

УДК 330.12

О.В. Степанова, канд. екон. наук

Інститут економіки та прогнозування НАН України

СОЦІАЛЬНИЙ КАПІТАЛ ЯК ФАКТОР РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

У статті обґрунтовано роль та місце соціального капіталу в розвитку системи охорони здоров'я населення, проведено аналітичний огляд зарубіжних наукових досліджень з виявлення напрямів впливу соціального капіталу на стан здоров'я населення. Встановлено залежності та критерії впливу соціального капіталу на стан здоров'я населення та інститут охорони здоров'я.

Ключові слова: соціальний капітал, здоров'я населення, взаємозв'язки, механізми і критерії взаємовпливу

Рівень здоров'я населення є важливим показником соціально-економічного стану суспільства. Бідність, соціальне відчуження, слабкість системи охорони здоров'я населення та погані житлові умови є одними з основних причин незадовільного стану здоров'я населення країни. Формування соціально-економічних умов для здорового життя населення та забезпечення його доступною і доброякісною медичною допомогою є найважливішим завданням для будь-якої країни, незалежно від сформованої економічної моделі господарювання і фінансової системи. Тож постає проблема пошуку нових ресурсів, інструментів та моделей модернізації системи охорони здоров'я, особливо в посткризовий період розвитку України.

Мета статті. Метою даної статті є визначення механізмів і критеріїв впливу соціального капіталу на стан здоров'я населення та інститут охорони здоров'я, а також аналітичний огляд зарубіжних наукових досліджень з визначеної проблематики.

Аналіз останніх досліджень, у яких започатковано вирішення проблеми. Вплив соціального капіталу на стан здоров'я населення та функціонування системи охорони здоров'я досліджуються у працях багатьох зарубіжних вчених, а саме: С. Алі, А. Аромаа, Т. Брауна, Г. Веєнстра, О. Імпіваара, М. Іслама, Р. Інглгарта, С.Йохансона, І. Кавачі, Б. Кеннеді, Р. Кросбі, М. Ліндстрома, Н. Лебедевої, К. Локнера, Й. Макі, М. Малмстрома, Й. Мерло, Б. Омбре, Р. Путнама, Л. Рокко, М.Росвала, Р. Роуза, М. Сайпуша, К. Сандквіста, М. Сарке, Г. Сінкха, А. Татарко, К.Харпфера, М. Хіпа, Д. Холтгрейва, Р. Шеффлера та інших науковців.

Виклад основного матеріалу дослідження з обґрунтуванням отриманих наукових результатів. На сьогоднішній день існує значна кількість теоретичних підходів до визначення сутності та змісту соціального капіталу. Разом з тим жодне з них поки що не стало універсальним. Це пов'язано з багатовимірністю досліджуваного поняття, відсутністю єдиного підходу до розуміння його сутності. На нашу думку, соціальний капітал є сукупністю фактичних та потенційних ресурсів, які отримують економічні суб'єкти на різних ієрархічних рівнях управління зі сталого володіння мережею соціальних відносин та зв'язків, що створюють цінність, яка прямо чи опосередковано впливає на результативність функціонування економічного суб'єкта. Такі зв'язки можуть існувати не лише у фактичному стані, а й у формі матеріального та інформаційного обміну, що зумовлює їх існування. Базовими детермінантами соціального капіталу суспільства є соціальні цінності, норми, зв'язки, інститути, довіра, соціальна солідарність та згуртованість та ін.

Багато учених-економістів досліджують здоров'я як частину людського капіталу, звертаючи увагу на те, що підтримка та зміцнення здоров'я вимагає певних інвестицій, зокрема в ранньому віці. Відомо, що більш освічені люди уважніше ставляться до власного здоров'я, прагнучи продовжити активне довголіття. Здоров'я як вагома складова людського капіталу сприяє економічному зростанню за основними напрямками: забезпечує економіку трудовими ресурсами; підвищує продуктивність праці; формує додаткові потоки інвестицій та заощаджень; зберігає поточні витрати економіки на надання медичних послуг.

У свою чергу, слід зазначити, що наведені проблеми можна також досліджувати і як фактор соціального капіталу, зокрема включення осіб до соціальних, а в нашому випадку освітніх, мереж, сприяє зростанню рівня здоров'я (див. табл. 1).

Так, в останньому звіті "Світова статистика охорони здоров'я" (2010) Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) зазначено, що в країнах з вищим коефіцієнтом охоплення жінок початковою освітою спостерігаються нижчі рівні смертності дітей у віці до 5 років [4]. Світовий банк також провів дослідження, які розкривають певні взаємозв'язки: зі зростанням рівня та років загальної освіти жінок покращуються показники здоров'я членів їх родин [18]. Зазначені факти можна пояснити тим, що саме жінки є першими вихователями та доглядачами власних дітей, а освіта збільшує потенціал їх доступу до медичної інформації, медичних установ, соціальних мереж.

За останнє десятиріччя взаємозв'язки між соціальним капіталом та станом здоров'я населення стали предметом широких досліджень зарубіжних науковців, зокрема економістів, соціологів, політологів та ін. Незважаючи на такий короткий період звернення до зазначених проблем, результати їх вивчення вражають (перелік найбільш цікавих, на наш погляд, досліджень наведено у табл. 2).

Таблиця 1

**Напрями впливу соціального капіталу
на стан здоров'я населення**

Вид соціального капіталу	Напрями
Структурний соціальний капітал	Мережна структура соціального капіталу визначає доступ населення до ресурсів, інформації, освіти тощо через відповідні комунікаційні канали, які впливають на здатність особи підвищувати індивідуальний рівень здоров'я
	Соціальний капітал сприяє підвищенню дієвості профілактичних заходів, впровадженню нових медичних стандартів, зокрема ґрунтуючись на розгалужених мережах формальних та неформальних соціальних взаємозв'язків (наприклад, поширення вакцинації, профілактика гострих інфекційних та вірусних захворювань тощо). Для бідних прошарків населення соціальний капітал у поширенні профілактичних заходів має більшу вагомість, оскільки за їх відсутності особа з більшою вірогідністю зазнає економічних збитків (втрата годувальника для родини, втрата роботи)
	Накопичений соціальний капітал може проявлятися в суспільстві через наявність мереж підтримки (як у межах окремої родини та групи, так і в межах суспільства), соціальну активність, суспільство впливає на зменшення соціальної вразливості, соціальної ізоляції населення та, як наслідок, зменшення випадків самогубств, порушень психічного та фізичного здоров'я населення
	Соціальний капітал сприяє зниженню диференціації в доступі населення до медичних послуг за територіальною, економічною, віковою та іншими ознаками
Когнітивний соціальний капітал	Соціальний капітал може покращити стан здоров'я населення через існування чи зміни позитивних соціальних норм та цінностей. Так, наприклад, куріння, вживання алкоголю, антисанітарні умови проживання значно впливають на загальний рівень здоров'я населення та глибоко пов'язані з культурними нормами, цінностями. Соціальні норми та мережі можуть пропагувати здорові або нездорові моделі поведінки та способи життя. Загальні цінності та норми впливають на рівень насильства в суспільстві, та, як наслідок, на здоров'я
	Накопичення соціального капіталу в системі охорони здоров'я сприяє підвищенню довіри до її інститутів, держави, консолідації суспільства, зростанню соціальної стабільності та, як наслідок, сприятиме забезпеченню сталості соціально-економічного розвитку

Джерело: сформовано автором.

Таблиця 2

Аналіз досліджень взаємозв'язку соціального капіталу та стану здоров'я населення

АВТОРИ	ОЗНАКИ*	ІНДИКАТОРИ СОЦІАЛЬНОГО КАПІТАЛУ		ІНДИКАТОРИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я	РЕЗУЛЬТАТИ
		Структурний соціальний капітал	Когнітивний соціальний капітал		
І. Кавачі, Б. Кеннеді, К. Локнер	США, 1997 рік, міжсекторне опитування у 39 штатах, соціально-економічні статистичні дані	Виявлена корисність членства у громадських організаціях. Нерівність за доходами	Соціальна довіра. Виявлена відсутність чесності	Рівень смертності	Позитивне збільшення рівня соціального капіталу (за кожними з чотирьох складових) негативно вплинуло на рівень смертності
Р. Роуз	Росія, 1998 рік, міжсекторне опитування	Залучення до формальних та неформальних мереж, на які особа може покластися в різних умовах, соціальна інтеграція	Інституціональна довіра	Самооцінка фізичного та психічного здоров'я	Соціальний капітал сприяє підвищенню фізичного та психічного здоров'я більше, ніж людський капітал
Г. Веснстра	Канада, 2005 рік, міжсекторне опитування	Участь у різних видах громадських організацій та ступінь залучення до них	–	Самооцінка фізичного здоров'я Індекс маси тіла Хронічні захворювання Емоційний стрес	Високий ступінь залучення до громадських організацій позитивно впливає на обрані індикатори здоров'я
Д. Холтгрейв, Р. Кросбі	США, 2004 рік, міжсекторне опитування у 48 штатах, соціально-економічні статистичні дані	"Порівняльний індекс соціального капіталу", що включає 14 складових (залучення до громадських організацій, соціальна активність та ін.)	"Порівняльний індекс соціального капіталу", що включає 14 складових (інституціональний рівень і міжособовий рівень довіри та ін.)	Рівень захворюваності на туберкульоз	"Порівняльний індекс соціального капіталу" має обернену залежність з рівнем випадків захворюваності на туберкульоз
М. Сайпуш, Г. Сінкх	Австралія, 1999 рік, Екологічне дослідження та дані Австралійського бюро статистики	П'ять індикаторів соціального капіталу: відсоток самотніх людей, що живуть окремо; рівень розлучень в країні; рівень безробіття; відсоток осіб, що втратили надію знайти роботу; рівень залучення до суспільних об'єднань		Тривалість життя, Рівень смертності з різних причин	Вищий рівень соціального капіталу за більшістю досліджуваних індикаторів суттєво пов'язаний з більшою тривалістю життя та нижчим рівнем смертності

Продовж. табл. 2

АВТОРИ	ОЗНАКИ*	ІНДИКАТОРИ СОЦІАЛЬНОГО КАПІТАЛУ		ІНДИКАТОРИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я	РЕЗУЛЬТАТИ
		Структурний соціальний капітал	Когнітивний соціальний капітал		
К. Сандквіст, М. Ліндстром, М. Малмстром, С. Йохансон	Швеція, 2004 рік, Щорічне опитування стосовно рівня життя	Соціальна активність: релігійна, політична, а також залучення до інших соціальних мереж (сусіди, друзі)	–	Рівень серцево-судинних захворювань	Особи з низьким рівнем участі у соціальних мережах мають підвищений ризик серцево-судинних захворювань
С. Алі, М. Росвал, Й. Мерло	Швеція, 2006 рік, Державна оцінка стану здоров'я	Чотири комбінації показників рівня соціальної активності та загального рівня довіри: високий рівень активності/ високий рівень довіри (високий рівень накопичення соціального капіталу), високий рівень активності/ низький рівень довіри ("мініатюризація суспільства"), низький рівень активності/ високий рівень довіри ("традиціоналізм"), низький рівень активності/ низький рівень довіри (низький рівень накопичення соціального капіталу)		Випадки інфаркту міокарда	Низький рівень накопичення соціального капіталу пов'язаний з випадками інфаркту міокарда, проте високий рівень активності/ низький рівень довіри не мають суттєвого впливу на випадки інфаркту міокарда
Р. Шефлер, Т. Браун	США, 2005–2008 роки, Штат Каліфорнія, Статистичні соціально-економічні дані штату	Індекс соціального капіталу Петріса (PSCI), який визначається як відсоток повної зайнятості у громадських організаціях	–	Рівень серцево-судинних захворювань (з врахуванням расових, територіальних ознак та економічної стратифікації), Рівень психічних захворювань, Кількість населення, що палить, та попит на цигарки	Виявлено обернена залежність між PSCI та рецидивами серцево-судинних захворювань для осіб, що проживають у районах з низьким рівнем доходів. Виявлено обернена залежність між PSCI та психічними захворюваннями для осіб, що проживають у районах з низьким рівнем доходів. Виявлена пряма залежність між соціальним капіталом (зайнятість у релігійних організаціях) та здоровим способом життя (зменшення кількості осіб, що палять, та попиту на цигарки). Визначено обернену залежність між PSCI, доступом до медичної допомоги та рецидивами серцево-судинних захворювань для афроамериканського та азіатського населення Каліфорнії

Продовж. табл. 2

АВТОРИ	ОЗНАКИ*	ІНДИКАТОРИ СОЦІАЛЬНОГО КАПІТАЛУ		ІНДИКАТОРИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я	РЕЗУЛЬТАТИ
		Структурний соціальний капітал	Когнітивний соціальний капітал		
М. Хіпа, Й. Макі, О. Імпіваара, А. Аромаа	Фінляндія, 2007 рік, Національна оцінка стану здоров'я	Вільна участь у громадських організаціях, суспільна стабільність	Міжособистісна довіра	Рівень смертності з різних причин	Вільна участь у громадських організаціях пов'язана з низьким рівнем смертності у чоловіків. Для жінок вищий рівень міжосо- бистісної довіри знижує ризик передчасної смертності та смерт- ності від серцево-судинних захворювань
Б. Омбре, Л. Рокко, М. Сарке, К. Харлфер, М. Максі	Велика Британія, 2009 рік Світове дослідження цінностей (World Values Survey) у країнах СНД, Індикатори Світового банку з державного управління, міжсекторні опиту- вання	Участь у громадських організаціях. Інституційні індикатори: Рівень гніззації економіки, Трансакційні витрати на ведення бізнесу, Виборча активність, Захист від безробіття, Пенсійні виплати, Виплати з тимчасової втрати працездатності	Загальний рівень довіри, довіра до парламенту, армії, преси, громадських об'єднань та міліції	Самооцінка стану здоров'я, відстань до найближ- чої медичної установи, лікаря; якість та доступність чистої питної води	Індикатори когнітивного соціаль- ного капіталу та участь у громадсь- ких організаціях позитивно впли- вають на стан здоров'я населення. Прогне отримані оцінки позитивно змінюються в залежності від рівня інституційного розвитку країн
М. Іслам	Швеція, 2008 рік, Міжсекторне опиту- вання, статистичні дані	Виборча активність Рівень злочинності	-	Рівень смертності з різних причин	Збільшення рівня соціального капіталу, а саме виборчої актив- ності, має помірний зв'язок зі зниженням смертності. Зниження рівня соціального капі- талу (збільшення рівня злочинно- сті) має зв'язок зі зниженням смертності

* У графі ознаки наведені: країна дослідження, рік публікації дослідження, вихідні дані.

Джерело: сформовано автором на основі [5; 11–15; 17; 18].

Проведений аналіз наукових праць з досліджуваних проблем дозволяє виокремити такі проєкції дослідження соціального капіталу: за ієрархічним рівнем формування, накопичення та відтворення (макрорівень, мезорівень, індивідуальний рівень); за типом факторів впливу (екзогенні фактори впливу, ендогенні фактори впливу), за об'єктом дослідження (когнітивний, структурний, інституційний), за методами дослідження (економічні, соціологічні, політологічні, статистичні), як різновиду блага (соціальний капітал як суспільне, клубне, приватне благо).

У дослідженнях взаємозв'язків соціального капіталу та стану здоров'я населення використовуються такі групи індикаторів здоров'я:

- очікувана середня тривалість життя населення, очікувана середня тривалість здорового життя населення, рівень смертності населення від усіх причин, рівень смертності від конкретних причин (від серцево-судинних захворювань, туберкульозу, раку та інших захворювань), стан захворюваності (зокрема, психічної) населення та самогубства;

- самооцінка населенням власного стану здоров'я, конструктивна (здоровий спосіб харчування, спорт) та деструктивна (куріння, вживання алкоголю) поведінка населення, що спрямована на збереження стану здоров'я;

- рівень задоволення населення системою охорони здоров'я країни та ін.

Соціальний капітал, як складний багатовимірний конструкт, у наукових працях з досліджень взаємозв'язків соціального капіталу та стану здоров'я, на жаль, вимірюється показниками, які характеризують не загальний його рівень, а лише окремі його складові, зокрема такі індикатори:

- структурний соціальний капітал (кількість громадських об'єднань та організацій в країні (регіоні), відсоток населення, що бере участь у діяльності громадських організацій та об'єднань, повна зайнятість у громадських організаціях (PSCI); формальні та неформальні мережі окремих осіб та суспільства; соціально-економічна стратифікація населення; електоральна активність населення, корупція, рівень злочинності та ін.);

- когнітивний соціальний капітал (інституційна та міжособистісна довіра населення, поширеність окремих соціальних норм та цінностей (кількість розлучень в суспільстві), альтруїзм та ін.).

Зауважимо, що існуючі методичні підходи до вивчення взаємозв'язків соціального капіталу та стану здоров'я включають індикатори соціального капіталу, які враховують соціальний капітал як позитивну цінність, так і його відсутність. Тобто їх можна розбити на два класи: індикатори-стимулятори соціального капіталу (довіра, соціальна згуртованість) та індикатори-дестимулятори (соціально-економічна диференціація, корупція, злочинність та ін.).

Найбільш переконливі свідчення позитивного впливу соціального капіталу на стан здоров'я населення отримані на індивідуальному рівні. Так, ще у XIX ст. Е. Дюркгейм виявив взаємозв'язок схильності індивідів до суїциду та рівня їх інтегрованості у суспільство [6].

Однак першим, хто почав досліджувати механізми взаємозв'язків соціального капіталу та стану здоров'я населення, є І. Кавачі (1997), який визначив, що середній рівень здоров'я в окремих штатах США на індивідуальному рівні має тісний взаємозв'язок зі складовими соціального капіталу [14].

Індикатори соціального капіталу, такі як наявність близьких неформальних зв'язків (можливість розраховувати на чіюсь допомогу у разі хвороби) щільно пов'язані з хорошим фізичним та психічним здоров'ям, з більшою очікуваною тривалістю життя. Соціальний капітал на рівні мереж сусідських відносин у формі взаємності, довіри та громадської участі вивчав К. Локнер, який визначив їх взаємозв'язок з низькими рівнями смертності. Р. Патнем розрахував індекс соціального капіталу для всіх штатів США та прокорелював його з якістю життя в цих штатах. Результати досліджень Р. Патнема розкривають позитивний зв'язок між соціальним капіталом та освітою, добробутом дітей, фізичним та психологічним здоров'ям, щастям та демократичним управлінням [6, 15].

Роботи А. Альмедома показали, що такі аспекти соціального капіталу, як "неофіційний соціальний контроль" або прихильність до загальноприйнятих норм та правил поведінки, позитивно пов'язані зі зниженням частоти куріння та надмірного вживання алкоголю. Інший компонент соціального капіталу – "близькі емоційні зв'язки" також сприяють зниженню частоти куріння і споживання алкоголю [11].

Норми життя родини утворюють соціальний капітал і водночас є вирішальним чинником для передачі соціального капіталу нащадкам. Отже, такі тенденції сучасного суспільства, як велика кількість розлучень, швидке зростання числа сімей, очолюваних самотніми жінками, – вельми негативний соціальний чинник, що відображає зниження моральних цінностей і довіри в суспільстві [9].

Традиційно ВООЗ оцінює внесок медичної допомоги в підтримку здоров'я населення тільки в розмірі 20%, віддаючи вирішальну роль способу та умовам життя, екології, харчуванню тощо [10].

Сучасні дослідження моделей поведінки, спрямованої на формування здорового способу життя, визначають важливу роль соціального капіталу в його забезпеченні. Наприклад, ці аспекти висвітлено в роботах російських вчених Н.М. Лебедевої та А.Н. Татарко, розкрито механізм взаємозв'язку індикаторів соціального капіталу зі станом здоров'я, а також ставленням російських та китайських студентів до власного здоров'я. Так, у китайських студентів вищими є показники соціального капіталу та довгострокової орієнтації на здоровий спосіб життя, ніж у російських студентів. У російських студентів вищою є частота як конструктивних, так і деструктивних актів здорового способу життя [8].

В Україні деструктивні акти здорового способу життя теж значно поширені. Так, шкідливу звичку курити мала у 2009 р. майже чверть населення у віці 12 років і старшому, кожен третій з курців курить понад 20 років. Серед дорослих чоловіків курять 54% осіб у віці 18–59 років та 29% осіб непраце-

здатного віку. Серед жінок тютюнокуріння найбільш поширене в активному дитородному віці (10% жінок у віці 18–29 років) [3].

Головні висновки таких досліджень полягають у тому, що соціальний капітал впливає не тільки на різні фактичні показники стану здоров'я, а й на поведінку та установки на здоровий спосіб життя.

У зарубіжних дослідженнях не залишається без уваги і проблема зв'язку соціального капіталу суспільства та інституту охорони здоров'я, а також міжособистісної довіри пацієнта лікарю [15; 17; 18]. В Україні низький рівень довіри громадян до системи охорони здоров'я свідчить про те, що в менеджменту медичних установ відсутнє розуміння важливості формування довіри пацієнтів. Формування довірчих взаємин з пацієнтами є однією з умов досягнення основної мети діяльності установ охорони здоров'я – зміцнення суспільного здоров'я через зниження втрат суспільства від захворюваності, інвалідності та смертності.

Оцінка рівня соціального капіталу неможлива без врахування рівня стратифікації населення [9]. Так, ступінь нерівності за доходами розкриває рівень гостроти соціального конфлікту в країні. У соціально поляризованих країнах внесок у соціальний капітал відносно низький. Високий рівень корупції як індикатор-дестимулятор соціального капіталу зменшує рентабельність будь-яких інвестицій, чи то в систему охорони здоров'я, чи у виробництво. Так, наприклад, Дж. Стігліц, пояснюючи особливості динаміки соціального капіталу в країнах СНД, робить акцент на проблемі "розірваного контракту". На його погляд, саме даний фактор пояснює причину "ерозії соціального капіталу в країні", та, як наслідок, високого рівня насильства в суспільстві, корупції, високої питомої ваги неформального сектору економіки, а також існування мафіозного бізнесу. Дж. Стігліц зазначає, що існуюче різке розширення на бідних та багатих приводить до ерозії та розпаду соціального капіталу, а це, у свою чергу, обумовлює несприятливий інвестиційний клімат у країнах пострадянського простору [7].

Трансформаційні процеси в економіці України значно посилили економічне розширення, що зменшує щільність соціально-економічних взаємодій, інституціональну довіру та, як наслідок, соціальний капітал суспільства. Отже, різний рівень доступу населення до медичних послуг зменшує соціальну згуртованість суспільства, "радіус довіри" до інститутів охорони здоров'я.

Під доступом розуміють можливість отримання громадянином необхідного набору медичних послуг відповідно до потреби. Доступ має різні аспекти, серед яких зазвичай виділяють територіальний, фінансовий, расовий, етнічний, віковий, культурний та ін. Так, Е. Доктеур і Х. Окслі зазначають, що доступ до медичних послуг передбачає відсутність фінансових бар'єрів в отриманні медичної допомоги, наявність адекватної пропозиції медичних послуг, відсутність дискримінації за соціальними ознаками [10].

Про вплив соціального капіталу на доступ різних груп населення, диференційованих за територіальними, економічними, віковими, етнічними ознаками,

до медичних послуг свідчать дослідження Р. Шеффлера та Т. Брауна. У них визначено обернену залежність між накопиченим соціальним капіталом, рівнем доступу до медичної допомоги та рецидивами серцево-судинних захворювань для афро-американського й азіатського населення та для осіб, що проживають у районах з низьким рівнем доходу в штаті Каліфорнія [17].

У Фінляндії М. Хіпа та Й. Макі виявили, що громади, які розмовляють шведською мовою, переважно мають вищий рівень накопиченого соціального капіталу, ніж громади, які розмовляють фінською мовою, що позитивно пов'язано з добрими самооцінками здоров'я населення. Наукові праці М. Іслама аналізують взаємозв'язок між соціальним капіталом і високим рівнем здоров'я населення та їх залежність від рівня егалітаризму в країні [13].

Незважаючи на проголошені Конституцією України принципи, система охорони здоров'я не забезпечує рівного безкоштовного доступу населення до доброякісних медичних послуг (табл. 3), в Україні існують фінансові, територіальні, та структурні бар'єри доступу до медичної допомоги.

Таблиця 3

**Ознаки доступу до медичних послуг в Україні
як індикатор соціального капіталу, %**

ВИД ДЕПРИВАЦІЙ	Частка домогосподарств, які потерпали від позбавлення		Частка міських домогосподарств, які потерпали від позбавлення		Частка сільських домогосподарств, які потерпали від позбавлення	
	2007	2009	2007	2009	2007	2009
ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я (економічна депривація)						
недостатність коштів для оплати необхідних для:						
послуг лікаря (крім стоматолога) в медичному закладі (за відсутністю або складністю отримання таких послуг на безоплатній основі), аналізів, обстежень, процедур, призначених лікарем	24,1	20,5	24,1	19,8	24,2	22,1
ліків та медичного приладдя, призначених лікарем	23,4	22,1	23,1	21,4	24,1	23,9
лікування в стаціонарі без проведення хірургічної операції (через відсутність таких послуг на безоплатній основі) або життєво необхідної хірургічної операції (крім косметичної) та подальшого пов'язаного із цим лікування в стаціонарі (через відсутність таких послуг на безоплатній основі)	26,8	21,3	27,3	20,3	25,5	23,5
РОЗВИТОК МЕДИЧНОЇ ІНФРАСТРУКТУРИ						
незабезпеченість населеного пункту своєчасними послугами швидкої медичної допомоги	18,4	14,2	8,0	5,0	56,0	49,5
відсутність поблизу житла медичної установи (фельдшерсько-акушерського пункту, лікарської амбулаторії, поліклініки тощо), аптеки	19,1	18,6	10,1	7,2	36,6	29,9

Джерело: [2].

Зокрема, за даними опитування Державного комітету статистики України, у 2009 р. частка домогосподарств, які повідомили про випадки неможливості задовольнити потреби в отриманні медичної допомоги, склала 20% від загальної кількості домогосподарств [2]. Основною причиною недоступності окремих видів медичної допомоги є занадто висока вартість ліків, медичних товарів, послуг охорони здоров'я.

В Україні достатньо значним є показник забезпеченості лікарями (31 на 10 тис. населення) порівняно навіть з розвиненими країнами Організації економічного співробітництва і розвитку (ОЕСР), (наприклад, у Канаді – 19, Швеції – 36, Німеччині – 35, Японії – 21, Польщі – 20, Великій Британії – 21, США – 27 лікарів на 10 тис. населення [4]), проте все ще є проблеми з доступністю послуг лікарів. У значній кількості домогосподарств України, в яких хто-небудь з членів у разі потреби не отримав медичну допомогу (у кожному дванадцятому пересічному), хворі не мали можливості відвідати лікаря. Існують диспропорції в доступі до медичних послуг міських і сільських мешканців. Високим є тягар особистих витрат населення на послуги охорони здоров'я. Згідно з офіційною статистикою, витрати населення перевищують третину загального обсягу фінансування галузі (40% у 2008 р.) та здійснюються пацієнтами безпосередньо під час отримання медичних послуг. Разом з тим, кожна дванадцята гривня з коштів, витрачених населенням на оплату послуг охорони здоров'я, була спрямована на оплату послуг, отриманих у неформальному секторі економіки (на хабарі, грошову винагороду громадянам, які займаються наданням медичної допомоги без відповідного юридичного оформлення цієї діяльності тощо) [2], що є свідченням руйнування соціального капіталу в Україні.

Переважає більшість зарубіжних досліджень виявляють позитивний вплив соціального капіталу на стан здоров'я населення. Однак окремі роботи свідчать про існування незначного взаємозв'язку або відсутність взаємозв'язку між досліджуваними параметрами, зокрема роботи таких авторів, як В. Пуртінга (2006), С. Сабраманіан (2002), Г. Веєнстра (2002), К. Енгстром (2008). У цих наукових розробках визначена більша значущість впливу на стан здоров'я населення доходів та людського капіталу [15; 16; 19; 20].

Проведені наукові дослідження в окремих країнах мали практичне впровадження в державних статистичних оглядах (разових або системних), наприклад у США, Фінляндії, Швеції, Великій Британії, Австралії та Канаді.

Міжнародні організації, такі як ВООЗ, Світовий банк, ОЕСР, враховують отримані емпіричні результати при формуванні різних соціально-економічних програм розвитку та оцінці наслідків реформ, а також програм подолання епідемій та захворюваності населення, підвищення рівня доступності та охоплення медичними послугами населення країн та регіонів. Так, ВООЗ імплементував спеціальний "модуль соціального капіталу" у 54 із 71 країни, у яких проводиться "Світове дослідження здоров'я" (World Health Survey), який розкриває вплив окремих складових соціального капіталу на здоров'я в країнах з різними рівнями доходів населення [18].

На жаль, в Україні даний напрям наукових досліджень тільки починає становлення. У той же час результати проведеного нами огляду досліджень указують на важливість розвитку цього наукового напрямку для кращого розуміння того, як соціальний капітал сприяє формуванню здоров'я населення країни, а також удосконаленню функціонування системи охорони здоров'я в цілому.

Проведений огляд зарубіжних досліджень взаємозв'язку соціального капіталу та стану здоров'я дозволяє зробити висновок про те, що вони більшою мірою є фрагментарними, а також такими, що використовують обмежений набір індикаторів соціального капіталу та стану здоров'я населення, не розкривають взаємозв'язку соціального капіталу з основоположними економічними аспектами функціонування системи охорони здоров'я, існуючі оцінки ґрунтуються на масивах даних, що розкривають соціально-економічні тенденції 1980–1990-х рр. Тож аналіз взаємозв'язків соціального капіталу, стану здоров'я населення та функціонування системи охорони здоров'я потребує подальших досліджень.

Враховуючи переваги та недоліки існуючих методичних підходів, нами була поставлено завдання проведення узагальненого аналізу взаємозв'язків соціального капіталу та системи охорони здоров'я у два етапи: 1) аналіз взаємозв'язків соціального капіталу та стану здоров'я населення; 2) аналіз взаємозв'язків соціального капіталу та інституту охорони здоров'я. Складність отримання узагальненого аналізу зазначених взаємозв'язків соціального капіталу пов'язана перш за все з тим, що процеси формування соціального капіталу охоплюють багато різних процесів та не виражені одним комплексним показником. При проведенні аналізу індикатори соціального капіталу поділено на дві групи відповідно до видів соціального капіталу (структурного та когнітивного), а також детермінант соціального капіталу. Інформаційним джерелом аналізу став загальноєвропейський моніторинговий проект "Європейське соціальне дослідження" (European social survey, 2007) [1], у якому брали участь 24 держави ЄС (Австрія, Бельгія, Велика Британія, Греція, Данія, Естонія, Ірландія, Ісландія, Іспанія, Люксембург, Нідерланди, Німеччина, Норвегія, Польща, Португалія, Словаччина, Словенія, Угорщина, Україна, Фінляндія, Франція, Чехія, Швейцарія, Швеція) та Україна, які і стали базою для порівняльного дослідження. Окрім цього, були використані дані п'ятої хвилі "Світового дослідження цінностей" (World value survey, 2005–2008) [21], звіту "Transparansy International", звіту ВООЗ "Світова статистика охорони здоров'я", "Всесвітнього опитування Геллапа" за відповідний період або останній доступний період.

Оскільки отриманий масив вхідних даних включає індекси, кількісні показники, ранги, то для вирішення поставлених задач проведено кореляційний аналіз (проведено ранжування та розраховано коефіцієнти кореляції Спірмена) за допомогою прикладного пакету комп'ютерних програм Statistica 6.5 (табл. 4). У таблиці наведено результати кореляційного аналізу за якими статистична вагомість, а саме р-рівень (p-level) мав значення $p < 0,05$. Відсутні в таблиці результати: 1) за якими р-рівень вищий за вказане граничне значення; 2) відсутній кореляційний зв'язок; 3) визначення кореляційного зв'язку між досліджуваними індикаторами є нелогічним.

Таблиця 4

**Результати аналізу взаємозв'язків соціального капіталу та стану здоров'я населення
(коефіцієнт кореляції Спірмена)**

Вид соціального капіталу	Детермінанти соціального капіталу	Індикатори соціального капіталу	Індикатори стану здоров'я населення				Індикатори функціонування системи охорони здоров'я населення						
			Фактична оцінка				Суб'єктивна оцінка			Фактична оцінка			
			Тривалість життя населення, роки	Смертність від усіх причин (на 100 тис населення)	Смертність від серцево-судинних захворювань (на 100 тис населення)	Захворованість населення на туберкульоз (на 100 тис населення)	Індивідуальний рівень здоров'я (середній бал 1-5)	Оцінка системи охорони здоров'я в країні (% відповідей "добре")	Індекс рівня реагування систем охорони здоров'я	Індекс справедливості в системі охорони здоров'я	Державні витрати на охорону здоров'я на душу населення по середньому курсу обміну валют (дол. США)	Приватні витрати на охорону здоров'я як % від загальних витрат	Приватні медичне страхування як % від приватних витрат на охорону здоров'я
Структурний соціальний капітал	Соціальна згуртованість та соціальна активність суспільства	Середній рівень участі у громадських організаціях	0,45	-0,42	-0,59	-0,54	0,70	0,73	0,72	0,68	0,75	-0,51	0,25
			0,58	-0,45	-0,65	-0,26	0,35	0,52	0,58	0,44	-	-0,28	0,30
Структурний соціальний капітал	Наявність близьких та інших мереж підтримки	Мережі інших соціальних зв'язків, з яких можна отримати допомогу	0,50	-0,44	-0,51	-0,54	0,49	0,31	0,73	0,53	-	-0,28	0,21
			0,55	-0,41	-0,51	-0,58	0,61	0,55	0,85	0,71	0,79	-0,56	0,28
		Рівень самогубств (на 100 тис населення)	-	-	-	-	-0,49	-	-0,60	-0,56	-	-	-

Когнітивний капітал	Диференціація населення за економічними ознаками	-	-	-0,29	-	-	-0,33	-0,42	-	-0,37	0,23	-
	Соціальна ізоляція та відчуження, атомізація суспільства	0,57	-0,62	0,54	-0,52	0,56	0,41	0,45	0,54	0,51	-	-
Довіра	Загальний рівень довіри в суспільстві	0,47	-0,34	-0,55	-0,37	0,58	0,54	0,65	0,64	0,72	-0,61	-
	Коефіцієнт фертильності населення	0,58	-0,34	-0,64	-0,41	0,60	0,45	0,46	0,58	0,68	-0,58	-
	Індекс поваги оточення	0,71	-0,62	-0,73	-	0,58	0,48	0,61	0,43	0,64	-	-
Соціальний капітал	Поширення соціальних норм та цінностей, а також довіри в суспільстві	-	-	-	-	-	-	0,21	-	-	0,58	-
	Кількість дітей, які народжені поза шлюбом	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*Індекс "Transparency International" є оцінкою від 0 (максимальний рівень корупції) до 10 (відсутність корупції).

Джерело: Розрахунки автора за даними ESS, WVS, звіту "Transparency International", звіту ВООЗ "Світова статистика охорони здоров'я", "Всесвітнього опитування Геллпа" за відповідний період або останній доступний період.

При проведенні оцінки отриманих результатів необхідно врахувати деякі похибки аналізу:

- 1) складність відмежування соціального капіталу від інших факторів, що впливають на стан здоров'я населення;
- 2) отримані оцінки щодо рівня соціального капіталу мають разовий характер та розкривають тенденції інституціональних змін минулих років;
- 3) для аналізу були взяті окремі країни;
- 4) новизна досліджуваної тематики обумовлює відсутність оптимальної методики оцінки соціального капіталу, яка б враховувала його багатоаспектну сутність;
- 5) обсяг вихідної інформації виявився недостатнім для повного аналізу всіх детермінант соціального капіталу, оскільки не існує ідентичних даних за всіма досліджуваними країнами.

Проте ми вважаємо, що отримана інформація є достатньою для виявлення найбільш узагальнених тенденцій і механізмів взаємозв'язків соціального капіталу, стану здоров'я населення та системи охорони здоров'я. Окрім цього, результати кореляційного аналізу підтверджують правильність гіпотез та припущень, сформованих нами в процесі проведеного огляду досліджень зарубіжних науковців та зроблених теоретичних узагальнень.

Соціальний капітал, як структурний, так і когнітивний, сприяє підвищенню рівня здоров'я населення на індивідуальному та суспільному рівні.

1. Більшість індикаторів структурного соціального капіталу мають кореляційний зв'язок з індикаторами стану здоров'я населення. Соціальна згуртованість має тісну пряму кореляцію з індивідуальним рівнем здоров'я населення ($R=0,7$), значну обернену кореляцію зі смертністю населення від серцево-судинних захворювань ($R=-0,59$) та помірну пряму кореляцію з тривалістю життя населення.

Підтверджується гіпотеза про значний вплив соціальних мереж підтримки на стан здоров'я населення. Так, частота контактів з родичами та близькими має обернену значну кореляцію зі смертністю населення від серцево-судинних захворювань ($R=-0,65$), а також наявність мережі інших соціальних зв'язків має обернену значну кореляцію з захворюванням населення на туберкульоз ($R=-0,58$). Руйнування соціального капіталу, розірвання соціальних зв'язків, мереж та, як наслідок, соціальна ізоляція та відчуження знижують рівень здоров'я населення. Зменшення соціальної ізоляції збільшує тривалість життя ($R=0,57$), зменшує смертність населення від усіх причин ($R=0,62$).

2. На мезоекономічному та на індивідуальному рівнях соціальний капітал може сприяти підвищенню рівня здоров'я населення через стиму-

лювання дотримання соціальних норм та цінностей. Найбільш щільний зв'язок з тривалістю життя має повага оточення ($R = 0,71$) та коефіцієнт фертильності населення ($R = 0,58$).

На макроекономічному рівні соціальний капітал сприяє удосконаленню функціонування системи охорони здоров'я.

1. Соціально згуртовані та активні суспільства мають вищий рівень реагування систем охорони здоров'я ($R=0,72$), оцінок його населенням ($R=0,73$), державних витрат на охорону здоров'я на душу населення ($R=0,75$). Наявність близьких та інших мереж підтримки мають значно менший рівень впливу на індикатори функціонування системи охорони здоров'я ніж інші детермінанти структурного соціального капіталу. Індикатори-дестимулятори структурного соціального капіталу негативно впливають на результативність функціонування систем охорони здоров'я. Так, корупція, як свідчення руйнування соціального капіталу, негативно впливає на рівень реагування систем охорони здоров'я ($R=0,85$), справедливість внеску в систему охорони здоров'я ($R=0,71$), державні витрати на охорону здоров'я на душу населення ($R=0,79$).
2. Когнітивний соціальний капітал має зв'язок з розвитком систем охорони здоров'я. Збільшення рівня довіри та поширення позитивних соціальних норм в суспільстві впливає на підвищення рівня реагування, справедливості фінансового внеску та оцінки населенням систем охорони здоров'я.
3. Соціально згуртоване суспільство із сильним почуттям групової ідентичності сприяє ефективному використанню та розподілу суспільних послуг, зокрема медичних послуг. Зміна рівня участі приватного сектора у фінансуванні системи охорони здоров'я взаємопов'язана зі зміною соціального капіталу суспільства. Наприклад, такі детермінанти соціального капіталу, як рівень довіри в суспільстві ($R=-0,61$), соціальна згуртованість суспільства ($R=-0,51$) та поширення соціальних норм мають обернений значний кореляційний зв'язок з часткою приватних витрат у загальних витратах на охорону здоров'я.

Висновки

Проблема накопичення соціального капіталу на різних ієрархічних рівнях функціонування економіки потребує подальших досліджень, проте вже представлені результати проведених розрахунків показують, що цей фактор розвитку системи охорони здоров'я обумовлює необхідність його врахування та впровадження при формуванні заходів з підвищення рівня здоров'я населення.

Враховуючи всю важливість реформування системи охорони здоров'я шляхом удосконалення його структури та механізму фінансування, не слід обмежувати заходи реформи цими напрямками. При розробці концепції реформування системи охорони здоров'я в Україні доцільно включити й інші заходи та механізми його розвитку, які, на перший погляд, не пов'язані з системою охорони здоров'я. З цих позицій до концепції реформування доцільно включити механізми, спрямовані на формування потенціалу для суспільної взаємодії, соціальної згуртованості та партнерства, зростання довіри, поширення позитивних соціальних норм та цінностей, а також розвитку інститутів, які сприяють накопиченню соціального капіталу. Ці заходи не лише позитивно впливатимуть на рівень здоров'я населення та результативність функціонування системи охорони здоров'я, а й прямо та (або) опосередковано впливатимуть на економічний розвиток країни.

1. Головаха Є. Соціальні зміни в Україні та Європі: за результатами "Європейського соціального дослідження" / Є.Головаха, А.Горбачик. – К. : ІС НАНУ, 2008. –133 с.
2. Доповідь Державного комітету статистики України "Самооцінка домогосподарствами доступності окремих товарів та послуг" [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>.
3. Доповідь Державного комітету статистики України "Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги" [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>.
4. Мировая статистика здравоохранения [Електронний ресурс]. – ВОЗ, 2010. – 177 с. – Режим доступу : www.who.int/whosis/whostat/RU_WHS10_Full.pdf.
5. Роуз Р. Социальные потрясения, социальная уверенность и здоровье // Социальный капитал и социальное расслоение в современной России. – Минск, 2004. – С. 119–143.
6. Русинова Н.Л. Здоровье и социальный капитал (опыт исследования в Санкт-Петербурге) / Н.Л.Русинова, Л.В.Панова, В.В.Сафронов // Социол. исслед. – № 1. – 2010. – С. 87–100.
7. Стиглиц Дж. Кто потерял Россию? [Електронний ресурс] / Дж.Стиглиц // ЭКОБЕСТ. – 2004. – Вып. 4. – № 1. – С. 4–37. – Режим доступу : <http://www.ipm.by/pdf/Stiglitz.pdf>.
8. Татарко А.Н. Социальный капитал: теория и психологические исследования : моногр. / А.Н.Татарко, Н.М.Лебедева. – М. : РУДН, 2009. – 233 с.
9. Фукуяма Ф. Доверие: социальные добродетели и путь к процветанию : пер. с англ. / Ф.Фукуяма. – М. : ООО "Издательство АСТ"; ЗАО НПП "Ермак", 2004. – 730 с.

10. Чубарова Т.В. Экономика здравоохранение теоретические аспекты : науч. док. / Т.В.Чубарова. – М. : Ин-т экономики РАН, 2008. – 68с.
11. Almedom A.M. Social capital and mental health: An interdisciplinary review of primary evidence / A.M.Almedom // Social science and Medicine. – 2005. – № 61. – P. 943–964.
12. Нуурпа М.Т. Individual-level Relationships between Social capital and Self-Rated Health in a Bilingual community / М.Т.Нуурпа, J.Макі // Preventive Medicine. – 2001. – № 32(2). – Pp. 148–155.
13. Islam M.R. Social capital and Health : does egalitarianism matter / Islam M.R., Verlo J., Kawachi I., Lindström M., Gerdtham U.G. // Review International Journal for Equity in Health. – 2006. – № 5(5). – P. 3.
14. Kawachi I. Social capital, income inequality, and mortality / Kawachi I., Kennedy B.P., Lochner K., Prothrow-Stith D. // American Journal of Public Health. – 1997. – № 87(9). – P. 1491–1498.
15. Oksanen T. Workplace social capital and employee health / T.Oksanen. – Finland Turku, 2009. – 94 p.
16. Poortinga W. Social Relations or Social capital? individual and community Health effects of Bonding Social capital / W.Poortinga // Social Science and Medicine. – 2006. – № 63(1) – P. 255–270.
17. Scheffler R.M. Social capital economics and Health : new evidence / Scheffler R.M., Brown T.T. // Health Economics, Policy and Law. – 2008. – № 3(4). – P. 321–331.
18. Social capital, human capital and health: What is the Evidence?. – OECD, IRDES, 2010. – P. 45.
19. Subramanian S.V. Social trust and Self-Rated Health in U.S.communities: a multilevel analysis / Subramanian S.V., Kim D.J., Kawachi I. // Journal of Urban Health-Bulletin of the New York Academy of Medicine. – 2002. № 79 (4). – P. 521–534.
20. Veenstra G. Who You know. Where You live: Social capital, neighbourhood and Health / Veenstra G., Luginaah I., Wakefield S., Birch S., Eyles J., Elliott S. // Social Science and Medicine. – 2005. – № 60(12). – P. 2799–2818.
21. World Values Survey. Online Data Analysis of the fifth wave. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.wvsevsvdb.com/wvs/WVSAnalyzeSample.jsp>.

Отримано: 09.12.10

О.В. Степанова, канд. экон. наук
СОЦИАЛЬНЫЙ КАПИТАЛ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ
ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

В статье обоснованы роль и место социального капитала в развитии системы охраны здоровья населения, проведен аналитический обзор зарубежных научных исследований по выявлению направлений влияния социального капитала на состояние здоровья населения. Установлены зависимости и критерии влияния социального капитала на состояние здоровья населения и институт охраны здоровья.

Ключевые слова: социальный капитал, здоровье населения, взаимосвязи, механизмы и критерии взаимовлияния.

O.V. Stepanova, candidate of economic sciences
SOCIAL CAPITAL AS A FACTOR OF THE HEALTH CARE SYSTEM
DEVELOPMENT

The article substantiates the role and place of social capital in the development of public health, conducted an analytical review of international scientific researches on detection of the directions of impact of social capital on health level of the population. The dependences of criteria of influence of social capital on population health and health care institute are set.

Key words: social capital, health of the population, interconnections, mechanisms and criteria of impact.