

ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

“Журнал НАМН України”, 2016, т. 22, № 1. — С. 70-79.

УДК 331.101.2642: 613.62:6/4.125(477)

А. М. Нагорна

Державна установа “Інститут медицини праці НАМН України”, 01033 Київ

ТРУДОВИЙ ПОТЕНЦІАЛ В УКРАЇНІ: МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ І ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ (огляд літератури та власних досліджень)

Проведено вивчення та узагальнення матеріалів щодо стану трудового потенціалу в Україні на основі багаторічних особистих спостережень та світового і вітчизняного досвіду. Встановлено, що працездатне населення є першочерговою основою формування трудового потенціалу, який значною мірою визначає рівень і перспективи соціально-економічного, духовного розвитку суспільства. Стан захворюваності і поширеності загальної і професійної патології серед населення працездатного віку, характер зайнятості населення в трудовому процесі, демографічні характеристики (чисельність населення, показники загальної смертності, зокрема в працездатному віці, очікувана середня тривалість життя) формують соціально-економічний розвиток країни, якість життя населення. Медико-соціальні розбіжності між сільським і міським населенням відображаються на показниках здоров'я працюючих і на перспективах економічного розвитку України. В публікаціях в останні роки в Україні та за кордоном наведені дані щодо розробки способів профілактики загальних та професійних захворювань шляхом комплексного підходу до реформування системи охорони і гігієни праці, системи охорони здоров'я, використання медичних інформаційних систем. Це потребує значних зусиль суспільства для проведення соціально-економічних реформ та розробки адекватного законодавства.

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

Забезпечення здоров'я працюючих має бути важливою складовою соціальної політики держави. Реалізація цього важливого завдання можлива шляхом створення безпечних і здорових умов праці, здорових умов побуту та відповідного виховання. Працездатне населення є першочерговою основою формування трудового потенціалу, який значною мірою визначає рівень і перспективи соціально-економічного, духовного розвитку суспільства.

Всесвітні акції щодо Дня охорони праці, що ініціює Міжнародна організація праці (МОП), яка визначає його теми: у 2016 р. — “Стрес на робочому місці: колективний виклик”, у 2015 р. — “Разом підвищимо культуру профілактики в охороні праці”, у 2013 р. — “Профілактика професійних захворювань”, покликані сприяти попередженню нещасних випадків та професійних захворювань у всьому світі і ставить за мету звернути увагу міжнародної спільноти на масштаби проблеми і на те, як формувати та просувати культуру охорони праці аби скоротити число пов'язаних з роботою травм і нещасних випадків зі смертельними наслідками [5, 23, 25].

МОП постійно розробляє конвенції і рекомендації з питань гігієни і охорони праці, покращення умов праці, раціонального використання трудового потенціалу, впровадження їх на виробництві і в системі охорони здоров'я. В усьому світі професійні захворювання є головною причиною смертності, що пов'язана з виробничою діяльністю. За

рювань”, покликані сприяти попередженню нещасних випадків та професійних захворювань у всьому світі і ставить за мету звернути увагу міжнародної спільноти на масштаби проблеми і на те, як формувати та просувати культуру охорони праці аби скоротити число пов'язаних з роботою травм і нещасних випадків зі смертельними наслідками [5, 23, 25].

А. М. Нагорна — зав. відділом епідеміологічних досліджень, чл.-кор. НАМН України (antnagornaya@yandex.ua)

© А. М. Нагорна, 2016.

оцінкою МОП, щорічно з 2,34 млн смертей на робочому місці лише 321 000 відбувається внаслідок нещасних випадків. Причиною решти 2,02 млн смертельних випадків (або 5500 смертей на добу) є різні види професійних захворювань. Це свідчення неприйнятної дефіциту гідної праці. Крім цього, понад 313 млн працівників виявляються постраждалими від нещасних випадків без смертельного результату, що призводять до серйозних травм і невиходу на роботу. МОП підрахувала також, що щорічне число випадків професійних захворювань без смертельного результату становить 160 млн. Ці оцінки означають, що щодня в світі приблизно 6400 чоловік гинуть внаслідок нещасних випадків і професійних захворювань, а 860 тис. осіб отримують виробничі травми [25, 40, 42].

Недосконалість системи профілактики професійних захворювань чинить серйозний негативний вплив не лише на працівників та їх сім'ї, а й на суспільство в цілому. Йдеться про вартість втрат через зниження продуктивності і навантаження на систему соціального забезпечення. Національна культура охорони праці — це повага щодо права на безпечні та здорові умови праці на всіх рівнях, коли уряди, роботодавці і працівники беруть активну участь у забезпеченні безпечної і нешкідливої для здоров'я виробничого середовища, чітко визначаючи права та обов'язки, і коли найвищий пріоритет віддається принципам профілактики. Профілактика набагато більш ефективна і менш затратна, ніж лікування або реабілітація. Країни можуть і мають зробити конкретні кроки для розширення можливостей профілактики професійних захворювань [7, 24, 36, 43].

За даними ВООЗ, у країнах ЄС причиною відсутності робітника на робочому місці часто є професійний стрес, що становить 50-60 % усіх втрат робочого часу. Стресові ситуації на виробництві виникають при виконанні роботи в умовах дефіциту часу, відповідальності за безаварійність роботи, життя і здоров'я людей. Ці фактори психоемоційного напруження є причиною захворюваності нервової, ендокринної та інших систем організму [3, 4, 15, 24, 26].

Всесвітньою проблемою є зниження здоров'я осіб працездатного віку в сільській місцевості внаслідок недоступності своєчасної і адекватної медичної допомоги. Проведений ООН та МОП аналіз матеріалів із 174 країн свідчить, що в сільській місцевості катастрофічно не вистачає медпрацівників, у світі лише 23 % медичних співробітників працюють на селі. З 10,3 млн медичних працівників, яких сьогодні не вистачає в світі, 7 млн потрібні саме в сільських районах. 56 % людей в усьому світі, які живуть у сільських районах,

не мають доступу до основних видів медичних послуг, що більш ніж удвічі, ніж у міських районах, де цього доступу немає 22 % населення. Основними причинами цього є недофінансування і інвестиції в "престижні" проекти в міських районах. Ситуацію можна виправити прийняттям заходів щодо забезпечення всебічного державного втручання в проблему надання медичної допомоги сільському населенню шляхом модернізації політики країни і збалансованого бюджету [27, 38].

Зміцнення здоров'я та зниження смертності населення України було передбачено стратегією демографічного розвитку України до 2015 року (Постанова Кабінету Міністрів України від 24.06.2006 р. № 879) та Стратегією Національної безпеки України (Указ Президента України від 12.02.2007 р. № 105/2007) [34].

Сучасні соціально-економічні умови в Україні не дозволяють створити безпечні умови праці на виробництві, постійні зміни в законодавстві щодо контролю охорони праці і збереження здоров'я працюючих не приносять бажаного результату. Гальмування демоекономічного розвитку зумовлено такими чинниками:

- погіршення умов життя підростаючого покоління до досягнення працездатного віку,
- знецінення робочої сили, особливо у бюджетних галузях, зниження якості трудового життя та низький рівень соціальної захищеності працюючого населення,
- відсутність зацікавленості роботодавців у поліпшенні здоров'я та відновленні працездатності своїх працівників,
- недосконалість соціально-трудова відносин, зокрема щодо оплати та охорони праці, дотримання виробничої безпеки та соціальних гарантій.

У зниженні життєвого рівня населення провідну роль відіграло насамперед різке падіння рівня доходів у 1990-х роках. Впродовж останніх років спостерігається стала тенденція до зростання реальних доходів населення, проте вони все ще залишаються недостатніми для повноцінного задоволення потреб у збереженні та поліпшенні стану здоров'я [8].

Мета дослідження — надати оцінку стану трудового потенціалу України за демографічними і медико-соціальними характеристиками у період соціально-економічних і політичних реформ в країні та визначити шляхи підвищення ефективності управління його розвитком.

Матеріал та методи. За даними Держкомстату України, Центру медичної статистики МОЗ України, матеріалів Інституту демографії НАН України,

власних багаторічних досліджень за станом професійної захворюваності в Україні, надана характеристика трудовому потенціалу в країні. У цілому були зібрані і оброблені всі основні дані, що наведені у “Картах обліку профзахворювань (профотруень)” за 2001-2014 рр. Також проведено аналіз наукових публікацій з використанням електронних ресурсів та баз даних *WHO, ILO, PubMed* [9, 37]. На основі досліджень та аналізу даних наукової літератури проводили вивчення зайнятості населення в трудовому процесі та демографічних показників (чисельність населення, розподіл його за віком та статтю, показників смертності серед сільського і міського населення тощо). Стан здоров'я оцінювали за показниками загальної та професійної захворюваності населення працездатного віку порівняно з населенням у цілому.

Результати та їх обговорення. Незалежно від економічного розвитку країни формування трудового потенціалу значною мірою визначається демографічними факторами, зокрема чисельністю населення працездатного віку. За матеріалами Центру медичної статистики МОЗ України дані про розподіл населення України за віком наведені в табл. 1.

Коефіцієнт загальної демографічної напруги (відношення залежної частки населення до його працездатної частки) становить 41,2 % [8].

Кількість населення за роки незалежності країни зменшилась майже на 10,0 млн чол. (18,0 %). При тому що в попередні часи значну частину складало населення старше працездатного віку, то зараз втрати серед цієї категорії найбільші (від 11,09 млн чол. до 6,67 млн чол.)

У віковій структурі населення із його загальної чисельності особи молодше 14 років складають біля 14,0 %, що свідчить про зниження резерву трудового потенціалу в майбутньому. Сільське населення складає 30,9 %. Особливо гострою є проблема постаріння населення в сільській місцевості у Кіровоградській, Полтавській, Сумській та Чернігівській областях. Це може стати несприятливим чинником щодо розвитку нових відносин в аграрному секторі цих регіонів.

За даними вибіркового обстеження економічної активності населення [1, 23] (табл. 2), кількість зайнятого населення віком 15-70 років у 2014 р. зменшилась порівняно з 2013 р. на 1,2 млн. осіб (на 6,4 %) та становила 18,1 млн осіб (56,6 %).

Кількість найманих працівників підприємств за цей період зменшилась на 5,2 % і становила

Чисельність постійного населення України у 1991-2015 рр. (млн чол.)

Таблиця 1

Показник	1991 р.		2006 р.		2013 р.		2014 р.*		2015 р.*	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Загальна кількість населення	51,67	100	46,74	100	45,2	100	42,67	100	42,47	100
у тому числі:										
молодше працездатного віку	11,77	22,7	7,4	15,8	6,7	14,8	6,4	15,1	5,8	13,7
працездатного віку	28,81	55,7	28,22	60,4	31,6	69,9	29,6	69,3	30,1	70,8
старше працездатного віку	11,09	21,6	11,12	23,8	6,9	15,3	6,67	15,6	6,57	15,5

Примітка: * — Без урахування окупованих територій (Криму, м. Севастополя, частини Донбасу).

Динаміка зайнятого населення у віці 15-70 років за статтю та місцем проживання (2010-2014 рр.), тис. осіб

Таблиця 2

Показник	2010 р.	2011 р.	2012 р.	2013 р.	2014 р.
Усе населення	19 180,2	19 231,1	19 261,4	19 314,2	18 073,3
у тому числі працездатного віку	17 451,5	17 520,8	17 728,6	17 889,4	17 188,1
Жінки	9 442,0	9 362,3	9 335,2	9 329,5	8 718,9
у тому числі працездатного віку	8 194,9	8 139,1	8 292,5	8 401,2	8 169,4
Чоловіки	9 738,2	9 868,8	9 926,2	9 984,7	9 354,4
у тому числі працездатного віку	9 256,6	9 381,7	9 436,1	9 488,2	9 018,7
Міські поселення	13 072,2	113 161,8	13 265,1	13 280,7	12 780,9
у тому числі працездатного віку	12 173,4	112 268,1	12 447,8	12 549,6	12 263,7
Сільська місцевість	6 108,0	6 069,3	5 996,3	6 033,5	5 292,4
у тому числі працездатного віку	5 278,1	5 252,7	5 280,8	5 339,8	4924,4

Примітка: цит. за “Економічна активність населення у 2014 році”, Статистичний щорічник України за 2014 рік, Державна служба статистики України [33].

10,6 млн осіб, або 58,5 % усіх зайнятих. Скорочення кількості найманих працівників спостерігалось в усіх видах економічної діяльності (у сільському господарстві — на 5,8 %), кількість найманих працівників у 2014 р. становила 607,5 тис. осіб, або 5,75 % загальної кількості найманих працівників).

Упродовж 2014 р. кожен працівник у середньому відпрацював 1628 годин (86,2 % фонду робочого часу, встановленого на підприємствах), що свідчить про зниження ефективності використання робочого часу.

Таке зменшення кількості працюючих пов'язане із “згортанням” деяких видів виробництва, закриттям підприємств, “переміщенням” часу робочого 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. Водночас, питома вага працівників, переведених з економічних причин на неповний робочий день (тиждень) збільшилася і становила 9,9 %, або 881,1 тис. осіб. Майже половина з них працівники промисловості (429,4 тис. осіб), ще майже третина (261,7 тис. осіб) працювали на транспорті, у складському господарстві та на пошті [29, 31].

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

Аналіз кількості працівників за джерелами фінансування та видами економічної діяльності у 2014 р. свідчить, що із середньооблікової кількості штатних працівників (8959,4 тис. осіб) за рахунок бюджетних коштів оплата праці у сільському господарстві становить 1,0 %, у промисловості — 0,2 %, на транспорті — 0,4 %; за бюджетні кошти фінансуються державне управління і оборона, освіта, охорона здоров'я, функціонування бібліотек, музеїв та інших закладів культури, частково (34,7 %) професійна, наукова та технічна діяльність.

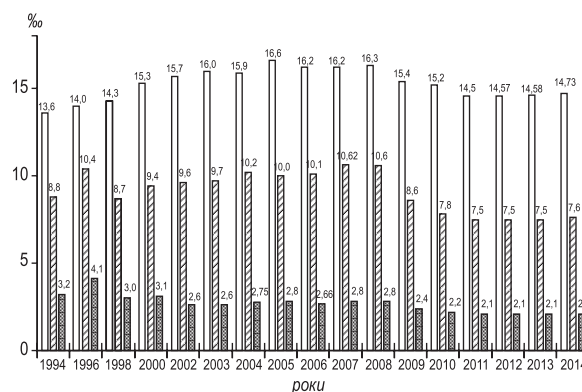
За організаційно-правовими формами господарювання та видами економічної діяльності в Україні державні підприємства складають 3,3 %, комунальні — 3,8 %.

Кількість працівників сільського господарства працездатного віку за формами зайнятості у 2014 р. становила 4924,4 тис. осіб.

Важливим демографічним показником, що характеризує трудовий потенціал, є смертність населення. В Україні вона знаходиться на другому місці в світі після ПАР і найбільша в Європі (15,7 ‰ у

2014 р., за оцінкою США). Країна посідає перше місце в світі за рівнем природного скорочення населення (–6,3 ‰ за 2014 р.).

Вже багато років в Україні (у т. ч. і в 2013–2014 рр.) смертність населення працездатного віку має розбіжності між чоловіками і жінками в 3,66 рази. Смертність осіб працездатного віку значно знижує середню очікувану тривалість життя у чоловіків, здебільшого (70 %) смертність у них припадає на вік 30–60 років. Третина населення не доживає до завершення періоду трудової діяльності (65 років) (рисунок).



Загальна смертність населення (світлі стовпчики), у т. ч. чоловіків (заштриховані стовпчики) і жінок (темні стовпчики) працездатного віку, в Україні (1994–2014 рр.).

Відзначається значний розрив у рівнях чоловічої (66,0 років) і жіночої (75,1 років) середньої тривалості життя, в 2014 році він дорівнює 9,1 років.

Відомо, що гендерні відмінності тривалості життя зумовлені біологічними і генетичними чинниками і становлять 1,9 року, тоді як решта розриву (7,2 років) визначається розбіжностями самозбережувальної поведінки чоловіків і жінок. Чоловіча надсмертність формується в основному за рахунок соціально-гігієнічних факторів, шкідливих і небезпечних умов праці, нічних змін, високого рівня фізичного навантаження, нервово-емоційного напруження (оператори, керівні посади), частішого, ніж у жінок, вживання алкоголю, тютюнопалінню тощо). Дослідниками Інституту демографії НАН України проведено оцінку “запобіжної” смертності населення працездатного віку, тобто смертності від причин, яким можна було б запобігти за умов належної медичної допомоги і різних технологій первинної, вторинної та третинної профілактики, що залишається актуальним у теперішній час [24, 30].

За даними Центру медичної статистики МОЗ України, середня очікувана тривалість життя за останні роки в Україні зросла на 1 рік, тоді як в

країнах ЄС — на 5,2 роки. Тільки з передчасної смерті населення щорічно країна втрачає біля 4 млн років потенційного життя, відповідно недо-вироблення національного продукту на 47,9-89,1 млрд грн. причому більшість втрат зумовлена передчасною смертністю чоловіків.

Рівень смертності серед населення працездатного віку за окремими класами хвороб (а саме від хвороб органів дихання, травлення, новоутворень, туберкульозу, цукрового діабету) не має істотних розбіжностей серед мешканців міських та сільських поселень. Але показники смертності за класами “Хвороби системи кровообігу” і “Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин” набагато вищі серед сільського населення (табл. 3).

Таблиця 3

Смертність у працездатному віці за окремими класами хвороб серед міського і сільського населення (2014 р.) на 100 тис.

Клас хвороб	Міське	Сільське
Новоутворення	198,4	183,2
Хвороби системи кровообігу	869,56	1261,57
Хвороби органів травлення	59,63	56,94
Хвороби органів дихання	28,54	26,74
Туберкульоз	13,18	16,05
Нещасні випадки, отруєння і травми	85,53	111,21

Серед зовнішніх причин з'явилося багато випадків смертей внаслідок бойових дій, навмисних вбивств. Залишаються високими рівні смертності від самогубств, від дії вогню, отруєння алкоголем та іншими отруйними речовинами, випадковими утопленнями. Смертність від зовнішніх причин більш висока в сільській місцевості, причини цього потрібно шукати у соціальних умовах, економічному добробуті, вихованні, наявності шкідливих звичок тощо (табл. 4).

Таблиця 4

Смертність від зовнішніх причин серед міського і сільського населення (2014 р.)

Показник	Міське		Сільське	
	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.
Всього	25232	85,52	14903	111,2
Ушкодження внаслідок воєнних дій	2794	9,47	600	4,48
Нещасні випадки, спричинені дією вогню	683	2,32	750	5,6
Наслідки нападу з метою вбивства	2013	6,82	832	6,2
Отруєння алкоголем	1869	6,67	1623	12,11
Отруєнні речовини (крім алкоголю)	1042	3,53	609	4,54
Самогубство	4296	14,56	3674	27,42
Випадкове утоплення	1118	3,8	1125	8,39

Однією з об'єктивних характеристик стану здоров'я трудового потенціалу є показники захворюваності осіб працездатного віку [12, 13, 32, 39].

За даними Центру медичної статистики МОЗ України, серед населення працездатного віку поширеність захворювань, що зареєстрована закладами охорони здоров'я в 2014 р., становить 3,42 млн випадків, або 135 706,2 випадків на 100 тис. відповідного населення (у 2000 р. — 120 291,2) [11]. Отже за ці 15 років поширеність захворювань зросла на 11,4 %. У структурі поширеності захворювань перше місце належить хворобам системи кровообігу (24,14 %), друге — органів дихання (18,0 %), третє — органів травлення (10,96 %), четверте — сечостатевої системи та сполучної тканини (5,54 %); наступні місця посідають хвороби ендокринної системи, розладів харчування та порушення обміну речовин (5,03 %) та хвороби ока та придаткового апарату (4,75 %). Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин у структурі поширеності захворювань становлять 3,42 % [11]. Вражає, що кожна четверта людина серед працюючих має хворобу системи кровообігу, кожна п'ята — хворобу органів дихання. Рівні поширеності захворювань свідчать, що наявність соматичних захворювань (1357,6 випадків на 1000 працюючих) має тяжкі наслідки щодо працездатності і життя людини.

Рівні поширеності і захворюваності серед міського і сільського населення мають розбіжності майже за всіма класами хвороб, і вони вищі серед міського населення. Проглядається, що захворюваність серед мешканців села менша, а смертність — більша, вочевидь у зв'язку з низькою якістю надання їм медичної допомоги (табл. 5).

Кількість лікарських закладів у сільській місцевості зменшилася від 1007 у 2000 р. до 104 у 2014 р., а кількість ліжок — з 20 275 до 3385, фельдшерсько-акушерських пунктів — від 16 113 до 13 295.

Структура і рівень поширеності та захворюваності серед всього міського і сільського населення за окремими класами хвороб має однакові тенденції з населенням працездатного віку.

Ризики захворюваності і смертності від наведених хвороб є результатом складної соціально-економічної ситуації в країні, що зумовлена стресами, несприятливими умовами праці, економічними негараздами, поширенням шкідливих звичок серед населення, низькою якістю харчування та незадовільною його організацією на роботі і вдома тощо. Зростання захворюваності, смертності, зниження тривалості життя призводять до падіння якості життя і впливають на розвиток держави, стримують економічне зростання. Хворі

Таблиця 5

Структура, рівень поширеності та захворюваності серед міського і сільського населення за окремими класами хвороб (2014 р.), на 100 тис.

Клас хвороб	Міське				Сільське			
	Пошир.	%	Захворюв.	%	Пошир.	%	Захворюв.	%
Усі хвороби	174 400,0	100	65 593,4	100	160 723,4	100	56 183,7	100
Хвороби системи кровообігу	51 667,3	29,6	4 344,0	6,6	55 033,6	34,2	4 465,3	7,9
Хвороби органів дихання	34 809,5	20,0	28 533,4	43,5	31 246,3	19,4	25 525,8	45,4
Хвороби органів травлення	17 760,1	10,2	2 596,5	4,0	14 974,6	9,3	2 753,0	4,9
Хвороби ендокринної системи, розладів харчування та порушення обміну речовин	8 124,8	4,7	912,2	1,4	8 821,2	5,5	1 062,4	1,9
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	9 421,3	5,4	3 075,2	4,7	8 716,3	5,4	2 538,5	4,5
Новоутворення	4 280,7	2,5	941,9	1,4	3 270,0	2,0	634,8	1,1
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	4 662,7	2,7	4 367,5	6,7	3 424,9	2,1	3 241,3	5,8

люди не можуть забезпечити високу продуктивність праці.

Звертає на себе увагу поширеність хвороб за класом “Розлади психіки та поведінки”, яка становила у 2013-2014 рр. понад 1,2 млн осіб, або 4795,7 хворих на 100 тис. населення працездатного віку. Природно, що така кількість населення працездатного віку з розладами психіки має значні медичні, соціальні, моральні і економічні наслідки для суспільства. Ці хвороби часто мають хронічний характер перебігу і потребують значних зусиль як органів охорони здоров'я, так і багатьох державних структур для врегулювання життєвих проблем цієї категорії людей, у т. ч. їх працевлаштування. Показники захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки серед міського та сільського населення істотно не розрізняються.

Серед осіб працездатного віку останніми роками збільшилась кількість випадків хвороб ендокринної системи (понад 1,8 млн чол.), у т. ч. біля 400 тис. чол. із сахарним діабетом [11].

Значною соціальною проблемою для країни є поширеність хронічного алкоголізму (біля 500 тис. осіб, з них понад 200 тис. серед сільського населення) та гострих психотичних алкогольних розладів, наркоманії та токсикоманії.

В Україні вживання чистого алкоголю на душу населення становить 12,0-13,9 л/рік. Тверезий спосіб життя серед осіб старше 18 років ведуть лише 10,6% чоловіків та 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 з алкогольною залежністю. Необхідне введення в дію антиалкогольної політики в державі [6, 10, 14].

Ці люди працездатного віку (майже 650 тис.) з алкогольною і наркотичною залежністю значною

мірою послаблюють трудовий потенціал країни, практично мало беруть участь у виробництві матеріальних благ і часто самі потребують уваги і зусиль суспільства. Через їхню вину виникає багато аварій (на транспорті, пожежі, травми тощо), захворюваність на туберкульоз, венеричні хвороби, ВІЛ-інфекцію, порушення репродуктивного здоров'я.

Також значної уваги потребує захворюваність на інші хвороби: органів дихання, травлення, хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини, сечостатевої системи, травматизм та ін., які знижують рівень і якість здоров'я працюючого населення, мають істотні наслідки для суспільства, знижують його трудовий потенціал.

Значною складовою здоров'я працюючого населення є професійна захворюваність [2, 18-21, 39, 42]. Неприятливі умови праці реєструються на 28,9% робочих місць. Кожний третій працює в умовах, що перевищують ГДК і ГДР. При цьому найгірші умови праці мають місце у видобувній промисловості (вугільна) та обробній (хімічна, металургійна, машинобудування). Показники професійної захворюваності значною мірою кореспондують з несприятливими умовами праці.

За даними Фонду соціального страхування від нещасних випадків та професійних захворювань України, загальна профзахворюваність в країні реєструється від 180 до 205 тис. випадків на рік.

Характерною особливістю динаміки показників *вперше* виявлених випадків професійної захворюваності є перевищення темпів зростання значень показника захворюваності над темпами зростання абсолютної кількості хворих (табл. 6).

В 2010 р. відбулось значне збільшення кількості *вперше* виявлених випадків професійних захворювань — до 9179, рівень професійної захворюваності становив 4,5 на 10 тис. працюючих. У наступ-

ні роки спостерігалось поступове щорічне зменшення кількості вперше виявлених професійних захворювань (до 4352 у 2014 р.). Але рівень професійної захворюваності на 10 тис. працюючих при цьому зростає до 5,3 в 2013 р. і стає дещо нижчим у 2014 р. — 4,1. Таке підвищення рівня професійної захворюваності попри зменшення абсолютної кількості випадків профзахворювань пояснюється тим, що в останні роки відбулось істотне зниження зайнятості населення, що, можливо, пов'язане із соціальною напругою та міграцією населення у зв'язку з проведенням АТО у Східних регіонах.

Таблиця 6
Професійна захворюваність в Україні (2005-2014 рр.)

Роки	Кількість постраждалих	Рівень на 10 тис. працюючих
2005	5962	2,9
2006	6196	2,3
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

Стан професійної захворюваності в Україні має особливості щодо її рівнів і розподілу потерпілих за галузями. Найбільша кількість профзахво-

рювань відзначається у вугільній промисловості. У загальній структурі професійної захворюваності в останнє десятиріччя її частка сягає 79 % (табл. 7).

Спостерігається низький рівень профзахворюваності в легкій, хімічній промисловості, будівництві (в останні роки відбулось зростання до 130-150 випадків), сільському господарстві, охороні здоров'я, де її рівень у кілька разів менший, ніж у країні в цілому. Особливо катастрофічним є становище стосовно виявлення професійних захворювань в сільському господарстві — протягом всього періоду спостереження відбулось стійке зменшення щорічних вперше виявлених випадків від 151 у 2001 р. до 7 (!) у 2014 р. У медичних працівників в останні роки реєструються тільки випадки туберкульозу.

Найбільша кількість професійних захворювань припадає на захворювання органів дихання, кістково-м'язової системи та сполучної тканини, що викликані враженнями нервової системи (табл. 8).

З багатьох причин серед профпатології в останні роки перестала реєструватись значна частина захворювань, які перейшли у сферу загальної захворюваності. Економічні розрахунки свідчать, що навіть при такому рівні профзахворюваності суспільство на ліквідацію їх наслідків втрачає біля 1,14 % ВВП [20].

Отже, забезпечення здоров'я працюючих має бути важливою складовою соціальної політики держави. Реалізація цього важливого завдання можлива шляхом створення безпечних та здорових умов праці, побуту, відповідним вихованням. Виникає по-

Таблиця 7
Динаміка професійної захворюваності в Україні за основними галузями відповідно до КВЕД-2010 (2012-2014 рр.)

Галузь	2012 р.		2013 р.		2014 р.	
	Абс. кільк.	%*	Абс. кільк.	%*	Кільк. випад.	%*
Всього	6145	100,0	5860	100,0	4352	100,0
Промисловість	5968	97,0	5560	94,9	4180	96,0
у тому числі:						
Добувна промисловість	4948	80,5	5023	85,7	3633	83,5
у тому числі:						
- видобування кам'яного вугілля	4861	79,0	4576	78,1	3278	75,3
- видобування залізної руди	500	8,1	258	4,4	215	4,9
- видобування уранової і торієвої руд	66	1,1	85	1,5	83	1,9
Переробна промисловість	510	8,3	528	9,0	538	12,4
у тому числі:						
- металургійне виробництво	119	1,9	147	2,5	65	1,5
- виробництво машин та устаткування	321	5,2	246	4,2	328	7,5
Виробництво та розподілення електроенергії, газу і води	10	0,2	9	0,2	9	0,2
Сільське господарство	34	0,6	13	0,2	7	0,2
Будівництво	-	-	157	2,7	131	3,0
Транспорт та зв'язок	19	0,3	7	0,1	9	0,2
Охорона здоров'я та надання соціальної допомоги	71	1,2	46	0,8	34	0,8
Інші галузі	53	0,9	77	1,3	11	0,2

Примітка: * — питома вага у структурі загальної професійної захворюваності.

Таблиця 8

Розподіл випадків професійних захворювань за діагнозами серед працюючих в Україні (2012-2014 рр.)

Форми патології	2012 р.		2013 р.		2014 р.	
	Абс. кільк.	%	Абс. кільк.	%	Абс. кільк.	%
Всього	6145	100,0	5860	100,0	4352	100,0
у тому числі:						
Хвороби органів дихання	н/д	н/д	4041	83,2	2801	64,4
у тому числі:						
пневмокозіоз	1543	25,6	1551	26,5	942	21,6
хронічний бронхіт	1531	24,9	738	12,6	467	10,7
ХОЗЛ	н/д	н/д	1734	29,6	1389	31,9
Вібраційна хвороба	279	4,5	246	4,2	210	4,8
Сенсоневральна приглухуватість	161	2,6	245	4,2	113	2,6
Патологія опорно-рухового апарату	1323	21,5	1238	21,2	757	17,4
у тому числі:						
викликана ураженням кістково-м'язової системи та сполучної тканини	н/д	н/д	227	3,9	95	2,2
викликана ураженням нервової системи	н/д	н/д	1011	17,3	662	15,2
Інфекційні захворювання	н/д	н/д	42	0,7	37	0,9
у тому числі:						
туберкульоз	н/д	н/д	42	0,7	36	0,9
Злоякісні новоутворення	н/д	н/д	16	0,3	24	0,6
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	н/д	н/д	2	0,03	4	0,09
Хвороби хімічної етіології	153	2,5	139	2,4	140	3,2

треба підвищення ролі системи профілактики в розвитку загальних і професійних захворювань, які є тягарем не тільки на працівників та їх сім'ї, на систему соціального забезпечення, але й на суспільство в цілому. Необхідно, аби уряд, роботодавці і працівники брали активну участь у забезпеченні безпечного і нешкідливого для здоров'я виробничого і навколиш-

нього середовища, добробуту, з чітким визначенням їх прав та обов'язків на законодавчому рівні, з наданням найвищого пріоритету принципам профілактики, яка набагато більш ефективна і менш затратна, ніж лікування або реабілітація. Такий підхід — запорука збереження трудового потенціалу країни.

Список використаної літератури

- База даних Держкомстату [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>
- Басанець А. В., Лубянова І. П. Проблеми професійної патології та шляхи їх вирішення на сучасному етапі // Укр. журн. з проблем медицини праці. — 2009. — № 1. — С. 3-12.
- Бабанов С. А. Профессиональный стресс, или профессиональные поражения эмоциональной сферы // Рус. мед. журн. — 2014. — № 4. — С. 266.
- Березин Ф. Б., Мирошников М. П. Эмоциональный стресс и психосоматические расстройства [Электронный ресурс]. — Режим доступу: https://www.google.com.ua/url?sa=t&rc=t=j&q=&src=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewiq24zc4NHMAhVsEJoKHV1W4yIQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fberезin-fb.su%2Fpsychology_and_psychosomatic%2Femocionalnyj-stress-i-psihosomaticheskie-rasstrojstva-podhody-ktetapii%2F&usg=AFQjCNE3B5Duf06L3KbBPsS6eqpTxbCA&sig2=xLZ-ti8JZKp5kgXpIFBlhw
- Всемирный день охраны труда 2010 — подборка материалов — 28 апреля — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.ilo.org/moscow/areas-of-work/occupational-safety-and-health/WCMS_305901/lang-ru/index.htm
- Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя. — Ле Мон-сюр-Лозан, Швейцария: ВОЗ, 2010 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: www.who.int
- Декларация четвертой конференции на уровне министров по окружающей среде и охране здоровья. Будапешт, Венгрия, 23-25 июня 2004 г. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/88580/E83335R.pdf?ua=1
- Демографічна криза в Україні. Проблеми дослідження, витоки, складові, напрями протидії. — К.: Інститут економіки НАН України, 2001. — 130 с.
- Европейская база данных статистической информации "Здоровье для всех". — Женева: Европейское бюро ВОЗ, 2012 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://www.google.com.ua/url?sa=t&rc=t=j&q=&src=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewiNu46w5NHMAhUKMJ0KHRtJBL0QFggaMA>

- A&url=http%3A%2F%2Fwww.euro.who.int%2Fru%2Fdata-and-evidence%2Fdatabases%2F-european-health-for-all-database-hfa-db&usq=AFQjCNH2cwzDyJWB_9YA4fSE_yMZPeokwg&sig2=5XZlqkpU0f940_FdNfuGKA&bvm=bv.121658157,d.bGs
10. *Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя на 2000-2005 гг.* — Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2000 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/79404/E67946R.pdf
 11. *Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2014 році: статистичний бюлетень / Державна служба статистики України.* — К.: Консультант, 2015. — 336 с.
 12. *Здоров'я* // Википедія [Електронний ресурс]. — Режим доступу <https://ru.wikipedia.org/wiki/Здоровье>
 13. *Комаров Ю.* Кризис, здоровье и здравоохранение (вторая редакция...). — 2010. — 32 стр. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: www.medprivat.ru/?p=1260
 14. *Комитет экспертов ВОЗ по проблемам, связанным с потреблением алкоголя. Серия технических докладов. Второй доклад (№ 944).* — Женева: ВОЗ, 10-13 октября 2006 г. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: www.who.int/publishing
 15. *Кузнецова Е. В., Петровская В. Г., Рязанцева С. А.* Психология стресса и эмоционального выгорания. Стресс на рабочем месте, его причины и последствия [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://window.edu.ru/catalog/pdf2txt/898/76898/59061?p_page=4
 16. *Кундієв Ю. І., Нагорна А. М.* Професійне здоров'я в Україні. Епідеміологічний аналіз. — К.: Авіцена, 2006. — 316 с.
 17. *Кундієв Ю. І., Нагорна А. М., Соколова М. П., Кононова І. Г.* Динаміка професійної захворюваності в Україні та досвід Інституту медицини праці НАМН України // Укр. журн. з проблем медицини праці. — 2013. — № 4. — С. 11-22.
 18. *Милютка Е. В., Андропова Е. Р., Дедкова Л. Е.* Опыт международного сотрудничества в рамках сети стран балтийского моря по профессиональному здоровью и безопасности (BSN) // Мед. труда и пром. экология. — 2013. — № 12. — С. 38-42.
 19. *Нагорна А. М.* Перспективи впровадження інформаційних технологій щодо обліку та аналізу поширеності професійної захворюваності серед працюючих в Україні // 36. мат-лів наук.-прак. конф. "Актуальні проблеми діагностики, лікування та профілактики професійних захворювань" (7 червня, 2013 р.). — Кривий Ріг: Укр. НДІ промислової медицини, 2013. — С. 14-23.
 20. *Нагорна А. М., Колодяжна О. І.* Економічні та медико-соціальні втрати від професійної захворюваності в Україні: методологія та розрахунки // Журн. НАМН України. — 2014. — 20, № 2. — С. 220-228.
 21. *Население Украины* [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B0%D1%81%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5_%D0%A3%D0%BA%D1%80%D0%B0%D0%B8%D0%BD%D1%8B
 22. *Основні причини високого рівня смертності в Україні.* — Київ: Версо-04, 2010. — 66 с.
 23. *Отчет о шестидесяти третьей сессии Европейского регионального комитета ВОЗ.* Чешме, Измир, Турция, 16-19 сентября [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://www.google.com.ua/url?sa=t&trct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj8tv3X1dHMAhXMZpoKHXBgBnUQFggrMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.euro.who.int%2F__data%2Fassets%2Fpdf_file%2F0009%2F241893%2FReport-of-the-sixty-third-session-of-the-WHO-Regional-Committee-for-Europe-w-pictures-Rus.pdf%3Fua%3D1&usq=AFQjCNHc4C_3oGimJiid1p8NnoMb2m6pCw&sig2=t1q0dUVNr4Wz8jQx_403eg
 24. *Пишинов Г. Ю., Кальниш В. В.* Підходи до оцінки ступеня вигорання у осіб з напруженою працею за допомогою логістичних моделей // Укр. мед. часопис. — 2011. — № 3. — С. 101-105.
 25. *Профилактика профессиональных заболеваний.* Доклад МОТ к Всемирному дню охраны труда-2013 // Охорона праці. — 2013. — № 6. — С. 11-19.
 26. *Рабочий стресс* — Википедія [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/Рабочий_стресс
 27. *Сельские жители не имеют доступа к медицинской помощи* [Электронный ресурс]. — Режим доступа: medheal.ru/archives/104
 28. *Смертність населення України у трудоактивному віці.* — К.: Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2007. — 211 с.
 29. *Статистичний щорічник України за 2004 рік.* — К.: Консультант, 2005. — 501 с.
 30. *Статистичний щорічник України за 2010 рік.* — К.: Август-Трейд, 2011. — 560 с.
 31. *Статистичний щорічник за 2014 р.* — К.: Консультант, 2015. — 585 с.
 32. *Улучшение состояния окружающей среды и здоровья в Европе: The Regional Office for Europe of the World Health Organization* [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/276103/Improving-environment-health-europe-ru.pdf
 33. *Цели развития тысячелетия: доклад ООН за 2015 год* [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.un.org/ru/millenniumgoals/mdgreport2015.pdf>
 34. *Черенько Л. М.* Демографічні чинники бідності // Демографія та соціальна економіка. — 2005. — № 1. — С. 28-36.
 35. *Cegolon L., Lange J. H., Mastrangelo G.* The Primary Care Practitioner and the diagnosis of occupational diseases // BMC Public Health. — 2010. — 10. — doi:10.1186/1471-2458-10-405.
 36. *Eight Global Conference on Health Promotion Helsinki application on recording health interests in all strategies — an appeal to action.* Helsinki, Finland, 10-14 June 2013. The Helsinki statement on Health in All Policies [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/statement_2013/en/
 37. *European Health for All database (HFA-DB).* — WHO [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>
 38. *Global evidence on inequities in rural health protection. New data on rural deficits in health coverage for 174 countries* [Электронный ресурс] / МОТ. — Режим доступа: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowResource.action?resource.ressourceId=51297>
 39. *Mäntyniemi A., Oksanen T., Salo P. et al.* Job strain and the risk of disability pension due to musculoskeletal disorders, depression or coronary heart disease: a prospective cohort

- study of 69842 employees // *J. Occupat. Environ. Med.* — 2012. — **69**. — P. 574-581.
40. *Regional Committee for Europe for consideration at its sixty- ...* In a global world, countries are increasingly required to work together to [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance>
41. *Scarselli A., Massari S., Binazzi A. et al.* Italian National register of occupational cancers: Data system and findings // *J. Occupat. Environ. Med.* — 2010. — **52**, Iss. 3. — P. 346-353.
42. *Spreeuwiers D., de Boer A. G., Verbeek J. H., van Dijk F. J.* Evaluation of occupational disease surveillance in six EU countries // *Occup. Med. (Lond.)*. — 2010. — **60**, № 7. — P. 509-516.
43. *WHO Commission on Social Determinants of Health — final_report* [Електронний ресурс]. — Режим доступу: www.who.int/social_determinants/final_report/en/

Одержано 5.12.2015

ТРУДОВОЙ ПОТЕНЦИАЛ В УКРАИНЕ: МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ (обзор литературы и собственных исследований)

А. М. Нагорная

Государственное учреждение “Институт медицины труда НАМН Украины”, 01033 Киев

Проведено изучение и обобщение материалов относительно состояния трудового потенциала в Украине на основе многолетних собственных исследований, мирового и отечественного опыта. Установлено, что трудоспособное население является первоочередной основой формирования трудового потенциала, который в значительной мере определяет уровень и перспективы социально-экономического и духовного развития общества. Состояние заболеваемости и распространенности общей и профессиональной патологии среди населения трудоспособного возраста, характер занятости населения в трудовом процессе, демографические характеристики (численность населения, показатели общей смертности, в частности в трудоспособном возрасте, ожидаемая средняя продолжительность жизни) формируют социально-экономическое развитие страны, качество жизни населения. Медико-социальные расхождения между сельским и городским населением отражаются на уровне показателей здоровья работающих и на перспективах экономического развития Украины. В публикациях за последние годы в Украине и за рубежом приведенные данные относительно разработки методов профилактики общих и профессиональных заболеваний путем комплексного подхода к реформированию системы охраны и гигиены труда, системы здравоохранения, использования медицинских информационных систем. Это требует значительных усилий общества для проведения социально-экономических реформ и разработки адекватного законодательства.

MANPOWER POTENTIAL IN UKRAINE: MEDICO-SOCIAL AND DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS (review of literature and own data)

A. M. Nahorna

State institution “Institute for Occupational Medicine NAMS Ukraine”, 01033 Kyiv

A state of the manpower potential in Ukraine has been investigated and substantiated, based on personal observations for many years and world and national experience. It is established The working population was found to be a first-priority basis for formation of the manpower potential, which significantly characterizes the level and prospects of socio-economic and intellectual development of a society. The state of morbidity and occurrence of general and occupational pathology among the working population, the pattern of employment of the population in the work process, demographic characteristics (population size, general mortality rates, especially at employable age, average life expectancy) form social-economic development of the country and quality of life of the population. Medical and social differences between rural and urban population affect health rates of workers and prospects of economic development of Ukraine. The results of studies published during recent years in Ukraine and abroad contain data on development of preventive measures to control general and occupational diseases through a complex approach to reforms in the system of work protection and occupational health, public health system, and use of health information systems. All these require significant efforts of the society in implementing social and economic changes and development of adequate legislation.