
ЗАНЯТОСТЬ НА РАБОТАХ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ УСЛОВИЯМИ ТРУДА

И.Б. Назарова

В статье рассматриваются особенности занятости и состояния здоровья работников, подвергающихся тем или иным вредным воздействиям на рабочем месте. Материалы основаны на данных официальной статистики, Российского мониторинга экономики и здоровья и других исследований. Работники не всегда обладают полной информацией об условиях труда и их влиянии на здоровье. Несмотря на неблагоприятные условия труда и интенсивную эксплуатацию ресурса здоровья, работники не обеспечены адекватными возможностями его восстановления.

Ключевые слова: рынок труда, здоровье, вредные факторы труда

Организация Объединенных Наций провозгласила, что каждый гражданин в мире имеет право на здоровые и сохранные условия труда¹, которые позволят ему жить полноценной социальной и экономической жизнью [World... 1995]. Ключевым понятием концепции Всемирной организации здравоохранения «Здоровье для всех» и «Здоровье для всех работающих», одобренной в 1996 году, является «охрана здоровья трудящихся».

В Конституции Российской Федерации указано, что каждый гражданин имеет право на труд в условиях, отвечающих требованиям безопасности и гигиены, что труд и здоровье людей охраняются государством. Под безопасными условиями труда понимаются такие, при которых воздействие на работающих вредных или опасных производственных

¹ Условия труда – совокупность факторов производственной среды и трудового процесса, оказывающих влияние на работоспособность и здоровье работника (см.: Федеральный закон «Об основах охраны труда в Российской Федерации» от 20 мая 2002 года).

факторов исключено, либо уровни их воздействия не превышают установленные нормативы. Право на труд в условиях, отвечающих требованиям безопасности и гигиены, подтверждено также Трудовым кодексом РФ. В различной степени отдельные аспекты проблемы охраны труда и здоровья освещены в федеральных законах¹. Между тем в России, как и во всем мире, достаточно много рабочих мест, связанных с факторами, неблагоприятно воздействующими на здоровье. Поэтому тысячи людей продолжают терять здоровье и жизнь на работе.

В данной статье будут рассмотрены условия труда во взаимосвязи с оценками здоровья респондентов и другими индикаторами, характеризующими самочувствие человека и его самосохранительное поведение. Статья основана на данных нескольких исследований: панельные базы данных Российского мониторинга экономического положения и здоровья (РМЭЗ) за период с 1994 года [подробно выборку см.: Сваффорд, Косолапов, Козырева, 1999]; исследование, проведенное автором в 1998 году в городе Казани «Отношение населения к здоровью» (далее – «Отношение к здоровью»), опрошено 509 респондентов²; исследование «Health, health policy and poverty in Russia: the dynamics of the health capacities of the poor and the social policy response» (далее – «Политика здоровья»), по общероссийской репрезентативной выборке опрошено 1 500 человек³ и «Занятые на рынке труда: ресурс здоровья и условия работы» (далее – «Занятые на рынке труда»)⁴, в результате которых получено 151 интервью (глубинные полуструктурированные и неформализованные интервью с различными категориями респондентов); исследование «Здоровье москвичей», проведенное в Москве в 2004 году, опрошено 1 190 человек⁵.

Вредные, опасные и тяжелые условия труда

По данным Государственного комитета РФ по статистике, в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам, в 2001 году в России работало 18,5 %, среди них 22,4 % занятых в промышленности,

¹ Например, законы Российской Федерации «Об обязательном социальном страховании» от 24 июля 1998 года; «Об основах охраны труда в Российской Федерации» от 20 мая 2002 года.

² Финансовая поддержка в рамках конкурса индивидуальных исследовательских проектов Программы по глобальной безопасности и устойчивому развитию Джона Д. и Кэтрин Т. Макаруров, индивидуальный грант № 98-52289. Выборка представительна для города Казани.

³ Финансовая поддержка INTAS Ref. Nr. 03-51-3769.

⁴ Финансовая поддержка в рамках конкурса индивидуальных исследовательских проектов Программы по глобальной безопасности и устойчивому развитию Джона Д. и Кэтрин Т. Макаруров, индивидуальный грант № 04-81338-000-GSS.

⁵ Совместный проект Института социально-экономических проблем народонаселения РАН, Стокгольмского центра изучения здоровья в странах с переходной экономикой (SCOHST) и Университетского колледжа Южного Стокгольма (Швеция).

13,8 % – на транспорте, 10,1 % – в строительстве, 2,4 % – в связи. Под воздействием шума, ультразвука и инфразвука работали 9,0 % (в 1998 году – 9,7 %), вибрации – 2,1 %, запыленности – 5,1 % (в 1998 году – 6,8 %), загазованности – 4,9 % (в 1998 году – 6 %) работников от общей численности занятого населения. Около половины работающих во вредных и опасных условиях труда – женщины [Профессиональные... 2001].

Динамика показателей производственного травматизма и профессиональной заболеваемости в Российской Федерации в период с 1997 по 1999 год шла по нисходящей, затем опять был рост [Четвертый... 2001]. Но даже несмотря на общий спад объемов производства и принимаемые (в том числе Госсанэпидслужбой России) в последние годы меры, условия труда на объектах промышленности и сельского хозяйства остаются неудовлетворительными, практически не снижаются уровни профессиональной заболеваемости и инвалидизации работающего населения. Есть тенденция роста среди профбольных доли женщин. В начале 1990-х годов она составляла около 20 %, а в начале 2000-х – приблизилась к 25 % [Стенограмма... 2000]. Наиболее высоким уровнем профессиональной заболеваемости был в 2001 году [Профессиональные... 2004].

Основными факторами возникновения профессиональных заболеваний являются несовершенство технологических процессов (44,3 %), технологического оборудования (26,0 %), санитарно-технических установок (14,3 %), нарушение санитарно-технических установок (14,3 %), нарушение правил техники безопасности (5,0 %), отсутствие и неприменение средств индивидуальной защиты (1,2 %) и прочие причины (9,1 %) [Амиров и др., 2004]. Таким образом, подавляющее большинство факторов для людей, у которых нет возможности выбора места работы, носит объективный характер, то есть зависят от работодателя и других внешних для работника причин.

По данным Росстата, в 2004 году в охваченных статистическим наблюдением организациях от несчастных случаев на производстве пострадали 87,8 тыс. человек (в 2003 году – 106,7). Численность пострадавших со смертельным исходом в 2004 году по сравнению с 2003 годом снизилась на 6,9 % в целом по Российской Федерации и составила в абсолютном исчислении 3 292 человека (в 2003 году – 3 536). В 2004 году, как и ранее, в общей структуре причин несчастных случаев на производстве преобладали причины организационного характера (неудовлетворительная организация производства работ (10,3 %), нарушение трудовой и производственной дисциплины (8,3 %), недостатки в обучении безопасным приемам труда (6,9 %), неудовлетворительное содержание и недостатки в организации рабочих мест) [Профессиональные... 2001].

По данным РМЭЗ, в 2004 году 18,3 % мужчин и 11,7 % женщин (в 2005 году – 18,3 % и 13,0 % соответственно) ответили, что производство, на котором они работают, является вредным или опасным, то есть

дающим право на досрочное назначение трудовой пенсии и на дополнительные выплаты и льготы. Около половины работающих москвичей (47 %) и жителей Казани (41 %) сообщили о присутствии на рабочем месте факторов, негативно воздействующих на здоровье. Занятые на московском и казанском рынках труда дали своей работе достаточно подробную характеристику. В качестве непривлекательных респонденты перечислили практически все факторы труда, которые действительно негативно влияют на организм человека и в некоторых случаях являются основанием для установления категории вредности, досрочного выхода на пенсию и получения ряда льгот. Каждый пятый участник московского исследования назвал один фактор вредного воздействия, присутствующий на рабочем месте, каждый десятый – два, каждый двадцатый – три и еще каждый двадцатый – от четырех до девяти вредных воздействий. Жители Казани в 1998 году отметили сочетание на рабочем месте от двух до тринадцати вредных влияний.

Некоторые отмечали производственные факторы, определенные трудовым законодательством как опасные. Но кроме них существует достаточно много неблагоприятных условий, которые при воздействии на организм могут разрушать здоровье. Только десятая часть занятых на столичном рынке труда считают, что их работа вообще не связана с негативными характеристиками или вредными воздействиями. Например, в 1993–1994 годах в Таганроге так считали 18 % мужчин и 22 % женщин [Корхова, 1997]. Возможно, структура условий труда изменилась за последние десять лет. Но это может быть объяснено и тем, что мегаполис отличается от других российских городов более жесткими условиями труда и характером работ.

Чаще всего участники исследования «Здоровье москвичей» отмечали на рабочем месте повышенный уровень шума, наличие загрязнений и переохлаждения. Такие факторы, как высокая температура и влажность, присутствуют, как правило, на рабочих местах у женщин 40–49 лет. Работа мужчин связана с частым переохлаждением, высокой влажностью, загрязнениями, вибрацией, а также характеризуется сочетанием вредных качеств. Причем высокие температуры, загрязнения, повышенный уровень шума, вибрация и другие неблагоприятные условия имеют место на рабочих местах, прежде всего, у мужчин в возрасте 50–59 лет. Возможно, эти люди не могут или не хотят поменять место работы, однако для молодежи такие условия труда непривлекательны. Вот что говорит о подобной работе москвич 53 лет:

На заводах остались старики, у которых здоровье уже явно не то. А сейчас опять пошли призывы, что давайте, развивайте все это опять – а с кем?! А молодые ребята на завод не пойдут. Все они рвутся в автомастерские, к легким деньгам и большим. Да, нужны хорошие автомеханики, но их же не нужно столько! Поэтому через 5 лет заводы сами

по себе останутся, там некому просто работать. И учиться очень долго, и практика тоже нужна. Даже если ты ПТУ закончил, то это только теоретически, а чтобы навыки получить, тебе нужно еще пахать и пахать. И вообще идут на заводы неохотно, та же молодежь. И это все потому, что платят там мало. А они приходят и все спрашивают: «А сколько я буду получать?!» Тогда им говоришь, что у нас не получают, а зарабатывают. Он в ответ: «А сколько я реально могу заработать?».

Скорее всего, подобные рабочие места быстрее остальных будут заняты гастарбайтерами из ближнего зарубежья. Часто люди соглашались на непривлекательные работы, когда находятся в трудной ситуации и не имеют выбора.

По данным медицинских исследований, наиболее часто профессиональные заболевания как у женщин, так и у мужчин регистрируются в возрасте 40–59 лет. Эта группа составляет 75,9 % в структуре возрастного распределения больных. Также профессиональные заболевания чаще диагностируются у рабочих со стажем работы 20 лет и больше (60,6 %). Более 20 % работников с профессиональными заболеваниями имеют два и более профзаболевания [Амиров и др., 2004].

На основе данных исследований, проведенных в Москве и Казани, можно сказать, что по всем позициям наличия вредных воздействий на рабочем месте мужчины опережают женщин, особенно это касается повышенного уровня загрязнения и наличия вибрации. Однако во вредных условиях труда женщины работали дольше мужчин или равное с ними количество лет. Например, женщины в среднем на пять лет дольше работали в условиях повышенного загрязнения. Возможно, мужчины легче меняют место работы – расстаются с рабочим местом и находят работу.

Особенности занятости работников вредных производств

В 2004 и 2005 годах у каждого двадцатого занятого на вредных производствах (ВП) была какая-нибудь работа, помимо основной. Приблизительно столько же занимались разовыми подработками. Это может быть связано с тем, что администрация оставалась должна какие-либо деньги – каждому пятому работнику в 2004 году и 16 % – в 2005 году. В течение последних 12 месяцев каждому десятому работнику вредных производств уменьшали зарплату или сокращали часы работы не по их желанию. В течение последних перед опросом 12 месяцев администрация отправляла 4 % работников в вынужденный неоплачиваемый отпуск, что лишало их средств к существованию, высвобождало время для дополнительной работы и выталкивало во вторичный рынок занятости.

К особенностям крупных химических производств можно отнести непрерывный цикл работы, когда работникам приходится работать в три смены, что, с одной стороны, способствует включению работников

во вторичную занятость, а с другой — предъявляет к организму человека повышенные требования, связанные с необходимостью перестройки суточных биоритмов. И то и другое является дополнительными нагрузками на организм.

В соответствии с законодательством каждый работник имеет право на получение достоверной информации об условиях и охране труда на рабочем месте, о существующем риске повреждения здоровья, о мерах по защите от воздействия вредных или опасных производственных факторов (Федеральный закон «Об основах охраны труда в Российской Федерации» от 10 января 2003 года). Однако люди иногда не знают о наличии вредных воздействий на рабочем месте или не представляют, как именно вредные факторы могут влиять на здоровье. Например, большинство (58,9 %) участников казанского исследования 1998 года на прямой вопрос о наличии вредных условий на рабочем месте ответили, что их работа не связана с вредными воздействиями, у 21,0 % вредность присутствовала, но респонденты не знали ее категорию, 8,6 % затруднились ответить, у 7,9 % вредность была второй и у 3,5 % — первой категории.

Особенно опасно незнание вредных воздействий на рабочем месте для женщин фертильного возраста, планирующих беременность. По данным исследования, проведенного в 1996 году в Казани ¹, те или иные вредные условия на рабочем месте имели 32,8 % женщин, родивших детей с малым весом (в том числе недоношенными) ². Среди них вредность первой категории на производстве была у 22,2 %, второй — у 13,9 %, третьей — у 2,8 %. Остальные не знали точно категорию, но знали о наличии вредных воздействий, поскольку должны были раньше выйти на пенсию, получали надбавки к зарплате и молоко.

Наши респондентки говорили о нарушениях законодательства или о его формальном исполнении. Так, беременная работница, работающая в цехе с вредными условиями труда, перевелась на более легкую работу, но в том же самом помещении и продолжала находиться под действием тех же самых химических факторов.

О том, что у них точно не было вредных условий труда до беременности, полагали 12,7 % женщин, в первой половине беременности — 15,1 % и только 12,7 % — преимущественно на протяжении всей беременности. При этом треть женщин, отмечавших наличие вредных условий на рабочем месте, хотели выйти на ту же работу (в основном из-за низкого материального уровня семьи) до исполнения ребенку полутора

¹ Исследование проведено автором в 1995 году в Казани, в Татарском республиканском Центре охраны семьи, материнства и детства.

² Рождение детей с малым весом (МВР) может быть объяснено стрессом, изнурительным трудом, курением, излишним потреблением алкоголя в ходе беременности и другими аспектами поведения. Выхаживание недоношенных детей обходится государству в 250–300 раз дороже, чем доношенных [Кризис... 1994].

лет. Участницы глубинных интервью в отношении планов на будущее дали несколько вариантов ответов (в порядке убывания): «Останусь на вредном производстве и рискну родить еще одного ребенка; останусь на вредном производстве, но рисковать и рожать больше не буду; сменю место работы и через некоторое время попробую родить здорового ребенка». Неудивительно, что около половины (41,8 %) участниц исследования — женщин, родивших детей с малым весом, хотели бы сменить место работы.

Связь образования, профессии и вредных условий труда

По данным исследования «Здоровье москвичей», чем ниже уровень образования опрошенных, тем больше вредных факторов присутствует на рабочем месте. Исключение составляют разве что сотрудники армии или милиции, имеющие достаточно высокий уровень образования, но называющие несколько вредных факторов: прежде всего сверхурочные, работу в ночное время, частые стрессы. Более того, служащие армии и милиции нерешенные бытовые проблемы также считают вредными факторами трудовой деятельности — к таким вопросам они относят невозможность заработать на жилье или получить квартиру по месту работы. Среди вредных факторов рассматриваются также возможное несение службы в местности, где отсутствуют нормальные условия для себя и членов семьи: некомфортабельное жилье, отдаленность медицинской помощи, объектов культурной и социальной сферы.

С понижением уровня образования растет количество вредных факторов физического воздействия (хотя не отмечаются стрессовые). Так, люди со средним общим образованием выполняют работу, на которой присутствует монотонный труд, частое переохлаждение, высокие температуры, загрязнения и сочетание нескольких вредных воздействий. Работники с низким уровнем образования чаще были заняты на работах, где необходимо находиться в положении стоя более 5 часов в день, с большими физическими нагрузками, в условиях большой запыленности, влажности, высоких и низких температур, без вентиляции; работать в подвальном помещении, в ночные часы, под действием вибрации. Людям с высшим образованием, как правило, приходилось сочетать работу с учебой, а также много работать за компьютером.

Самому высокому уровню образования, по данным исследования «Здоровье москвичей», соответствует самый высокий уровень стресса, такое сочетание отмечено в сфере финансов и кредита. Представители армии, милиции, системы здравоохранения и органов управления также охарактеризовали свою работу как стрессовую, с высокими психоэмоциональными нагрузками. Условия труда с наименьшим воздействием вредных факторов, но с высоким уровнем стресса — в органах

управления. Занятые в строительстве чаще других отмечали присутствие вредных факторов на рабочем месте, что соответствует данным официальной статистики. Очевидно, что в каждой отрасли напряженная работа имеет свою «цену».

Определенные нарушения здоровья соответствуют тому или иному виду профессиональной деятельности. Более того, есть профессии наиболее опасные не только для здоровья, но и для жизни. По количеству погибших на производстве в 2004 году лидирующие позиции занимали такие профессии, как водитель, шахтер, строительный рабочий, механизатор, электромонтер, почтальон [Профессиональные... 2001].

Меняется качественный состав рабочей силы. Ежегодно на рынок труда приходит все больше высокообразованных россиян, как правило, в меньшей степени готовых к работе в неблагоприятных условиях труда, на непрестижных работах, к которым можно отнести вредные, опасные и тяжелые условия труда, в том числе, связанные с рабочими профессиями.

Происходят структурные изменения: существенно снижается доля занятых в таких традиционно травмоопасных отраслях, как сельское хозяйство, строительство, однако в них же растут показатели профессиональной заболеваемости. Число профзаболеваний и травматизма не может снизиться даже за счет перераспределения рабочей силы из более опасных сфер занятости в менее опасные, например в торговлю и общественное питание, где численность работников возросла с 1992 по 2004 год с 5 679 до 11 335 человек [Россия... 2006]. Также следует учитывать и изменение структуры заболеваемости, которое должно последовать за изменением структуры занятости, например существенное увеличение рабочих мест в сфере финансов и госуправления, где наиболее высок уровень напряжения.

Вместе с тем структура занятости менялась и по уровню квалификации. Так, численность неквалифицированных рабочих с 1997 по 2002 год уменьшилась на 12 %, квалифицированных – увеличилась на 10 % и полуквалифицированных – на 5 % [Капелюшников, 2006]. Это позволяет предположить, что за данными переменами последуют изменения в качестве рабочих мест, поскольку наиболее низкий уровень квалификации предполагает и наиболее неблагоприятные условия на рабочих местах. Полуквалифицированные рабочие в основном заняты в промышленности (34 %), сельском хозяйстве (16 %) и на транспорте (23 %), близкий к этому отраслевой профиль имеют и неквалифицированные рабочие, среди которых более половины трудятся в промышленности, сельском хозяйстве и торговле [Капелюшников, 2006]. Как было сказано выше, сельское хозяйство, промышленность и транспорт – наиболее неблагоприятные отрасли с точки зрения опасности получения травм и профзаболеваний.

Самооценки здоровья и самосохранительное поведение работников вредных производств

Каждый десятый мужчина и 16 % женщин, занятых на московском рынке труда, сообщили, что им тяжело качественно выполнять свою работу, а 3 % мужчин и 4 % женщин отметили, что им вообще трудно работать из-за плохого состояния здоровья, особенно это касается работ, связанных с переохлаждением, высокими температурами, повышенной влажностью, вибрацией и сочетанием нескольких вредных воздействий.

По данным РМЭЗ, у мужчин, занятых на вредных производствах, состояние здоровья в соответствии с самооценкой и по методике EuroQol (EQ-5D)¹ практически не отличается от остальных. Женщины, работающие под действием вредных факторов, оценивают свое здоровье ниже, больных и нездоровых по методике EQ-5D среди них тоже несколько больше, чем среди работниц других сфер. Средняя самооценка состояния здоровья у мужчин, занятых на вредных производствах, выше, чем у других работающих, а у женщин — наоборот. Возможно, мужчины, в отличие от женщин, идут на вредное производство, когда уверены в состоянии своего здоровья.

Более или менее объективные характеристики здоровья — наличие проблем с ним в последние 30 дней — также показывают, что у мужчин и у женщин, занятых на вредных работах, проблемы бывают реже, но легкие недомогания бывают у женщин чаще. Работники вредных производств при возникновении проблем со здоровьем ведут себя активнее остальных и обращаются за квалифицированной помощью чаще.

Выявление профессиональных заболеваний

В законе «Об основах охраны труда в Российской Федерации» сказано, что работник обязан соблюдать требования охраны труда и при поступлении на работу проходить обязательные предварительные и периодические (в течение трудовой деятельности) медицинские осмотры (Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ «О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии» от 14 марта 1996 года) и обследования. Однако, если человек нездоров, то его, скорее всего, не примут на работу, связанную с вредным производством. Но если работник потеряет на этом производстве здоровье, то это не значит, что он уйдет сам или его уволят: часто люди продолжают работать даже при ухудшении самочувствия. Наш

¹ Шкала EuroQoL (EQ-5D), разработанная интернациональной исследовательской группой с центром в Нидерландах в 1987 году, предназначена для замера статуса здоровья и позволяет оценить состояние здоровья, подробно см.: [Richard Brooks... 1996].

респондент, работник ВП, предположил, что на государственных предприятиях остались работать люди с низким уровнем здоровья, поскольку частному предпринимателю больные не нужны:

Последний профосмотр недавно проходили, так 50–60 % надо вообще отправлять по инвалидности на пенсию. Если установят профнепригодность, то могут предложить другую работу – хочешь, работай, а не хочешь... Но это так все завуалировано, потому что если они увольняют по состоянию здоровья, это одно. Я могу и в суд подавать, и пенсию с предприятия требовать как за профзаболевание. А если я уйду по собственному желанию, то меня как бы и никто не заставлял, я сам подписал. Поэтому вынуждают, специально предлагая такую работу и заработок, что никто работать не будет, сам уйдет. Это чтобы пенсию не платить. Так аккуратненько к этому подводят (мужчина, 50 лет, Воронеж).

В соответствии с приказом министра здравоохранения от 1996 года, должны проводиться мероприятия по специальной подготовке врачей всех специальностей, осуществляющих предварительные и периодические медицинские осмотры работников по вопросам профпатологии (Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ «О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии» от 14 марта 1996 года). Однако, по мнению экспертов, на сегодняшний день сложилась тупиковая ситуация, когда в силу экономических причин медицинские учреждения не могут в полном объеме обеспечивать необходимую работу по диспансерному наблюдению для работающих во вредных условиях труда, в это же время и среди работодателей нет прямой заинтересованности, законодательно подкрепленной, в том чтобы проводить эту работу. К сожалению, и работники, боясь потерять работу и остаться без средств к существованию, готовы скрывать свои заболевания, и медики выявляют их на последних стадиях [Онищенко, 2003]. Работники делают все, чтобы сохранить работу, в том числе подделывают справки о состоянии здоровья или договариваются с врачами: *«Был профосмотр, там была наша участковый врач, мне повезло, она меня знает и ситуацию в моей семье знает, а если бы другая была, то еще, может, и уволили бы по состоянию здоровья из-за того, что я им теперь не подхожу»* (мужчина, 50 лет, Воронеж).

Эксперты сожалеют о том, что существовавшая в системе советского здравоохранения промышленная медицина, которая включала более тысячи медико-санитарных частей, на сегодняшний день переживает не лучшие времена [Онищенко, 2003]. По данным исследования, проведенного среди российских предприятий, более 80 % из них предоставляли медицинские услуги в 1990 году, в 2003 году 2/3 предприятий содержали объекты (в основном в форме медпунктов, расположенных на территории предприятия), предоставляющие медицинские услуги. Более 20 % передали медицинские учреждения муниципалитетам [Naaparanta et al., 2003].

Последние годы идет сокращение медицинских организаций при предприятиях, но на преуспевающих предприятиях не произошло значительных изменений, и работники продолжают обслуживаться в ведомственных поликлиниках или за счет средств добровольного медицинского страхования. Однако работники переживают, что врачи, работающие по договорам и специализирующиеся на профессиональных заболеваниях, не понимают специфики работы в отличие от тех, которые годами работали в ведомственной поликлинике, знали своих пациентов и даже вели научные исследования по проблематике профзаболеваний. Другая проблема, сопровождающая потерю поликлиники, — это снижение обращаемости работника в случае болезни, поскольку поликлинику по месту жительства посетить гораздо сложнее, чем при производстве.

Период «распада» проходили не только производства, но и их социальная сфера. Теряли квалификацию как работники предприятий, так и врачи, обслуживающие их. Врачи, комментируя эту ситуацию, отмечают проблемы пациентов, но говорят еще и о проблемах медицинских работников:

Раньше я работала в ведомственной поликлинике, мы обслуживали крупное химическое предприятия, многие работницы которого попали под сокращение, но продолжали приходить в нашу поликлинику, поскольку мы обслуживали население и по месту жительства. Был период, когда многие из сокращенных, не найдя работу, занялись челночеством и торговали на уличных базарах. Я видела, как меняются их проблемы со здоровьем. Проблемы, связанные с химическим воздействием, перешли в проблемы гинекологии из-за простудных заболеваний — переохлаждения на улице, ношения тяжестей. Потом наша поликлиника перестала быть ведомственной, у предприятия ее отобрали и перевели в муниципалитет. Но это было промежуточным шагом, поскольку затем главный врач ее приватизировал, и многие врачи уволились. Сейчас предприятие возрождается, набирает обороты, приходят новые работники и возвращаются в цеха те, кто работал там раньше. Но в поликлиниках либо уже нет специалистов, которые бы имели опыт диагностики и лечения работников химического производства, либо они многое забыли из того, что знали (врач УЗИ бывшей ведомственной поликлиники).

Действительно и ведомственные поликлиники, и МСЧ рассматривали работника как неотъемлемую часть определенной среды, а не просто лечили его от болезни [Чубарова, 2003]. Сложатся ли подобные отношения между предприятиями и коллективами медработников, обслуживающих трудящихся по договору, пока сказать невозможно.

Защитные мероприятия

В соответствии с законодательством Российской Федерации каждый работник имеет право на охрану труда (Федеральный закон «Об

основах охраны труда в Российской Федерации» от 10 января 2003 года). После принятия Федерального закона «Об основах охраны труда в Российской Федерации» и утверждения в 1997 году Минтрудом России положения о порядке проведения аттестации рабочих мест по условиям труда в стране начала создаваться система аттестации рабочих мест как одно из наиболее важных направлений обеспечения безопасных условий труда [Свирская, 2003]. Однако аттестация на российских предприятиях была проведена не полностью, и, несмотря на значительные трудовые и финансовые затраты, контрольные мероприятия не оказали существенного влияния на улучшение условий труда и появление экономической заинтересованности работодателей в их совершенствовании и повышении ответственности за здоровье работников [Там же].

Несмотря на сохранение неблагоприятных тенденций в динамике профзаболеваний и травматизма, сокращалась доля некоторых компенсаторных мероприятий. Например, дополнительные (компенсационные) отпуска за работу в неблагоприятных условиях труда сократились в период с 1992 по 1998 год соответственно с 38,3 до 28,5 %, предоставление бесплатного лечебно-профилактического питания – с 3,2 до 2,8 % [Кулишова, 2000]. В новой редакции закона «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» не предусмотрена оплата дополнительного питания (Федеральный закон «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон “Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний”» от 7 июля 2003 года). Постоянно нарушались права людей, получивших профессиональные заболевания и увечье на производстве. Ликвидированные и неплатежеспособные предприятия не выплачивали им пособия по увечьям и профзаболеваниям [Сколько стоит... 1998].

Ответственность работодателя проявляется также в обеспечении работников медицинской страховкой по дополнительному социальному страхованию и организации служб здравоохранения по месту работы. Однако договор на дополнительное добровольное медицинское страхование (ДМС), обслуживание с какой-нибудь страховой фирмой в 2004 году был только у 8,5 % мужчин и у 3,7 % женщин, занятых на вредных производствах, а также у 4,6 % мужчин и 3,4 % женщин, занятых на других видах работ. В 2005 году договоры были у 9,7 % мужчин и 3,8 % женщин, занятых на вредных производствах и у двадцатой части занятых на других работах. Причем большинству из тех, у кого есть договор на ДМС, оплачивал его работодатель: в 2005 году 95 % мужчин и 92,3 % женщин, имеющих договор на ДМС, его оплатило предприятие.

Как видим, работники, занятые на вредных производствах, чаще включены в программу добровольного медицинского страхования. Но женщины были застрахованы по ДМС в 2–3 раза реже мужчин, возмож-

но, потому, что их меньше в составе руководящего звена, труд их меньше ценится, а также может быть и потому, что они выполняют менее вредную работу. На других предприятиях подобного гендерного разрыва нет. Также очевидно, что ДМС обеспечена лишь небольшая доля занятых на вредных производствах, следовательно, ДМС сегодня является не общепринятым защитным мероприятием на ВП, а привлекательным бонусом лишь для некоторых работников некоторых производств.

В 1998 году был принят закон о страховании от несчастных случаев на производстве, однако, как отмечают эксперты, эффективность его механизма очень низкая. Пока еще не выполнены такие задачи, как оценка профессиональных рисков, анализ профессиональной обусловленности заболеваемости, прогноз и рекомендации по их снижению, формирование системы льгот для предприятий, работающих без травм и аварий, организация лечения пострадавших, а также медицинская, социальная и профессиональная реабилитация [Трумель, 2003].

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

Несмотря на низкий уровень здоровья работающего населения, в последние годы создание и финансирование медсанчастей все больше становится не целью государственной здравоохранительной политики, а индивидуальным выбором работодателей [Чубарова, 1999]. Вместе с тем, как отмечают наши респонденты (работники и врачи), решение о заключении договора по обслуживанию предприятий часто определяет величина «отката», а не интересы работников. «Откаты» заменяют издержки, связанные с содержанием медицинских учреждений на предприятиях.

В Концепции программы «Здоровье работающего населения России» предлагается обязать работодателей создать определенное количество рабочих мест для трудоустройства работников, имеющих производственные заболевания и с последствиями производственных травм, предусмотрев оплату за счет медицинского страхования [Концепция... 2004]. Безусловно, это необходимо сделать, но основным направлением работ в деле охраны труда должно стать полное обеспечение безопасных условий труда на всех предприятиях. Но на сегодняшний день остается более выгодным выплачивать компенсации за тяжелые условия труда и нанимать дополнительную дешевую рабочую силу, а не вкладывать

средства в безопасные технологии. В настоящее время компенсации получают около 50 % работающего населения [Трумель, 2003].

Рациональное отношение к здоровью, по словам респондентов, — значит больше зарабатывать, чтобы лучше жить и лучше заботиться о здоровье. Люди считают, что заработок даст возможность создать благоприятную для здоровья среду обитания: приобрести квартиру в экологически чистом и удобном (в отношении транспорта) месте. Оборудовать квартиру техникой, обеспечивающей поддержание благоприятных условий проживания и экономии времени на выполнение физической работы, высвобождение его на отдых. Организовать отдых в конце дня, недели, во время отпуска получить положительные эмоции, лечение в санатории, посещать спортивные секции, заниматься деятельностью, позволяющей поддержать настроение и хорошее самочувствие. Вместе с тем ситуация для большинства работников наемного труда в России — это отсутствие возможности преодолеть структурные ограничения рынка труда. Барьеры преодолевают лишь единицы, кто нашел ресурс для смены профессии, получения образования, смены места жительства и работы. Только получается, что структурные условия неблагоприятны для большинства работающего населения, в том числе и для высокообразованной и высококачественной рабочей силы.

Список литературы

Амиров Н. Х., Берхеева З. М., Малышева И. Ю., Шакирова Л. В., Берхеев И. М. Современные тенденции развития службы профпатологии в Республике Татарстан // Общественное здоровье и здравоохранение. 2004. № 1. С. 48–50.

Закон Российской Федерации от 24 июля 1998 года № 125 «Об обязательном социальном страховании». Федеральный закон № 181-ФЗ от 17 июля 1999 года «Об основах охраны труда в Российской Федерации» (В редакции законов РФ от 20 мая 2002 года, 10 января 2003 года №15-ФЗ).

Капелюшников Р. И. Структура российской рабочей силы: особенности и динамика. Препринт WP3/2006/04. Серия WP3. Проблемы рынка труда. М.: ГУ – ВШЭ, 2006.

Концепция президентской программы «Здоровье работающего населения России на 2004–2015 гг.» // Сайт Совета Федерации Федерального собрания Российской Федерации. 2004. Доступно по адресу: <http://www.council.gov.ru/Baikal/koncep2.htm>.

Корхова И. Производственная деятельность и здоровье // Семейное благосостояние и здоровье. Проект «Таганрог – три с половиной». Т. 1 / Под. ред. Н. М. Римашевской. М.: ИСЭПН РАН, 1997. С. 104–107.

Кризис в области смертности, здоровья и питания. Центральная и Восточная Европа в переходный период. Государственная политика и социальные условия // Региональный мониторинговый доклад № 2. Флоренция: Детский Фонд объединенных наций. Международный детский фонд развития, 1994.

Кулишова Р. С. Рекреационное обслуживание и здоровье // Народонаселение. 2000. № 3. С. 112–118.

Онищенко Г. Г. Медицинские аспекты охраны здоровья населения, занятого на производстве // Профессия и здоровье: аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. 2003. № 24 (217). Доступно по адресу: <http://www.budgetrf.ru/Publications/Magazines>.

Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 14 марта 1996 года № 90 «О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии» (в редакции приказов Минздрава России от 11 сентября 2000 года № 344; от 6 февраля 2001 года № 23).

Профессиональные заболевания. Информация подготовлена АОЗТ «Информационные технологии управления – ВНИИТ» (АО ВНИИТ). 2001. Доступно по адресу: http://www.risot.safework.ru/Occupational_diseases_2001.asp.

Профессиональные заболевания // Российская информационная система охраны труда. 2004. Доступно по адресу: http://www.risot.safework.ru/occupational_diseases2004.asp.

Россия в цифрах, 2005. М.: Федеральная служба государственной статистики. 2006. Доступно по адресу: <http://www.gks.ru/bgd/regl/brus05/IsWPrx.dll/Stg/06-03.htm>

Сваффорд М., Косолапов М. С., Козырева П. М. Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения России (РМЭЗ): Измерение благосостояния россиян в 90-е годы // Мир России. 1999. № 3. С. 153–172.

Свирская Г. П. Медико-социальный аудит как организационно-правовая форма оценки влияния условий труда и производственных рисков на здоровье работающих на предприятиях крупного, среднего и малого бизнеса // Профессия и здоровье: аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. 2003. № 24 (217).

Сколько стоит... увечь? // Российские вести. 1998. № 63. 8 июля. С. 1.

Стенограмма пленарного заседания Государственной Думы РФ 10 марта 2000 года, вечернее заседание. Выступление министра здравоохранения РФ Ю. Л. Шевченко. Материалы подготовлены Информационно-аналитическим отделом «АКДИ Экономика и жизнь». 2000. Доступно по адресу: http://www.akdi.ru/gd/plen_z/2000/s10-03_v.htm.

Трумель В. В. Современные возможности профсоюзов в охране здоровья работников предприятий // Профессия и здоровье: аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. 2003. № 24 (217).

Четвертый периодический доклад Российской Федерации по осуществлению международного пакта об экономических, социальных и культурных правах. 2001. Доступно по адресу: <http://www.seprava.ru/library/doc14.html>; <http://www.gks.ru>.

Федеральный закон от 17 июля 1999 года № 181-ФЗ «Об основах охраны труда в Российской Федерации» (в редакции законов РФ от 20 мая 2002 года, 10 января 2003 года № 15-ФЗ).

Федеральный закон от 7 июля 2003 года № 118-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон “Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний”».

Чубарова Т. В. Социальная политика и охрана здоровья работающих: Потенциал предприятия // Куда идет Россия?... Кризис институциональных систем: Век, десятилетие, год. М.: Дело, 1999. С. 300–306.

Чубарова Т. В. Охрана здоровья работающих и социальная ответственность работодателей: на примере служб здравоохранения по месту работы // Управление здравоохранением. 2003. № 9. С. 7–17.

Haaparanta P., Juurikkala T., Lazareva O., Pirttilä J., Solanko L., Zhuravskaya E. Firms and public service provision in Russia. 2003 // Страница Е. Журавской на сайте Центра экономических и финансовых исследований и разработок в Российской экономической школе. Доступно по адресу: http://www.cefir.ru/ezhuravskaya/research/Naaparanta_et_al_2003.pdf.

Marmot M., Siegrist J., Theorell T., Feeney A. Health and the psychosocial environment at work // Social determinants of health / M. Marmot, R. Wilkinson (Eds). New York: Oxford University Press, 1999. P. 105–131.

Mulatu M. S., Schooler C. Casual connections between socio-economic status and health: Reciprocal effects and mediating mechanisms // Journal of Health and Social Behavior. Issue 1. 2002. Vol. 43. P. 22–41.

Richard Brooks and EuroQol Group. EuroQol: the current state of play // Health Policy. Issue 1. 1996. Vol. 37. P. 53–57.

World Health Organization. Global Strategy on Occupational Health for All. The Way to Health at Work. Geneva: WHO, 1995.

Инна Борисовна Назарова
старший научный сотрудник лаборатории гендерных проблем,
Институт социально-экономических проблем
народонаселения РАН
электронная почта: Nazarova@hse.ru
