УДК 614.2
Ключевые слова: общество здоровье населения

А. И. Бабенко, М. А. Креймер, М. С. Берштейн (Новосибирск)

ЭЛЕМЕНТЫ СТРАТИФИКАЦИИ В РАЗВИТИИ ОБЩЕСТВА И ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

Научный центр клинической и экспериментальной медицины СО РАМН

В настоящее время в российской социальной науке стало широко использоваться новое для нас направление – стратификация общества. Еще древними философами было подмечено, что мы все равны, но не одинаковы. Этот принцип положен в основу системного анализа общества, когда в нем выделяются как бы самостоятельно функционирующее «целое», в то же время не содержащее лишних звеньев. Все известные науки, где объектом исследования являются некоторые элементы общества, очевидно, по одним и тем же правилам должны иметь свой объект исследования. Стратификация является одним из таких инструментов и в то же время правилом сосуществования различных социальных дисциплин.

Социальная стратификация, по мнению В. В. Радаева, О. И. Шкараган (Социальная стратификация. – М.: Аспект Пресс, 1996. – С.27), подразумевает, что определенные социальные различия между людьми приобретают характер иерархического ранжирования, где рассматривается неравенство личностное; неравенство возможностей достигнуть желаемых целей; неравенство условий жизни (благосостояние, образование и т.д.); неравенство достигнутых результатов.

К числу значимых социальных различий между людьми относится состояние здоровья и возможности получения медицинской помощи. Поиску ранжирования населения в зависимости от различных природных, социальных и техногенных факторов занимается ряд дисциплин и в первую очередь гигиена. На основании этих знаний социальная гигиена разрабатывает стратегию охраны и развития здоровья населения, функционирования здравоохранения как отрасли, медицинских служб и учреждений. Однако эффективность этих разработок снижается из-за того, что в типах стратификационных систем отсутствует "элемент здравоохранения". К сожалению, лечебная и профилактическая деятельность, пока что имеет слабую общую методологическую основу с социологией и экономикой (в новом понимании), несмотря на большое число смежных работ. **(123 🕮 124)**

Здравоохранение, как отрасль деятельности относится к числу емких в финансовом. материальном и кадровом отношениях. Уже в 1996 году на страницах печати обсуждался вопрос о плюрализме здравоохранения (Медицинская газета, 1996. – № 24, 22 марта). В настоящее время в здравоохранении складываются следующие субъекты хозяйственных правоотношений: юридические лица (коммерческие и некоммерческие организации), публично-правовые организации (федеральное государство, субъекты федерации, муниципальные образования), физические лица.

Некоммерческие организации в здравоохранении представлены общественными фондами, научно-техническими обществами, ассоциациями и т.п. Все эти формы позволяют активизировать научную и практическую деятельность без образования прибыли. Коммерческие организации, наоборот, с получением прибыли в акционерных обществах различного типа и унитарных предприятиях обеспечивают простое воспроизводство своей деятельности.

Для всех рассмотренных форм характерным является управление различием в состоянии здоровья и потребностью в медицинской помощи. Отсюда одним из способов детерминации различий выступает эффективность профилактической и лечебной деятельности.

С практической точки зрения, в обществе нельзя непосредственно найти выделенные типы стратификационных систем. Они скорее несут методологическое значение в

обосновании целостности изучаемой системы. Общество, с точки зрения нормотворчества и управления разделено на другие описательные группы.

Существующие типы стратификационных систем необходимо дополнить и рассмотреть их соответствие основным законам Российской Федерации.

В настоящее время медицинские науки имеют дело с социальным объектом исследования - человеком, а их предметной деятельностью являются неравенства в здоровье и медицинской помощи. Этот вопрос имеет принципиальное значение, как для самой науки, так и для эффективного использования ее достижений в совокупности с другими социально-экономическими науками. В последнее время появляется много новых дисциплин, о здоровье человека, здоровом образе жизни и прочее. Их достойное место может быть точно определено после разработки общих понятий основ стратификации "здравоохраненческого" типа системы. Тем более, что одним из классификационных признаков является обоснование способа детерминации (в нашем случае - управление) различием.

Несмотря на то, что для научных целей существует множество стратификационных критериев, по которым можно делить любое общество, для практических целей должны быть единые законодательные положения, например, приведенные в кодексах, по которым обеспечивается управление дифференциацией с целью поддержания или выравнивания неравенств. Основные законодательства и в том числе Кодексы, в своей постановочной части обязательно должны ограничивать круг стратификационных систем, в котором разрабатывается нормотворческая деятельность.

В настоящее время сложилась следующая нормативная база по законодательному обеспечению снижения негативного влияния перечисленных ниже факторов на здоровье человека. Наряду с ними разработаны Федеральные и местные программы по изучению рассматриваемых факторов, созданию сети мониторинга и административного управления охраной окружающей среды и социально-экономическими условиями жизни населения, Они могут быть представлены в виде следующего законодательного поля применительно отдельных половозрастных и социальных групп населения, состоянием здоровья, уровнем медицинской помощи:

1. Уровень экономического развития и здоровье.
2. Популяционно-биологические, популяционно-генетические факторы и здоровье.
3. Демографические процессы и здоровье.
4. Окружающая среда как экология и здоровье.
5. Природно-очаговые опасности и здоровье.
6. Питание и здоровье.
7. Условия труда и здоровье.
8. Травматогенная обстановка и здоровье.
9. Урбанизация и здоровье.
10. Условия быта и здоровье.
11. Здравоохранение как отрасль деятельности и здоровье.
12. Санитарно-эпидемиологический надзор и здоровье.
13. Иммунизация и здоровье. **(124 🕮 125)**
14. Алкоголь и здоровье.
15. Курение и здоровье.
16. Наркомания и здоровье.
17. Проблемы ВИЧ-инфекций и здоровье.
18. Физическая культура и здоровье.
19. Образование, воспитание и здоровье.
20. Стресс, отклоняющееся поведение и здоровье.
21. Адаптация и здоровье.
22. Межэтнические конфликты и здоровье.
23. Геополитические и международные факторы и здоровье.

Можно выделить и другие. Своеобразие сложившейся ситуации заключается в том, что экономика региона, ориентированная ранее на расширение занятости населения и экстенсивное освоение природных ресурсов Сибири сталкивается с целым рядом проблем.

Нарастает диспропорция между увеличивающимся налоговым бременем и физиологическими возможностями человека в росте интенсивности труда. Вследствие такого расходования рабочей силы в 90-е гг. средняя зарплата была на 1/3 ниже прожиточного минимума. Это приводило к нарушению закона возмещения затрат рабочей силы и воспроизводства населения.

Другим следствием этой диспропорции является высокая распространенность болезней среди населения и недостаточность финансовых средств на лечебно-профилактические мероприятия. По расчетам службы здравоохранения Новосибирской области, чтобы уровень лечения был высоким, отчисления в фонд медицинского страхования должны быть порядка 12,0%, Вместо существующих 3,6 % от фонда зарплаты это покрывает только одну пятую часть затрат. Однако, такая активизация расходов в бюджете на лечение, не устраняет самих причин ухудшения здоровья, а медицинский фонд всегда будет оставаться недостаточным.

Другой, не менее значимой проблемой являются вопросы взаимосвязи между экономической деятельностью в новых условиях и здоровьем предпринимателей, наемных рабочих, их членов семьи и общества в целом. Расходы на воспроизводство, охрану и улучшение здоровья населения становятся
единственным источником восполнения резерва рабочей силы. Для этого необходимы новые социально-экономические законы по охране здоровья населения, развитию трудового потенциала, по возмещению данных потерь применительно к условиям Сибири.

При разработке бюджета необходимо отрегулировать экономические отношения между обществом, предприятиями и населением по поводу использования трудового потенциала. Процессы социально-экономических преобразований в Сибири должны рассматриваться не только с точки зрения экономической целесообразности, но и с учетом социально-биологических особенностей населения (здоровье индивида, семей, коллективов. контингентов населения, характера воспроизводства и т.д.) и социальных потребностей (различные мероприятия по возмещению затрат рабочей силы, активизация способности к производительному труду, лечебно-профилактические мероприятия, поддержание экологического и санитарно-эпидемиологического благополучия среды проживания).

Расходы общества на удовлетворение коллективных интересов представляют различные стороны бюджета, обеспечивающие трудовые процессы и налогообложение, финансирование бюджетных организаций и оказание платных услуг населению. А в совокупности с социально-гигиенической практикой и расходованием зарплаты человека - образуют целостную систему расширенного воспроизводства по критерию охраны здоровья. В связи с этим меняется роль здравоохранения в современном обществе. От решения внутрисистемных проблем, связанных с диагностикой, лечением и реабилитацией, здравоохранение все больше переходит к профилактике болезней и к реализации информационной и экспертной функции, сигнализирующей о неблагополучии в здоровье, обусловленном внешними воздействиями. Здравоохранение все более проникает в сферу деятельности других подсистем социальной инфраструктуры общества, выдвигая к ним соответствующие социально-гигиенические требования, возводя в ранг важнейших общественных критериев – критерий здоровья населения.

Статья опубликована:
Бабенко А.И., Креймер М.А., Берштейн М.С. Элементы стратификации в развитии общества и здоровье населения // Бюллетень Сибирского отделения Российской Академии наук. – 1999. – № 3-4. – С. 123-125.