

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ТА ДЕМОГРАФІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ФОРМУВАННЯ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ В УКРАЇНІ

Нагорна А. М.

Державна установа «Інститут медицини праці імені Ю. І. Кундієва Національної академії медичних наук України», м. Київ

Вступ. Завданням соціальної політики держави є створення безпечних умов праці, добробуту працюючим. В основу реалізації цього завдання закладені підходи та принципи низки міжнародних і вітчизняних нормативно-правових актів (конвенції, рекомендації, закони, накази тощо), що регламентують механізми співпраці урядів, роботодавців і працівників щодо створення гідних умов праці та збереження здоров'я працюючих. Формування трудового потенціалу залежить від соціально-економічних, демографічних, екологічних факторів, способу життя тощо.

Мета дослідження – надати оцінку медико-соціальним, демографічним детермінантам формування трудового потенціалу України в період соціально-економічних і політичних реформаций у країні та визначити шляхи й способи розв'язання проблем.

Матеріали та методи дослідження. Проведена оцінка трудового потенціалу за даними Держкомстату України, Центру медичної статистики МОЗ України, матеріалів Інституту демографії НАН України, особистих багаторічних спостережень за станом професійної захворюваності в Україні. У цілому були зібрані й оброблені всі основні дані, приведені в «Картах обліку профзахворювань (профотруєнь)» за 2007–2017 рр. Також проведено аналіз наукових публікацій з використанням електронних ресурсів та баз даних WHO, ILO, PubMed. Проведено вивчення зайнятості населення в трудовому процесі, демографічні показники, стан загальної та професійної захворюваності населення працездатного віку.

Результати. Виявлені закономірності формування трудового потенціалу в Україні залежно від стану законодавчої бази з проблем медицини праці, зайнятості населення, його медико-демографічних характеристик, стану медичного забезпечення працюючих. Визначені шляхи розв'язання проблем.

Висновки. Працездатне населення є першочерговою основою формування трудового потенціалу. Кількість населення за роки незалежності країни зменшилась майже на 10,0 млн осіб (18,0 %). У віковій структурі населення з загальної чисельності населення особи молодше 14 років складають близько 14,0 %, що свідчить про зниження резерву трудового потенціалу в майбутньому. Динаміка зайнятого населення свідчить, що воно зменшилось від 1995 року на 35,0 %, коли його кількість складала 23,72 млн осіб, у 2017 році – 15,44 млн. Таке зменшення пов'язане зі «згортанням» деяких видів виробництва, закриттям підприємств, «переміщенням» робочого потенціалу до тіньової економіки, а також на роботу за кордоном, до когорти безробітних, до непродуктивної сфери та ін. Спостерігається тенденція до переходу від великих підприємств до малих і середніх. З 1,97 млн підприємств за видами економічної діяльності питома вага великих, середніх і малих складає 0,6 %, 5,7 %, 93,7 % відповідно, що ускладнює контроль за умовами праці. Смертність населення в Україні знаходиться на другому місці в світі після ПАР і найбільша в Європі й країна займає перше місце в світі за рівнем природного скорочення населення (- 6,3 ‰). Смертність населення працездатного віку має розбіжності між чоловіками та жінками в 3,66 разу. Відмічається значний розрив у рівнях чоловічої (65,2) і жіночої (75,5) середньої тривалості життя: у 2017 році він дорівнював 10,3. З передчасної смерті чоловіків щорічно країна втрачає мільйони років потенційного життя, відповідно недо виробляє національний продукт. Серед населення працездатного віку поширеність захворювань за 15 років зростає на 11,4 %. У структурі – перше місце належить хворобам системи кровообігу, друге – органів дихання, третє – травлення, четверте – сечостатевої системи та сполучної тканини. Наявність соматичних захворювань (1357,1 випадку на 1000 працюючих) має тяжкі наслідки щодо працездатності та життя людини. Показники професійної захворюваності за останні 10 років коливаються залежно від змін у соціальної доступності до реєстрації постраждалого. У структурі перше місце належить хворобам пилової етіології, друге – кістково-м'язової системи та сполучної тканини, третє – вібраційній хворобі, найчастіше серед працюючих у гірничодобувній промисловості. З різних причин профпатологію в останні роки не реєструють, значну її частину перевели у сферу загальної захворюваності. Навіть при такому недовиявленому рівні профзахворюваності суспільство на ліквідацію наслідків втрачає щорічно близько 1,14 % ВВП.

Ключові слова: захворюваність, смертність, медичне забезпечення, професійні захворювання, працездатний вік, профілактика

Вступ

Забезпечення здоров'я працюючих має бути важливою складовою соціальної політики держави. Реалізація цього важливого завдання можлива шляхом створення безпечних умов праці, здорових умов побуту, відповідного виховання. Працездатне населення є першочерговою основою формування трудового потенціалу, який значною мірою визначає рівень і перспективи соціально-економічного, духовного розвитку суспільства. Стан захворюваності та поширеності загальної й професійної патології серед населення працездатного віку, характер зайнятості населення в трудовому процесі, демографічні характеристики формують соціально-економічний розвиток країни, якість життя населення. Ці принципи є основою Глобального плану дій ВООЗ з охорони здоров'я працюючих на 2008–2017 роки, прийнятого на 60-й сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я (резолюція WHA60.26 від 23 травня 2007 р.), «Декларації по охороні здоров'я всього працюючого населення», затвердженої резолюцією 49.12 Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я в 1996 році, Конвенцій МОТ № 161 «Про служби гігієни праці» та № 155 «Про безпеку й гігієну праці та виробниче середовище», Законів України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про охорону праці», «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», Указу Президента України від 14 вересня 2000 року № 1072 «Про програму інтеграції України до Європейського Союзу», Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування», наказу МОЗ України від 21 травня 2007 року № 246 «Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій», положення про Держпрацю України, затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 11 лютого 2015 року № 96 (передача функцій щодо гігієни праці – розпорядження Кабінету Міністрів України від 11 лютого 2016 р. № 88-р.) тощо.

Міжнародна організація праці (МОП) постійно розробляє Конвенції та Рекомендації з питань гігієни й охорони праці, покращання умов праці, раціонального використання трудового потенціалу, впровадження їх на виробництві і в системі охорони здоров'я. У всьому світі професійні захворювання – головна причина смертності, пов'язаної з виробничою діяльністю. У «Кодексі» МОП від 1 лютого

2018 року «Охорона праці в цифрах і фактах» у напрямках вдосконалення глобальної культури охорони праці [1] констатується: «Щорічно з 2,34 млн смертей на робочому місці лише 321 тис. відбувається внаслідок нещасного випадку. Причина решти 2,02 млн смертельних випадків (або 5500 смертей на день) – різні види професійних захворювань». Це свідчення неприйняттого дефіциту гідної праці. МОП підрахувала також, що щорічне число випадків професійних захворювань без смертельного результату складає 160 млн. У кожному третьому випадку хвороба призводить до втрати працездатності на 4 і більше робочих днів. Статистичні дані свідчать, що кожних 3 хв внаслідок виробничої травми чи професійного захворювання в світі помирає одна людина. Організація праці, при якій ігноруються вимоги безпеки й гігієни праці, підриває економічну ефективність підприємств і компаній, і не може бути основою для стійкої стратегії розвитку суспільства. МОП висуває парадигму: травми і захворювання не є неминучими супутниками трудової діяльності. Смертності, нещасним випадкам і хворобам на виробництві можна успішно запобігти.

Участь МОП привносить основну сильну сторону цієї організації – її тристоронній характер (трипартизм), сутність якого полягає у співпраці урядів, роботодавців і працівників на рівноправній основі.

Недосконалість системи профілактики професійних захворювань чинить серйозний негативний вплив не тільки на працівників та їхні сім'ї, а й на суспільство в цілому. Йдеться про вартість втрат через зниження продуктивності праці та навантаження на систему соціального забезпечення. Для розробки будь-яких заходів щодо покращання здоров'я працюючих необхідно бути обізнаними щодо кількісних характеристик, або причинно-наслідкових ознак явища, що вивчається.

Мета дослідження – надати оцінку медико-соціального, демографічного детермінантам формування трудового потенціалу України в період соціально-економічних і політичних реформаций у країні та визначити шляхи й способи розв'язання проблем.

Матеріали та методи дослідження

Проведена оцінка трудового потенціалу за даними Держкомстату України, Центру медичної статистики МОЗ України, матеріалів Інституту демографії

НАН України, особистих багаторічних спостережень за станом професійної захворюваності в Україні. У цілому були зібрані й оброблені дані, приведені в «Картах обліку профзахворювань (профотруень)» за 2007–2017 роки. Для вирішення запланованих завдань використовувались медико-соціологічні, гігієнічні, епідеміологічні, медико-статистичні методи та системний аналіз. Також проведено аналіз наукових публікацій з використанням електронних ресурсів та баз даних WHO, ILO, PubMed [2, 3]. Проведено вивчення зайнятості населення в трудовому процесі, демографічні показники (чисельність населення, розподіл його за віком та статтю, показники смертності серед населення тощо). Здоров'я оцінювали за показниками загальної та професійної захворюваності населення працездатного віку порівняно з населенням в цілому.

Результати дослідження та їх обговорення

Характер зайнятості населення в трудовому процесі. Динаміка зайнятого населення свідчить, що воно зменшилось на 35,0 % від 1995 року, коли його кількість складала 23,72 млн осіб, у 2017 році — 15,44 млн. Таке зменшення кількості зайнятого населення пов'язане зі «згортанням» деяких видів виробництва, закриттям підприємств, «переміщенням» робочого часу потенціалу до тіньової економіки, а також на роботу за кордоном, до когорти безробітних, до непродуктивної сфери, проведенням антитерористичної операції на Сході України, анексії Криму та ін. Збільшилося число працюючих з частковою зайнятістю. Питома вага працівників, переведених з економічних причин на неповний робочий день, збільшилася до 9,9 %. Упродовж року кожен працівник у середньому відпрацював 1628 год, що становило 86,2 % фонду робочого часу, встановленого на підприємствах, і характеризується як зниження ефективності використання робочого часу [4–6].

Значна частина працівників сфери малого й середнього бізнесу в Україні перебувають «у тіні», тобто працюють без юридичного оформлення трудових відносин з роботодавцями. Вони практично позбавлені права на цільове медичне обслуговування, пільги та компенсації за важкі та шкідливі умови праці, допомоги в разі нещасного випадку. Мають місце працевлаштування працівників на підставах тимчасових угод без оформлення трудових книжок, у тому числі незаконне працевлашту-

вання мігрантів, що фактично знімає з роботодавця відповідальність за організацію попередніх і періодичних профілактичних медичних оглядів, створення безпечних умов праці, забезпечення працюючих санітарно-побутовими приміщеннями, спецодягом, засобами індивідуального захисту, що сприяє виникненню професійно обумовлених захворювань і отруень.

На сучасному етапі соціально-економічних перетворень України зростає потреба в розвитку виробництва, змінюються форми власності підприємств, спостерігається тенденція до переходу від великих підприємств до малих і середніх. З 1,97 млн підприємств за видами економічної діяльності питома вага великих, середніх і малих складає 0,6 %, 5,7 %, 93,7 % відповідно. У 1991 році в країні нараховувалося 47 084 дрібних підприємств із середнім числом працюючих 25 осіб, до 2017 року їхня чисельність збільшилася більш ніж у 40 разів — 1 975 046 підприємств із середнім числом працівників — до 9 осіб. Ускладнився контроль за виконанням санітарно-гігієнічних вимог на робочих місцях. Ускладнилися механізми взаємин між роботодавцями та державними структурами стосовно оцінки професійного ризику, надання пільг і компенсацій за шкідливі умови праці й ушкодження здоров'я. Уповільнено темпи з удосконалення безпеки праці. Таким чином, починаючи з 1991 року керування професійним ризиком здоров'ю працюючих значно ослабло [7–9].

Соціальне значення зменшення числа працюючих, скорочення робочого дня та тижня слід оцінювати, з одного боку, як «позитивний» вплив на обмеження експозиції професійних шкідливостей на працюючих, з іншого — як безумовно негативний, оскільки це призводить, до втрати стереотипу трудової діяльності, до зменшення сімейного бюджету, обсягів продукції.

Аналіз кількості працівників за джерелами фінансування та видами економічної діяльності свідчить, що з середньооблікової кількості штатних працівників за рахунок бюджетних коштів оплата праці в сільському господарстві становить 1,0 %, у промисловості — 0,2 %, на транспорті — 0,4 %, за бюджетні кошти фінансуються державне управління та оборона, освіта, формально — охорона здоров'я, бібліотеки, музеї та інші заклади культури, частково (34,7 %) — професійна, наукова та технічна діяльність [10].

Слід визначити, що пріоритети в реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я сьогодні

віддаються не профілактичним заходам зі зниження професійних ризиків, а їхній матеріальній компенсації. На відшкодування реальних і потенційних збитків, які викликані порушенням здоров'я працівників внаслідок дії шкідливих і небезпечних умов праці, витрачається коштів в десятки разів більше, ніж на їх покращання. Витрати на страхові виплати Фондом соціального страхування потерпілим (членам їхніх сімей) складають на компенсацію втраченого здоров'я близько 7 млрд грн, у тому числі страхові виплати для потерпілих на виробництві (членів їхніх сімей), які проживають на територіях, непідконтрольних українській владі, у Донецькій і Луганській областях, і не перемістилися на контрольовану українською владою територію. При цьому близько 70 % цієї суми віддаються шахтарям, що отримали професійне захворювання або трудове каліцтво. У той самий час на заходи з профілактики нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань використано 12,3 млн грн (0,1 %) [11].

Щорічно кожен випадок професійного захворювання для суспільства коштує близько 300 тис. грн [12]. Відомо, що профілактика є набагато ефективнішою й менш затратною, ніж лікування або реабілітація. Країни можуть і повинні зробити конкретні кроки, щоб розширити можливості профілактики професійних захворювань. Національна культура охорони праці – це повага щодо права на безпечні та здорові умови праці на всіх рівнях, коли уряди, роботодавці й працівники беруть активну участь у забезпеченні безпечного та нешкідливого для здоров'я виробничого середовища, чітко визначаючи права та обов'язки, і коли найвищий пріоритет віддається принципам профілактики.

Розрахунки щодо економічних і медико-соціальних втрат від професійних захворювань в Україні (1,14 % ВВП) складаються з прямих втрат суспільства від професійної патології, та втрат суспільства від втрачених років здорового життя в результаті передчасної смерті від професійної патології [13].

Медико-демографічна характеристика трудового потенціалу. Незалежно від економічного розвитку країни формування трудового потенціалу значною мірою визначається демографічними факторами, зокрема, чисельністю населення працездатного віку. За даними Держкомстату кількість населення за роки незалежності України зменшилась майже на 10,0 млн осіб, з 52,15 до 42,40 млн (18,0 %) – у 2017 році. У віковій структурі насе-

лення з загальної чисельності населення особи молодше 14 років складають 5,80 млн (13,7 %) проти 11,77 млн (22,7 %) у 1991 році, що свідчить про зниження резерву трудового потенціалу в майбутньому [14, 15]. В Україні вже в наступні роки потреба в трудових ресурсах у провідних галузях промисловості може бути задоволена лише на 38–44 %, що загрожує колапсом кадрового забезпечення виробництва, особливо в таких галузях, як вугільна, металургійна, хімічна та енергетична промисловість. Важливим демографічним показником, що характеризує трудовий потенціал, є смертність населення, яка в Україні знаходиться на другому місці в світі після ПАР і найбільша в Європі, і країна займає перше місце в світі за рівнем природного скорочення населення (- 6,3 ‰). Проведене під егідою ООН спільно зі Світовим банком, американським Інститутом вимірювання і оцінки здоров'я дослідження за 25 років (1990–2015) щодо оцінки Глобального тягаря хвороб показало, що в рейтингу за показниками здоров'я та благополуччя нації Україна зайняла 118 місце (із 188) після Гондурасу, Північної Кореї, Сирії [16, 17].

Уже багато років в Україні, у тому числі й у 2015–2017 роках, смертність населення працездатного віку має розбіжності між чоловіками й жінками в 3,66 рази. Смертність осіб працездатного віку значно знижує середню очікувану тривалість життя в чоловіків, здебільшого (70 %) смертність у них припадає на вік 30–60 років. Третина населення не доживає до завершення періоду трудової діяльності (65 років) [18]. Відмічається значний розрив у рівнях чоловічої (65,2 років) і жіночої (75,5 років) середньої тривалості життя, у 2017 році він дорівнює 10,3 року.

Відомо, що гендерні відмінності тривалості життя зумовлені біологічними та генетичними чинниками і становлять 1,9 року, тоді решта розриву (8,4 року) визначається розбіжностями самозбережувальної поведінки чоловіків і жінок. Чоловіча надсмертність формується, в основному, за рахунок соціально-гігієнічних факторів, шкідливих і небезпечних умов праці, високого рівня фізичного навантаження, нервово-емоційного напруження (оператори, керівні посади), частішого ніж у жінок вживання алкоголю, тютюну тощо. Дослідниками Інституту демографії НАН України проведено оцінку «запобіжної» смертності населення працездатного віку, тобто смертності від причин, яким можливо було б запобігти за умов належної медичної

допомоги та різних технологій первинної, вторинної та третинної профілактики, що залишається актуальною сьогодні.

За даними Центру медичної статистики МОЗ України середня очікувана тривалість життя за останні роки в Україні зросла на 1 рік, у той час як в країнах ЄС – на 5,2 року. Тільки з передчасної смерті населення щорічно країна втрачає близько 4 млн років потенційного життя, відповідно недо-вироблення національного продукту на 47,9–89,1 млрд грн при тому, що більшість втрат обумовлена передчасною смертю чоловіків. Рівні смертності є найвищими серед населення працездатного віку від хвороб системи кровообігу, новоутворень, травм, отруєнь і деяких інших наслідків дії зовнішніх причин. Серед зовнішніх причин додалося багато випадків смертей внаслідок бойових дій, навмисних вбивств. Залишаються високими рівні смертності від самогубств, від дії вогню, отруєння алкоголем і іншими отруйними речовинами тощо [19].

Однією з об'єктивних характеристик здоров'я трудового потенціалу є показники захворюваності осіб працездатного віку. Серед населення працездатного віку поширеність захворювань складає в 2017 році 3,42 млн випадків, або 1357,1 на 1 тис. відповідного населення (у 2000 році – 1202,9). На кожну працюючу людину припадає майже 1,5 хвороби [5].

Отже, за останні 15 років поширеність захворювань зросла на 11,4 %. Кожна четверта людина серед працюючих має хворобу системи кровообігу, кожна п'ята – органів дихання. Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин в структурі поширеності захворювань дорівнюють 3,42 %. Формально за останні 5 років майже вдвічі скоротилась кількість нещасних випадків, які реєструються та визнаються страховими випадками (з 13 109 до 6850), а кількість смертельно травмованих осіб зменшилась тільки на 16 % (з 651 до 525 осіб). Однак зменшення кількості травмованих у країні відбувається не завдяки державній політиці, профілактичній роботі щодо попередження виробничих ризиків, а внаслідок значного скорочення промислового виробництва, а також приховування нещасних випадків та переведення їх у розряд таких, що не пов'язується з виробництвом.

За рівнем смертності на виробництві Україна випереджає всі країни ЄС і має найгірші показники, навіть порівняльно з колишніми країнами СНГ (Молдова, Естонія). Про приховування від обліку

нешасних випадків, недоліків спеціальних розслідувань свідчать і вкрай низькі показники співвідношення нещасних випадків зі смертельним наслідком до загального числа нещасних випадків: у середньому 1 до 10 (на 1 нещасний випадок зі смертельним наслідком припадає 10 випадків загального травмування). Гірші ніж в Україні аналогічні показники відмічаються лише в Індії (1 до 4) та в Китаї (1 до 5). В європейських країнах співвідношення числа загиблих до числа травмованих складає: у Німеччині – 1 до 1260, Словаччині – 1 до 208, Польщі – 1 до 145.

Показники відношення нещасних випадків на виробництві, які закінчились смертельним наслідком, до таких, що не пов'язані з виробництвом, розкривають дуже небезпечну для України тенденцію, при збереженні якої вона може перетворитися чи не в єдину державу в світі, у якій на виробництві реєструються тільки нещасні випадки зі смертельним наслідком. Про інші випадки травмування взагалі не будуть інформувати, будуть приховувати від розслідування [20, 21]. Наявність соматичних захворювань має тяжкі наслідки щодо працездатності та життя людини.

Ризики захворюваності та смертності від наведених хвороб є результатом складної соціально-економічної ситуації в країні, стресів, несприятливих умов праці, поширення шкідливих звичок серед населення, низької якості харчування та незадовольної його організації на роботі і вдома тощо. Зростання захворюваності, смертності, зниження тривалості життя призводить до падіння якості життя й впливає на розвиток держави, стримує економічне зростання. Звертає на себе увагу поширеність хвороб за класом «Розлади психіки та поведінки», яка дорівнює понад 1,2 млн осіб, або 4795,7 на 100 тис. населення працездатного віку. Природно, що така кількість населення працездатного віку з розладами психіки має значні медичні, соціальні та економічні наслідки для суспільства. Ці хвороби часто мають хронічний характер перебігу й потребують значних зусиль як органів охорони здоров'я, так і багатьох державних структур для врегулювання життєвих проблем цієї категорії людей, у тому числі їхнього працевлаштування. Серед осіб працездатного віку останніми роками збільшилась кількість випадків хвороб ендокринної системи (понад 1,8 млн осіб), у тому числі близько 400 тис. осіб з сахарним діабетом. Значною соціальною проблемою для країни є поширеність хронічного

алкоголізму (близько 650 тис. осіб), гострих психотичних алкогольних розладів, наркоманії та токсикоманії [5, 15].

В Україні вживання чистого алкоголю на душу населення дорівнює 10,2–13,9 л/рік. Тверезий спосіб життя для осіб старше 18 років ведуть лише 10,6 % чоловіків, 19,3 % жінок. Україна несе значні фінансово-економічні (прямі від 3 до 11 млрд грн), демографічні, трудові та інші втрати через стигматизацію частини нашого суспільства хворих на алкогольну залежність. Необхідне введення змін в дію антиалкогольної політики в державі.

Люди з алкогольною та наркотичною залежністю в працездатному віці (майже 650 тис.) значною мірою послабляють трудовий потенціал країни, мало беруть участь у виробництві матеріальних благ і часто самі потребують уваги й зусиль суспільства. Через їхню вину виникає багато аварій (на транспорті, пожежі, травми тощо), захворюваність на туберкульоз, венеричні хвороби, ВІЛ-інфекцію, порушення репродуктивного здоров'я [22, 23].

Також значної уваги потребує захворюваність на інші хвороби: органів дихання, травлення, хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини, сечостатевої системи тощо, які знижують рівень і якість здоров'я працюючого населення, мають суттєві наслідки для суспільства, знижують його трудовий потенціал. Хворі люди не можуть забезпечити високу продуктивність праці.

Стан професійної захворюваності в Україні. Значною складовою здоров'я працюючого населення є професійна захворюваність. Рівень професійної захворюваності не відображає стану умов праці. Динаміка профзахворюваності за останні 10 років свідчить про відсутність будь-яких закономірностей. Коливання її були від 9179 випадків (4,5 на 10 тис. працюючих) у 2010 році до 1599 (1,0 на 10 тис. працюючих) у 2016 році, 1951 (1,2 на 10 тис. працюючих) у 2017 році (табл. 1).

Понад 300 тис. осіб одержують компенсацію за відшкодування шкоди внаслідок трудового каліцтва або професійного захворювання. Це свідчить про недоліки виявлення та реєстрації профзахворювань і, як наслідок, пізнього звернення робітника до медичних закладів, уже після втрати працездатності, отримання інвалідності. Погіршення професійного здоров'я серед населення працездатного віку України призводить до руйнівних тенденцій щодо ослаблення трудового потенціалу, погіршення

Таблиця 1

Кількість випадків професійних захворювань серед працюючих в Україні в динаміці спостереження

Рік	Кількість постраждалих	Рівень на 10 000 працюючих
2007	5940	2,8
2008	6700	3,2
2009	5972	3,0
2010	9179	4,5
2011	8112	4,0
2012	6145	5,0
2013	5860	5,3
2014	4352	4,1
2015	1761	1,1
2016	1599	1,0
2017	1951	1,2

демографічної ситуації, що проявляється зменшенням чисельності працездатного населення, зменшенням питомої ваги молодших вікових груп як резерву трудового потенціалу.

Найбільша кількість профзахворювань відмічається у вугільній промисловості. У загальній структурі професійної захворюваності в останнє десятиріччя її частка сягає 69–79 %. Друге місце посідає переробна промисловість, у тому числі металургійне виробництво, виробництво машин та устаткування (машинобудування) (табл. 2).

При аналізі рівнів професійної захворюваності на 10 000 працівників у регіонах встановлено, що високі її рівні мають місце в Донецькій, Дніпропетровській, Луганській, Львівській, Волинській та Кіровоградській областях. Якщо загальний рівень в цілому складав 4,6–5,2 на 10 000 працівників, то в Донецькій області він становив 8,1–11,0, Луганській – 9,5–11,5, Дніпропетровській – 5,1–6,3, Львівській – 5,1–5,8. Виявлення професійних захворювань свідчить, що основна увага приділяється тим видам промисловості, де відмічається найбільша концентрація працівників, найбільші можливості моніторингу за умовами праці й які є об'єктом найбільшої уваги суспільства. У таких галузях, як сільське господарство, будівництво, транспорт і зв'язок, охорона здоров'я та надання соціальної допомоги, інших професійні захворювання реєструються в поодиноких випадках.

Таблиця 2

Динаміка професійної захворюваності серед працюючих в Україні за основними галузями відповідно КВЕД -2010 (2013–2017 рр.)

Галузь	2013		2014		2015		2016		2017	
	Кількість випадків	Питома вага, %	Кількість випадків	Питома вага, %	Кількість випадків	Питома вага, %	Кількість випадків	Питома вага, %	Кількість випадків	Питома вага, %
Промисловість, у тому числі	5560	94,9	4180	96,0	1639	93,1	1525	95,3	1870	95,8
Добувна промисловість, у тому числі	5023	85,7	3633	83,5	1365	77,5	1307	81,7	1612	82,6
- видобування кам'яного вугілля (вугільна промисловість)	4576	78,1	3278	75,3	1006	57,1	1030	64,4	1367	70,1
- видобування залізної руди	258	4,4	215	4,9	238	13,5	195	12,2	160	8,2
- видобування уранової і торієвої руд	85	1,5	83	1,9	82	4,7	62	3,9	74	3,8
Переробна промисловість, у тому числі	528	9,0	538	12,4	269	15,3	215	13,5	255	13,1
- металургійне виробництво	147	2,5	65	1,5	97	5,5	66	4,1	57	2,9
- виробництво машин та устаткування (машинобудування)	246	4,2	328	7,5	137	7,8	100	6,3	143	7,3
Виробництво та розподілення електроенергії, газу та води	9	0,2	9	0,2	5	0,3	3	0,2	3	0,1
Сільське господарство	13	0,2	7	0,2	7	0,4	5	0,3	9	0,5
Будівництво	157	2,7	131	3,0	27	1,5	16	1,0	17	0,9
Діяльність транспорту та зв'язку	7	0,1	9	0,2	3	0,2	3	0,2	9	0,5
Охорона здоров'я та надання соціальної допомоги	46	0,8	34	0,8	36	2,0	30	1,9	30	1,5
Інші галузі	77	1,3	11	0,2	49	2,8	20	1,3	16	0,8
Усього в Україні	5860	100,0	4352	100,0	1761	100,0	1599	100,0	1951	100,0

Причин тому багато, а саме:

- зменшення кількості працюючих, зміна форм власності підприємств, коли спостерігається тенденція до переходу від великих підприємств до малих та середніх, що супроводжується ускладненням проведення соціально-гігієнічного моніторингу за умовами праці та здоров'ям робітників;
- низька результативність профілактичних медичних оглядів (недоліки в їх організації та прове-

денні, недооснащення лабораторним і інструментальним обладнанням тощо);

- недостатня кількість фахівців з гігієни праці, складнощі в отриманні санітарно-гігієнічних характеристик.

З цих причин і в зв'язку зі змінами в системі організації державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності, реформування системи охорони здоров'я, некоординованій діяльності сторін соціального діалогу у вирішенні питань з медицини

та гігієни праці, відсутності офіційно затвердженої профпатологічної служби, проведенням військових дій на Сході країни сьогодні не реєструють значну частину професійних захворювань, які перейшли у сферу загальної захворюваності.

За допомогою Фонду соціального страхування в Інституті був проведений аналіз за розрахунками накопиченої професійної захворюваності в 2010–2014 роках. Кількість професійних хворих в Україні складає понад 200 тис. осіб (табл. 3).

Після 2014 року такий аналіз проводити неможливо за відсутністю системи реєстрації та обліку професійних захворювань. Відсутні інформаційні системи обліку, моніторингу професійних захворювань, що функціонують у режимі реального часу. Уся звітність ведеться або дублюється на паперових носіях, що значно уповільнює процес передачі актуальної інформації, призводить до необґрунтованих витрат людських ресурсів та не використовується для прийняття управлінських рішень. Тому

Таблиця 3

Динаміка накопиченої професійної захворюваності в Україні за основними видами економічної діяльності (2010–2014 рр.)

Основні види економічної діяльності	2010		2011		2012		2013		2014	
	Кількість випадків	Питома вага, %	Кількість випадків	Питома вага, %	Кількість випадків	Питома вага, %	Кількість випадків	Питома вага, %	Кількість випадків	Питома вага, %
Промисловість, у тому числі	166 603	90,4	166 056	94,0	163 258	94,0	184 958	91,5	181 837	91,8
Добувна промисловість, у тому числі	139 894	75,9	139 504	76,0	137 214	75,7	157687	78,0	154 176	77,9
- видобування кам'яного вугілля (вугільна промисловість)	125 315	68,0	124 807	68,0	123 247	68,0	142 739	70,6	139 727	70,5
- видобування залізної руди	11 712	6,4	11 824	6,4	11 132	6,1	12 361	0,6	11 917	6,0
- видобування уранової і торісової руд	1592	0,9	1620	0,9	1633	0,9	1361	0,7	1214	0,6
Переробна промисловість, у тому числі	25 654	13,9	25 513	13,9	25 033	13,8	25 548	12,6	26 382	13,3
- металургійне виробництво	5806	3,2	5795	3,2	5723	3,2	5826	2,9	5799	2,9
- виробництво машин та устаткування (машинобудування)	14 086	7,6	14 021	7,6	13 812	7,6	16 505	8,1	14 677	7,4
- виробництво та розподілення електроенергії газу та води	1055	0,6	1039	0,6	1011	0,6	1723	0,9	1279	0,6
Сільське господарство	4065	2,2	3981	2,2	3891	2,1	3061	1,5	3058	1,5
Будівництво	5382	2,9	5297	2,9	5312	2,9	4800	2,4	4811	2,4
Діяльність транспорту та зв'язку	662	0,4	652	0,4	644	0,4	1158	0,6	812	0,4
Охорона здоров'я та надання соціальної допомоги	2516	1,4	2513	1,4	2459	1,4	2070	1,0	2014	1,0
Інші галузі	5032	2,7	5081	2,8	5640	3,1	6036	3,0	5748	2,9
Усього в Україні	184 260	100,0	183 580	100,0	181 204	100,0	202 083	100,0	198 280	100,0

виникає нагальна потреба в створенні на основі сучасних інформаційних систем Державного реєстру осіб, яким встановлено професійне захворювання [24, 25].

Слід звернути увагу, що середній вік і середній стаж роботи виникнення професійних захворювань майже за всіма видами патології порівняно невеликий — як серед чоловіків, так і серед жінок. Більшість профзахворювань діагностується в віці біля 50 років при стажі роботи 17–20 років (табл. 4) [26, 27].

Медичне забезпечення працюючого населення. З проголошенням незалежності Україна успадкувала від колишнього СРСР організацію забезпечення охорони праці та систему медичного обслуговування працюючих, що сформувалася за довгі роки. Так, з урахуванням попереднього досвіду розроблені основні підходи до створення здорових і безпечних умов праці, впроваджена методологія гігієнічної стандартизації шкідливих і небезпечних факторів виробничого середовища й трудового процесу, відповідно до яких розроблені не тільки гігієнічні стандарти, але й методи контролю, принципи захисту працюючих від несприятливого впливу. Були розроблені та впроваджені в практику методи профілактики, діагностики, лікування, експертизи основних професійних захворювань.

За останні 15–20 років в Україні практично припинила своє існування система надання медичної допомоги працюючим. Значно скоротилась кількість медико-санітарних частин і здоров'я пунктів на підприємствах, в обов'язки яких входило проведення профілактичної та лікувальної роботи серед працівників. Сьогодні законодавством України не регламентовано існування жодної офіційної системи

медичної допомоги працівникам в Україні. Існуюча система надання медичної допомоги залишилась неадаптованою до нових викликів суспільства та не відповідає сучасним підходам до зміцнення здоров'я працівників. Прогалини у відносинах роботодавців, працівників і профспілок, недостатній розвиток соціального діалогу призвели до погіршення бізнес-клімату в країні та не сприяли покращанню ситуації з рівнем професійної захворюваності населення. У цих умовах розпочалось руйнування системи медичного забезпечення працівників, санітарний нагляд за дрібними підприємствами унеможливився, роботодавці виділяють недостатньо коштів на охорону праці через бажання отримувати максимальні прибутки. Система охорони праці та надання медичної допомоги працівникам є малоефективною, проведення моніторингу, аналізу та оцінки ризиків здоров'ю працівників не вирішуються в повному обсязі.

Розуміючи, що здоров'я працівників є запорукою високої працездатності, забезпечення доходної частини підприємства, сьогодні деякі власники підприємств створюють свої приватні заклади охорони здоров'я (ЗОЗ), де на свій розсуд визначають мету діяльності, основні завдання, структуру та обсяг надання медичної допомоги працівникам.

Натепер медичні огляди працівникам певних категорій проводять медичні комісії (МК) ЗОЗ різних форм власності та підпорядкування. Існують декілька моделей надання медичної допомоги працівникам певних категорій. Модель № 1 — передбачає наявність на підприємстві медико-санітарної частини (МСЧ), до складу якої входить МК з проведення профілактичних медичних оглядів (ПМО) працівників. Модель № 2 — передбачає надання медичних послуг ЗОЗ з бюджетним фінансуванням.

Таблиця 4

Середній вік і середній стаж роботи, при яких реєструється профзахворювання, за основними формами професійної патології в Україні

Форми патології	Чоловіки		Жінки		Обидва пола	
	Середній вік	Середній стаж	Середній вік	Середній стаж	Середній вік	Середній стаж
Усі форми по Україні в цілому, у тому числі	51,3 ± 0,1	17,9 ± 0,1	50,4 ± 0,5	17,4 ± 0,4	51,5 ± 0,1	17,9 ± 0,1
Пневмококіоз	54,4 ± 0,3	18,3 ± 0,1	59,0 ± 0,8	16,8 ± 1,0	53,5 ± 0,3	18,2 ± 0,1
Хронічний бронхіт	50,9 ± 0,2	18,6 ± 0,2	50,7 ± 0,6	16,8 ± 0,7	50,3 ± 0,5	18,1 ± 0,3
Вібраційна хвороба	46,7 ± 0,5	19,4 ± 0,4	49,2 ± 1,1	19,1 ± 2,2	46,8 ± 0,7	19,4 ± 0,4
Нейросенсорна приглухуватість	53,5 ± 0,5	21,3 ± 0,8	50,7 ± 0,4	19,1 ± 1,3	52,5 ± 0,4	20,6 ± 0,5
Захворювання опорно-рухового апарату	45,9 ± 0,4	17,1 ± 0,6	45,5 ± 1,8	17,7 ± 1,9	46,9 ± 0,5	17,2 ± 0,6

Модель № 3 – передбачає проведення ПМО ЗОЗ приватної форми власності. Але не затвердження проекту наказу МОЗ «Про удосконалення системи медичної допомоги працівникам певних категорій» не дозволяє знаходитись у правовому полі щодо надання медичної допомоги працюючим [28].

Виникає необхідність визначення нових підходів та розроблення програм для розв'язання проблем у сфері здоров'я працівників, оскільки наявна система профпатологічної медичної допомоги в Україні фактично не має профілактичного спрямування. З огляду на зазначене, нагальною потребою є проведення комплексної реформи системи охорони здоров'я, включаючи з особою увагою сферу здоров'я працівників тому, що хворий на професійне захворювання розраховує на державне фінансування в разі відшкодування шкоди здоров'ю, заподіяної дією шкідливих та небезпечних факторів виробничого середовища.

Нормативно-правова база функціонування медицини праці та її реалізація. Відповідно до Генеральної угоди «Про регулювання основних принципів і норм реалізації соціально-економічної політики і трудових відносин в Україні» (2016 р.), визначена необхідність «опрацювати у 2016 році питання удосконалення державної статистичної звітності для об'єктивного спостереження за реальним станом умов та безпеки праці, виробничим травматизмом, професійної захворюваності, їх

соціально-економічних наслідків, витатків роботодавців на заходи поліпшення умов праці».

Натепер основні функції та повноваження щодо реалізації державної політики у сфері гігієни праці передані від Державної санепідслужби до Державної служби України з питань праці згідно з діючим Положенням, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України № 96 (2015 р.). Держслужба праці підпорядковується Мінсоцполітики України. З передачею функцій ДСЕС до Держпраці ситуація в медицині праці ускладнилась. Сьогодні не вистачає кадрів з гігієни праці (всього 92 лікарів в Україні, хоча передбачено 267 штатних посад), це певною мірою ускладнює отримання санітарно-гігієнічних характеристик працівникам з підозрою на професійне захворювання. Менше реєструють випадків профзахворюваності (1500 випадків замість 6000), що приведе до приховування дійсної ситуації з моніторингу за здоров'ям працівників. Ускладнилась ситуація з проведенням ПМО. Динаміку медичних оглядів за роками надано в таблиці 5. У 2016 році проведено медичний огляд тільки 485 029 осіб проти 1,5–2,1 млн осіб у попередні роки.

Звичайно, проблема якості медичних оглядів є предметом дискусій багато років, потребує комплексного вирішення, але основними чинниками сьогодні залишаються такі: неповне охоплення контингенту, відсутність фахівців у комісіях, їх

Таблиця 5

Динаміка проведення медичних оглядів працюючих у шкідливих і небезпечних умовах праці (2002–2015 рр. – за даними Держсанепідслужби України, 2016 р. – за даними Державної служби України з питань праці)

Рік	Підлягало медоглядам	Оглянуто	%	Відсторонено від роботи
2002	2 101 963	1 895 897	90,2	45 450
2003	1 874 017	1 804 856	96,3	34 768
2004	1 977 575	1 920 282	97,1	39 339
2005	2 014 855	1 969 578	97,7	39 792
2006	1 994 642	1 948 135	97,7	45 885
2007	1 947 263	1 909 705	98,1	46 196
2008	1 868 446	1 807 928	96,8	57 435
2009	н/д	н/д	н/д	н/д
2010	н/д	н/д	н/д	52 499
2011	1 948 741	1 919 251	98,5	48 281
2012	1 288 036	1 238 536	96,1	17491
2013	1 727 944	1 655 104	95,8	4755
2014	1 049 563	9 99 407	95,2	3290
2015	1 409 749	1 363 531	96,7	592
2016	485 029	460 421	94,9	н/д

невідповідна кваліфікація, неповна укомплектованість лабораторною та інструментальною базами, діагнози підозри на профзахворювання в 80–90 % випадків встановлюються при зверненні пацієнта, а не під час медичного огляду.

У Положенні про Держслужбу визначено, що саме вона формує реєстр підприємств та організацій відповідно до груп ризику для здоров'я працівників. Першочерговими завданнями у сфері гігієни праці визначається необхідність забезпечення моніторингу умов праці та здоров'я працюючих. Питома вага кількості працівників окремих видів економічної діяльності, які працюють у шкідливих і важких умовах, що не відповідають санітарно-гігієнічним нормам і нормам з безпеки праці, постійно збільшується: 1997 рік – 17,1 %, 2015 рік – 30,0 %. Кожний третій робітник працює в умовах, що перевищують ГДК і ГДР [20].

На підприємствах деяких видів економічної діяльності питома вага таких працівників складає 77,4 % (добування вугілля), 55,9 % (виробництво коксу та нафтопереробки), 54,6 % (виробництво готових металевих виробів).

За даними Держсанепідслужби – понад 70 % підприємств України не відповідають вимогам санітарних правил щодо функціонування систем опалення, вентиляції, освітлення, роботи санітарно-побутових приміщень. Дані представлені востаннє у 2015 році. Надалі така оцінка щодо розподілу об'єктів – промислових підприємств – за групами ризику вже не проводилася (табл. 6).

Нині виникла низка невирішених проблем, які потребують міжвідомчого узгодження функцій з державного нагляду в сфері гігієни праці між Державною службою з питань праці, МОЗ (ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»).

Існує проблема, яка окреслена розпорядженням Кабінету Міністрів України № 94 (2016 р.) «Про

визнання такими, що втратили чинність, та такими, що не застосовуються на території України, актів санітарного законодавства», дія значної кількості офіційних документів з гігієни праці з 1 січня 2017 року припинена. У першу чергу й найгостріше зазначена проблема стосується нормативів ГДК у повітрі робочої зони, значна частка з яких (1715 нормативів) була затверджена ще в колишньому СРСР. За час, що минув, з'явилися нові наукові дані стосовно дії окремих шкідливих хімічних речовин на людину, здатності токсикантів викликати специфічні ефекти, виникла необхідність у гармонізації вітчизняних нормативів з нормативами, які діють у країнах ЄС і США. Зазначені в цих документах нормативи є важливими критеріями для оцінки якості середовища життєдіяльності людини й широко використовуються, а саме:

- роботодавцями при визначенні шкідливих факторів виробничого середовища і трудового процесу, які можуть впливати на працівників; своєчасного застосування відповідних заходів захисту;
- при гігієнічній оцінці умов праці та оптимізації профілактичних заходів;
- інформуванні працівників про дотримання гігієнічних нормативів та можливих несприятливих наслідків шкідливих факторів для їхнього здоров'я;
- при здійсненні державного нагляду за умовами праці;
- при атестації робочих місць за умовами праці, при здійсненні соціально-гігієнічного моніторингу умов праці;
- при складанні санітарно-гігієнічних характеристик умов праці працівників та визначенні контингентів працюючих у шкідливих умовах праці при проведенні профілактичних медичних оглядів, при розслідуванні випадків професійних захворювань тощо.

Таблиця 6

Розподіл об'єктів за групами ризику промислових підприємств України
(за даними Держсанепідслужби)

Рік	Кількість об'єктів – усього	Низька група ризику	%	Середня група ризику	%	Висока група ризику	%
2010	80 014	25 544	32,0	37 311	46,6	17 159	21,4
2011	61 404	19 745	32,2	29 193	47,5	12 466	20,3
2012	77 039	24 789	32,2	35 283	45,8	16 967	22,0
2013	71 060	22 086	31,1	31 647	44,5	17 327	24,4
2014	63 001	19 864	31,5	27 584	43,8	15 553	24,7
2015	66 012	19 593	29,7	28 045	42,5	18 374	27,8

Виникає нагальна необхідність визначити чіткі терміни щодо перегляду на сучасному рівні актів санітарного законодавства, які були напрацьовані дотепер і є актуальними для забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення України.

МОЗ України зареєстровано Державну установу «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (2016 р.). Зазначена установа сформована на основі вивчення міжнародного досвіду, за зразком європейських та американських центрів контролю та попередження захворюваності. Основне завдання Центру – розвиток системи громадського здоров'я та формування стійкої системи епідеміологічного нагляду в Україні, а саме: попередження та контролю за інфекційними хворобами; попередження та контролю за неінфекційними хворобами (у тому числі й професійними); пропагування здорового способу життя; визначення основних детермінант здоров'я та проблем у галузі охорони здоров'я. Здійснення оцінки ризиків, лабораторних досліджень, прогнозування матиме ресурси для реагування у випадку надзвичайних ситуацій, пов'язаних зі здоров'ям (наприклад спалахів отруєнь на виробництві) тощо.

Таким чином, розв'язання проблем, що існують в медицині праці, знаходиться в площині визначення стратегічних пріоритетів розвитку трудового потенціалу в напрямках державної політики: удосконалення нормативно-законодавчої бази й її гармонізація з європейським законодавством; затвердження Концепції відновлення медицини праці в Україні та здійснення профілактичних заходів із запобігання професійним захворюванням і професійним отруєнням у працівників, зайнятих на виробництвах зі шкідливими умовами праці; поліпшення демографічних характеристик працівників, зниження рівня передчасної смертності та збільшення тривалості життя населення, удосконалення організаційних форм медичного забезпечення та профпатологічної допомоги працюючим; включення аспектів психічного здоров'я в політику держави за рекомендацією Європейської Міністерської конференції ВООЗ з психічного здоров'я; ведення моніторингу психічного здоров'я працюючих; створення умов формування здорового способу життя та збереження репродуктивного здоров'я працездатного населення; підвищення ролі соціального діалогу у формуванні державної політики та забезпечення реалізації принципів рівноправності його учасників.

Висновки

1. Працездатне населення є першочерговою основою формування трудового потенціалу, який значною мірою визначає рівень і перспективи соціально-економічного, духовного розвитку, обороноздатності та незалежності суспільства.
2. Кількість населення за роки незалежності України зменшилась майже на 10,0 млн осіб (18,0 %). У віковій структурі населення з загальної чисельності населення особи молодше 14 років складають близько 14,0 %, що свідчить про зниження резерву трудового потенціалу в майбутньому.
3. Динаміка зайнятого населення свідчить, що воно зменшилось від 1995 року на 35,0 %, коли його кількість складала 23,72 млн осіб, у 2017 році – 15,44 млн. Таке зменшення пов'язане зі «згортанням» деяких видів виробництва, закриттям підприємств, «переміщенням» робочого часу потенціалу до тіньової економіки, а також на роботу за кордоном, до когорти безробітних, до непродуктивної сфери, проведенням антитерористичної операції на Сході України, анексії Криму та ін. Спостерігається тенденція до переходу від великих підприємств до малих і середніх. З 1,97 млн підприємств за видами економічної діяльності питома вага великих, середніх і малих складає 0,6 %, 5,7 %, 93,7 % відповідно, що ускладнює контроль за виконанням санітарно-гігієнічних вимог на робочих місцях.
4. Смертність населення в Україні знаходиться на другому місці в світі після ПАР і найбільша в Європі. Україна займає перше місце в світі за рівнем природного скорочення населення (-6,3 %). Смертність населення працездатного віку має розбіжності між чоловіками та жінками в 3,66 разу. Відмічається значний розрив у рівнях чоловічої (65,2 років) і жіночої (75,5 років) середньої тривалості життя, у 2017 році він дорівнює 10,3 років. З передчасної смерті чоловіків щорічно країна втрачає мільйони років потенційного життя, відповідно недовиробляє національний продукт.
5. За даними Центру медичної статистики МОЗ України серед населення працездатного віку поширеність захворювань за 15 років зросла на 11,4 %. У структурі поширеності захворювань перше місце належить хворобам системи кровообігу (24,14 %), друге – органів дихання (18,0 %), третє – травлення (10,96 %), четверте – сечо-

статевої системи та сполучної тканини (5,54 %). Наявність соматичних захворювань (1357,1 випадку на 1000 працюючих) має тяжкі наслідки щодо працездатності та життя людини.

6. Показники професійної захворюваності за останні 10 років коливаються залежно від змін у соціальній доступності до реєстрації постраждалого. У структурі професійної захворюваності перше місце належить хворобам пилової етіології, друге – кістково-м'язової системи та сполучної тканини, третє – вібраційній хворобі. Найбільший ризик розвитку профпатології серед працюючих спостерігається в добувній і переробній промисловості. З різних причин профпатологію в останні роки не реєструють, значну частину захворювань враховують у сфері загальної захво-

рюваності. Економічні розрахунки свідчать, що навіть при такому недовиявленому рівні профзахворюваності суспільство на ліквідацію їхніх наслідків втрачає щорічно близько 1,14 % ВВП.

7. Забезпечення здоров'я працюючих повинно бути важливою складовою соціальної політики держави. Необхідно, щоб на всіх рівнях у країні – уряд, роботодавці та працівники брали участь у забезпеченні безпечного й нешкідливого для здоров'я виробничого та навколишнього середовища, з чітким визначенням їхніх прав і обов'язків на законодавчому рівні, з наданням найвищого пріоритету принципам профілактики, яка набагато більш ефективна та менш затратна, ніж лікування або реабілітація. Такий підхід – запорука збереження трудового потенціалу країни.

Література

1. Международная Организация Труда. Охрана труда в цифрах и фактах. Направления совершенствования глобальной культуры охраны труда. ИПС «Кодекс». URL: <http://base.safework.ru/safework?print&nd=444400036&spack>
2. Европейская база данных ЗДВ (HFA-DB)ЕРБ ВОЗ. URL: http://data.euro.who.int/hfad/db/shell_ru.html
3. WHO | Commission on Social Determinants of Health - final report. URL: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/
4. Сайт Держкомстату. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
5. Нагорна А. М. Трудовий потенціал в Україні: Медико-соціальні і демографічні характеристики. Журнал НАМН України. 2016. № 1. С. 70–79.
6. Статистичний щорічник України за 2014 р. Київ : Август-Трейд, 2015. 285 с.
7. Про тимчасові особливості здійснення заходів державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності : Закон України зі змін. і доп. від 7 грудня 2017 р. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T161728.html
8. Максимов М. С. Информационный профиль малого и среднего бизнеса в Украине. Вісник ХНУ ім. В. Н. Каразіна. Сер. Економічна. 2016. Вип. 90. С. 116–130.
9. Мальный и средний бизнес в Украине: основные препятствия и вызовы. 24.канал. Новости. 03.11.2017. URL: https://24tv.ua/ru/malyj_i_srednij_biznes_v_ukraine_osnovnye_prepjatstva_i_vyzovy_n884659
10. Специфіка фінансування економічної діяльності держави. URL: http://pidruchniki.com/1098120546084/ekonomika/spetsifika_finansuvannya_ekonomichnoyi_diyalnosti_derzhavi
11. Надання матеріального забезпечення застрахованим особам та проведення страхових виплат потерпілим на виробництві (членам їх сімей) за 9 місяців 2017 року. URL: <http://www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish/category/919872>
12. Нагорна А. М., Колодяжна О. І. Економічні та медико-соціальні втрати від професійної захворюваності в Україні: методологія та розрахунки. Журнал НАМН України. 2014. Т. 20. № 2. С. 220–228.
13. Kolodyazhna O. I., Nagorna A. M. Methodological bases for definition of economic losses from occupational diseases in the population of Ukraine. Український журнал з проблем медицини праці. 2013. № 3 (36). С. 34–42.
14. Демографічна криза в Україні. Проблеми дослідження, витоки, складові, напрями протидії; за ред. В. Стещенко; НАН України, Ін-т економіки. Київ, 2001. С. 130.
15. Население Украины. URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/>
16. Глобальное бремя болезней (Global Burden of Disease): порождение доказательств, направление политики – региональное издание для Европы и Центральной Азии. URL: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/WB_EuropeCentralAsia/IHME_GBD_WorldBank_EuropeCentralAsia_FullReport_RUSSIAN.pdf
17. Смертність населення України у трудоактивному віці: монографія; відпов. ред. Е. М. Лібанова; Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України. Київ, 2007. 211 с.
18. Основні причини високого рівня смертності в Україні. Київ: Версо-04, 2010. 66 с.
19. Кундієв Ю. І., Нагорна А. М. Професійне здоров'я в Україні. Епідеміологічний аналіз. Київ: Авіцена, 2006. 316 с.

20. Сучасний стан охорони праці в Україні. Інформаційний вісник «Єдність». 2016 р. URL: <http://www.profspilka.kiev.ua>

21. Сучасний стан охорони праці в Україні. 2016. URL: <http://profspilka.kiev.ua/publikacii/novyny/4186-suchasniy-stan-ohoroni-prac-v-ukrayin.html>

22. ВОЗ. Глобальна стратегія сокращения вредного употребления алкоголя. Ле Мон-сюр-Лозан, Швейцария, 2010. 48 с. URL: http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/ru/

23. Комитет экспертов ВОЗ по проблемам, связанным с потреблением алкоголя. Второй доклад. Женева, 10–13 октября 2006 г. URL: http://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol_trs944_russian.pdf

24. Реестр пострадавших від професійних захворювань як інформаційна система медичного призначення. Нагорна А. М., П'ятниця–Горпинченко Н. К. та ін. Український журнал з проблем медицини праці. 2015. № 4 (45). С. 3–9.

25. Нагорна А. М. Перспективи впровадження інформаційних технологій щодо обліку та аналізу поширеності професійної захворюваності серед працюючих в Україні. Актуальні проблеми діагностики, лікування та профілактики професійних захворювань: зб. матеріалів наук.-практ. конф., 7 червня 2013 р. Кривий Ріг, 2013. С. 14–23.

26. Стан професійної захворюваності в період законодавчих змін в Україні. Нагорна А. М., Соколова М. П., Вітте П. М. та ін. Український журнал з проблем медицини праці. 2016. № 1. С. 3–17.

27. Динаміка професійної захворюваності в Україні та досвід Інституту медицини праці НАМН України. Кундієв Ю. І., Нагорна А. М., Соколова М. П., Кононова І. Г. Український журнал з проблем медицини праці. 2013. № 4 (37). С. 11–22.

28. Нагорна А. М., Гречківська Н. В. Медична допомога працівникам: проблеми та їх вирішення: монографія. Київ: Авіцена, 2018. 254 с.

Нагорная А. М.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦИАЛА В УКРАИНЕ

Государственное учреждение «Институт медицины труда имени Ю. И. Кундиева Национальной академии медицинских наук Украины», г. Киев

Введение. Задачей социальной политики государства является создание безопасных условий труда, благосостояния работающим. В основу реализации этой задачи заложены подходы и принципы ряда международных и отечественных нормативно-правовых актов (конвенции, рекомендации, законы, приказы и т. п.), регламентирующие механизмы сотрудничества правительств, работодателей и работников по созданию достойных условий труда и сохранения здоровья работающих. Формирование трудового потенциала зависит от социально-экономических, демографических, экологических факторов, образа жизни и т. д.

Цель исследования – дать оценку медико-социальным, демографическим детерминантам формирования трудового потенциала Украины в период социально-экономических и политических реформаций в стране и определить пути и способы решения проблем.

Материалы и методы исследования. Проведена оценка трудового потенциала по данным Госкомстата Украины, Центра медицинской статистики МЗ Украины, материалам Института демографии НАНУ, личным многолетним наблюдениям за состоянием профессиональной заболеваемости в Украине. В целом были собраны и обработаны все основные данные, приведенные в «Картах учета профзаболеваний (профотравлений)» за 2007–2017 годы. Также проведен анализ научных публикаций с использованием электронных ресурсов и баз данных WHO, ILO, PubMed. Проведено изучение занятости населения в трудовом процессе, демографические показатели, состояние общей и профессиональной заболеваемости населения трудоспособного возраста.

Результаты. Выявлены закономерности формирования трудового потенциала в Украине в зависимости от состояния законодательной базы по проблемам медицины труда, занятости населения, его медико-демографических характеристик, состояния медицинского обеспечения работающих. Определены пути решения проблем.

Выводы. Трудоспособное население является первоочередной основой формирования трудового потенциала. Численность населения за годы независимости страны уменьшилась почти на 10,0 млн человек (18,0 %). В возрастной структуре населения из общей численности населения лица младше 14 лет составляют около 14,0 %, что свидетельствует о снижении резерва трудового потенциала в будущем. Динамика занятого населения свидетельствует, что оно уменьшилось с 1995 года на 35,0 %, когда его количество составляло 23,72 млн человек, в 2017 году – 15,44. Такое уменьшение связано со «свертыванием» некоторых видов производства, закрытием предприятий, «перемещением» трудового потенциала в теневую экономику, а также на работу за границей, в число безработных, к непродуктивной сфере и др. Наблюдается тенденция к переходу от крупных предприятий до малых и средних. Из 1 970 000 предприятий по видам экономической деятельности удельный вес крупных, средних и малых составляет 0,6 %, 5,7 %, 93,7 % соответственно, что затрудняет контроль за условиями труда. Смертность населения

в Украине находится на втором месте в мире после ЮАР и наибольшая в Европе, и страна занимает первое место в мире по уровню естественного сокращения населения (- 6,3 ‰). Смертность населения трудоспособного возраста имеет различия между мужчинами и женщинами в 3,66 раза. Отмечается значительный разрыв в уровнях мужской (65,2) и женской (75,5) средней продолжительности жизни, в 2017 году он составлял 10,3 лет. От преждевременной смерти мужчин ежегодно страна теряет миллионы лет потенциальной жизни, соответственно недопроизводит национальный продукт. Среди населения трудоспособного возраста распространенность заболеваний за 15 лет выросла на 11,4 %. В структуре – первое место принадлежит болезням системы кровообращения, второе – органов дыхания, третье – пищеварения, четвертое – мочеполовой системы и соединительной ткани. Наличие соматических заболеваний (1357,1 случаев на 1000 работающих) имеет тяжелые последствия для работоспособности и жизни человека. Показатели профессиональной заболеваемости за последние 10 лет колеблются в зависимости от изменений в социальной доступности регистрации пострадавшего. В структуре – первое место принадлежит болезням пылевой этиологии, второе – костно-мышечной системы и соединительной ткани, третье – вибрационной болезни, чаще всего – среди работающих в горнодобывающей промышленности. По разным причинам профпатологию в последние годы перестали регистрировать, значительную часть ее учитывают в сфере общей заболеваемости. Даже при таком невыявленном уровне профзаболеваемости общество на ликвидацию последствий теряет ежегодно около 1,14 % ВВП.

Ключевые слова: заболеваемость, смертность, медицинское обеспечение, профессиональные заболевания, трудоспособный возраст, профилактика

Nagorna A. M.

MEDICO-SOCIAL AND DEMOGRAPHIC DETERMINANTS IN FORMATION OF THE LABOUR POTENTIAL IN UKRAINE

State Institution «Kundiiev Institute of Occupational Health of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kyiv

Introduction. The task of the state's social policy is to create safe working conditions and well-being for the working people. The basis for realization of these tasks is approaches and principles of a number of international and domestic normative legal acts (Conventions, Recommendations, Laws, Orders, etc.), which regulate mechanisms of cooperation between governments, employers and workers for creation of proper working conditions and promotion of workers' health. The formation of the labor potential depends on socio-economic, demographic, environmental factors, lifestyle, etc.

The aim of the study is to assess medical and social determinants of the labor potential formation of Ukraine in the period of socio-economic and political reforms in the country and to identify ways and means to solving problems.

Materials and methods of research. An estimation of the labor potential was made according to the data of the State Statistics Committee of Ukraine, the Center for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine, materials of the Institute of Demography of the National Academy of Sciences of Ukraine, personal long-term observations on the state of occupational morbidity in Ukraine. On the whole, all the basic data provided in the «Cards on Recording Occupational Diseases (Occupational poisonings)» were collected and processed within 2007–2017. Also, an analysis of scientific publications using the WHO, ILO, and PubMed electronic resources and databases was used. The study of the population employment in the labor process, demographic indicators, general and occupational morbidity of the able-to-work age was conducted.

Results. The regularities of the labor potential formation in Ukraine have been revealed, depending on the legislative base on problems of occupational health, employment of the population, medical and demographic characteristics, and the state of medical care of working people. The ways of solving problems have been determined.

Conclusion. The able-to-work population is the primary basis in formation of the labor potential. The population density during the years of the country's independence has decreased by almost 10,0 million people (18,0 %). In the age structure of the population the individuals younger than 14 years makes about 14,0 %, showing the reduction in the labor potential reserve in the future. The dynamics of the employed population demonstrated the decrease by 35,0 % since 1995, when it made 23,72 million people and in 2017 – 15,44 mln. Such a decrease is due to the «roll-out» of certain types of production, closure of enterprises, «displacement» of the labor potential into the shadow economy, as well as to the work abroad, to a number of unemployed, unproductive sphere etc. There is a tendency to transfer from large enterprises to small and middle ones. Out of 1 970 000 enterprises by types of economic activity, the share of large, middle and small of them is 0,6 %, 5,7 % and 93,7 % respectively, which makes it difficult to control work conditions. Ukraine takes the second place in the world after the South African Republic and the highest in Europe, and, also, the country ranks first in the world according to levels of natural population decline (-6,3 ‰). There is a difference in mortality of the able-to-work population of 3,66 times between males and females. There was a significant gap in levels of male (65,2) and female (75,5) average life expectancy; in 2017 it made 10,3. Every year, because of the premature death of men, the country loses millions of years of the potential life, and accordingly, receives an inadequate national product. Among the working-age population, the prevalence of diseases over the past

15 years has increased by 11,4 %. In the structure – the first place belongs to diseases of the circulatory system, the second – respiratory organs, the third – digestion, the fourth – the genitourinary system and connective tissue. The presence of somatic diseases (1357,1 cases per 1000 workers) results in serious consequences to the working capacity and life of an individual. Occupational incidence rates over the last 10 years vary depending on changes in the social acceptability of a patient to registration. In this - the first place belongs to diseases of dust etiology, the second – the musculoskeletal system and connective tissue, the third – vibration diseases, most often – among those working in the mining industry. For various reasons, there is a fail in registration of occupational diseases in recent years, and a significant part of it has been transferred to general morbidity. Even under such underreported cases of occupational diseases, the society loses about 1,14 % of GDP each year in order to eliminate their consequences.

Key words: morbidity, mortality, medical care, occupational diseases, able-to-work age, prevention

References

1. World Health Organization. Work protection in figures and facts. Directions to improving the global culture in work safety. IPS ИПС «Kodex», URL: <http://base.safework.ru/safework?print&nd=444400036&spack>
2. European database «Health for All» (HFA-DB) ERB WHO, URL: http://data.euro.who.int/hfad/b/shell_ru.html
3. WHO Commission on Social Determinants of Health – final report, URL: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/
4. The site of «Derzhkomstat» (State Standards Committee), URL: <http://www.ukrstat.gov.ua>.
5. Nahorna A. M. (2016), «Labor potential in Ukraine: Medico-social and demographic characteristics», *Zhurnal NAMN Ukrainy*, 1, 70–79.
6. Statystychnyi shchorichnyk Ukrainy za 2014, (2015) [The statistical yearbook of Ukraine for 2014], Kyiv, Ukraine.
7. On temporary peculiarities of measures on the state supervision (control) in the sphere of economic activity, The Law of Ukraine with changes and amendments of 7 December 2017, Access to the information- legal system «LIGA-LAW», URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T161728.html
8. Maksimov M. S. (2016), «Information profile of small and middle business in Ukraine», *Visnyk Kharkiv National University named after V. N. Karazin, Ser. Economic*, 90, 116–130.
9. Small and middle business in Ukraine: main obstacles and challenges, Canal 24. News. 03.11.2017, URL: https://24tv.ua/ru/malyj_i_srednij_biznes_v_ukraine_osnovnye_prepjatstva_i_vyzovy_n884659
10. The specificity of financing economic activity of a state, URL: http://pidruchniki.com/1098120546084/ekonomika/spetsyfika_finansuvannya_ekonomichnoyi_diyalnosti_derzhavi
11. Providing logistics to insured individuals and insurance payments to the suffered persons at production (to members of their families) for 9 months in 2017, URL: <http://www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish/category/919872>
12. Nahorna A. M., Kolodyazhna O. I. (2014), «Economic and medico-social losses from occupational morbidity in Ukraine: methodology and calculations», *Zhurnal NAMS of Ukraine*, 20 (2), 220–228.
13. Kolodyazhna O. I., Nagorna A. M. (2013), «Methodological bases for definition of economic losses from occupational diseases in the population of Ukraine», *Ukr. J. Occup. Health*, 36 (3), 34–42.
14. Demografirna kryza v Ukraini. Problemy doslidzhennya, vytyky, skladovi, napryamy protydyi, (2001), [Demographic crises in Ukraine. Problems of studies, sources, compounds, directions to counteraction], Steshenko (ed.), Instytut ekonomiky, Kyiv, Ukraine.
15. Naseleniye Ukrainy, [Population of Ukraine], URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/>
16. Globalnoye bremya boleznei, (2013), [Global Burden of Disease]: generation of evidence, policy direction, Regional issue for Europe and Central Asia, URL: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/WB_EuropeCentralAsia/IHME_GBD_WorldBank_EuropeCentralAsia_FullReport_RUSSIAN.pdf
17. Smertnist naselennya Ukrainy u trudoaktyvnomu vitsi, (2007), [Mortality of the population in the able-to work age], Libanov E.M. (ed.), Institute of Demography and Social Research of the NAN of Ukraine, Kyiv, Ukraine.
18. Osnovni prychny vysokogo rivnya smertnosti v Ukraini, (2010), [Main reasons of high levels of mortality in Ukraine], Verso-04, Kyiv, Ukraine.
19. Kundiiiev Yu. I., Nahorna A. M. (2006), Profesiyne zdorov'ya v Ukraini. Epidemiologichnyi analiz [Occupational health in Ukraine: Epidemiological analysis], Kyiv, Ukraine.
20. Modern state of work protection in Ukraine, (2016), «Informatsiynyi visnyk «Yednist»», URL: <http://www.profspilka.kiev.ua>
21. Modern state of work protection in Ukraine, (2016), URL: <http://profspilka.kiev.ua/publikacii/novyny/4186-suchasniy-stan-ohoroni-prac-v-ukrayin.html>
22. WHO Global strategy on reduction of harmful alcohol usage. (2010), Le Mon-sur-Laussane, Swiss,

URL: http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/ru/

23. WHO Expert Committee on problems related to alcohol usage. (2006), Second Report, Geneva, URL: http://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol_trs944_russian.pdf

24. Nahorna A. M., Pyatnitsa-Gorpynchenko N. K., Vitte P. M. et al. (2015), «Resister of persons, suffered from occupational diseases as an information system of medical destination», *Ukr. J. Occup. Health*, 45 (4), 3–9.

25. Nahorna A. M. (2013), «Perspectives in implementation of information technologies on recording and analysis of the prevalence of occupational morbidity in workers in Ukraine», Actual problems of diagnostics, treatment and prophylaxis of occupational diseases,

Materials of the sci.-practical conference, Kryvyi Rig, Ukraine, June 7, 14–23.

26. Nahorna A. M., Sokolova M. P., Vitte P. M. et al. (2016), «The state of occupational morbidity in the period of legislative changes in Ukraine», *Ukr. J. Occup. Health*, 1, 3–17.

27. Kundiiiev Yu. I., Nahorna A. M., Sokolova M. P., Kononova I. G. (2013), «Dynamics of occupational morbidity in Ukraine and experience of the Institute of Occupational Health of the NAMS of Ukraine», *Ukr. J. Occup. Health*, 4, 11–22.

28. Nahorna A. M., Grechkivska N. V. (2018), *Medychna dopomoga prastivnykam: problemy ta yikh vyryshennya* [Medical care of workers: problems and their solutions], Kyiv, Ukraine.

ORCID ID автора:

Нагорна А. М. (ORCID ID 0000-0003-3311-7523)

Надійшла: 21 квітня 2018 р.

Контактна особа: Нагорна А. М., член-кореспондент НАМН України, відділ епіддосліджень, ДУ «Інститут медицини праці імені Ю. І. Кундієва НАМН України», буд. 75, вул. Саксаганського, м. Київ, 01033. Тел.: + 38 0 44 289 70 88.