



Чем болеют и от чего гибнут россияне трудоспособного возраста*

Над темой номера работали



Борис
РЕВИЧ[1]

Татьяна
ХАРЬКОВА[2]

Трудоспособное население сокращается

Численность трудовых ресурсов в стране постоянно снижается, и в условиях старения населения этот процесс становится еще более острым. Согласно среднему варианту прогноза Росстата, численность населения трудоспособного возраста к 2031 году сократится, по сравнению с 2016 годом, на 6%, а демографическая нагрузка, напротив, увеличится на 16% [3].

Дефицит рабочей силы, особенно квалифицированной, постепенно превратился в существенное ограничение экономического роста. Нехватка рабочей силы стала важной макроэкономической проблемой, поэтому вопросы сохранности здоровья этой группы населения приобретают все большую актуальность. Между тем, и в демографической литературе, и среди публикаций по общественному здоровью крайне мало аналитических работ по оценке состояния здоровья работающего населения на страновом уровне, эти проблемы в основном описываются по отдельным предприятиям или населенным пунктам. Практически перестали публиковаться аналитические обзоры о состоянии здоровья работающих по отдельным отраслям производства и о заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

На состояние здоровья работающего населения, помимо общих факторов риска, присущих населению России (курение, алкоголь, малая физическая активность, несбалансированное питание с дефицитом витаминов и других), воздействуют профессиональные факторы риска, роль которых в отдельных отраслях промышленности (угольная, химическая, горная, «горячие цеха металлургических производств» и другие) чрезвычайно высока.

Структура заболеваемости с временной утратой трудоспособности значительно отличается от структуры общей заболеваемости всего населения. На основании данных за 2007-2010 годы, в структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности первое место занимают болезни органов дыхания (29%), на втором - болезни костно-мышечной системы (12%) и на третьем месте болезни системы кровообращения (9%) и травмы, отравления и другие внешние причины (9%) [4]. Различия в структуре сохраняются и в дальнейшем, что хорошо видно из рис. 1 и 2.



Рисунок 1. Структура общей заболеваемости и временной нетрудоспособности населения России в 2014 году (в процентах к итогу)

Рассчитано по: Здравоохранение в России 2015. Статистический сборник. М.2015. С. 29-31.



Рисунок 2. Структура временной нетрудоспособности населения России в 2014 году (в процентах к итогу)

Рассчитано по: Здравоохранение в России 2015. Статистический сборник. М.2015. С. 29-31.

Поскольку на долю перечисленных четырех крупных групп (классов) болезней приходится почти три четверти случаев временной нетрудоспособности и более половины всех случаев общей заболеваемости, то именно по этим причинам проведен анализ динамики общей заболеваемости и временной нетрудоспособности.

Масштабы "недожизвания" уменьшились

За период с 2003 по 2014 год смертность российского населения снизилась, но по уровню ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) при рождении страна отстает от развитых стран на 10 лет и более[5]. Это отставание в значительной части определяется крайне высоким уровнем смертности в трудоспособных возрастах, особенно у мужчин. Вклад снижения смертности в трудоспособных возрастах в рост продолжительности жизни в этот период практически был сопоставим с величиной вклада роста смертности в этих же возрастах в сокращение продолжительности жизни в предшествующий период. Иначе говоря, уровень смертности вернулся к уровню двадцатипятилетней давности[6]. Сравнение уровня продолжительности жизни в возрасте 15 лет в России и ряде западных стран также свидетельствует о восстановительном характере динамики смертности в последние годы и все еще значительном отставании России (рис. 3). Если в 1990 году ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 15 лет в России была меньше, чем в странах ЕС-15, у мужчин на 8,2 года и у женщин на 4,5 года, то в 2013 году различия увеличились в 1,6 раза и у мужчин, и у женщин (соответственно разрыв составил 13,4 и 7,5 года).

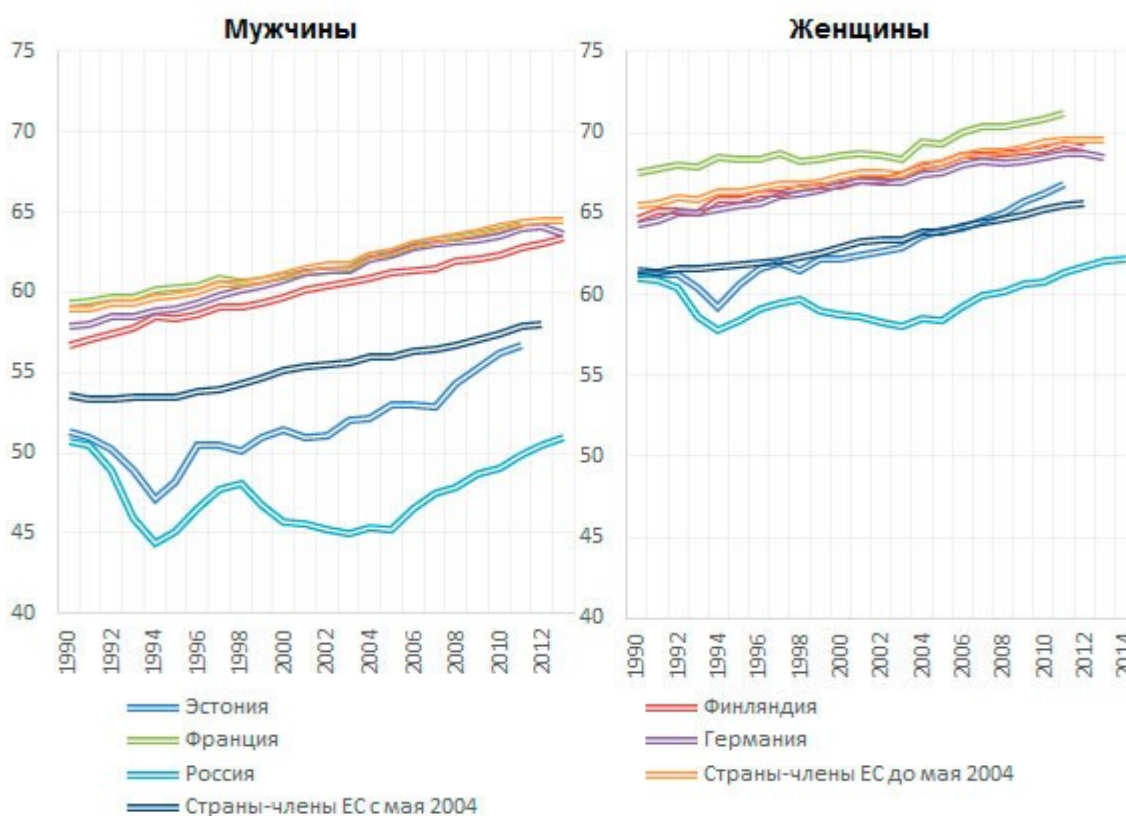


Рисунок 3. Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 15 лет в России и некоторых странах ЕС в 1990-2014 годах, лет

Источник: Данные Росстата и HFA-DB (WHO/Europe).

Помимо ожидаемой продолжительности жизни для лиц, достигших трудоспособного возраста, дополнительную информацию дает и анализ интервальных показателей, в частности продолжительности жизни в трудоспособном возрасте, который достаточно часто используется при экономическом анализе демографических потерь. Для сравнительного анализа мы допустили некоторое отступление от законодательных границ определения трудоспособного возраста, действующих в России и отобранных странах, и провели расчеты ожидаемой продолжительности жизни в интервале возрастов от 15 до 59 лет и для мужчин, и для женщин. Как видно из табл. 1, более всего Россия отставала от отобранных стран по этому показателю в 2003 и в 1994 годах. Несмотря на начавшееся с 2004 года снижение смертности, интервальная продолжительность жизни в возрасте 15-59 лет в 2013 году в России у мужчин была ниже, чем в Германии на 3,63 года, чем во Франции - на 3,46, чем в Финляндии - на 3,32 и чем в Эстонии - на 2,60 года. У женщин России разрыв ОПЖ в возрасте 15-59 лет почти в 3 раза меньше: 1,07-1,06 года с Германией и Францией, 0,87 года с Эстонией и 0,28 года с Финляндией.

Таблица 1. Ожидаемая продолжительность жизни в интервале возрастов 15-59 лет в России и некоторых странах в 1990, 1994, 1998, 2003 и 2013 годах, лет

	Россия	Франция	Германия	Эстония	Финляндия
Мужчины					
1990	40,63	42,80	43,14	40,91	42,61
1994	37,79	42,86	43,22	38,97	42,98
1998	39,33	43,18	43,49	40,49	43,17
2003	38,08	43,37	43,66	41,28	43,36
2013	40,36	43,82	43,99*	42,96	43,68**
Женщины					
1990	43,60	44,14	44,13	43,70	42,61
1994	42,79	44,16	44,19	42,93	42,98
1998	43,23	44,23	44,28	43,59	43,17
2003	42,78	44,30	44,36	43,84	43,36
2013	43,40	44,46	44,47*	44,27	43,68**

* - 2011 г.

** - 2012 г.

Рассчитано по: HMD (Human Mortality Database)

Помимо показателя интервальной продолжительности жизни в трудоспособном возрасте, можно рассчитать и показатель потерь, т.е. число лет, не дожитых до конца данного интервала, который представляет собой разность между максимальным числом лет, которое можно прожить в интервале трудоспособного возраста при отсутствии смертности (в данном случае, - 45 лет) и фактической величиной ОПЖ в возрасте 15-59 лет. Как видно из рис. 4, «лидерство» России по потерям человеко-лет жизни в трудоспособном возрасте почти за четверть века не только не уменьшилось, а напротив, выросло почти в два раза.

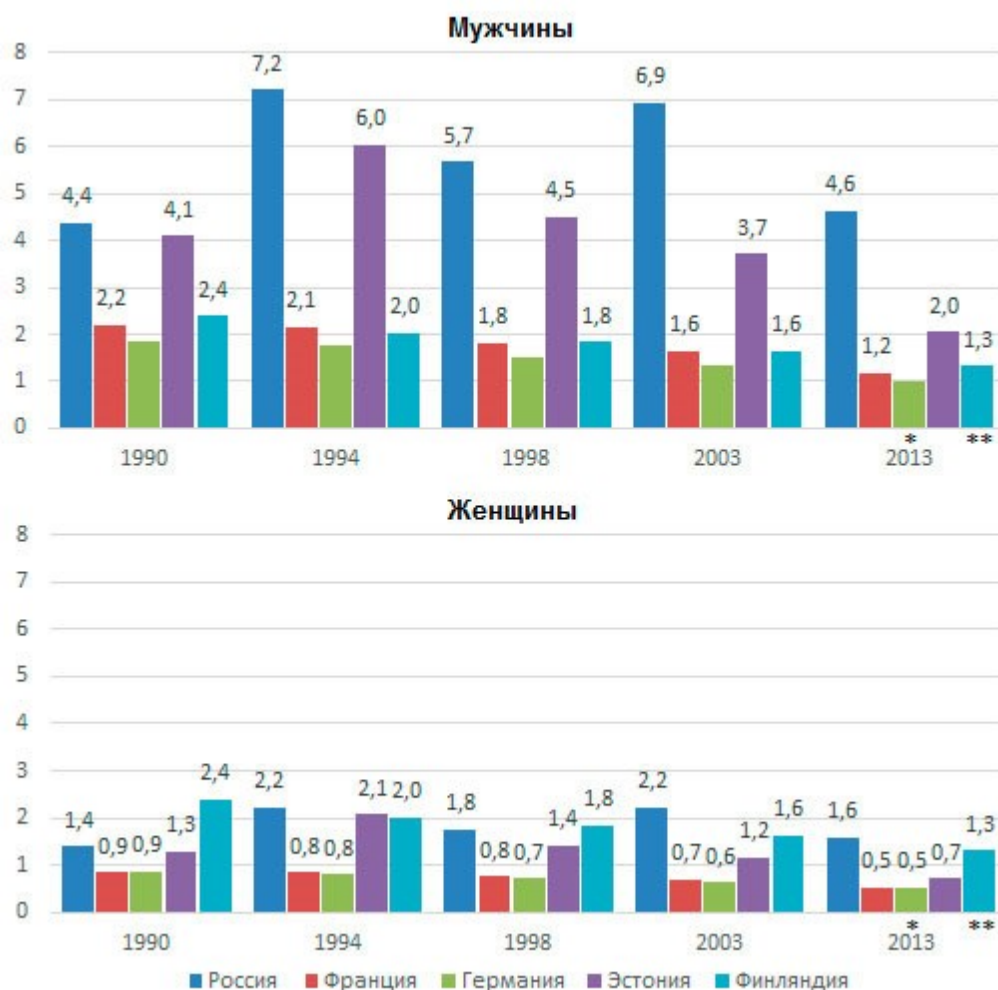


Рисунок 4. Среднее число недожитых лет в интервале 15-59 лет в России и некоторых странах в 1990, 1994, 1998, 2003 и 2013 годах

* - 2011 г.

** - 2012 г.

Рассчитано по: HMD (Human Mortality Database)

Анализ стандартизованных и возрастных коэффициентов смертности населения трудоспособного возраста демонстрирует, что практически на всем протяжении с середины 1990-х и до начала 2000-х годов смертность населения трудоспособного возраста была достаточно высока (рис. 5). Снижение стандартизованных коэффициентов смертности, начавшееся с 2004 и продолжавшееся до 2013 года было обусловлено в значительной степени снижением смертности от болезней системы кровообращения и внешних причин, при этом подавляющее большинство смертей от внешних причин происходило в состоянии алкогольного опьянения. Помимо этого, как считают международные эксперты ВОЗ, состояния алкоголизации присущи гораздо более широкому перечню значимых причин смерти. Это и болезни органов пищеварения (циррозы печени, панкреатиты, панкреонекрозы и др.), и болезни органов дыхания (запущенные случаи пневмоний), и болезни сердечнососудистой системы (кровоизлияния в органы на фоне гипертонических кризов,

инфаркты миокарда, инсульты и др.), т.е. целый ряд «алкоголь-связанных» болезней. В 2014 году благоприятная демографическая динамика приостановилась: стандартизованный коэффициент смертности у мужчин практически остался на уровне 2013 года, а у женщин отмечался даже его незначительный рост (на 0,6%) (рис. 5). Стандартизованный коэффициент смертности у мужчин трудоспособного возраста в 2014 году был выше, чем в 1989, на 7,2%, в возрастной группе 20-39 лет - на 27,2%, в группе 40-59 лет - на 2,4%. У женщин стандартизованный коэффициент смертности намного меньше, чем у мужчин, но картина изменений даже несколько драматичнее: для всех трудоспособных возрастов показатель был выше на 14,7%, в возрастной группе 20-39 лет - на 44,8%, правда, в группе 40-59 лет он был, практически, на уровне 1989 года (даже снизился на 0,1%).

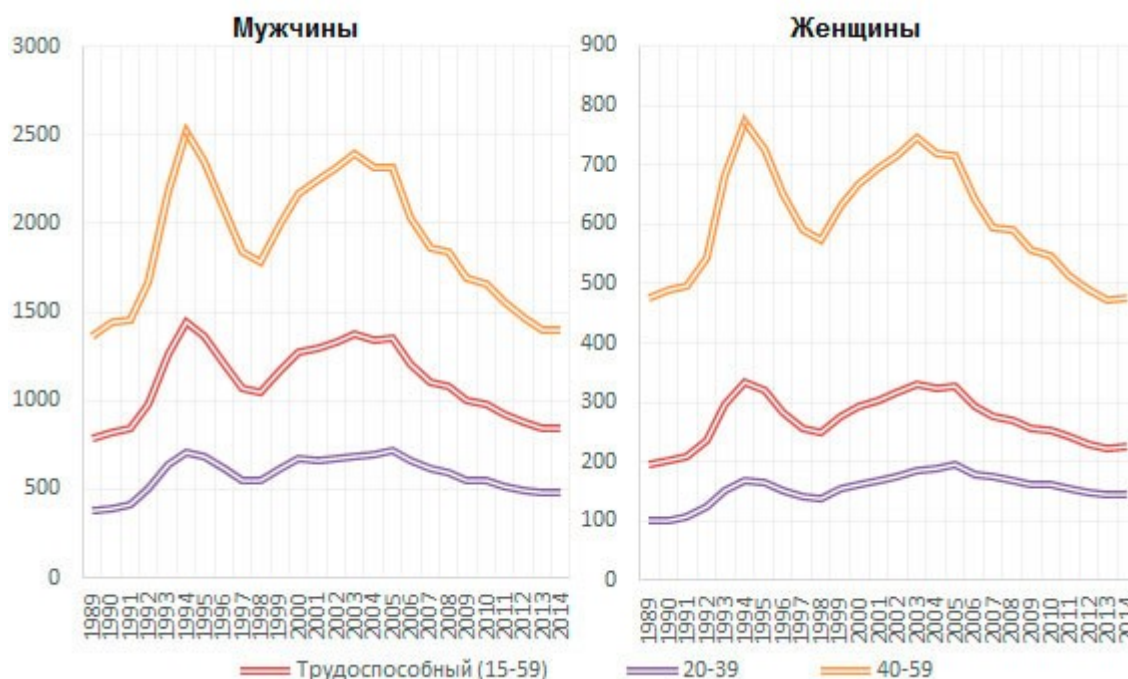


Рисунок 5. Стандартизованный коэффициент смертности от всех причин населения трудоспособного возраста в России в 1989-2014 годах (на 100000)

За рассматриваемый период динамика возрастных коэффициентов смертности мужчин трудоспособного возраста была разнонаправленной. В возрастах 25-60 лет отмечались и подъемы, и спады показателей; в возрасте 15-24 происходило устойчивое снижение по таким классам заболеваний, как болезни систем кровообращения, органов дыхания, и даже внешних причин, хотя смертность от них до сих пор остается на высоком уровне. Таким образом, стало погибать в 1,5-1,9 раза меньше работающих людей, и виден положительный устойчивый тренд до 2014 года (рис. 6).

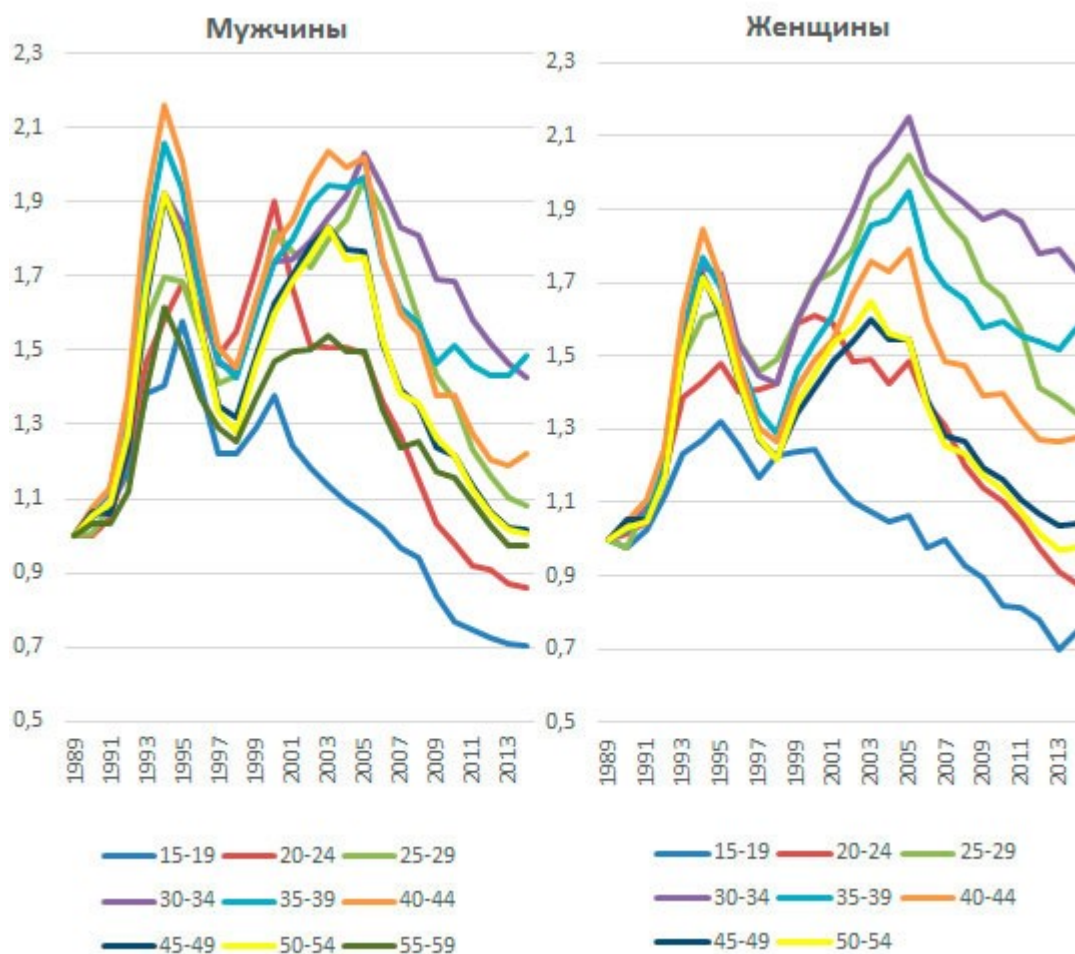


Рисунок 6. Изменение возрастных коэффициентов смертности в возрастах от 15 до 59 лет, 1989-2014 гг., 1989=1

Начиная с 2014 года ситуация стала меняться: абсолютное число умерших в трудоспособном возрасте, по сравнению с 2013 годом, увеличилось на 5,5 тыс., преимущественно за счет мужчин (мужчины – на 4,6 тыс. и женщины - на 0,9 тыс.[7]). Что касается причин смерти, то более всего выросло число умерших от болезней органов пищеварения и у мужчин, и у женщин - на 10%, от инфекционных и паразитарных болезней - у женщин на 10%, а также от отравлений алкоголем - на 7% у мужчин и 5% у женщин, что весьма настораживает и требует дополнительно анализа первичных данных[8]. Наиболее высокие показатели смертности от всех причин среди трудоспособного населения на арктических территориях (Магаданская область, Ненецкий и Чукотский АО), Дальнем Востоке (Амурская и Сахалинская области, Хабаровский край), в Республике Тыва, в Северо-Западном ФО - Псковской и Новгородской областях, Карелии.

Общая заболеваемость и ее составляющие

Данные об общей заболеваемости приводятся в ежегодных Государственных докладах Минздрава и статистических сборниках Росстата «Здравоохранение в России». В данной статье использованы показатели только по основным причинам заболеваемости взрослого населения, которые составляют около 60% всех случаев как по первичной (при установлении пациенту диагноза

впервые в жизни), так и по общей (общее число случаев, зарегистрированных в течение года, при этом учитываются пациенты, которым диагноз установлен как впервые, так и при повторном обращении по тому же поводу) заболеваемости.

Естественно, что далеко не все взрослое население является трудоспособным, весьма значительна доля лиц пенсионного возраста, но статистические данные о заболеваемости по отдельным возрастным группам взрослого населения на федеральном уровне, к сожалению, отсутствуют.

Из представленных на рис. 7 и 8 данных о тенденциях первичной и общей заболеваемости среди взрослого населения видно, что в 1,5 раза выросла обращаемость по поводу болезней систем кровообращения, но общая, т.е. накопленная заболеваемость, возросла также по заболеваниям костно-мышечной системы, внешним причинам, и наметилось увеличение по заболеваниям органов пищеварения.

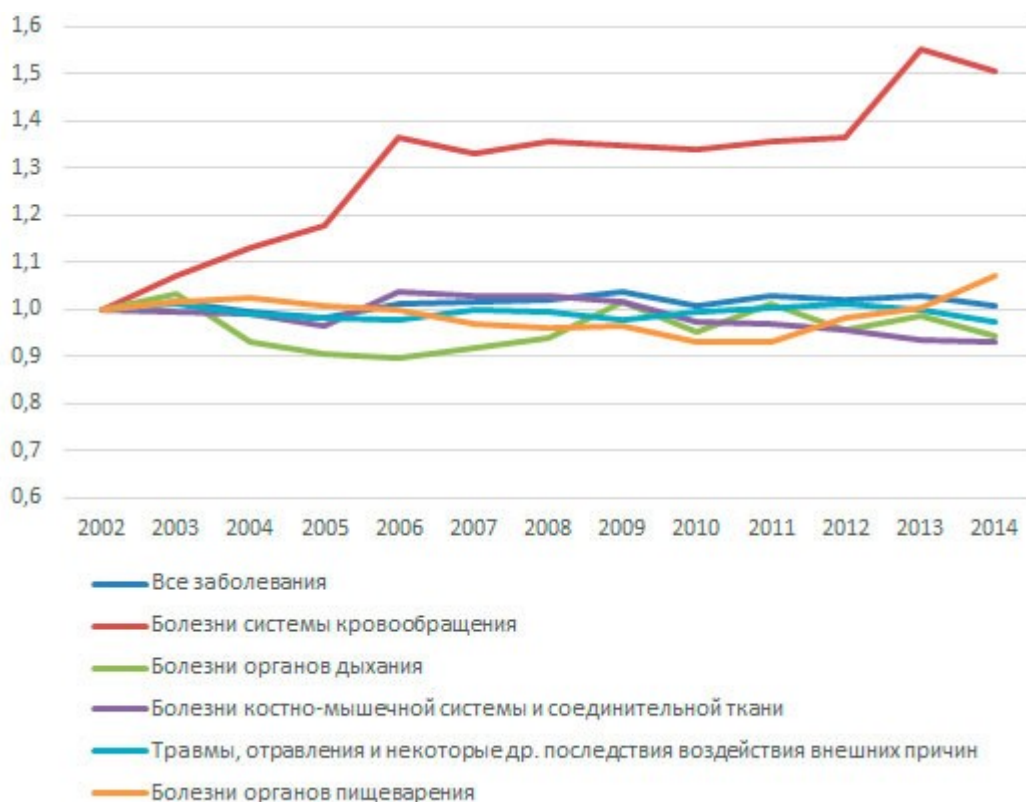


Рисунок 7. Динамика первичной заболеваемости взрослого населения России в 2002-2014 годах (2002 год = 1)

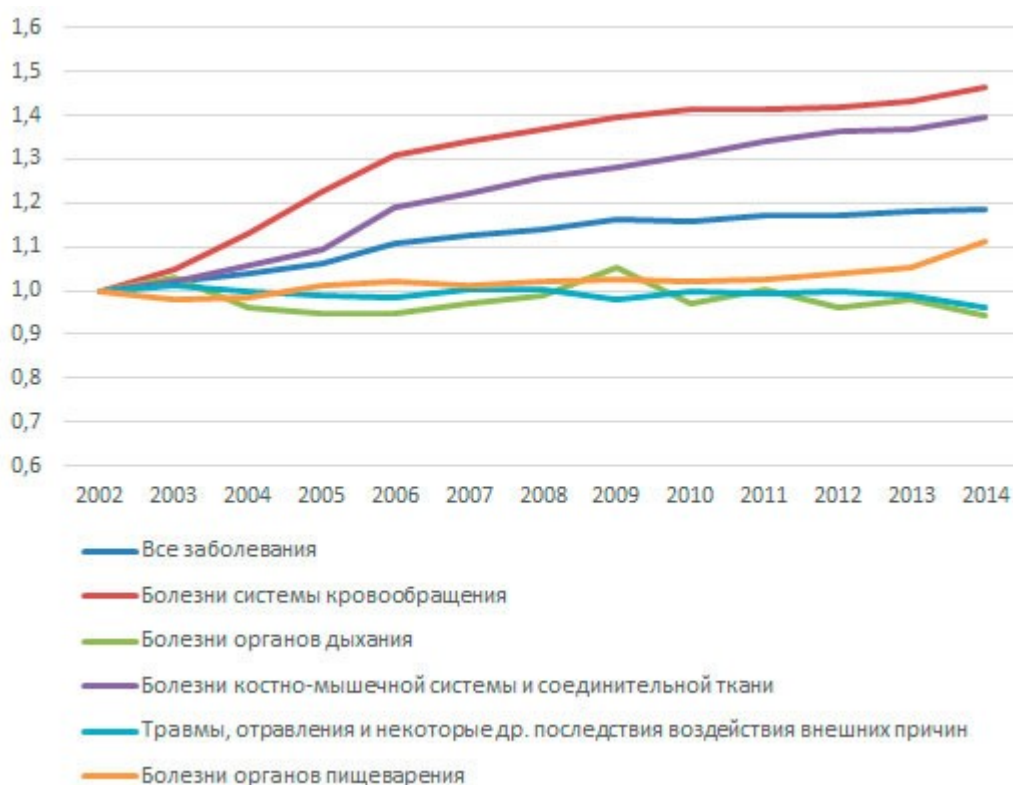


Рисунок 8. Динамика общей заболеваемости взрослого населения России
в 2002-2014 годах (2002 год = 1)

Болезни систем кровообращения (БСК). Эта группа заболеваний остается одной из основных проблем для индустриально развитых стран, где начавшаяся кардиоваскулярная революция привела к различным результатам. Есть страны лидеры, добившиеся максимального эффекта, где смертность снизилась на 67-74% по отношению к 1980 году (Израиль, Австралия, Англия, Ирландия, Япония), и страны, где снижение также происходило, но не столь интенсивно. В России реализация программы по борьбе с болезнями системы кровообращения, на которую тратилось до 37% расходов здравоохранения, привела к значительному эффекту[9]. Смертность в трудоспособном возрасте от болезней системы кровообращения снизилась с 2003-2005 годов (годы с наиболее высоким уровнем смертности - 444 на 100000 у мужчин) к 2014 году (263 на 100000) на 41%, но еще не достигла уровня 1989 года (239 на 100000). У женщин отмечалась аналогичная тенденция, но при значительно меньшем уровне (рис. 9). Что касается крупных возрастных групп, то и у мужчин, и у женщин более значимо на тенденции стандартизованного коэффициента смертности оказывали влияние изменения смертности в старших трудоспособных возрастах (40-59 лет).

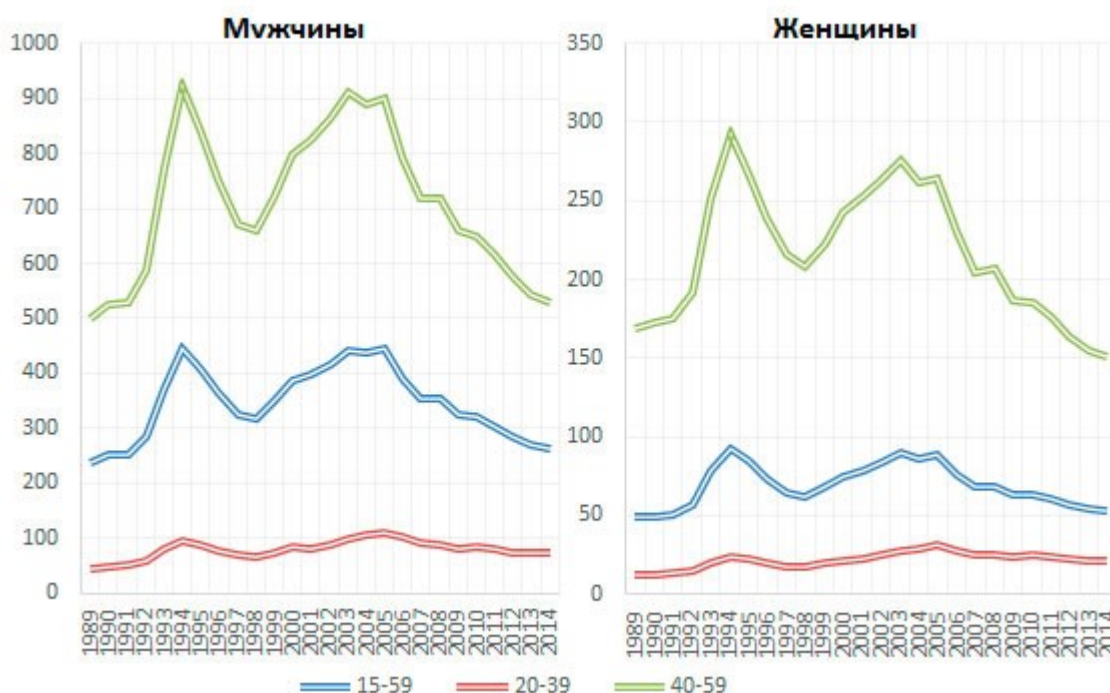


Рисунок 9. Стандартизованные коэффициенты смертности населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения. Россия, 1989-2014 годы (на 100000)

Коэффициенты смертности от болезней системы кровообращения в младшей возрастной группе мужчин (20-24 года) и старшей (50-54 года) различались в 7-8 раз. С 2005 года, когда началось снижение уровня смертности, потери от этой причины значительно уменьшились в старших трудоспособных возрастах (50-59 лет), где были более выражены и темпы падения – на 20%. Медленнее этот процесс происходил у мужчин в возрасте 40-49 лет. Уровень смертности женского населения трудоспособного возраста от БСК в начале 1990-х годов во всех возрастах был примерно в 2-4 раза ниже, чем мужского населения. Устойчивое снижение у женщин также стало происходить с 2005 года и в последние годы (2012-2014) в возрасте 20-39 лет опустилось до уровня 1989 года. По расчетам А. Ивановой и соавторов (2014), при этом произошел рост среднего возраста умерших от болезней системы кровообращения у мужчин на 3,9 года, у женщин на 2,3 года^[10].

Таким образом, видно, что наиболее результативна эта программа была для трудоспособного населения старшего возраста, где людские потери стали существенно меньше. Однако смертность от ишемической болезни сердца и особенно от острого инфаркта миокарда снизились не столь существенно, что свидетельствует о недостаточной эффективности мер профилактики именно по этим видам заболеваний. А.Е. Иванова и соавторы считают, что снижение смертности от болезней системы кровообращения по группе «другие болезни сердца» в молодых возрастах определяется алкогольной и неуточненной кардиомиопатией, которая маскирует алкогольную форму. Авторы исследования полагают, что это результат профилактических мер, направленных на сокращение потребления алкоголя, а также положительных сдвигов в организации работы поликлинического звена – более доступны стали функциональные исследования по месту жительства, больные госпитализируются в специализированные отделения стационаров, плюс к этому население лучше информировано о необходимости регулярного измерения артериального давления.

Больших успехов удалось добиться в снижении смертности от инсультов (на 40%) в результате улучшения специализированной медицинской помощи, создания сосудистых центров в нескольких городах и более 30 центров реабилитации таких больных. С экономической точки зрения это крайне важно, т.к. в год регистрируется до 450 тыс. новых случаев, а стоимость лечения 1 больного в ценах 2012 года составляет 127 тыс. руб./год и только прямые расходы составили 57 млрд. руб. До настоящего времени использование наиболее точных методов диагностики (КТ, МРТ) составляет всего 20% случаев инсульта даже в крупных городах[11].

Положительные тенденции со смертностью от болезней системы кровообращения связывают с резким увеличением финансирования здравоохранения, прямые медицинские затраты выросли с 2006 по 2009 год почти вдвое, тем не менее считается, что с учетом увеличения числа больных и инфляции рост прямых медицинских затрат на 1 больного с 2006 по 2009 год, уменьшился на 77% (в рублях) и на 54% (в долларах)[12]. Однако анализ результативности программ по снижению смертности от болезней системы кровообращения позволил сделать вывод, что недостает решений, позволяющих обеспечить более значительное снижение смертности хотя бы до уровня стран Восточной Европы. Это недостаточное финансирование программ Минздрава, нерациональное распределение и расходование финансовых средств, недостаточная информированность населения о специализированных центрах для оказания помощи больным с сердечнососудистыми заболеваниями, длительное ожидание приема кардиологом, неврологом, эндокринологом, недостаточная эффективность диспансерного наблюдения, проблемы с получением лекарств льготными категориями граждан[13].

В отличие от положительной динамики смертности, показатели как первичной, так и общей заболеваемости болезнями системы кровообращения продолжают возрастать, что, по-видимому, связано с постарением населения. Несмотря на то, что интенсивный рост прекратился в 2008 году и вышел на плато, он снова несколько повысился в 2014 году (рис. 10 и 11).

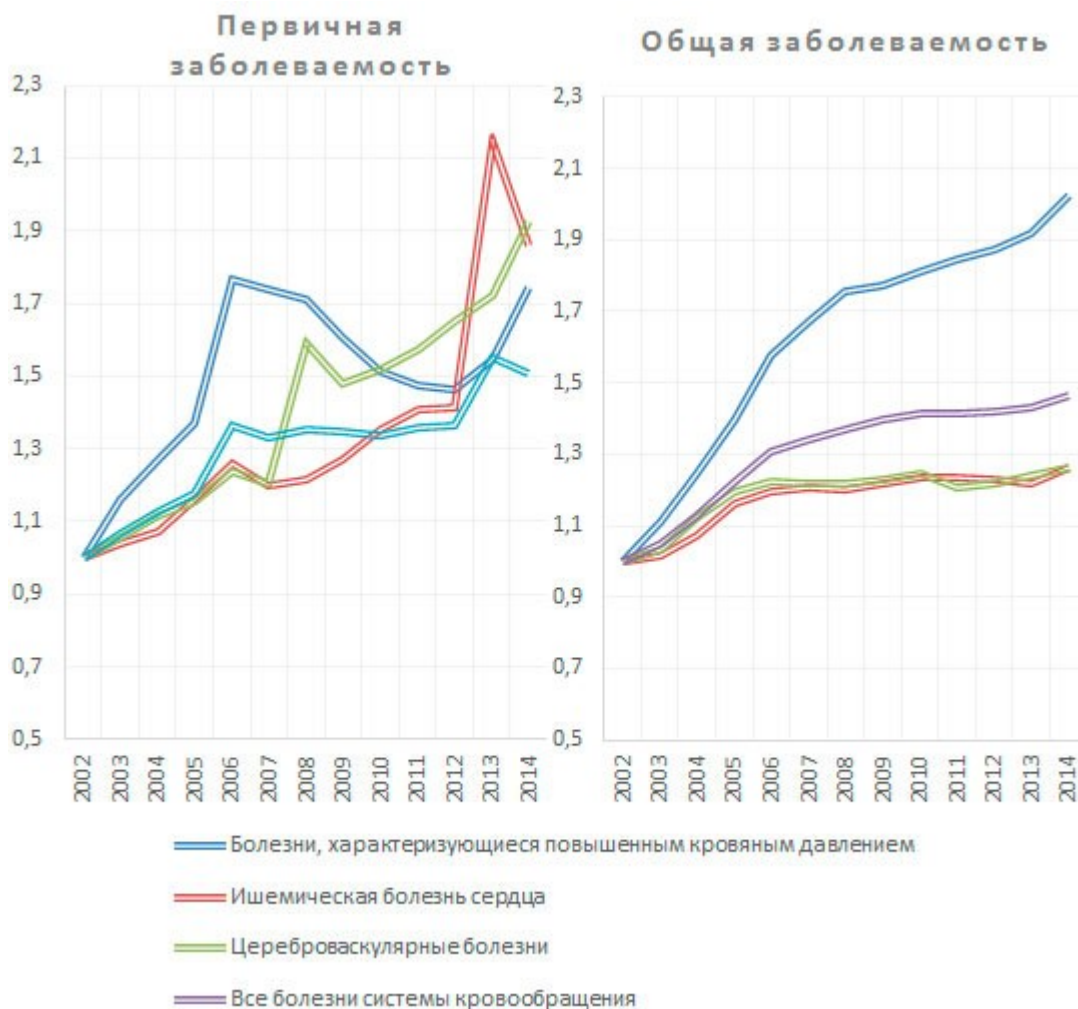


Рисунок 10. Динамика заболеваемости взрослого населения России болезнями системы кровообращения в целом и по группам сердечнососудистых заболеваний (2002 год = 1)

Основная доля (38%) в суммарной распространенности болезней системы кровообращения приходится на болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, по которым заболеваемость по первичной обрацаемости и общей заболеваемости выросла с 2002 по 2014 год почти в два раза, и явно виден сходный темп роста этих показателей. Доля остальных видов болезней системы кровообращения значительно меньше, но показатели заболеваемости ишемической болезнью сердца и цереброваскулярными болезнями (инфаркт мозга - инсульт) также возросли в 1,3-1,9 раза. С какими причинами это связано, определить довольно сложно, но улучшилась ранняя диагностика в результате усиления профилактической деятельности, ведется распространение информации о необходимости измерения артериального давления.

Болезни органов дыхания (БОД). По этому классу заболеваний смертность значительно ниже уровня смертности от БСК и не столь выражены различия между возрастными группами. С 2005 года происходит плавное снижение смертности во всех возрастных группах, наиболее быстрый темп снижения характерен среди мужчин и женщин 40-59 лет (рис.11).

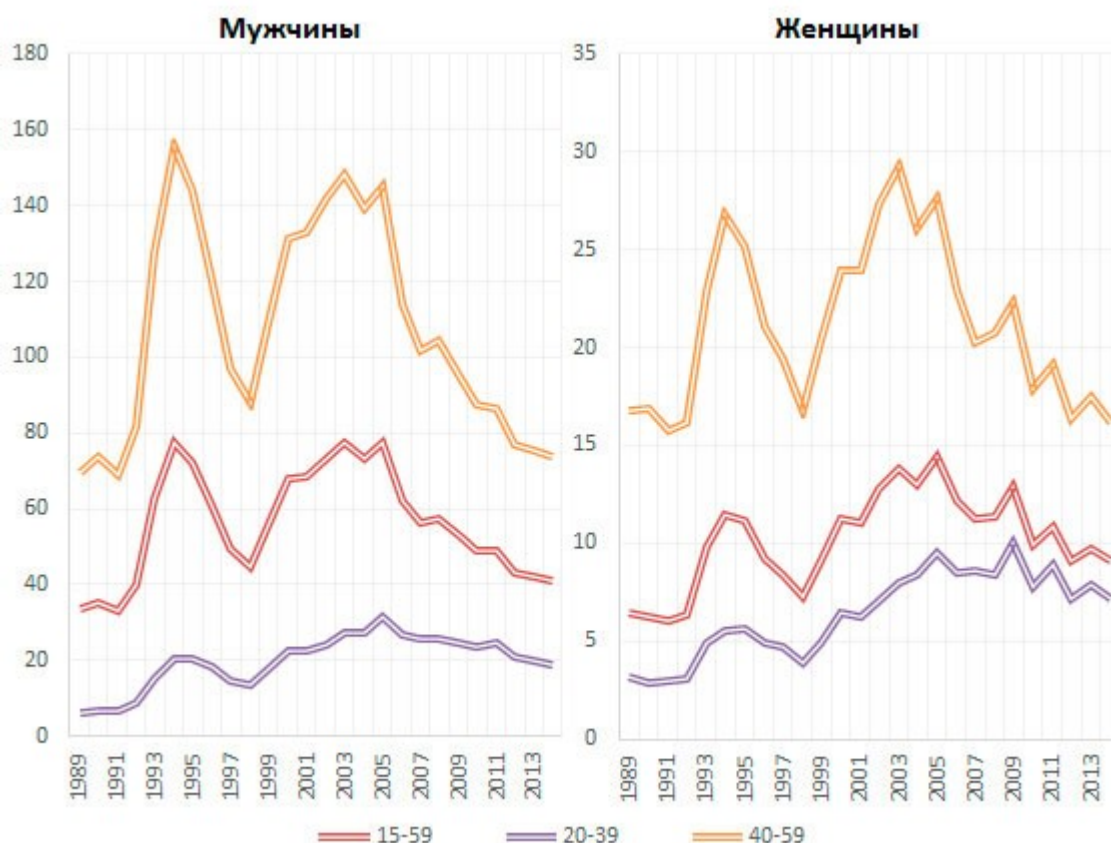


Рисунок 11. Стандартизированные коэффициенты смертности населения трудоспособного возраста от болезней органов дыхания. Россия, 1989-2014 годы (на 100000)

В структуре распространенности болезней органов дыхания лидируют острые заболевания (острый ларингит, фарингит, трахеит, пневмония и другие), в значительной степени зависящие от уровня инфекционной заболеваемости гриппом и другими острыми респираторными вирусными заболеваниями (ОРВИ). С позиций сохранения работоспособности и экономических потерь от утраты трудоспособности наибольшее значение имеют хронические заболевания органов дыхания - хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – группа заболеваний, которая включает хронический обструктивный бронхит, эмфизему, тяжелые формы бронхиальной астмы, хронический облитерирующий бронхиолит), а также бронхиальная астма, бронхоэктатическая болезнь. Динамика этих заболеваний весьма разнообразна: заболеваемость хроническим бронхитом снижалась до 2010 года, потом резко возросла, что, возможно, объясняется изменениями в статистическом учете этой группы болезней. Заболеваемость бронхиальной астмой постепенно и постоянно возрастает и увеличилась с 2002 года на 20% по первичной обращаемости и на 39% по показателю распространенности. Показатели других хронических болезней увеличились не очень значительно или постоянно колебались (рис. 12).

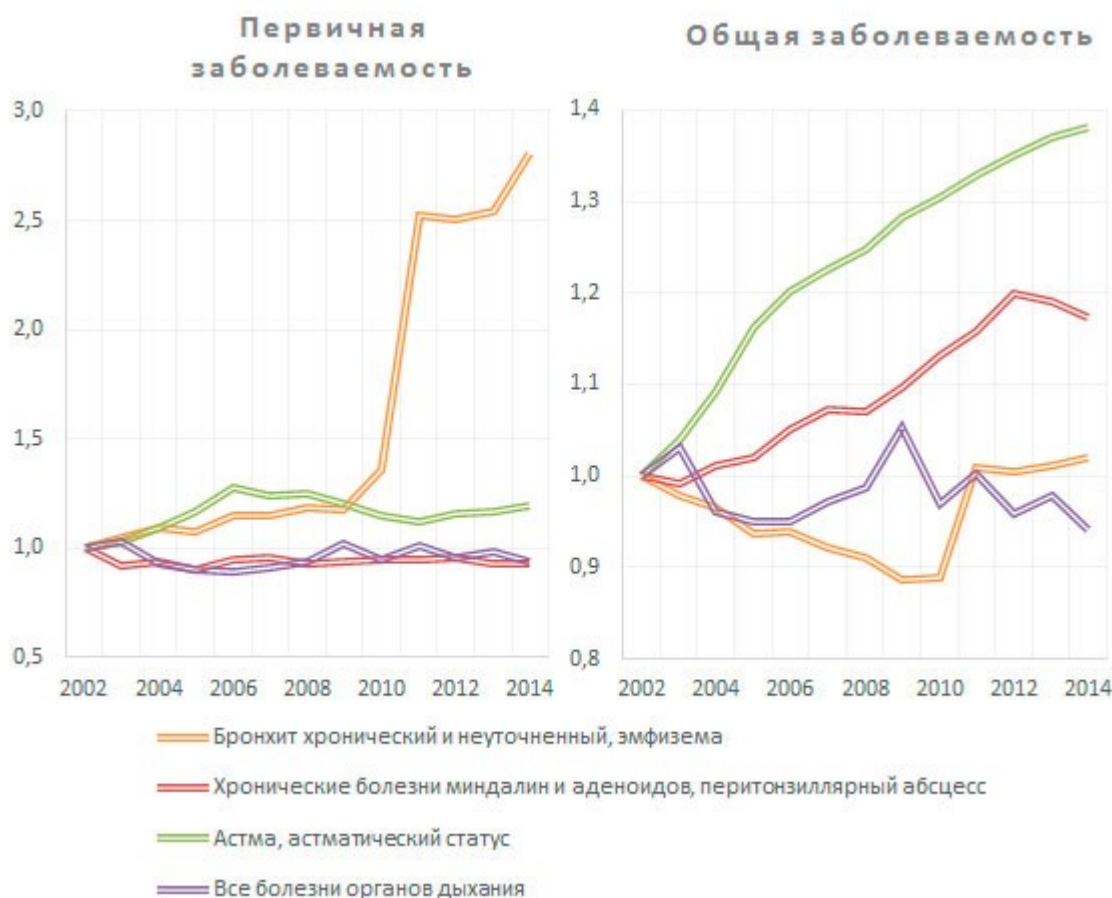


Рисунок 12. Динамика заболеваемости взрослого населения России болезнями органов дыхания в целом и по группам этих болезней (2002 год = 1)

Причины особенностей динамики заболеваемости трудоспособного населения хроническими болезнями органов дыхания выявить трудно, но устойчивый постоянный тренд заболеваемости бронхиальной астмой свидетельствует о повсеместной аллергизации населения из-за загрязнения окружающей среды, внутридомового воздуха, продуктов питания, широко распространения курения среди взрослых, что свидетельствует о еще не реализованных мерах борьбы с этими заболеваниями. Пульмонологи отмечают рост заболеваемости ХОБЛ в мире, и ожидается, что к 2020 году эта причина станет третьей среди ведущих причин заболеваемости и смертности в мире. Следует отметить, что данные о распространенности этих заболеваний даже в наиболее развитых странах значительно различаются, так как существует разница между данными медицинской статистики, основанными только на врачебной диагностике без инструментальных обследований, и на результатах, полученных с применением инструментальных методов, в основном, спирометрии^[14].

Болезни костно-мышечной системы (БКМС). Этот класс заболеваний не относится к числу ведущих в структуре смертности, но входит в число основных причин временной потери трудоспособности. Как указывают ревматологи, «БКМС находятся на ведущих позициях по уровню негативного влияния на современное общество, что определяется постоянно нарастающей их распространенностью, поражением практически всех возрастных групп населения, склонностью к хронизации, неуклонному прогрессированию, ранней инвалидизации, снижению качества жизни и высокой стоимостью болезни»^[15]. По этому классу с 2002 по 2014 год обращаемость возросла в 1,4

раза, распространенность - в 2,1 раза (рис. 13). Этот рост обусловлен преимущественно увеличением заболеваемости артрозами (25% среди всех заболеваний этого класса).

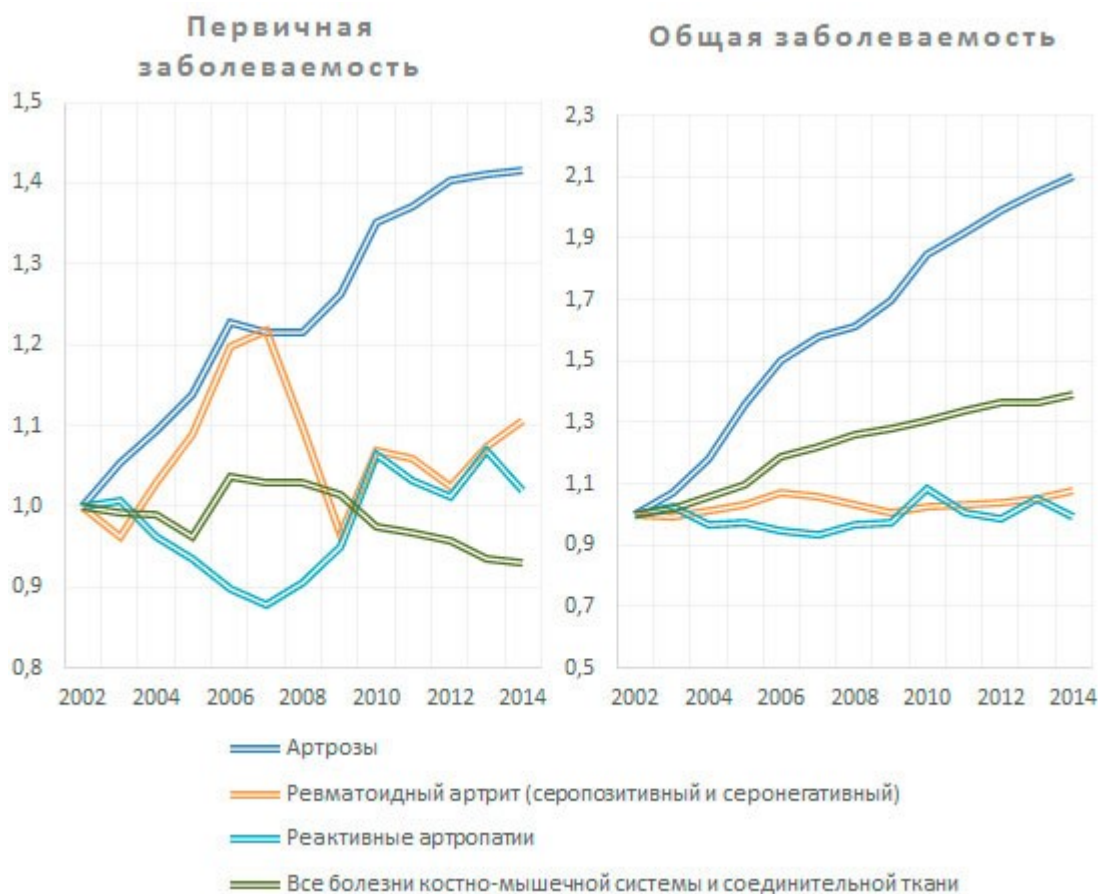


Рисунок 13. Динамика заболеваемости взрослого населения России болезнями костно-мышечной системы в целом и по группам этих болезней (2002 год = 1)

Болезни органов пищеварения. Смертность от этого класса заболеваний постоянно возрастает, стандартизованный коэффициент смертности с 1989 по 2014 год возрос в 2,8 раза (рис. 14).

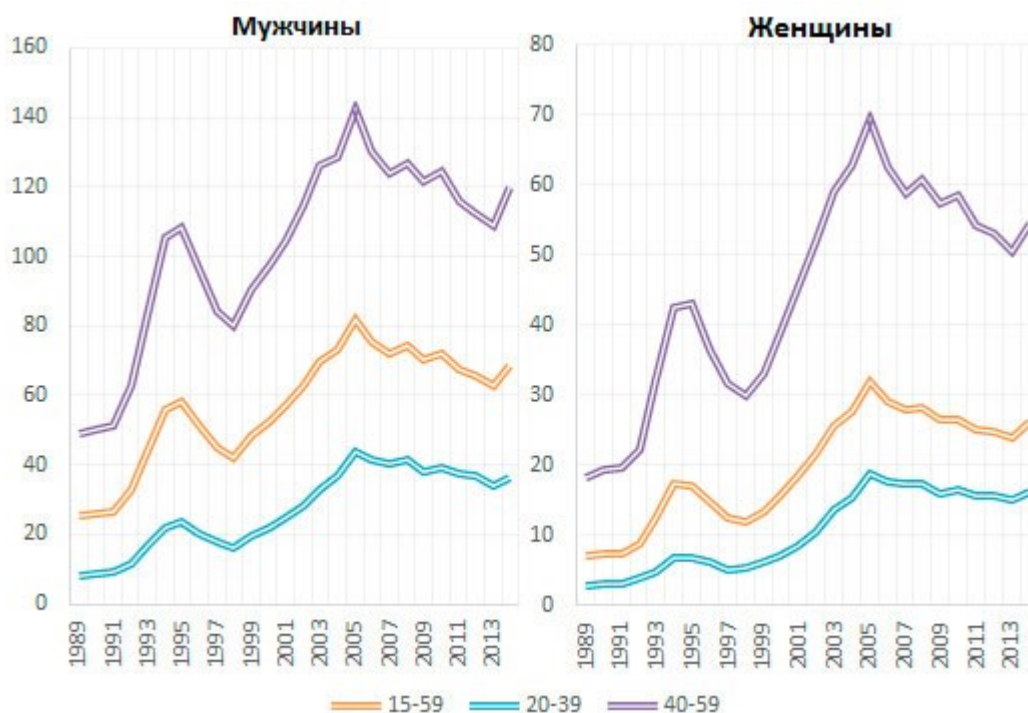


Рисунок 14. Стандартизованные коэффициенты смертности населения трудоспособного возраста России от болезней органов пищеварения в 1989-2014 годах (на 100000)

Характер динамики заболеваемости и распространенности болезней органов пищеварения примерно одинаков, наиболее интенсивно возрастает заболеваемость гастритами и дуоденитами, в то же время положительной выглядит тенденция резкого снижения числа случаев язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (рис. 15).

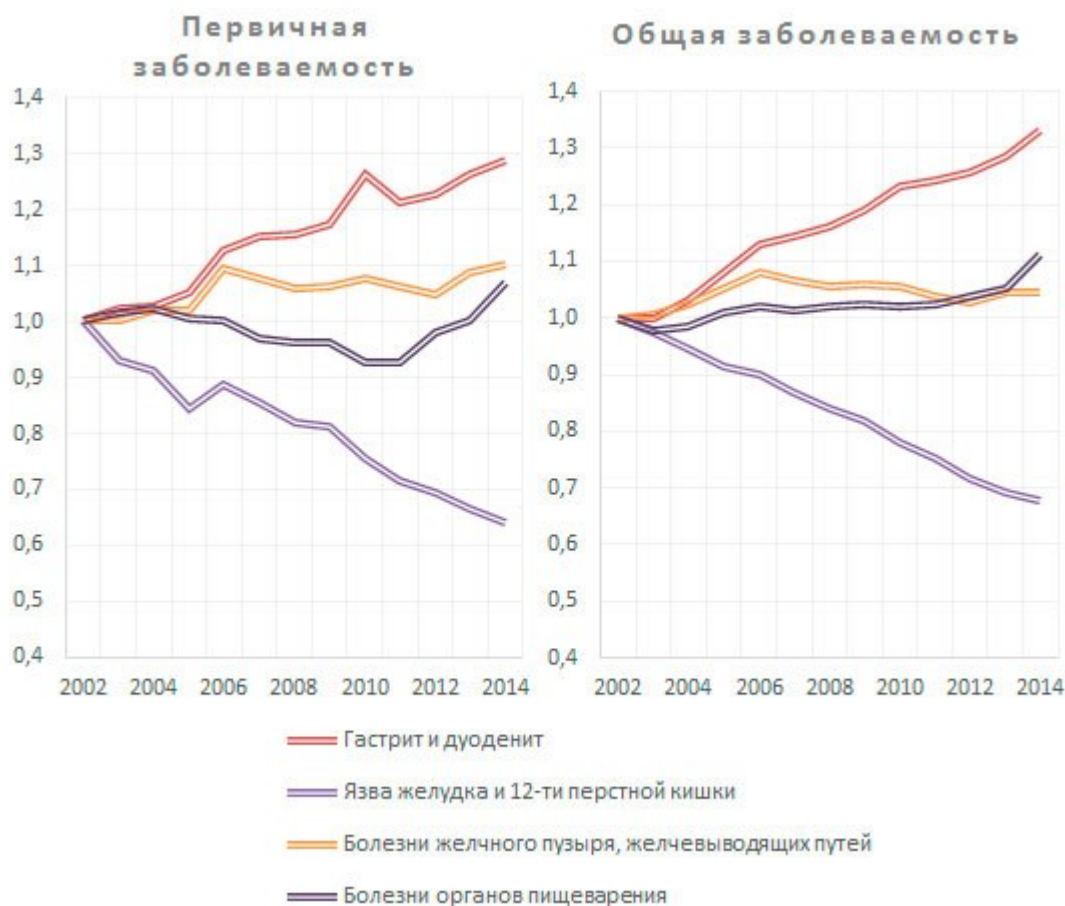


Рисунок 15. Динамика заболеваемости взрослого населения России болезнями органов пищеварения в целом и по группам этих болезней (2002 год = 1)

Внешние причины смерти (ВП). Сверхсмертность населения России от внешних причин – одно из стабильных негативных явлений, не исчезающих уже много лет. От этой причины смертность мужчин трудоспособного возраста начала стремительно увеличиваться после 1998 года, достигла максимума в 2004 году, далее начала постепенно снижаться, но достигла уровня 1989 года только в 2011 году. Среди женщин смертность от этих причин значительно ниже, чем у мужчин, но тенденции смертности аналогичны: после неоднократных периодов подъема и снижения смертность достигла уровня 25 летней давности (рис. 16).

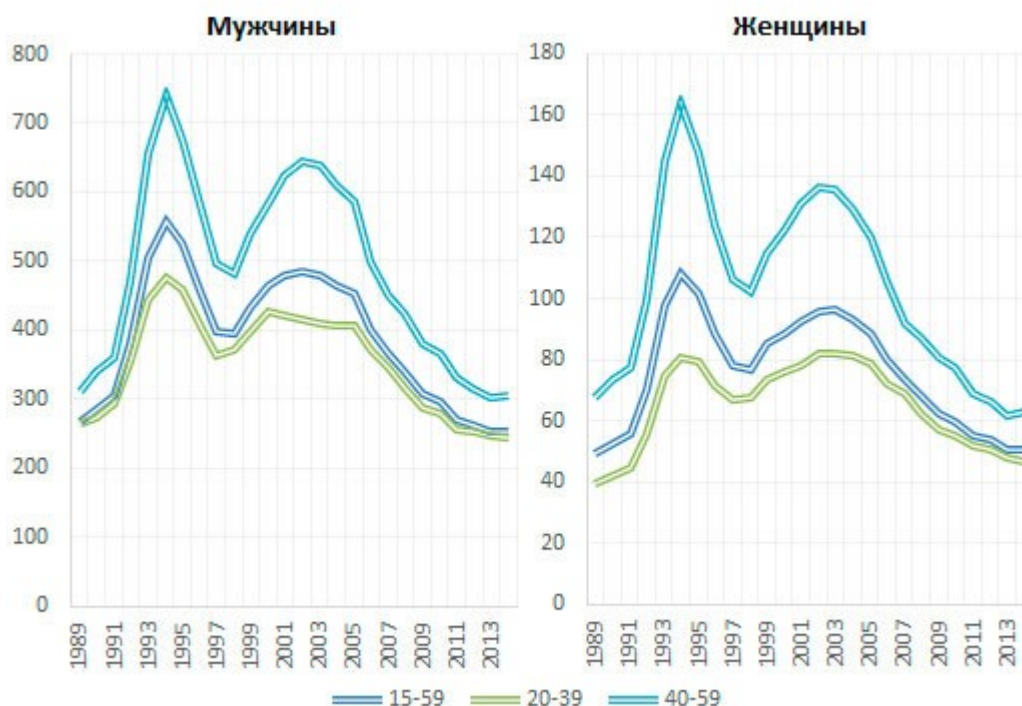


Рисунок 16. Стандартизованные коэффициенты смертности населения трудоспособного возраста России от внешних причин смерти в 1989-2014 годах (на 100000)

Стандартизованный коэффициент смертности мужчин от внешних причин незначительно отличался от аналогичного показателя по болезням системы кровообращения, а с 1994 по 2003 год постоянно был даже выше. В старших возрастных группах трудоспособного населения показатели смертности от внешних причин намного превышают уровень смертности по этому классу заболеваний в возрасте 25-29 лет. Темп снижения смертности и мужчин, и женщин от внешних причин примерно одинаков в разных возрастных группах. Но различие мужских и женских показателей уровня смертности еще более выражены, чем по другим основным причинам. Если в последние годы среди женского населения стандартизованный коэффициент смертности от внешних причин снизился до показателя 50-60 на 100000, то среди мужчин он не опускался ниже 250.

Тренды динамики суммарного числа случаев травм, отравлений и других последствий внешних воздействий по показателям первичной и общей обращаемости носят схожий характер, хотя в отдельные годы темпы роста первичной и общей обращаемости несколько различаются. С некоторой долей вероятности можно предположить, что это связано с особенностями сбора и кодирования медицинской отчетности. Возможно, по отдельным причинам этого класса существуют иные тренды, но в статистических данных такая информация не представлена (рис. 17).



Рисунок 17. Динамика первичной и общей обращаемости по поводу травм, отравлений и некоторых других последствий внешних причин в 2002-2014 (2002 год = 1)

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности

В 1990-е годы XX века, несмотря на ухудшение условий труда, заболеваемость с временной утратой трудоспособности начала снижаться, но увеличилась средняя длительность 1 случая, что говорит о позднем обращении работников за медицинской помощью. В 2 раза также увеличилась и средняя продолжительность больничных листов по нетрудоспособности в связи с производственным травматизмом, статистика регистрации которого занижена примерно в 20-100 раз, если использовать методику международной организации труда (МОТ). Хуже всего регистрировались производственные травмы на предприятиях по добыче полезных ископаемых. Естественно, что случаи травматизма со смертельным исходом регистрируются лучше, но и по ним так же, как и по профессиональным заболеваниям, отчетность явно занижена примерно в 10 раз по сравнению с аналогичными показателями западных стран с адекватными условиями труда[16].

Статистические данные о заболеваемости с временной утратой трудоспособности в статистических сборниках «Здравоохранение в России» публикуются эпизодически и поэтому трудно проследить ее тенденцию за длительный период. По данным Леонова и соавторов[17], этот вид заболеваемости вырос с 2007 по 2013 год у мужчин на 14% и стабилизировался у женщин, причем также на 20% выросла и длительность этих случаев. Увеличилась заболеваемость у мужчин: по болезням системы кровообращения примерно на 20%, органов дыхания — на 13%, пищеварения — на 7%, травмам и отравлениям — на 13%. В период 2007-2010 годов регистрировалось в год в среднем до 30 млн случаев временной нетрудоспособности или 1 млн человеко-лет, т.е. доля неработающих в течение года составила 1,6% от числа работающих[18]. В последние 3 года заболеваемость с временной утратой трудоспособности несколько снизилась (в абсолютных цифрах за 3 года на 7%), структура осталась такой же, несколько возросла доля заболеваемости БОД (до 36-39%), что может быть связано с эпидемической ситуацией по гриппу[19].

Некоторые дополнительные сведения о здоровье работающего населения содержатся в результатах выборочных наблюдений Росстата о распространенности хронических заболеваний по

условиям труда. Так, по данным обследования 2011 года, 23% опрошенных подтверждают наличие таких заболеваний, но только 48% из них находятся под диспансерным наблюдением[20].

На отдельных предприятиях и территориях происходит некоторое снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Например, в Казани описано устойчивое снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности с 1995 по 2011 год по болезням органов пищеварения и органов чувств, но по таким классам заболеваний, как болезни системы кровообращения, органов дыхания, костно-мышечной системы, последствия воздействия внешних причин ситуация остается весьма неустойчивой – после отдельных лет со снижением заболеваемости вновь происходит ее рост[21].

С экономических позиций, для оценки качества трудовых ресурсов наиболее важен уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности, но его анализ стал весьма проблематичен, особенно по отдельным отраслям промышленности, так как отраслевые профсоюзы не проводят анализ отчетов о заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Кроме того, в медицинском обслуживании работающих произошли значительные изменения, резко сократилось число медико-санитарных частей (МСЧ), практически ликвидированы санатории-профилактории, кроме систем Федерального медико-биологического агентства (ФМБА), силовых и некоторых других ведомств, а также госкорпораций.

Многие исследователи считают, что статистические данные о случаях временной утраты трудоспособности, по сравнению с истинной пораженностью населения, занижены примерно на 20-70%. Так, масштабное обследование с использованием широкого комплекса лабораторных и инструментальных методов 130 тыс. работников бюджетной сферы Республики Саха (Якутия), т.е. до трети сотрудников, выявило, что уровень патологии системы кровообращения в 1,5 раза, эндокринной системы - в 2, других систем в 1,2-1,7 раза выше, чем уровень зарегистрированной заболеваемости[22]. Неточность статистических данных о заболеваемости с временной потерей трудоспособности является результатом низкой доступности медицинской помощи в результате разрушения системы медико-профилактического обслуживания работающего населения, страха быть уволенным, особенно на предприятиях негосударственных форм собственности, сохраняющейся на ряде предприятий «серой» заработная платы. Существует выраженное противоречие между относительно невысокой заболеваемостью мужчин с временной утратой трудоспособности и высокими показателями смертности в трудоспособном возрасте, что свидетельствует о позднем обращении по поводу заболевания в лечебно-профилактическое учреждение. Среди женщин эти различия также существуют, но в меньшей степени, так как по ним выше показатель заболеваемости.

В условиях сложной социально-экономической ситуации, возникшей в 2014 году, резкого сокращения государственного бюджета на здравоохранение (в ценах, сопоставимых с 2013 годом, в 2015 году – на 17%), что уже привело к негативным сдвигам состояния здоровья, ожидаемого дефицита трудовых ресурсов, необходимы дополнительные меры по защите здоровья именно этой группы населения, создающей валовой национальный продукт. Специалисты в области общественного здоровья обосновывают необходимость сохранения государственного финансирования здравоохранения на уровне 2013-2014 годов, т.е. 690 млрд. руб. в текущих ценах на уровне 2013 года, или 470 млрд. руб. на уровне 2014 года[23]. С целью стабилизации показателей состояния здоровья населения в трудоспособном возрасте ими рекомендуется не сокращать бюджет Минздрава и медицинских организаций, подведомственным органам исполнительной власти субъектов РФ, по направлениям, реализация которых в предыдущие годы обеспечила устойчивое снижение смертности этой группы населения от болезней системы кровообращения[24]. Снижение смертности от болезней системы кровообращения в значительной степени было обусловлено, в частности, финансированием специализированной высокотехнологичной медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями (создание региональных и первичных сосудистых центров, развитие сердечно-сосудистой хирургии, в т.ч. коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни

сердца). Несмотря на рост числа таких операций, частота оказания высокотехнологичной медицинской помощи в России ниже, чем в странах Восточной Европы. Если сохранение бюджета здравоохранения на уровне 2013-2014 годов нереально, то следует сохранить финансирование указанного направления за счет других статей расходов Минздрава.

В число приоритетных направлений Минздрава необходимо включить мероприятия по профилактике хронических заболеваний органов дыхания, т.к. в структуре заболеваемости населения трудоспособного возраста на первом месте находятся заболевания органов дыхания, но их профилактика и лечение не входят в число основных направлений государственной политики в области здравоохранения. Поэтому необходима разработка федеральной целевой программы по этой группе болезней и ее включение в основные направления наряду с заболеваниями системы кровообращения.

Приоритетные направления Минздрава не содержат специальных мероприятий по защите здоровья работающих. Между тем, в РАМН была разработана программа защиты здоровья работающего населения, в которой содержались многие конкретные мероприятия, в частности совершенствование законодательно-правовой базы, проведение налоговой политики по стимулированию ответственности работодателей за охрану труда, социальное страхование на производстве с учетом классов условий труда, уровня профессиональной заболеваемости и травматизма, созданию безопасных технологий и условий труда, развитию социального партнерства, профилактике производственного травматизма и другим направлениям[25]. Полагаем, что необходим анализ последствий политики здравоохранения по снижению числа стационарных коек в государственных и муниципальных учреждениях, по ликвидации фельдшерско-акушерских пунктов на основании динамики данных о состоянии здоровья населения по субъектам федерации, отдельным крупным городским агломерациям; моногородам с предприятиями, обеспечивающими основные поступления в их бюджет.

Значительной проблемой остается и крайне высокий уровень производственного травматизма и другие проблемы здоровья работающего населения во вредных и опасных условиях. Работодатели считают вложения в охрану труда затратами, в то время как МОТ их рассматривает как инвестиции. Пока не начнутся коренные изменения в этой области, неизбежны ежегодные потери здоровья трудоспособного населения.

Для снижения сверхсмертности населения трудоспособного возраста необходимо дальнейшее развитие целенаправленных антиалкогольной и антитабачной кампаний. Это особенно важно в настоящее время, так как экономический кризис может привести к дальнейшему росту алкогольной смертности именно этой категории жителей страны. Кроме того, нарастающие социально-экономические проблемы, рост безработицы и увеличение числа лиц с минимальными доходами может привести к дальнейшему ослаблению состояния здоровья населения в трудоспособном возрасте.

* - Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда "Человек в мегаполисе: Экономические, демографические и экологические особенности", проект №16-18-10324, так же использованы результаты проекта НИУ ВШЭ "Тенденции демографического развития России в 2005-2015 гг. в контексте долговременных демографических трендов"(2016)

[1] Ревич Борис Александрович – Заведующий лабораторией Прогнозирования качества окружающей среды и здоровья населения Института народнохозяйственного прогнозирования РАН

[2] Харьковская Татьяна Леонидовна – старший научный сотрудник Института демографии

Национального исследовательского университета - Высшей школы экономики

[3] Сайт Росстата

http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#
(дата обращения 11.03.2016)

[4] Щепин В.О. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности населения Российской Федерации. Проблемы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины, 2012. №4, с. 6-9

[5] Население России 2013. Двадцать первый ежегодный демографический доклад. Отв. ред. Захаров С.В. М.:ИД ВШЭ. 2015. С. 188-193.

[6] Институт демографии НИУ ВШЭ. Население России: демографические итоги 2013 года. Краткий доклад. //Демографическое обозрение. 2014. т.1. № 3. С. 16-20.

[7] Демографический ежегодник России 2015. Статистический ежегодник. М. 2015. Табл.5.4.

[8] Демографический ежегодник России 2015. Статистический ежегодник. М. 2015. Табл.6.10

[9] Сайгитов Р.Т., Чулок А.А. Сердечно-сосудистые заболевания в контексте социально-экономических приоритетов долгосрочного развития России. Вестник РАМН. 2015. - том 70, №7, С. 286-299.

[10] Иванова А.Е., Головенкин С.Е., Михайлов А.Ю. Оценка результативности политики по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Социальные аспекты здоровья населения, 2014, 3(37) <http://vestnik.mednet.ru/content/view/563/30/lang.ru> (дата обращения 01.02.2016).

[11] Стаховская Л.В., Клочихина О.А., Богатырева М.Д., Коваленко В.В. Эпидемиология инсульта в России по результатам территориально-популяционного регистра (2009-2010), Журнал неврологии и психиатрии, 2013, 5, 4-10

[12] Сайгитов Р.Т., Чулок А.А. Сердечнососудистые заболевания в контексте социально-экономических приоритетов долгосрочного развития России. Вестник РАМН. 2015. - том 70, №7, С. 286-299

[13] Иванова А.Е., Головенкин С.Е., Михайлов А.Ю. Оценка результативности политики по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Социальные аспекты здоровья населения, 2014, 3(37) <http://vestnik.mednet.ru/content/view/563/30/lang.ru> (дата обращения 01.02.2016); Сайгитов Р.Т., Чулок А.А. Сердечнососудистые заболевания в контексте социально-экономических приоритетов долгосрочного развития России. Вестник РАМН. 2015. - том 70, №7, С. 286-299

[14] Игнатьев В.А., Титова О.Н., Гулятьева О.И. Хроническая обструктивная болезнь легких: эпидемиология и экономический ущерб. Вестник Санкт-Петербургского Университета, 2007. - сер.11, вып.4, С.37-46.

[15] Фоломеева О.М., Галушко Е.А., Эрдес Ш.Ф. Распространенность ревматических заболеваний в популяциях взрослого населения России и США. Научно-практическая ревматология, 2008. - 4,4-13.

[16] Измеров Н.Ф., Тихонова Г.И. Проблемы здоровья работающего населения в России, Проблемы прогнозирования. 2011. №3, с. 56-70.

[17] Леонов С.А., Сон И.М., Моравская С.В. Динамика заболеваемости с временной утратой

трудоспособности в Российской Федерации в 2007-2011 годах. Менеджер здравоохранения, 2013, №8, с. 6-14.

[18] Щепин В.О. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности населения Российской Федерации. Проблемы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины, 2012. №4, с. 6-9

[19] http://www.gks.ru/bgd/regl/b15_34/Main.htm

[20] http://gks.ru/free_doc/new_site/population/urov/kn-ijn/tab1/3-2_1.9.doc Дата обращения 05.02.2016

[21] Шамсияров Н.Н., Галиуллин А.Н. Клинико-статистический анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности экономически активного населения города Казани. Вестник современной клинической медицины, 2015, том 8, вып.2, С. 74-79

[22] Егорова А.Г., Назаров В.И. Трифонова Ю.Н. Результаты дополнительной диспансеризации работающего населения Республики Саха (Якутия). Якутский медицинский журнал, 2010.- 3:58-61

[23] Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Краткая версия 2-го издания -М. ГЕОТАР-Медиа, 2016. -144с.

[24] Там же

[25] Измеров Н.Ф., Тихонова Г.И. Проблемы здоровья работающего населения в России, Проблемы прогнозирования. 2011 №3, с. 56-70; Измеров Н.Ф., Бухтияров И.В., Прокопенко Л.В., Шиган Е.Е. Реализация глобального плана действий ВОЗ по охране здоровья работающих в Российской Федерации. Медицина труда и промышленная экология, 2015. №9, с. 4-8.