

С.А. СУСЛИН, В.В. ПАВЛОВ, О.Г. НИКОЛЬСКАЯ

Самарский государственный медицинский университет

**ЗДОРОВЬЕ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ:
СОВРЕМЕННЫЕ ОЦЕНКИ И ТЕНДЕНЦИИ**

В статье представлен обзор литературы по актуальным медико-социальным проблемам состояния здоровья работающего населения. Отмечается многоаспектность вопроса с точки зрения оценки смертности населения, заболеваемости по обращаемости, медицины труда. В то же время рассмотрение вопросов формирования здоровья работающего населения в контексте его взаимодействия с медицинскими организациями представлено в ограниченном объеме и требует более широкого изучения.

Ключевые слова: *здоровье работающего населения, смертность, заболеваемость, трудоспособный возраст*

Суслин Сергей Александрович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением. E-mail: sasuslin@mail.ru.

Павлов Василий Васильевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой управления качеством в здравоохранении ИПО. E-mail: pavlovvv@samaraonko.ru.

Никольская Ольга Георгиевна – заместитель главного врача ГБУЗ СО «СГБ № 10», соискатель кафедры управления качеством в здравоохранении ИПО. E-mail: cbapchberica01@mail.ru.

S.A. SUSLIN, V.V. PAVLOV, O.G. NIKOLSKAYA

Samara State Medical University

WORKERS' HEALTH: CURRENT ASSESSMENT AND TRENDS

The article presents literature review of the current medical and social problems concerning the health of working population. Multidimensional approach with regard to mortality, morbidity level and occupational medicine assessment is paid particular attention. Meanwhile the problems of working population health maintenance in regard to their interaction with the medical organizations is limited and requires more extensive study.

Keywords: *health of the working population, mortality, morbidity, the working age*

Sergey Suslin – Doctor of Medicine, Head of the Chair of Public Health and Health Care with the Course of Economics and Health Management. E-mail: sasuslin@mail.ru

Vasiliy Pavlov – Doctor of Medicine, Head of Chair of Health Care Quality Control of PEI. E-mail: pavlovvv@samaraonko.ru

Olga Nikolskaya – Deputy Chief Physician of Samara City Hospital № 10, Applicant of the Health Care Quality Control Chair of PEI. E-mail: cbapchberica01@mail.ru

Социально-экономическое развитие любого государства во многом определяется состоянием его трудовых ресурсов, качество которых зависит от здоровья населения преимущественно трудоспособного возраста. Характерная демографическая черта последнего времени – сокращение численности трудоспособного населения России, что ведет к прогрессирующей трудовой недостаточности и является фактором снижения национальной безопасности страны. Сокращение численности трудоспособного населения в стране началось с 2007 года, когда насчитывалось 90,1 млн жителей данной возрастной группы. В 2014 году зафиксировано 85,2 млн человек трудоспособно-

го возраста, что на 5,4% ниже уровня 2007 года [11, 15, 33, 38].

Снижение численности населения трудоспособного возраста обусловлено сложившейся половозрастной структурой, которая, в свою очередь, сформирована многолетними низкими показателями рождаемости и высокими цифрами смертности населения в трудоспособном возрасте. Согласно прогнозам Росстата, до 2026 года численность населения трудоспособного населения страны и его удельный вес в структуре общей численности населения будут сокращаться, а коэффициент демографической нагрузки повысится до 776-878 лиц моложе и старше трудоспособного

возраста на 1000 лиц трудоспособного возраста [32].

В России остается высоким уровень смертности населения в трудоспособном возрасте (5,7 умерших на 1000 лиц соответствующего возраста в 2014 году), что продолжает оказывать негативное влияние на ожидаемую продолжительность жизни (ОПЖ). Анализ динамики смертности мужского и женского населения трудоспособного возраста в России за последние два десятилетия свидетельствует о том, что, несмотря на позитивные изменения последних лет, стандартизованные по возрасту коэффициенты смертности оставались выше уровня 1990 года по большинству причин смерти. За этот же период в странах Европейского Союза (ЕС) смертность мужчин (15—59 лет) и женщин (15—54 лет) почти от всех причин снизилась. В 1990 году стандартизованный коэффициент смертности мужского населения России был выше по сравнению со странами ЕС в 2,1 раза, к 2011 году разрыв возрос до 3,5 раз. Соответственно ОПЖ населения в России, несмотря на ее увеличение, ниже, чем в западноевропейских государствах. В экономически развитых странах ОПЖ при рождении составляет около 80 лет (у мужчин — 76-78 лет, у женщин — 82-85 лет). В России ОПЖ по данным на 2014 год составила 70,9 лет, то есть на десять лет меньше, чем в странах ЕС. Особенно низкой остается продолжительность жизни мужского населения (65,3 года) относительно женского (76,5 лет) [12, 21, 52].

Основными причинами смерти в трудоспособном возрасте являются болезни системы кровообращения (30%), внешние причины смерти (26%) и новообразования (14,5%). Смертность в трудоспособном возрасте существенно различается по полу: у мужчин она заметно выше. В 1995 году смертность мужчин трудоспособного возраста превышала смертность женщин трудоспособного возраста в 4,3 раза (12,8 против 3,0 на 1000 человек). Спустя десять лет различия по полу сократились до 3,8 раз, поскольку несколько увеличилась смертность женщин до 3,4‰ против 13,0 у мужчин в 2005 году. Начиная с 2006 года смертность в трудоспособном возрасте сокращалась, причем у мужчин быстрее, чем у женщин. В результате в 2013 году смертность мужчин трудоспособного возраста (8,6‰) превышала смертность женщин трудоспособного возраста (2,4‰) в 3,6 раза [26, 28, 30].

Инвалидность трудоспособного населения приводит к снижению трудового потенциала государства и является важ-

ным фактором, определяющим здоровье населения. При росте общего контингента инвалидов, состоящих на учете в Пенсионном фонде, за 1997-2014 годы с 7,9 до 12,6 млн человек, число инвалидов трудоспособного возраста в 2014 году составляло 3,8 млн человек, или 4,5% численности данной возрастной группы. С 2006 года в связи с изменением подходов к определению статуса инвалида снижается уровень первичной инвалидности среди взрослого населения, причем у лиц трудоспособного возраста более медленными темпами. Так, в 2013 году число впервые признанных инвалидами (ВПИ) в трудоспособном возрасте уменьшилось по сравнению с 2008 годом на 11,4%, а число инвалидов среди взрослого населения в целом — на 22,2%. Неравномерное снижение численности первичных инвалидов различных возрастных групп ведет к росту доли инвалидов трудоспособного возраста в общей численности ВПИ. Если в 2008 году удельный вес инвалидов трудоспособного возраста составлял 44,7% общего числа ВПИ среди взрослого населения, то в 2013 году он вырос до 48,3% [11, 13, 17, 18].

Многочисленные исследования отечественных и зарубежных специалистов показывают значимую роль влияния на благополучие населения трудоспособного возраста факторов образа жизни, включая вредные привычки и производственную среду, а также комплекс социально-экономических механизмов обусловленности качества здоровья [1, 2, 7, 36, 41, 42, 43, 49, 50].

Всемирная организация здравоохранения выражает озабоченность состоянием здоровья работающих во многих странах мира и степени их подверженности профессиональным рискам. Подчеркивается, что наряду с условиями труда и медико-профилактическими мероприятиями, здоровье работающих зависит от политики в отношении занятости [4].

В 2014 году в России уровень занятости населения трудоспособного возраста составил 76,0% (78,8% у мужчин и 72,9% у женщин), что превышает данные десятилетней давности на 4,9%. Занятость населения в городах (77,7%) выше, чем в сельской местности (70,7%). Согласно критериям Международной организации труда (МОТ), среди экономически активного населения в возрасте 15-72 лет 5,2% относилось к числу безработных. В то же время на учете в государственных учреждениях службы занятости населения на конец 2014 года состояло менее миллиона

человек, или 1,1% от численности экономически активного населения. Из числа безработных по критериям МОТ лиц, на учете в службе занятости состоит менее четверти из них, что указывает на наличие скрытой безработицы [20, 53].

Средний возраст экономически активного населения постоянно повышается: в 2014 году он составил 40,4 года против 39,6 лет в 2005 году (у мужчин за десять лет средний возраст занятых вырос с 39,2 до 39,9 лет, у женщин с 40,1 до 41,0 лет). При этом средний возраст занятого населения был выше, чем аналогичный показатель для безработных на 4,6 года. Характерно, что в более старших возрастных группах доля безработных ниже, чем в более молодых [31].

Безработица снижает качество жизни и приводит к многочисленным негативным последствиям как для отдельных лиц и семей, так и общества в целом.

О связи безработицы как важнейшей причины бедности с нарушениями здоровья свидетельствуют работы отечественных и зарубежных авторов [9, 44, 45, 46, 51].

Низкие показатели состояния здоровья работающего населения обуславливают такие факторы, как вредные, тяжелые и опасные условия труда, нерациональный режим труда и отдыха. Удельный вес работников, занятых в производствах с вредными и опасными условиями труда, значительно увеличился в течение 90-х годов прошлого столетия и продолжает расти. По данным Росстата удельный вес работников, занятых во вредных условиях труда, в период с 2007 по 2012 год вырос с 24,9% до 31,8% – практически каждый третий работник в стране трудится во вредных условиях. Общие затраты на компенсации за работу во вредных и (или) опасных условиях труда, страховые выплаты и пособия Фонда социального страхования Российской Федерации, а также ежегодные расходы Пенсионного Фонда Российской Федерации в связи с выплатой досрочных пенсий составляют ежегодно около 440 млрд. рублей [54].

Вредные и опасные условия труда формируют профессиональные заболевания, которые имеют значительные медицинские, социальные и экономические последствия, связанные с длительным затратным лечением, продолжительной временной нетрудоспособностью пострадавших, высоким уровнем инвалидности, значительными компенсационными выплатами. В России отмечается неадекватно низкий по сравнению с развитыми странами уровень профессиональ-

ной заболеваемости, за период с 2001 по 2011 год официально регистрируемые ее показатели снизились с 2,24 до 1,92 на 10 тысяч работников, то есть почти на четверть [8, 14].

Состояние условий и охраны труда вызывает особую тревогу на малых предприятиях. В 2014 году в стране насчитывалось свыше двух миллионов малых предприятий (2104 тысячи), на которых работали более 11,7 млн человек. По данным выборочных обследований, на малых предприятиях регистрируются самые неблагоприятные условия труда, включая повышенную тяжесть труда (вследствие низкой механизации), работу в неблагоприятных микроклиматических условиях, нерациональные режимы труда и отдыха. Регистрируемые уровни заболеваемости с временной утратой трудоспособности вследствие профессиональных заболеваний на малых предприятия в два раза ниже, чем в целом по стране [22, 29].

Производственный травматизм в РФ в соответствии с официальными данными снижается достаточно быстрыми темпами. За период с 2000 по 2014 год регистрируемые показатели уменьшились с 5,1 до 1,4 на 1000 работников, то есть более чем в три раза. Производственный травматизм влечет за собой значительные экономические потери, в том числе рабочего времени, связанные с временной нетрудоспособностью. За рассматриваемый период количество зарегистрированных производственных травм в стране снизилось в 4,8 раза, почти в 2,9 раза сократилось общее число человеко-дней нетрудоспособности, а средняя длительность одного случая нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве, напротив, возросла более чем в 1,7 раза, что свидетельствует о регистрации преимущественно тяжелых травм [23].

Важным критерием состояния здоровья работающего населения является заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ВУТ). По данным В.О Щепина (2012) общий объем затрат и косвенных потерь при временной нетрудоспособности может составлять около 4,5% от ВВП страны. В 90-е годы XX века начали снижаться показатели числа случаев и числа дней нетрудоспособности в расчете на 100 работающих. В 2006 году они составили 51,7 случаев и 742 дня, что на треть ниже уровня начала 1990-х годов, а еще спустя пять лет – 41,9 случая и 549,4 дней соответственно. Одновременно стала увеличиваться средняя длительность одного случая заболевания: если в 1986 году она составила в России 12,1 дня,

то к 2006 году достигла 14,0 дней и соответствует данному значению в настоящее время. Причинами необоснованного продления сроков временной нетрудоспособности, по данным экспертных оценок, являются: ошибочная диагностика (в 11,9% случаев), не полностью уточненная диагностика (в 26,8%), что обусловило назначение неадекватного лечения (в 17,0%), несвоевременное стационарное лечение (в 4,6%), необоснованное стационарное лечение (в 0,8%), неиспользование необходимого стационарного лечения (в 1,5% случаев) [25, 39].

В последние годы частота и число дней временной нетрудоспособности (ВН) не меняются у женщин, а мужчин снижаются, что, впрочем, вряд ли связано с укреплением их здоровья. Согласно шкале Е.Л. Ноткина (1979), показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности характеризуются очень низкими цифрами. Наибольший вклад в заболеваемость с ВУТ вносят болезни органов дыхания, костно-мышечной системы и соединительной ткани, травмы и отравления, болезни системы кровообращения. Отмечается тенденция увеличения продолжительности одного случая ВН, что свидетельствует о позднем обращении работников за медицинской помощью, когда заболевание запущено и времени на выздоровление требуется больше [19, 24, 34, 35, 47, 48].

Согласно данным Л. Гореловой (2016), при опросе 2000 человек, работающих по найму, 18% респондентов при плохом самочувствии никогда не берут листок нетрудоспособности и продолжают ходить на работу, 63% оформляют его редко, 11% пользуются такой возможностью лишь иногда. Только 8% респондентов пользуются своим правом на листок нетрудоспособности и лечатся дома. Чаще всего сотрудники отказываются оформлять листок нетрудоспособности, чтобы не терять часть зарплаты: эту причину назвали 37% участников опроса, 22% не хотят связываться с бюрократией – тратить время на очереди в поликлиниках и получение документов. Почти столько же отмечают, что работать им придется в любом случае, а в домашней обстановке это делать неудобно, поэтому они продолжают ходить на работу больными. Каждый десятый опрошенный опасается, что коллеги или начальство посчитают его недостаточно мотивированным к работе, а 5% и вовсе опасаются из-за листка нетрудоспособности потерять работу [5].

Снижение заболеваемости с ВУТ на фоне достаточно высоких уровней ин-

валидности и смертности населения трудоспособного возраста не может быть признано положительным явлением, поскольку свидетельствует о социально-экономических проблемах на фоне низкого уровня санитарной и производственной культуры, а также невысоком материальном статусе работающего населения, стремящегося ценой собственного здоровья обеспечить приемлемый экономический достаток. Выявлены значительные отраслевые различия в показателях временной нетрудоспособности. Так, наиболее высокий уровень временной нетрудоспособности (дней временной нетрудоспособности на 100 работающих в год) отличен в обрабатывающей и добывающей отраслях, сфере здравоохранения и социальных услуг, а также на предприятиях энергетической отрасли [37].

К началу 1990-ых годов в системе здравоохранения функционировали свыше тысячи медико-санитарных частей, более 1500 врачебных и 20 тысяч фельдшерских здравпунктов, в промышленном здравоохранении работали 80 тысяч врачей. Большинство крупных предприятий имело собственные санатории-профилактории. В настоящее время в РФ остро стоит проблема воссоздания системы охраны здоровья работающего населения, адаптированной к новым социально-экономическим условиям [8, 16, 40].

Высокая смертность населения в трудоспособном возрасте является одним из вызовов современной системе здравоохранения. Во многом современная система охраны здоровья, основанная все еще на приоритетах лечения, а не профилактики, фактически защищает интересы тех, кто не достиг трудоспособного возраста или из него вышел. К настоящему моменту в России принят ряд программных документов, функционируют центры здоровья, проводится диспансеризация населения, несколько повысились ставки акцизов на алкоголь и табак, но этих мер недостаточно. Необходимо сосредоточить усилия на развитии профилактического направления, что в комплексе с увеличением финансирования здравоохранения позволит сохранять и развивать потенциал активной части общества, снизить потери трудоспособного населения [3, 6, 10, 27].

Таким образом, проблемы состояния здоровья работающего населения достаточно широко освещены в научных публикациях, особенно с точки зрения анализа смертности населения, заболеваемости по обращаемости, медицины

труда. В то же время оценка современных медико-социальных аспектов здоровья работающего населения в контексте его взаимодействия с медицинскими организациями представлена в ограниченном числе и требует более широкого рассмотрения.

Список литературы

1. Алиева Л.А. Исследование образа жизни и здоровья работников промышленных предприятий: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2011 – 21 с.
2. Антонова Н.Н. Социально-экономическая обусловленность качества здоровья российского населения: социологический анализ // Вестник Волгоградского гос. университета. Серия 7: Философия. Социология и социальные технологии. – 2013. – № 1. – С. 169-172.
3. Беляева Ю.Н. Болезни органов пищеварения как медико-социальная проблема // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2013. – № 3. – Т. 3. – С. 566-568.
4. Глобальный план действий по охране здоровья работающих на 2008-2017 гг. Шестидесятая сессия ВОЗ. – Женева. 23 мая 2007. – 12 с.
5. Горелова Л. Сотрудники российских компаний предпочитают болеть на ногах // Ведомости. №. 4007// <http://www.vedomosti.ru/management/articles/2016/02/03/626540-sotrudniki-rossijskih-kompanii-predpochitayut-bolet-nogah> (дата обращения: 03.02.2016 г.)
6. Гуляева С.Ф., Ценеков А.С., Шихова Е.В. Диспансеризация часто и длительно болеющих – эффективный путь снижения потерь по временной нетрудоспособности в рамках российского национального проекта «Здоровье» // Вятский медицинский вестник. – 2011. – № 1. – С. 3-6.
7. Захаренков В.В., Вибляя И.В., Олещенко А.М. Здоровье трудоспособного населения и сохранение трудового потенциала Сибирского федерального округа // Медицина труда и пром. экология. – 2013. – № 1. – С. 6-10.
8. Измеров Н.Ф. Актуализация вопросов профессиональной заболеваемости // Здоровоохранение РФ. – 2013. – № 2. – С. 14-17.
9. Измеров Н.Ф. Здоровье трудоспособного населения России // Медицина труда и промышленная экология. – 2005. – № 11. – С. 3-9.
10. Измеров Н.Ф., Бухтияров И.В., Прокопенко Л.В. Концепция осуществления государственной политики, направленной на сохранение здоровья работающего населения России на период до 2020 года и дальнейшую перспективу // Здоровье населения и среда обитания. – 2014. – № 9. – С. 4-8.
11. Измеров Н.Ф., Тихонова Г.И. Проблемы здоровья работающего населения в России // Проблемы прогнозирования. – 2011. – № 3. – С. 56-70.
12. Измеров Н.Ф., Тихонова Г.И., Горчакова Т.Ю. Смертность населения трудоспособного возраста в России и развитых странах Европы: тенденции последнего двадцатилетия // Вестник Рос. Академии мед. наук. – 2014. – № 7. – С. 121-126.
13. Инвалидность. Росстат. 2015. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/#.
14. Костенко Н.А. Условия труда и профессиональная заболеваемость как основа управления рисками работников: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2015. – 23 с.
15. Кудрина Н.В. Медико-демографические процессы и трудовой потенциал Самарской области // Известия Самарского научного центра РАН. – 2010. – Т. 12. – № 1 (6). – С. 1560-1563.
16. Лавлинская Л.И., Черных Е.А., Лавлинская Т.А. Социально-гигиеническая характеристика трудоспособного населения с сердечно-сосудистой патологией // Межд. научно-исслед. журнал. – 2015. – № 7-5 (38). – С. 32-34.
17. Мавликаева Ю.А. Научное обоснование мер по предупреждению потерь трудового потенциала вследствие инвалидности взрослого населения на региональном уровне: Автореф. дис. ...доктора мед. наук. – М., 2012. – 46 с.
18. Немцверидзе Э.Я. Медико-социальные аспекты инвалидности среди трудоспособного населения // Научные ведомости Белгородского гос. университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2012. – № 10-1 (129). – Том 18. – С. 1-3.
19. Ноткин Е.Л. Об углубленном анализе данных заболеваемости с временной нетрудоспособностью // Гигиена и санитария. – 1979. – № 5. – С. 40-46.
20. Обследование населения по проблемам занятости: Федеральная служба государственной статистики. URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b15_30/Main.htm.
21. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении. Росстат. 2015 URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/demo26.xls.
22. Основные показатели деятельности малых предприятий (включая микропредприятий) в 2014 году URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/business/inst-preob/tab-mal_pr_m.htm.
23. Производственный травматизм. Росстат. 2015. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/wages/working_conditions.
24. Румянцева А.И. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности в Республике Саха (Якутия) и ее медико-экономическая характеристика / А.И. Румянцева: Автореф. дисс. ...канд. иед. наук. – М., 2013. – 24 с.
25. Саркисов К.А. Теоретические и организационно-методические аспекты экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы в условиях реформирования здравоохранения и социальной защиты населения / Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 2002. – 48 с.
26. Смертность населения в трудоспособном возрасте (оперативная информация) за январь-июнь 2014 и 2015 г. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/.
27. Смертность трудоспособного населения России и Беларуси как угроза демографическому развитию территорий / А.А. Шабунова,

- Л.П. Шахотько, А.Г. Боброва, Н.А. Маланичева // Эконом. и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2012. – № 2 (20). – С. 83-94.
28. Стекольников Л.В. Травмы и отравления как причина смертности населения трудоспособного возраста / Л.В. Стекольников // Проблемы соц. гигиены, здравоохран. и истории мед. – 2012. – № 4. – С. 23-27.
29. Степанов Е.Г., Фасиков Р.М. Проблемы медицины труда на предприятиях малого и среднего предпринимательства // Медицина труда и пром. экология. – 2008. – № 5. – С. 24-27.
30. Тишук Е.А. Смертность трудоспособного населения // Мед. статистика и оргметодработа в учрежд. здравоохран. – 2012. – № 1. – С. 14-23.
31. Труд и занятость в России – 2015 г.: Федеральная служба государственной статистики / http://www.gks.ru/bgd/regl/b15_36/Main.htm.
32. Тяжлов Н.А. Медико-социальные аспекты смертности населения трудоспособного возраста (по материалам Рязанской обл.): Диссертация ... канд. мед. наук. – Рязань, 2005. – 152 с.
33. Указ Президента РФ от 12 мая 2009 г. № 537 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года».
34. Филиппов Ю.Н. Абаева О.П., Франк Д.Л. Анализ показателей заболеваемости офицеров Вооруженных сил Российской Федерации как основа для совершенствования системы охраны здоровья военнослужащих // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Мед. науки. – 2013. – № 1 (25). – С. 144-148.
35. Хайруллина Л.Р. Юсупова Н.З., Шамсиаров Н.Н. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности работников сельского хозяйства // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 1. – С. 1-6.
36. Хлопова Т.В. Здоровье как элемент качества трудовой жизни // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2012. – № 3-2 (91). – С. 153-156.
37. Хромушина Т.С., Аксенов В.А. Анализ отраслевых различий заболеваемости с временной утратой трудоспособности в Оренбургской области // Здравоохранение Рос. Фед. – 2015. – № 2. – С. 18-24.
38. Численность и состав населения. Росстат. 2015. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/.
39. Щепин В.О. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности населения Российской Федерации // Проблемы соц. гигиены, здравоохран. и истории мед. – 2012. – № 4. – С. 6-9.
40. Щепин О.П., Коротких Р.В., Растегаев В.В. Результаты изучения состояния профилактики заболеваний и диспансеризации населения на селе // Социология медицины. – 2011. – № 2. – С. 45-47.
41. Щетинин С.А. Разработка мероприятий по снижению травматизма среди трудоспособного населения мегаполиса: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2015. – 26 с.
42. Blackwell D.L., Lucas J.W., Clarke T.C. Summary health statistics for U.S. adults: national health interview survey, 2012 // Vital Health Stat. – 2014. Feb. – 161 p.
43. CDC National Health Report: leading causes of morbidity and mortality behavioral risk and protective factors United States, 2005-2013 / N.B. Johnson, L.D. Hayes, K. Brown, E.C. Hoo, K.A. Ethier // MMWR Surveill Summ. – 2014. – Т. 63. – Suppl. 4. – P. 3-27.
44. Contribution of non-work and work-related Risk Factors to the Association between Income and Mental Disorders in a Working Population: the Health 2000 Study / M. Virtanen, S. Koskinen, M. Kivimäki, T. Honkonen, J. Vahtera, K. Ahola, J. Linnqvist // Occup. Environ. Med. – 2008. – № 65. – P. 171-178.
45. Do employment protection policies reduce the relative disadvantage in the labor market experienced by unhealthy people? A natural experiment created by the Great recession in Europe / A. Reeves, M. Karanikolos, J. Mackenbach, M. McKee, D. Stuckler // Soc. Sci. Med. – 2014. – № 121. – P. 98-108.
46. Employment status, mental disorders and service use in the working age population / T. Honkonen, M. Virtanen, K. Ahola, M. Kivimäki, S. Pirkola, E. Isometsä, A. Aromaa // Scand. J. Work Environ Health. – 2007. – № 33 (1). – P. 29-36.
47. Health care expenditures among working-age adults with physical disabilities: variations by disability spans / C. Puumakam, J.C. Probst, K.J. Bennett, J. Hardin, S. Xirasagar // Disabil. Health J. – 2013. – № 6. – P. 287-296.
48. Is temporary employment a risk factor for work disability due to depressive disorders and delayed return to work? The Finnish Public Sector Study / J. Ervasti, J. Vahtera, P. Virtanen, J. Pentti, T. Oksanen, K. Ahola, M. Kivimäki, M. Virtanen // Scand. J. Work Environ Health. – 2014. – № 40. – P. 343-252.
49. Low-socioeconomic status workers: their health risks and how to reach them / J.R. Harris, Y. Huang, P.A. Hannon, B. Williams // J. Occup. Environ. Med. – 2011. – № 53. – P. 132-138.
50. Residential rurality and oral health disparities: influences of contextual and individual factors / S. Ahn, J.N. Burthdine, M.L. Smith, M.G. Ory, C.D. Phillips // J. Prim. Prev. – 2011. – № 32. – P. 29-41.
51. Unemployment at a Young Age and Later Unemployment in Native Swedish and Immigrant Young Adults / M. Helgesson, B. Johansson, T. Nordqvist, I. Lundberg, E. Vingard // J. Epidemiol. Community Health. – 2010. – № 64. – P. 24-31.
52. URL: <http://www.rosminzdrav.ru/news/2015/08/12/2488-minzdrav-rossii-provel-analiz-dinamiki-pokazateley-smernosti-v-rossiyskoy-federatsii>.
53. URL: <http://www.rosmintrud.ru/2015/employment>.
54. URL: <http://www.rosmintrud.ru/2013/labour/safety/124>.