society as a mechanism for improving the quality of life of the population // Sociodynamics. 2020. No. 7, pp. 25–38.
3. Selivanova S.S. Psychological support as a factor in overcoming poverty of the working population // Innovative technologies for managing the socio-economic development of regions: Proceedings of the XIII International Scientific and Practical

Conference dedicated to the 70th anniversary of the founding of the Institute for Socio-Economic Research of the Ural Federal Research Center of the Russian Academy of Sciences. Ufa: ISEI UFITs RAS, 2021, pp. 363–368.

4. Regions of Russia. Socio-economic indicators. 2020: Statistical compendium. M.: Rosstat, 2020. 1242 p.

5. Regions of Russia. Socio-economic indicators. 2021: Statistical compendium. M.: Rosstat, 2021. 1112 p.

6. Rosstat calculated the death rate from COVID-19 in 2020: RIA Novosti. Electronic resource: <https://ria.ru/20210611/koronavirus-1736688570.html>

7. Aslaeva S.Sh. Diagnostics of the development of territorial entities // Azimut of scientific research: economics and management. 2020. Vol. 9, No. 3 (32), pp. 69–72.

8. Shabunova A.A. Health of the population in Russia: state and dynamics: monograph. Vologda: ISERT RAN, 2010. 408 p.

9. Akhmadullina Kh.M., Egoryshev S.V., Akhmadullin U.Z. Health of the population of Ufa: the results of a study of public opinion // Bulletin of VEGU. 2017. No. 4 (90), pp. 13–22.

10. Gavrikova A.V., Ishmuratova D.F. Some aspects of the demographic situation of the Republic of Bashkortostan in the context of the sustainability of territorial entities // Life potential of the region: socio-demographic problems of modern society (Aitov readings): Collection of materials of the international scientific and practical conference. Ufa: AETERNA, 2015, pp. 204–207.

11. Svinukhova Yu.N. Justification of the priorities of social development of territories (on the example of the subjects of the Volga Federal District) // Urbanistics. 2020. No. 4, pp. 79–98.

Сведения об авторе:

Мигунова Юлия Владимировна, кандидат социологических наук, старший научный сотрудник сектора социально-политических исследований ИСЭИ УФИЦ РАН, 450054, Республика Башкортостан, г. Уфа, проспект Октября, 71. E-mail: ignatenko_isei@mail.ru
ORCID 0000-0003-0634-2135, Researcher ID O-4538-2015

Authors' personal details:

Migunova Yulia Vladimirovna, candidate of Sociological Sciences, Senior Research Fellow of Sector of Socio-Political Researchs of ISER UFRC RAS, 450054, Republic Bashkortostan, Ufa, October Avenue, 71. E-mail: ignatenko_isei@mail.ru.
ORCID 0000-0003-0634-2135, Researcher ID O-4538-2015

© Мигунова Ю.В.