

НАЗАРОВА ИННА БОРИСОВНА

ЗДОРОВЬЕ ЗАНЯТОГО НАСЕЛЕНИЯ

Работа в качестве информационной основы включает базы данных:

1. Исследование "Отношение населения к здоровью" (проведено автором в 1998 г. в Казани, выборка 506 человек); в результате получена информация в отношении образа жизни, здоровья и трудовой деятельности жителей города.

2. Исследование "Здоровье, политика здоровья и бедность в России" (мониторинг данных 87 глубинных интервью 1997 и 2005 гг.); проведено в Москве, Казани, Воронеже в 2004-2006 гг., при участии автора. Биографии респондентов содержат информацию об изменениях в образе жизни и здоровье.

3. Исследование "Занятые на рынке труда: ресурс здоровья и условия работы" (2004-2006 гг.) проведено автором. Получены данные 151 глубинных полуструктурированных и неструктурированных интервью с различными категориями респондентов: участниками рынка труда, медицинскими работниками, экспертами системы здравоохранения. Интервью содержат информацию о трудовой биографии респондентов, образе жизни и состоянии здоровья. Экспертные мнения касаются здоровья населения, системы здравоохранения, проблемы защиты здоровья трудоспособного населения.

4. Панельные базы данных Российского мониторинга экономического положения и здоровья (РМЭЗ) за период с 1994 по 2005 гг. (в опросник 2005 г. включены вопросы автора).

5. Информация, полученная в результате исследования "Здоровье москвичей" (проведено ИСЭПН РАН при участии автора в 2005 г., выборка 1190); содержит индикаторы образа жизни, условий труда, отношения к здоровью и здравоохранению.

6. База данных исследования "Социальные неравенства и публичная политика" Института социологии РАН и Института комплексных социальных исследований (ИКСИ) по общероссийской репрезентативной выборке,

опрошено более 1500 респондентов, 2006 г. (в опросник включены вопросы автора).

Здоровье в представлении жителей России

С 1997 года определение здоровья Всемирной организацией здравоохранения от биомедицинской интерпретации перешла к более полному, с добавлением социальной составляющей, объясняя здоровье как состояние полного психического, физического и социального благополучия, а в качестве объекта здравоохранения признала не только человека, но и население в целом.

Представление жителей России о здоровье традиционны: половина определяет это состояние ишь через негативные понятия – отсутствие или наличие серьезного заболевания. Считая здоровье основой благополучия, индивид будет заботиться о нем, воспринимая здоровье через отсутствие болезни, будет обращать на него внимание лишь в случае недомогания.

Здоровье, работу и успех люди рассматривают через набор возможностей и ограничений:

- возможность выбора вообще;
- возможность работать;
- возможность выбора работы;
- возможность продолжительной трудовой жизни;
- возможность работать производительнее и дольше в течение дня;
- возможность выполнять работу качественно;
- возможность профессионального и карьерного роста;
- возможность хорошо зарабатывать;
- возможность получать удовлетворение от работы;
- возможность выполнять различные виды деятельности, помимо профессиональной, например, домашний труд.

Самосохранительное поведение

Л.С.Шилова определяет самосохранительное поведения как систему действий и отношений, опосредующих здоровье и продолжительность жизни человека¹.

К идеальной модели *самосохранительного поведения занятых относится:*

- 1) ведение здорового образа жизни;

¹ Отношение человека к здоровью и продолжительности жизни. М.: ИСИ РАН, 1989. Определение дано по аналогии с определением В.А. Борисова, см.: *Борисов В.А.* Перспективы рождаемости. М.: Статистика, 1976.

2) осуществление профилактических мероприятий и своевременное лечение заболеваний под контролем медицинского работника;

3) трудовая деятельность в безопасных условиях при возможности выбора рабочих мест или в направлении минимизации негативного влияния факторов труда при отсутствии выбора.

В последнем случае неблагоприятные обстоятельства занятости имеют объективный характер.

Самосохранительное поведение необходимо рассматривать, в том числе, как экономическое, поскольку предполагает целесообразное потребление и различную деятельность по поддержанию здоровья, а также выступает в качестве компоненты рабочей силы.

Здоровье как ресурс труда

В последние годы состояние здоровья населения трудоспособного возраста существенно ухудшилось: уровень смертности от неестественных причин – несчастных случаев, отравлений и травм, в том числе производственных – почти в 2,5 раза превышает аналогичные показатели в развитых странах, и в полтора – в развивающихся. Потери лиц трудоспособного возраста опережают потери населения в целом. Смертность мужчин выше, чем у женщин трудоспособного возраста в 5–7 раз².

За 2001-2005 гг. в Российской Федерации произошло увеличение численности трудоспособного населения по всем округам, за исключением Дальневосточного, однако по прогнозам Министерства экономического развития и торговли РФ в 2006-2015 г. по всей территории России ожидается ее существенное сокращение (табл. 2.4).

Таблица 2.4. Изменение численности трудоспособного населения РФ, тыс. человек (уменьшение "–")³

Федеральные округа / годы	2001–2005 гг.	2006–2010 гг.	2011–2015 гг.
Российская Федерация	2190,0	– 3911	– 6443
Центральный округ	382,5	– 1100	– 1646
Северо-западный	44,6	– 600	– 797
Южный округ	588,8	– 140	– 599
Приволжский округ	641,7	– 741	– 1418
Уральский округ	259,6	– 394	– 601
Сибирский округ	311,0	– 622	– 1014
Дальневосточный округ	– 38,2	– 314	– 368

² Концепция Президентской программы "Здоровье работающего населения России на 2004-2015 гг." // <http://www.council.gov.ru/Baikal/konsep2.htm>.

³ Концепция Президентской программы "Здоровье работающего населения России на 2004–2015 гг.".

Таблица 2.5. Группа здоровья работников в возрасте 35 – 55 лет^а, %

Группа здоровья	Работники	
	бюджетная сфера	ВОП
1-я – практически здоровые	17,8	36
2-я – относительно здоровые, имеющие риск развития заболевания	24,2	23
3-я – диспансеризация показала необходимость дополнительного обследования и амбулаторного лечения	53,6	37,9
4-я – нуждаются в дополнительном обследовании и серьезном лечении в условиях стационара	4,3	3,0
5-я – нуждаются в срочном оказании сложной, высокотехнологичной помощи (как правило, оперативное вмешательство)	0,1	0,1

^а Многие пациенты из 2-й и 3-й групп считали себя абсолютно здоровыми и не подозревали о том, что нуждаются в лечении

Занятость и здоровье

В качестве факторов, повлиявших на здоровье в годы реформ участниками исследования "Политика здоровья" были названы следующие:

- нестабильность работы;
- потеря работы;
- пребывание в состоянии безработицы;
- вынужденная смена работы (в том числе многократная);
- поиск работы (длительный, безуспешный и т.д.);
- вынужденное участие в неформальной, временной, случайной занятости;
- низкий уровень заработной платы;
- задержки выплаты заработной платы;
- неудовлетворенность работой;
- отсутствие возможности увеличения человеческого капитала (невозможность получения востребованной специальности, отсутствие карьерного и профессионального роста);
- снижение социальной значимости работающего человека;
- работа при плохом самочувствии (во время болезни или недомогания);

- продолжение работы при потере здоровья (например, при профессиональном заболевании);
- рабочие перегрузки;
- тяжелые условия труда (вредные, опасные и тяжелые условия труда – ВОТТ);
- увеличение продолжительности рабочего времени;
- множественная занятость;
- отсутствие социальной защищенности на работе;
- отсутствие полноценного отдыха.

Нестабильность занятости

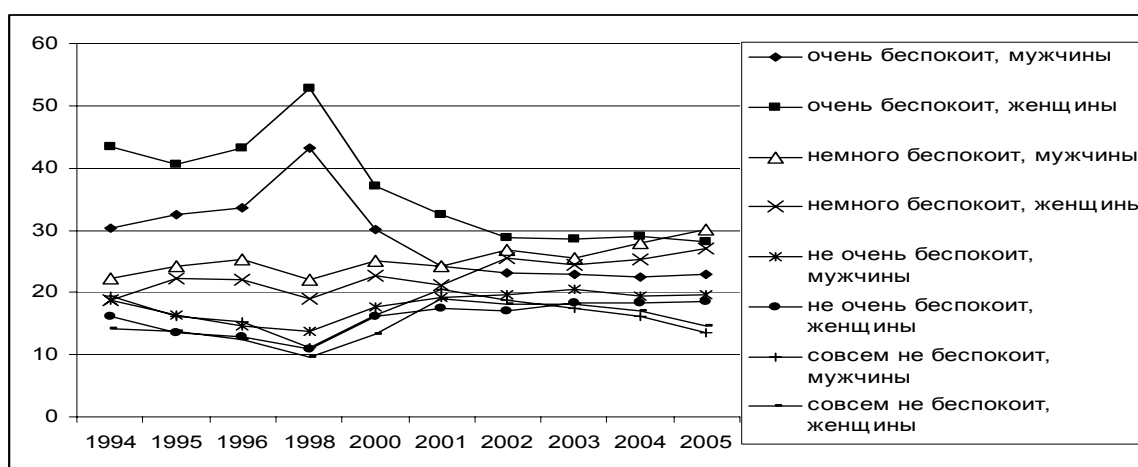


Рисунок 3.1. Степень беспокойства в отношении возможности потери работы

Потеря работы. По данным РМЭЗ, в качестве безработных в государственной службе занятости в 1996 г. были зарегистрированы 2,8% населения от 18 лет и старше, в 2001 г. – 1,4%. Эта чрезвычайно острая в 1990-х гг. проблема и сейчас продолжает оставаться актуальной для России. Так, согласно переписи населения 2002 г., пособие по безработице получали 0,8% населения (1171309 человек)⁴. Однако это лишь "верхушка айсберга" т.к. при том, что, в 2000 г. уровень общей безработицы по методологии МОТ составлял 10,5% от экономически активного населения, а в 2005 – 7,7% удельный вес безработных граждан, зарегистрированных в установленном порядке, в общей численности безработных составил лишь 13,9% и 33,4% соответственно⁵. В 1990-е гг. в России существовал огромный разрыв (четырёхкратный и пятикратный) между уровнем регистрируемой и общей безработицы⁶, поэтому и в состоянии стресса без работы находилось гораздо больше людей, чем состояло на учете в бюро по трудоустройству.

⁴ Итоги Всероссийской переписи населения 2002 года. М.: ИИЦ "Статистика России", 2004.

⁵ Доклад о результатах и основных направлениях деятельности Минздравсоцразвития РФ как субъекта бюджетного планирования на 2006 год и на период до 2008 года.

⁶ Обзор занятости в России, (1991-2000 гг.) Выпуск 1. Бюро экономического анализа. М.: ТЭИС, 2001.

Таблица 3.1. Удовлетворенность жизнью и работой в зависимости от трудового дохода, %

Удовлетворенность респондента (не очень удовлетворены и совсем не удовлетворены):	Доход респондента			
	Нижняя децильная группа		Верхняя децильная группа	
	М	Ж	М	Ж
жизнью в целом	34,3	37,9	13,9	24,0
работой в целом	37,8	37,4	16,8	16,7
условиями труда	45,0	34,9	22,5	22,3
оплатой труда	69,6	65,7	25,8	43,8
возможностями профессионального роста	51,1	46,7	27,2	32,6

^a результат отдельно по каждой ячейке

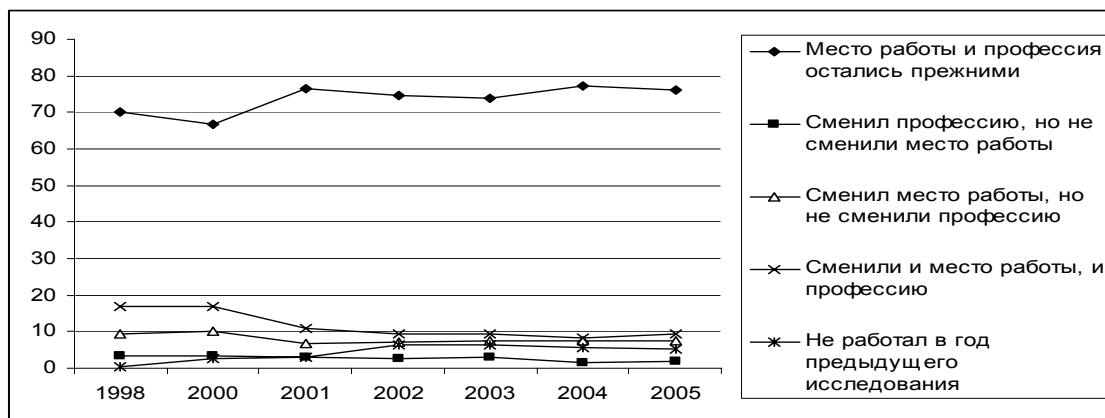


Рисунок 3.2. Смена работы по отношению с предыдущим годом опроса

Существуют и позитивные последствия смены работы: в 1998 г. на вопрос о том, имеет ли респондент сейчас лучшую или худшую работу по сравнению с 1992 г.", число тех, кто улучшил свою позицию на рынке труда оказалось вдвое больше, чем оценивших свою работу как худшую. Около 1/3 опрошенных после 1992 г. приобрели новые специальности, и около 1/5 достигли того, ради чего они это делали⁷.

Позитивная динамика удовлетворенности жизнью отмечается как у населения в целом, так и у людей, сменивших работу и профессию. В 1998 г. большая часть сменивших место работы и профессию, были не удовлетворены и скорее не удовлетворены жизнью. Последние годы треть женщин и более 40% мужчин, представляющих различные группы занятых, считали, что жизнь вполне их устраивает. Выше всех этот уровень у мужчин, занятых на двух работах и сменивших место работы и (или) профессию. У мужчин положительная динамика удовлетворенности жизнью при смене работы заметнее. Стало быть, все чаще смена работы сопровождается положительными эмоциями либо стресс от перемены работы смягчается позитивным результатом.

⁷ Рывкина Р.В. Образ жизни населения России: социальные последствия реформ 1990-х годов // Социологические исследования. 2001. № 4. С. 32-39.

Неформальная, временная, случайная занятость

Мужчины все чаще отмечают, что официально оформлять трудовые отношения не хочет работодатель (рис. 3.3). В 70% случаев именно работодатель против официального оформления трудовых отношений со всеми вытекающими отсюда последствиями сокращения социальных гарантий.

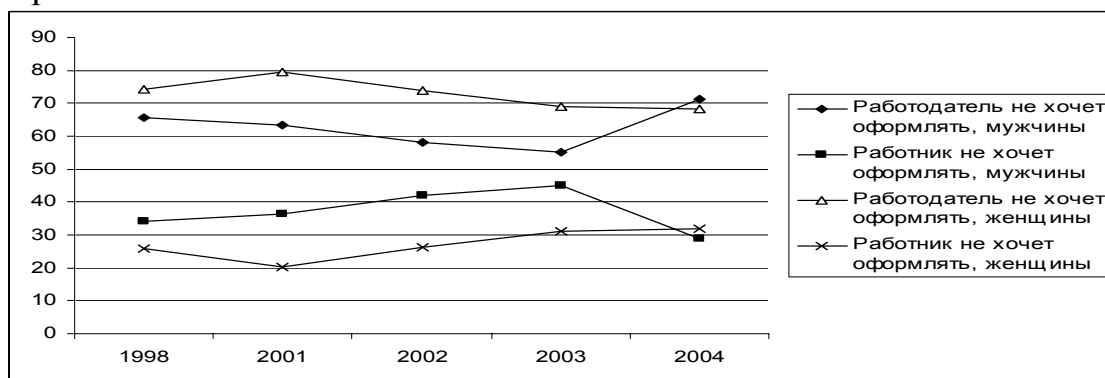


Рисунок 3.3. Желание оформить официально трудовые отношения работодателем и работником

Заработная плата

Задержки выплаты заработной платы опрошенные связывают как с личным стрессом, так и с психоэмоциональным напряжением всей семьи. Более того, общей ситуацией на работе, задержкой зарплаты люди связывали не только ухудшение здоровья, но даже смерть.

В 2005 г. каждому десятому работнику предприятия оставались должны какие-то деньги, которые по разным причинам не выплатили вовремя (рис. 3.4). В предыдущие годы ситуация с невыплатами и задержками заработной платы была значительно серьезнее: в 1994 г. ожидали возврата долга от своих предприятий 44,2% мужчин и 36,9% женщин, в 2001 г. – 65,5% и 62,1%, соответственно. Мужчины все годы находились в менее выгодной ситуации, чем женщины.

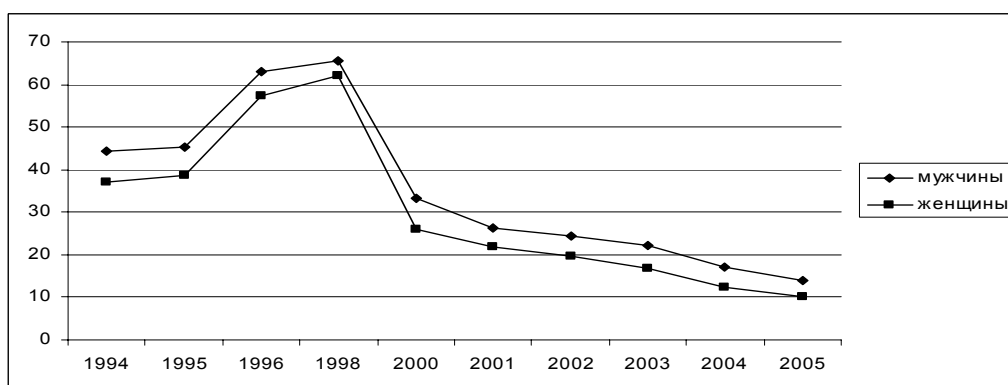


Рисунок 3.4. Невыплаты (задолженности) предприятий работникам

По данным Министерства здравоохранения и социального развития, в 2000 г. удельный вес работников с заработной платой на уровне прожиточного минимума и ниже составил 41,5%, в 2005 г. – 22%, в 2008 г. планируется его снижение до 10%⁸.

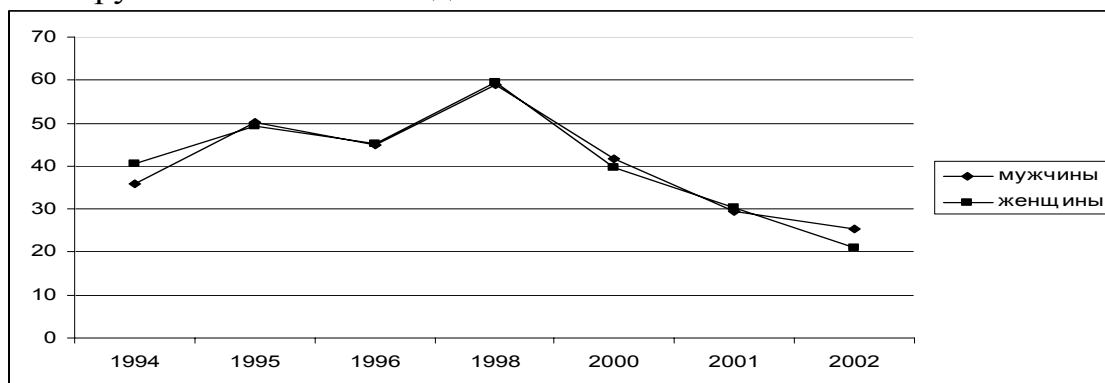


Рисунок 3.5. Доля бедных среди имеющих работу

Множественная занятость

За период с 1994 по 2003 г. 82,3% респондентов РМЭЗ отвечали, что имеют только одну работу. А все восемь раз подряд отмечали, что имеют дополнительную работу только 0,2% участников исследования.

Большинство опрошенных в 2005 г. москвичей (76%) имели только одну работу, вторую регулярную – 6,2%, и нерегулярную – 11%. Совмещали дополнительную работу с основной на основном месте работы 5% занятых при этом оценивали этот факт, негативно.

Увеличение продолжительности рабочего времени ведет к стрессам и хронической усталости. Многие респонденты считают, что единственный выход из ситуации бедности – это не просто иметь работу, а работать больше, на нескольких работах, и увеличивать продолжительность рабочего времени. И именно такие стратегии выбирают.

⁸ Доклад о результатах и основных направлениях деятельности Минздравсоцразвития РФ как субъекта бюджетного планирования на 2006 год и на период до 2008 года.

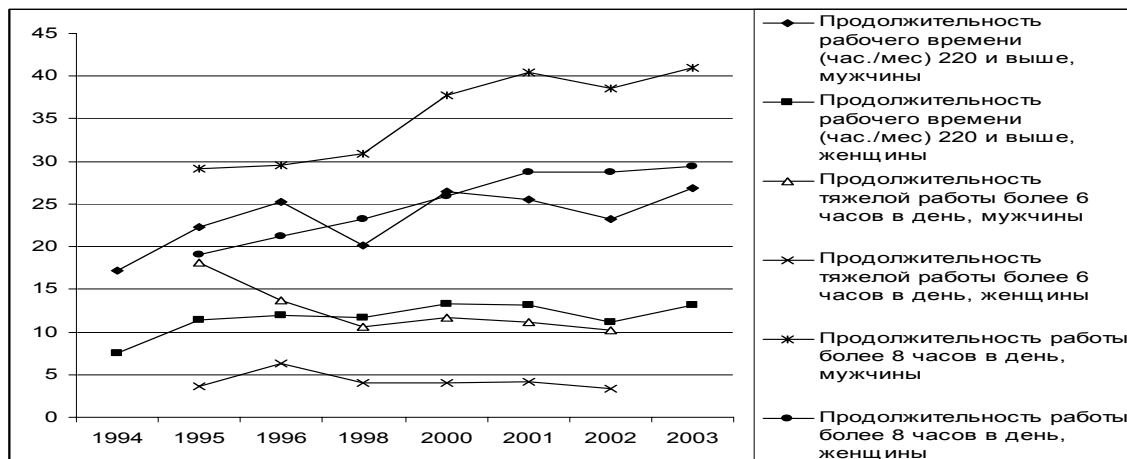


Рисунок 3.8. Продолжительность рабочего времени

Средние значения самооценки здоровья увеличиваются с ростом продолжительности рабочей недели до 50 часов. Но те, кто работает более 50 часов, оценивают свое здоровье хуже, чем те, кто работает 40 – 50 часов.

Особенности внерабочего времени

Отпуск

В период с 2000 по 2005 год каждому десятому жителю России работодатели вообще не оплачивали очередные отпуска (рис. 3.9).

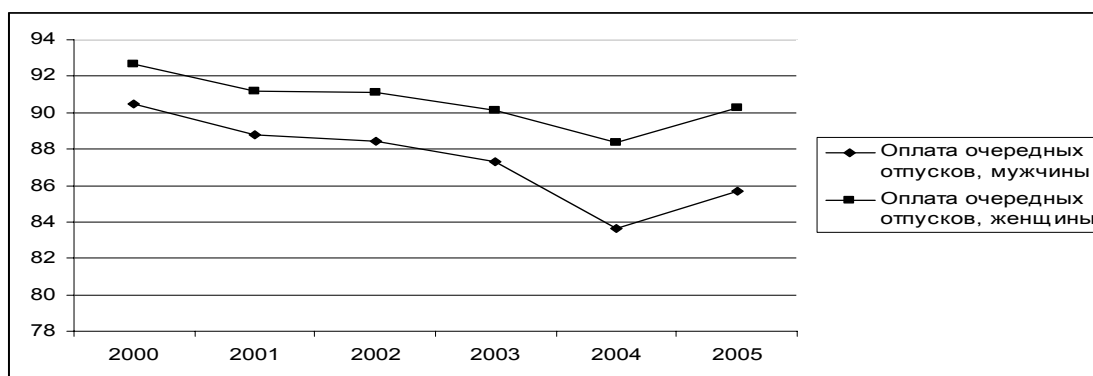


Рисунок 3.9. Динамика оплаты очередных отпусков

Стратегии использования отпуска одинаковы у мужчин, чья рабочая неделя длится 20 и более 50 часов. У одних это происходило из-за недостатка средств, у других – из-за дефицита времени. Максимальные нагрузки от слишком продолжительного труда являются чертой, за которой здоровье снижается, а среднее значение трудового дохода уменьшается. В худшей ситуации оказываются мужчины.

Дистресс и работа

Напряженные условия труда. Большая часть участников исследования "Здоровье москвичей" (88%) считают, что их работа связана с теми или иными неблагоприятными условиями: психо-эмоциональными нагрузками, умственным напряжением, стрессами, монотонным ритмом. Не назвали ни одной из психологических нагрузок только десятая часть занятых, одну – 22%, две – 23%, три – 30%, все четыре – 13% отсутствие или наличие психологических нагрузок на работе мужчины и женщины отмечают приблизительно в равных пропорциях.

Вредные, опасные и тяжелые условия труда (ВОТТ)

По данным Государственного комитета Российской Федерации по статистике, в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам, в 2001 г. в России работало 18,5% занятых, 22,4% – в промышленности, 13,8% – на транспорте, 10,1% – в строительстве, 2,4% – в связи. Под воздействием шума, ультразвука и инфразвука работали 9,0% (в 1998 – 9,7%), вибрации – 2,1%, запыленности – 5,1% (в 1998 – 6,8%), загазованности – 4,9% (в 1998 – 6,0%) работников от общей численности занятого населения. Около половины работающих во вредных и опасных условиях труда – женщины⁹.

Таблица 4.2. Характеристики предприятий в зависимости от наличия вредности на производстве, %^a

Характеристики предприятий	Производство, 2004 г.				Производство, 2005 г.			
	вредное		не является вредным		вредное		не является вредным	
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
Администрация должна какие-либо деньги	20,7	17,2	16,1	11,8	16,5	15,8	13,3	9,1
В течение последних 12 месяцев администрация отправляла в вынужденный неоплачиваемый отпуск	4,0	3,3	3,0	2,7	4,2	3,5	2,1	1,7
В течение последних 12 месяцев работнику уменьшали зарплату или сокращали часы работы не по его желанию	9,8	7,9	5,2	5,7	10,1	10,9	4,6	4,4

^a Каждый год на вопросы отвечало более 3000 человек

⁹ Данные официальной статистики // Профессиональные заболевания (2001 г.) Информация подготовлена АОЗТ "Информационные технологии управления – ВНИИТ" (АО ВНИИТ) // http://www.risot.safework.ru/Occupational_diseases_2001.asp.

Мотивы занятости на работе с неблагоприятными условиями труда

Таблица 4.4. Условия, при которых респондент согласился бы на выполнение непривлекательной работы

Условия	Ранг, 1980г., Москва	%, Казань, 1998 г. n=479		Ранг глубинные интервью, 2005 г., n=87	
		м	ж	м	ж
Быстрее получить квартиру	1	24,7	21,7	3	2
Заработать большую пенсию	2	16,7	20,9	-	6
Зарабатывать больше денег	3	32,8	32,2	1	1
Не согласился бы ни при каких условиях	-	56,1	48,8	6	2
Увидеть новые места	-	15,7	14,0	3	3
Чтобы не остаться безработным	-	17,2	20,3	5	3
Быстрее приобрести трудовой стаж	-	11,1	14,3	7	4
Быстрее сделать карьеру	-	11,1	9,7	2	5
Испытать себя, почувствовать романтику трудностей	-	7,6	7,6	4	5

"-" – нет информации

Социальные льготы

Таблица 4.7. Характеристики предприятий в зависимости от наличия вредности на производстве ^а

Характеристики предприятий	Производство, 2004 г.				Производство, 2005 г.			
	Вредное		Не является вредным		Вредное		Не является вредным	
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
Государство является владельцем или совладельцем предприятия, организации	66,3	82,9	50,6	61,4	66,8	83,1	45,8	58,0
Официальное оформление на работе	96,7	90,6	98,6	94,3	96,9	98,8	91,0	94,3
Оплата очередных отпусков	93,5	97,7	81,2	87,1	94,8	98,2	83,5	89,0
Оплата больничных листов	93,8	98,1	79,0	83,5	93,1	97,1	80,4	86,6
Оплата отпуска по беременности, по уходу за ребенком	83,0	96,2	65,1	79,6	82,7	95,5	65,5	81,9
Бесплатное лечение в ведомственных медицинских учреждениях, полная или частичная оплата лечения в других медицинских учреждениях	48,1	47,4	21,1	21,7	55,6	39,8	22,3	23,6
Оплата путевок в санатории, дома отдыха, турбазы, детские лагеря	52,0	53,4	24,3	27,6	57,7	52,5	23,4	28,7
Бесплатное содержание детей в ведомственных дошкольных учреждениях, полная и частичная оплата содержания детей в других дошкольных учреждениях	12,0	15,2	5,3	6,0	6,8	12,3	5,3	5,4
Бесплатное или льготное питание или оплата питания	26,0	18,9	10,6	11,4	26,0	19,2	11,2	10,8
Дотации на транспорт, оплата проездных	26,0	15,3	11,9	10,7	21,3	14,5	11,6	9,7
Обучение за счет предприятия	40,3	40,4	19,9	21,2	44,4	42,8	17,9	19,7
Предоставление ссуд, кредитов для строительства или ремонта жилья, скидки на строительные материалы	23,3	16,7	11,7	9,0	20,7	10,7	11,1	8,8
Оплата арендуемого жилья	4,3	1,9	1,4	1,1	6,8	2,5	1,8	1,4

^а Каждый год на вопросы отвечало более 3000 человек

Защитные мероприятия

договор на дополнительное добровольное медицинское страхование, обслуживание с какой-либо страховой компанией в 2004 г. был только у 8,5% мужчин и у 3,7% женщин, занятых на вредных производствах, и у 4,6% мужчин и 3,4% женщин, занятых на других видах работ. В 2005 г. договоры были у 9,7% мужчин и 3,8% женщин, занятых на вредных производствах, и у 4,8% и 4,5% занятых на других работах. Большинству из тех, у кого есть договор на ДМС, его оплачивал работодатель. В 2005 г. предприятие оплатило договор дополнительного медицинского страхования 95,0% мужчин и 92,3% женщин.

не все работники, занятые на вредных производствах и имеющие право на льготную пенсию, обеспечены полисом обязательного медицинского страхования: в 2004 г. полис ОМС был у 89,9% мужчин и у 97,7% женщин, занятых на вредных производствах, и 93,8% и 96,3% – занятых на других видах работ. В 2005 г. показатели практически не изменились: договор об обязательном медицинском страховании имели 89,4% мужчин и 95,3%, занятых на вредных производствах, 95,1% мужчин и 97,5% женщин, занятых на работах с обычными условиями труда.

Можно предположить, что основными рисками в отношении здоровья в ближайшее время останется высокая степень трудовых нагрузок, выраженная в продолжительном рабочем времени, отсутствие основных составляющих социальной защиты, связанных с занятостью.

Таблица 4.12. Динамика факторов, связанных с условиями труда и занятости (по данным РМЭЗ)

Факторы	Динамика (от периода реформ к постреформенному)
Не удовлетворены жизнью при смене работы	Позитивная
Не оформлены трудовые отношения	Отрицательная
Невыплаты заработной платы	Позитивная
Пребывание в вынужденном неофициальном отпуске	Позитивная
Количество работающих бедных	Позитивная
Оплата больничных листов	Отрицательная
Продолжительность рабочего времени в течение дня на тяжелых работах	Позитивная
Продолжительность рабочего времени более 230 часов в месяц и более 8 часов в день	Отрицательная
Продолжительность работы в течение дня 16 часов и более	Отрицательная

Работа во время болезни

Средние потери рабочего времени по болезни в ЕС составляют 7,9 дней на одного работника в год. Отсутствие по болезни влечет за собой прямые затраты на выплату отсутствующим пособий по болезни, а также косвенные издержки из-за снижения производительности. В России общая стоимость официально зарегистрированных потерь рабочих дней по болезни варьируется от 0,55% до 1,37% ВВП¹⁰.

Таблица 7.9. Информация о пропусках рабочих дней по болезни, РМЭЗ^a

Год	Пропустили рабочие дни по болезни				Среднее количество пропущенных по болезни дней			
	м (n)	м, %	ж (n)	ж, %	м (n)	м, %	ж (n)	ж, %
1994	264	7,3	308	6,5	262	10,00	307	10,60
1995	165	4,9	253	5,7	162	11,70	249	9,00
1996	180	5,4	223	5,0	174	10,30	221	10,15
1998	193	5,6	221	4,8	190	10,96	220	9,57
2000	225	6,4	241	5,1	225	10,90	239	9,59
2001	249	6,4	325	6,0	247	9,73	323	9,03
2002	232	5,8	302	5,4	234	9,90	301	9,55
2003	242	5,9	322	5,7	234	9,99	319	8,89
2004	139	4,7	182	4,4	138	9,96	181	9,08

^a В таблице приведены ответы в целом по выборке, на вопросы в том числе (в единичных случаях) отвечали люди, которые указали, что находятся в оплачиваемом или неоплачиваемом отпуске, не имеют работы, а также женщины, находящиеся в отпуске по уходу за ребенком.

¹⁰ Рано умирать. Проблемы высокого уровня заболеваемости и преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации и пути их решения. Всемирный Банк. М.: Алекс, 2006. // <http://www.socpolitika.ru/files/199/dty.pdf>.