



## Доступность медицинских услуг как фактор повышения человеческого капитала: данные социологических исследований

Белая Р.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Институт экономики – обособленное подразделение ФГБУН ФИЦ «Карельский научный центр Российской академии наук», Петрозаводск, Россия

### АННОТАЦИЯ:

Статья посвящена проблеме измерения доступности медицинских услуг. На основе данных социологического опроса исследовались факторы, влияющие на удовлетворенность населения доступностью и качеством оказываемой медицинской помощи по месту проживания. Выявлено, что самооценка состояния здоровья, возраст, территория проживания вносят свой вклад в измерение удовлетворенности доступностью качественных медицинских услуг. В работе предлагаются и рассчитываются поправочные коэффициенты при измерении уровня удовлетворенности населения медицинской помощью. Выявлена дифференциация населения Республики Карелия по доступности медицинских услуг по территориальному и возрастному признакам. Исследование позволило выявить низкую доступность и качество предоставляемых медицинских услуг для молодежной когорты в малых городах, что не может не сказаться на снижении качества человеческого капитала в малых городах Республики Карелия.

**ФИНАНСИРОВАНИЕ.** Статья выполнена в рамках государственных заданий ФАНО России «Роль человеческого капитала: новые экономические теории – современные вызовы» (0224-2015-0003) и «Институты и социальное неравенство в условиях глобальных вызовов и региональных ограничений» (0218-2019-0090)

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** человеческий капитал, здоровье, доступность и качество медицинских услуг.

## Availability of medical services as a factor of human capital increase: sociological research data

Belaya R.V.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Institute of Economics – “Karelian research center of the Russian Academy of Sciences”, Russia

### Введение

Среди основных стратегических национальных приоритетов, определяющих национальную безопасность России, выступает система здравоохранения. В настоящее время система здравоохранения переживает сложный период реформирования, все чаще звучит вопрос о доступности и качестве медицинских услуг. Медицинские услуги стали менее доступны, особенно для жителей малых городов и сельских территорий. Введение системы платных медицинских услуг позволило обеспеченным гражданам получать необходимые медицинские услуги в

полном объеме, что недоступно для малообеспеченных граждан, численность которых не сокращается. Кадровая политика, связанная с возросшей нагрузкой на специалистов в медицинских учреждениях, уход из бюджетных учреждений высококвалифицированных специалистов с опытом работы, лишаящий молодые кадры возможности перенимать накопленный опыт старшего поколения, особенно что касается возникающих сложных ситуаций, – все это ставит под сомнение возможность предоставления населению своевременных качественных медицинских услуг.

Таким образом, при оценке уровня доступности медицинских услуг немаловажно учитывать существующую разницу в оценках различных групп: респонденты с различным состоянием здоровья оценивают доступность качественных услуг с некоторой разницей.

### Подходы к исследованию в области здравоохранения

Понятие человеческого капитала включает такую важную составляющую, как здоровье. Проблеме охраны здоровья посвящено достаточно большое количество работ российских ученых (Римашевская Н.М. [1; 2] (*Rimashevskaya, 2007; Rimashevskaya, 2001*), Локосов В.В., Рыбальченко С.И., Каткова И.П. [3] (*Lokosov, Rybalchenko, Katkova, 2017*), Русанова Н.Е. [4] (*Rimashevskaya, Rusanova, 2014*) и др.), среди которых особо следует выделить работы Римашевской Н.М., в которых ученый актуализирует вопросы улучшения и сохранения здоровья населения, особенно на протяжении репродуктивного и трудоспособного возраста. Немаловажную роль ученый отводит

#### ABSTRACT:

The article is devoted to the problem of measuring the availability of medical services. Based on the data of the sociological survey, the factors affecting the satisfaction of the population with the availability and quality of medical care at the place of residence were investigated. It is revealed that self-assessment of health status, age, territory of residence contribute to the measurement of satisfaction with the availability of quality medical services. The paper proposes and calculates correction factors in measuring the level of satisfaction of the population with medical care. Differentiation of the population of the Republic of Karelia in access to medical services on territorial and age signs is revealed. The study revealed the low availability and quality of medical services for the youth cohort in small towns, which can not but affect the quality of human capital in small towns of the Republic of Karelia.

**KEYWORDS:** human capital, health, accessibility and quality of health services

**JEL Classification:** J24, I10, I11, I18

**Received:** 17.09.2018 / **Published:** 31.10.2018

© Author(s) / Publication: CREATIVE ECONOMY Publishers  
For correspondence: Belaya R.V. (belaya@krc.karelia.ru)

#### CITATION:

Belaya R.V. [2018] Dostupnost meditsinskikh uslug kak faktor povysheniya chelovecheskogo kapitala: dannye sotsiologicheskikh issledovaniy [Availability of medical services as a factor of human capital increase: sociological research data]. Rossiyskoe predprinimatelstvo. 19. (10). – 3163-3176. doi: 10.18334/rp.19.10.39489

формированию такой системы здравоохранения, которая бы позволила улучшать производительные силы общества в целом [5] (*Rimashevskaya, 2010*).

В работах российских ученых все чаще поднимаются и анализируются вопросы доступности медицинской помощи в различных аспектах. Методологические и финансовые проблемы доступности услуг исследуются российскими учеными Чубаровой Т.В, Григорьевой Н.С. [6] (*Grigoreva, Chubarova, 2013*). Разработке системы критериев доступности услуг в социальной сфере, связанных с географической, транспортной, экономической, культурной, организационной, информационной и социальной доступностью, посвящены работы ученых института законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации (Путило Н.В. [7] (*Putilo, 2006*), Хабриева Т.Я. [8] (*Khabrieva, 2014*) и др.). Достаточно много внимания в научных работах уделяется вопросам измерения доступности и качества медицинской помощи (Калашников К.Н., Калачикова О.Н. [9] (*Kalashnikov, Kalachikova, 2014*), Тарасенко У.А. [10] (*Tarasenko, 2013*), Ивашиненко Н.Н., Корчагина И.И., Мигранова Л.А. [11] (*Ivashinenko, Korchagina, Migranova, 2013*) и др.).

В качестве критериев и показателей доступности и качества медицинской помощи, эффективности системы здравоохранения в мировой и российской практике широко используется такая социальная компонента, как удовлетворенность населения качеством и доступностью медицинской помощи. В России, согласно постановлению Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2015 г. № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год», одним из критериев доступности и качества медицинской помощи выделен показатель «удовлетворенность населения медицинской помощью».

В направлении изучения феномена удовлетворенности услугами в социальной сфере проводят исследования как российские, так и зарубежные ученые, в работах которых анализируются взаимосвязи удовлетворенности услугами с социально-демографическими характеристиками населения (полом, возрастом, социально-экономическим статусом), состоянием здоровья потребителей услуг [12] (*Kochkina, Krasilnikova, Shishkin, 2015*).

С 2011 года в Республике Карелия осуществляются программы модернизации и развития здравоохранения, включающие такие новые компоненты системы, как диспансеризация населения, высокотехнологичные медицинские услуги, направленные как на лечение, так и на профилактику заболеваний, что играет немаловажную

#### **ОБ АВТОРЕ:**

*Белая Раиса Васильевна*, старший научный сотрудник, кандидат экономических наук (belaya@krk.karelia.ru)

#### **ЦИТИРОВАТЬ СТАТЬЮ:**

Белая Р.В. Доступность медицинских услуг как фактор повышения человеческого капитала: данные социологических исследований // Российское предпринимательство. – 2018. – Том 19. – № 10. – С. 3163-3176. doi: [10.18334/rp.19.10.39489](https://doi.org/10.18334/rp.19.10.39489)

роль в поддержке, укреплении и развитии человеческого капитала. В ходе реализации программ с целью повышения эффективности деятельности в целом системы здравоохранения и повышения качества медицинских услуг на территории Республики Карелия осуществляется реструктуризация организаций, оказывающих медицинские услуги.

В данной работе представлены результаты исследования доступности медицинских услуг населению на территории Республики Карелия. Источником информации являются данные экономико-социологического опроса трудоспособного населения трех муниципальных образований Республики Карелия, проведенного в 2012 г. [13]. Объем выборки составил 443 чел.: Петрозаводский городской округ – 246 респондентов, Сортавальский муниципальный район – 100; Медвежьегорский муниципальный район – 97. В рамках исследования была сформулирована следующая гипотеза: оценка населением доступности и качества медицинских услуг связана с состоянием здоровья населения. Для проверки гипотезы необходимо было решить несколько задач. Во-первых, выделить группы респондентов по уровню состояния здоровья на основе самооценок. Во-вторых, исследовать выделенные группы респондентов на предмет их субъективных оценок доступности медицинских услуг в месте проживания. Кроме того, выделенные группы анализировались по некоторым социально-демографическим характеристикам, в том числе и возрастным.

### Самооценка здоровья

По результатам обследования, не имеют особых проблем со здоровьем 44,9% респондентов; чувствуют недомогания время от времени – 32%; в последнее время постоянно испытывают чувство усталости – 13,8%; подвержены частым простудам и другим заболеваниям – 14,4%; постоянно приходится принимать лекарства для поддержки нормального самочувствия – 12,3%; имеют хронические заболевания – 19,1%; имеют инвалидность – 2,8%.

С целью определения состояния здоровья респондентам предлагалось оценить свое здоровье по пятибалльной шкале: 1 – очень хорошее, 2 – хорошее, 3 – удовлетворительное, 4 – плохое, 5 – очень плохое. Оценили свое здоровье как очень хорошее или хорошее – 59,4% респондентов, как удовлетворительное – 38,1%, плохое или очень плохое – 2,6%. В соответствии с самооценками выделено три группы респондентов: первая группа – с хорошим или очень хорошим здоровьем, вторая группа – с удовлетворительным здоровьем, третья группа – с плохим или очень плохим здоровьем.

*Далее представлены некоторые социально-демографические характеристики выделенных трех групп респондентов и показатели здоровья.*

#### **Группа 1 – респонденты с хорошим и очень хорошим здоровьем**

Количество респондентов в первой группе составляет 276 чел. (59,4% от общей выборки). Социально-демографические характеристики группы следующие: состоят в браке – 69,2%, вдова, вдовец – 3,6%, разведенные – 11,6%, никогда не состояли в браке

– 15,6%. В группе доминируют женщины и составляют – 55,4%. Структура основного занятия респондентов: работают по найму – 80,1%, предприниматели – 7,7%, домохозяйки – 0,6%, безработные – 1,3%, в декретном отпуске – 3,8%, студенты – 6,4%. В целом доля работающих составляет 87,8%. В группе отсутствует категория пенсионеров, в том числе и работающих пенсионеров.

Здоровье респондентов группы характеризуется следующими значениями показателей: не имеют особых проблем со здоровьем – 67,8%, чувствуют недомогания время от времени – 27,9%, в последнее время постоянно испытывают чувство хронической усталости – 9,8%, подвержены частым простудам и другим заболеваниям – 8,3%, постоянно приходится принимать лекарства для поддержки нормального самочувствия – 1,4%, имеют хронические заболевания – 5,8%, имеют инвалидность – 0,7%.

### ***Группа 2 – респонденты с удовлетворительным (ослабленным) здоровьем***

Численность второй группы составляет 177 чел. Социально-демографическая структура группы представляет следующее: состоят в браке – 66,1%, вдова/вдовец – 5,6%, разведенные – 17,5%, никогда не состояли в браке – 10,7%. Средний возраст респондентов – 44 года, респонденты в возрасте до 35 лет составляют 25%.

В структуре основного занятия респондентов преобладают работающие по найму и составляют 68,4%, предприниматели – 5,1%, пенсионеры – 9%, работающие пенсионеры – 14,7%, безработные – 1,7%, в декретном отпуске – 1,1%. Группа 2 в основном представлена работающими респондентами – 88,2%.

Не имеют особых проблем со здоровьем – 12,4% (это респонденты в возрасте от 21 года до 72 лет, среди них доминируют женщины – 19 чел., мужчины – 3 чел.), чувствуют недомогания время от времени – 40,1%, в последнее время постоянно испытывают чувство хронической усталости – 20,9%, подвержены частым простудам и другим заболеваниям – 23,7%, постоянно приходится принимать лекарства для поддержки нормального самочувствия – 24,3%, имеют хронические заболевания – 36,2%, имеют инвалидность – 3,4%.

### ***Группа 3 – с плохим или очень плохим здоровьем***

В третьей группе с плохим и очень плохим здоровьем – 12 человек. Средний возраст группы – 63 года. Из них 7 респондентов – со статусом «пенсионер», 2 респондента – работающие пенсионеры, 2 чел. работают по найму, один – предприниматель в возрасте 44 лет. Оценил свое здоровье как очень плохое один респондент (пенсионер в возрасте 76 лет).

Большая часть респондентов группы отмечают проблемы со здоровьем, имеют хронические заболевания 75%, постоянно принимают лекарства для поддержания нормального самочувствия – 83,3%, имеют инвалидность – 41,7%.

В целях поддержания, укрепления и сохранения своего здоровья регулярно проходят профосмотры – 1 чел., работающий по найму, диспансерное обследование – 2 чел. Все респонденты обращаются к врачам специалистам при необходимости. Никто из респондентов не занимается физкультурой и спортом регулярно. Практикуют сана-

торно-курортное лечение два работающих респондента (один – работает по найму, второй – работающий пенсионер)

### ***Возрастная структура групп***

В целом по выборке доля респондентов в возрасте до 35 лет составляет 55,2%, доля респондентов до 29 лет – 45,3%. Доля респондентов в возрасте 55 лет и старше составляет 14,4%.

В первой группе с хорошим или очень хорошим здоровьем молодежная когорта в возрасте до 35 лет составляет 56,5%. Доля респондентов в возрасте от 35 до 55 составляет 38,1%, в возрасте 55 лет и старше – 21,5%.

Во второй группе с ослабленным здоровьем более половины респондентов (53%) – в возрасте до 44 лет. Молодежная когорта группы в возрасте до 35 лет составляет 22,0%, респонденты в возрасте 55 и старше – 21,5%.

Третья группа с плохим или очень плохим здоровьем – малочисленная, включает 12 человек. В состав третьей группы входят респонденты в возрасте от 35 лет и старше. Молодежная когорта до 35 лет не представлена. Старше 55 лет – 58,3% респондентов.

Таким образом, отличительной особенностью первой группы является доминирование молодежной когорты в возрасте до 35 лет, вторая группа представлена старшими возрастными группами: доминирует когорта от 35 до 55 лет. В третьей группе доминирует когорта в возрасте 55 лет и старше и составляет 75% от численности респондентов группы.

Как показывает исследование, вклад в оценку состояния здоровья вносит возрастной показатель: в группах с хорошей самооценкой здоровья доминирует доля респондентов в возрасте до 35 лет.

### **Доступность и качество медицинских услуг**

Качество и доступность услуг в исследовании определялось на основе оценок респондентов о доступности и качестве здравоохранения в месте проживания: имеет ли население доступ к качественным медицинским услугам, легко ли попасть на прием к врачам-специалистам в бюджетном медицинском учреждении и пр. При анализе использовался статистический метод кросс-табуляции. Уровень доступности и качества медицинских услуг по каждому показателю рассчитывался как отношение разности между максимально возможным и фактическим значениями доли респондентов, считающих услуги доступными и качественными, к разности между максимально возможным и минимально возможным значениями доли респондентов, считающих услуги доступными и качественными. Общий уровень доступности и качества рассчитывался как среднее значение уровней, рассчитанных по каждому показателю, определяющих доступность и качество услуг.

В исследовании проводился сравнительный анализ первой и второй выделенных групп по состоянию здоровья. Третья группа в анализе не принималась во внимание ввиду ее малочисленности. Кроме того, сравнительный анализ проводился в разрезе

двух факторов: возрастных групп (коhort в возрасте до 35 лет и от 35 до 55 лет) и места проживания (средний/малый город).

### Уровень доступности и качества медицинских услуг для населения в возрасте до 35 лет

Уровень доступности качественных медицинских услуг, рассчитанный в целом по молодежной когорте, составил 0,27 (27% респондентов в возрасте до 35 лет считают, что медицинские услуги в месте проживания доступны и качественны). В молодежной когорте были выделены две группы по оценке здоровья: с хорошим здоровьем и удовлетворительным (ослабленным) здоровьем. Уровень доступности услуг варьирует от 0,30 в первой группе с хорошим здоровьем респондентов до 0,18 во второй группе респондентов со слабым здоровьем. Можно предположить, что этот факт связан с тем, что граждане с ослабленным здоровьем чаще обращаются в медицинские учреждения за медицинскими услугами и сталкиваются чаще с препятствиями в оказании медицинских услуг, с нехваткой или отсутствием необходимых специалистов и пр.

Обследование населения проводилось в средних и малых городах Республики Карелия. Проведенный анализ доступности услуг в среде молодежной когорты в разрезе городов (средний/малый город) выявил следующее. Разница в уровнях доступности медицинских услуг в средних городах для респондентов с хорошим и ослабленным здоровьем незначительно отличается. Так, в среднем городе уровень варьируется от 0,33 (в группе с хорошим здоровьем) до 0,29 (в группе респондентов с ослабленным здоровьем). В малых городах ситуация резко отличается. В малых городах уровень доступности варьирует соответственно от 0,23 до 0,08 (табл. 1).

Для населения в возрасте до 35 лет оценки уровня доступности услуг в группах с ослабленным (удовлетворительным) и с хорошим здоровьем значительно отличаются: почти в 2 раза уровень доступности ниже для граждан с ослабленным здоровьем.

Таблица 1

#### Уровень доступности качественных медицинских услуг по месту проживания и состоянию здоровья населения (в возрастной когорте до 35 лет)

	Уровень доступности качественных медицинских услуг (в возрасте до 35 лет)		
	Средние города	Малые города	Итого
Группа 1 – хорошее здоровье	0,33	0,23	0,30
Группа 2 – удовлетворительное (ослабленное) здоровье	0,29	0,08	0,18
Молодежная когорта в целом	0,32	0,18	0,27

*Источник:* составлено автором по результатам социологического опроса (проект №12-02-18014е «Организация и проведение экономико-социологического обследования воспроизводства трудового потенциала в Республике Карелия», 2012 г., N=443).

Таким образом, при оценке уровня доступности медицинских услуг немаловажно учитывать существующую разницу: респонденты с различным состоянием здоровья оценивают доступность качественных услуг с некоторой разницей. Этот вывод подтверждается и результатами исследований, проводимых Левада-центром [12] (*Kochkina, Krasilnikova, Shishkin, 2015*). Можно согласиться с авторами исследования в том, что мнение респондентов с ослабленным здоровьем более точно отражает эффективность системы здравоохранения, поскольку им чаще приходится обращаться за медицинской помощью и сталкиваться с проблемами доступности качественных медицинских услуг. В отличие от наших исследований, где в качестве сравнения используется показатель «самооценка здоровья», Левада-центр проводил анализ на основе сравнения двух групп респондентов по показателю «наличие хронических заболеваний».

Для молодежной когорты в возрасте до 35 лет уровень доступности качественных медицинских услуг отличается и по территориальному признаку (малый/средний город): в малых городах доступность услуг почти в два раза ниже, чем в средних городах, и составляет 0,18 и 0,32 соответственно. А для молодежи с ослабленным здоровьем наблюдается значительная дифференциация (почти в 4 раза) в уровне доступности услуг по территориальному признаку и составляет: в среднем городе – 0,29, в малом городе – 0,08.

### Уровень доступности качественных медицинских услуг для когорты от 35 до 55 лет

В данной возрастной когорте выделяются три группы респондентов по состоянию здоровья: с хорошим здоровьем (50,5%), удовлетворительным (48,1%) и плохим (1,4%). Уровень доступности качественных медицинских услуг, рассчитанный в целом по возрастной группе от 35 до 54 лет, составил 0,28 (табл. 2). Для граждан с ослабленным здоровьем доступность услуг значительно отличается от доступности услуг для граждан с хорошим здоровьем (в 2 раза ниже) и составляет 0,19 и 0,37 соответственно.

Таблица 2

#### Уровень доступности качественных медицинских услуг по месту проживания и состоянию здоровья населения (в возрастной когорте от 35 до 55 лет)

	Уровень доступности качественных медицинских услуг (в возрасте от 35 до 55 лет)		
	Средние города	Малые города	итого
Группа 1 – хорошее здоровье	0,43	0,29	0,37
Группа 2 – удовлетворительное (ослабленное) здоровье	0,21	0,17	0,19
Когорта в целом	0,33	0,23	0,28

*Источник:* составлено автором по результатам социологического опроса (проект №12-02-18014е «Организация и проведение экономико-социологического обследования воспроизводства трудового потенциала в Республике Карелия», 2012 г., N=443).

По территориальному признаку выявлена дифференциация в доступности услуг для возрастной когорты от 35 до 55 лет: для граждан, проживающих в среднем городе, доступность услуг выше по сравнению с доступностью услуг для проживающих в малых городах и составляет 0,33 и 0,23 соответственно.

### Сравнительный анализ возрастных когорт

Рассчитанный уровень доступности медицинских услуг в целом по выборке, включающей две возрастные когорты, составляет 0,27 (табл. 4).

В разрезе состояния здоровья в целом по выборочной совокупности уровень варьирует от 0,33 до 0,19. Таким образом, уровень доступности значительно ниже в группе респондентов с удовлетворительным (ослабленным) здоровьем.

Сравнительный анализ уровня доступности качественных медицинских услуг в возрастных когортах до 35 лет и от 35 до 54 лет выявил следующее.

Уровень доступности услуг незначительно ниже для молодежной когорты (0,27), чем для старшей когорты от 35 до 55 лет (0,28) (табл. 3).

Для респондентов с ослабленным здоровьем разница в доступности также незначительна и составляет 0,18 и 0,19 соответственно. Для респондентов с хорошим здоровьем разница в уровне доступности услуг несколько выше и составляет в молодежной возрастной когорте 0,30, в старшей когорте – 0,37.

Разница в доступности услуг отмечается только для граждан с хорошим здоровьем и составляет 0,3 в молодежной когорте и 0,37 – в старшей. Доступности услуг для граждан с ослабленным здоровьем практически не отличается в возрастных когортах и составляет 0,18 в молодежной и 0,19 в старшей.

Таким образом, в измерение уровня доступности качественных медицинских услуг вносят свой вклад такие факторы, как самооценка состояния здоровья и возраст.

Результаты исследования показывают, что существует значительная разница в оценке доступности услуг населения с различным состоянием здоровья: население с низкой оценкой состояния своего здоровья оценивает доступность медицинских услуг

Таблица 3

#### Уровень доступности качественных медицинских услуг в возрастных когортах

	Уровень доступности качественных медицинских услуг		
	До 35 лет	35–54 лет	Итого по выборке
Группа 1 – хорошее здоровье	0,30	0,37	0,33
Группа 2 – удовлетворительное (ослабленное) здоровье	0,18	0,19	0,19
Всего	0,27	0,28	0,27

Источник: составлено автором по результатам социологического опроса (проект №12-02-18014е «Организация и проведение экономико-социологического обследования воспроизводства трудового потенциала в Республике Карелия», 2012 г., N=443).

Таблица 4

**Поправочные коэффициенты к оценке уровня доступности и качества медицинских услуг**

Городское население	Базовый уровень доступности	Уровень доступности для населения с ослабленным здоровьем	Поправочный коэффициент
Республика Карелия	0,27	0,19	1,4
Малые города	0,27	0,15	2,1
Средние города	0,27	0,21	1,3
Молодежь до 35 лет по РК	0,27	0,18	1,5
Молодежь до 35 лет в малых городах	0,27	0,08	3,4
Молодежь до 35 лет в средних городах	0,27	0,29	0,9
Когорта в возрасте от 35 до 55 лет	0,27	0,19	1,4
Когорта в возрасте от 35 до 55 лет в малых городах	0,27	0,17	1,6
Когорта в возрасте от 35 до 55 лет в средних городах	0,27	0,21	0,13

*Источник:* составлено автором по результатам социологического опроса (проект №12-02-18014е «Организация и проведение экономико-социологического обследования воспроизводства трудового потенциала в Республике Карелия», 2012 г., N=443).

значительно ниже, чем граждане с высокой оценкой здоровья. Если учитывать тот факт, что мнение респондентов с более ослабленным здоровьем более точно отражает ситуацию с доступностью качественных медицинских услуг ввиду более частой обращаемости в медицинские учреждения, то для получения более точной оценки доступности услуг следует ввести поправочный коэффициент к оценке, полученной по всей выборке, принимаемой за базовый уровень доступности.

Поправочный коэффициент определяется на основе полученного базового уровня и уровня доступности услуг для групп населения с ослабленным здоровьем и рассчитывается как отношение базового уровня к уровню доступности для категорий населения с ослабленным здоровьем.

За базовый принимается уровень доступности услуг в целом по городскому населению РК и составляет 0,27 (табл. 4). По отношению к базовой оценке рассчитаны поправочные коэффициенты для оценки уровня доступности в целом для городского населения РК ( $K_{\text{Гор.РК}} = 1,4$ ), для населения средних городов ( $K_{\text{Ср.г. РК}} = 1,3$ ), для молодежной когорты в возрасте до 35 лет ( $K_{\text{МгРК}} = 1,5$ ), для когорты старших возрастов от 35 до 55 лет ( $K_{\text{Ст.в}} = 1,4$ ) и др.

## Заключение

Выявлена высокая дифференциация населения Республики Карелия в доступности к качественным медицинским услугам по территориальному и возрастному признакам.

В территориальном разрезе наблюдается значительная разница в доступности услуг для молодежной когорты, рассчитанный уровень доступности составляет в среднем городе 0,29, в малых городах – 0,08. Для старшей возрастной когорты (35–55 лет) дифференциация в доступности медицинских услуг в территориальном разрезе ниже, чем для молодежных когорт, и составляет в средних городах 0,21, в малых городах – 0,17.

Рассчитанный поправочный коэффициент при оценке доступности качественных медицинских услуг (на основе данных социально-экономических обследований городского населения Республики Карелия) позволяет корректировать официальные данные и давать более объективную оценку доступности медицинских услуг в РК в целом, в территориальном разрезе (средний/малый город) и по возрастным когортам (до 35 лет и от 35 до 55 лет).

Исследование позволило выявить низкую доступность предоставляемых качественных медицинских услуг для молодежи в малых городах, что не может не сказаться на снижении качества человеческого капитала в малых городах Республики Карелия.

## ИСТОЧНИКИ:

1. Римашевская Н.М. Сбережение народа. – М.: Наука, 2007. – 325 с.
2. Римашевская Н.М. Женщина, мужчина, семья в России: последняя треть 20-го века. Проект «Таганрог». – М.: Издательство ИСЭПН, 2001. – 314 с.
3. Локосов В.В., Рыбальченко С.И., Каткова И.П. Демографический и трудовой потенциал России в контексте целей устойчивого развития // Народонаселение. – 2017. – № 4. – с. 19-43. – doi: 10.26653/1561-7785-2017-4-2.
4. Римашевская Н.М., Русанова Н.Е. О новых критериях оценки здоровья населения России: проблемы и подходы // Вопросы статистики. – 2014. – № 2. – с. 17-21.
5. Римашевская Н.М. Социальная политика сбережения народа // Ученые записки Петрозаводского Государственного университета. Общественные и гуманитарные науки. – 2010. – № 5(110). – с. 48-61.
6. Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. Современное здравоохранение: политика, экономика, управление. – М.: Авторская академия, 2013. – 344 с.
7. Путило Н.В. К вопросу о природе социальных услуг // Журнал российского права. – 2006. – № 4(112). – с. 16-24.
8. Хабриева Т.Я. Основные векторы и проблемы развития социального законодательства // Журнал российского права. – 2014. – № 8(112). – с. 5-15. – doi: 10.12737/5271.
9. Калашников К.Н., Калачикова О.Н. Доступность и качество медицинской помощи в контексте модернизации здравоохранения // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2014. – № 2(32). – с. 130-142. – doi: 10.15838/esc/2014.2.32.10 .
10. Тарасенко У.А. Зарубежный опыт выбора показателей качества медицинской помощи для построения рейтингов медицинских организаций: уроки для России. Социальные аспекты здоровья населения. Vestnik.mednet.ru. [Электронный ре-

- супс]. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/520/lang?ru> ( дата обращения: 17.05.2018 ).
11. Иващенко Н.Н., Корчагина И.И., Мигранова Л.А. Здоровье населения и доступность медицинских услуг в малых городах России // Социологический альманах. – 2013. – № 4. – с. 427-439.
  12. Кочкина Н.Н., Красильникова М.Д., Шишкин С.В. Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения. Препринт WP8/2015/03. Изд. дом Высшей школы экономики. [Электронный ресурс]. URL: [https://www.hse.ru/data/2015/06/01/1097830961/WP8\\_2015\\_03\\_fff.pdf](https://www.hse.ru/data/2015/06/01/1097830961/WP8_2015_03_fff.pdf) ( дата обращения: 06.09.2018 ).
  13. Влияние социально-трудовой мобильности населения на воспроизводство трудового потенциала приграничного региона (на примере Республики Карелия). – Петрозаводск: КарНЦ РАН, 2013. – 136 с.

## REFERENCES:

- Vliyanie sotsialno-trudovoy mobilnosti naseleniya na vosproizvodstvo trudovogo potentsiala prigranichnogo regiona (na primere Respubliki Kareliya) [The impact of social and labor mobility of the population on the reproduction of labor potential of the border region (on the example of the Republic of Karelia)] (2013). Petrozavodsk: KarNTs RAN. (in Russian).
- Grigoreva N.S., Chubarova T.V. (2013). *Sovremennoe zdavookhranenie: politika, ekonomika, upravlenie* [Modern health care: politics, economics, management] M.: Avtorskaya akademiya. (in Russian).
- Ivashchenko N.N., Korchagina I.I., Migrantova L.A. (2013). *Zdorove naseleniya i dostupnost meditsinskikh uslug v malyy gorodakh Rossii* [Public health and access to medical services in small towns of Russia]. *Sotsiologicheskiy almanakh*. (4). 427-439. (in Russian).
- Kalashnikov K.N., Kalachikova O.N. (2014). *Dostupnost i kachestvo meditsinskoj pomoschi v kontekste modernizatsii zdavookhraneniya* [Accessibility and quality of medical service in the context of health care modernization]. *Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*. (2(32)). 130-142. (in Russian). doi: 10.15838/esc/2014.2.32.10 .
- Khabrieva T.Ya. (2014). *Osnovnye vektory i problemy razvitiya sotsialnogo zakonodatelstva* [Main Vectors and Problems of Development of Social Legislation]. *Journal of Russian Law*. (8(112)). 5-15. (in Russian). doi: 10.12737/5271.
- Lokosov V.V., Rybalchenko S.I., Katkova I.P. (2017). *Demograficheskiy i trudovoy potentsial Rossii v kontekste tseley ustoychivogo razvitiya* [Demographic and labor potential of russia in the context of sustainable development goals]. *Population*. (4). 19-43. (in Russian). doi: 10.26653/1561-7785-2017-4-2.

- Putilo N.V. (2006). K voprosu o prirode sotsialnyh uslug [On the nature of social services]. Journal of Russian Law. (4(112)). 16-24. (in Russian).
- Rimashevskaya N.M. (2001). Zhenschina, muzhchina, semya v Rossii: poslednyaya tret 20-go veka. Proekt «Taganrog» [Saving narodzenia, man, family in Russia: the last third of the 20th century. “Taganrog” project] M.: Izdatelstvo ISEPN. (in Russian).
- Rimashevskaya N.M. (2007). Sbezhenie naroda [Saving the people] M.: Nauka. (in Russian).
- Rimashevskaya N.M. (2010). Sotsialnaya politika sbrezheniya naroda [Social policy of nation preservation: drastic change of negative health trend of the Russian population]. Uchenye zapiski Petrozavodskogo Gosudarstvennogo universiteta. Obschestvennye i gumanitarnye nauki. (5(110)). 48-61. (in Russian).
- Rimashevskaya N.M., Rusanova N.E. (2014). O novyh kriteriyakh otsenki zdorovya naseleniya Rossii: problemy i podkhody [On the new evaluation criteria of health of the Russian population: problems and approaches]. “Bulletin of Statistics”. (2). 17-21. (in Russian).

