

пороза и не получавших антиостеопоротической терапии, отмечаются нарушения костного обмена. У 56,4% пациенток диагностирован ОП (первичный — у 78%, вторичный — у 22%), у 36% — остеопения, в 7,6% случаев потери костной ткани не выявлено. При оценке десятилетнего риска переломов по FRAX установлено, что 15,7% женщин нуждаются в профилактических мероприятиях, 72,7% — в назначении антирезорбтивной терапии. При сопоставлении результатов, полученных по FRAX и с применением традиционных методов диагностики ОП, в антирезорбтивной терапии нуждались 72,7% обследованных пациентов согласно FRAX и только 56,4% в соответствии с результатами DEXA, при этом в 36,2% случаев назначение терапии было необходимо по данным обоих методов (при этом среди 8,2% пациентов с остеопенией по данным DEXA и патологическим переломом лишь 2% была показана антирезорбтивная терапия по методике FRAX, из 24,9% женщин с ОП без переломов и 23,2%, страдающих остеопорозом и имеющих низкоэнергетические переломы в анамнезе, — 18,1 и 16,1% соответственно). Пациентов, не требующих антирезорбтивной терапии по методике FRAX и традиционным методам диагностики, оказалось 7,1%. Женщин, не требующих лечения ОП, согласно стандартной методике, было 43,6%, из них 36,5% нуждались в антирезорбтивной терапии в соответствии с результатами FRAX. Таким образом, количество пациентов, требующих антирезорбтивной терапии, согласно методике FRAX, превышает число больных, которым показано лечение остеопороза по результатам традиционных методов обследования. При этом чувствительность FRAX среди пациентов, требующих лечения согласно стандартным методи-

кам (у больных с ОП без патологических переломов, с ОП при наличии низкоэнергетических переломов в анамнезе и остеопении с наличием патологического перелома), составила 70,3, 71,5 и 24,3% соответственно. Чувствительность FRAX наименьшая при остеопенических показателях, согласно DEXA, и наличии патологических переломов. Таким образом, методика FRAX не может быть рекомендована как наиболее дешевый и информативный метод выявления пациентов, требующих терапии остеопороза. В то же время среди обследованных, не нуждающихся в антиостеопоротической терапии в соответствии с данными денситометрии информативность методики FRAX выше стандартных методов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аудит состояния проблемы остеопороза в странах Восточной Европы и Центральной Азии 2010 IOF. http://osteoporosis.belmapo.by/downloads/2011/global_...
2. Официальный сайт ВОЗ <http://www.who.int/en/>
3. Официальный сайт IOF <http://www.iofbonehealth.org/health-professionals/frax.html>

Поступила 12.03.12

Сведения об авторах:

Маличенко С. Б., д-р мед. наук, проф., зав. каф. клинической и социальной гериатрии Российского университета дружбы народов; *Мащенко Е. А.*, канд. мед. наук, доц. каф. клинической и социальной гериатрии Российского университета дружбы народов; *Огай Д. С.*, канд. мед. наук, зав. онкологическим-гинекологическим отд-нием ГБУЗ МО Московский областной онкологический диспансер.

Для контактов:

Мащенко Елена Александровна, 109388, Москва, ул. Шоссейная, 43. Телефон: 8(495)353-44-80, e-mail: ele-mashchenko@yandex.ru

©Л. П. ХРАПЫЛИНА, 2012

УДК 614.2:331.25

Л. П. Храпылина

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОДОЛЖЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И УВЕЛИЧЕНИЕ ВОЗРАСТА ВЫХОДА НА ТРУДОВУЮ ПЕНСИЮ

Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, Москва, Московский государственный технический университет им. Н. Э. Баумана

В статье рассмотрены современные проблемы увеличения возраста выхода на трудовую пенсию в России. Рассмотрены мотивации на трудовую деятельность лиц пожилого возраста. Обоснованы медико-социальные факторы, влияющие на продолжение профессиональной деятельности пожилых людей. Представлены методические подходы к оценке профессиональных рисков и изложены основы медико-социальной защиты от потерь трудового потенциала этих работников.

Ключевые слова: пенсионный возраст, профессиональная деятельность, профессиональные риски, медико-социальная защита от потерь трудового потенциала, социально-медицинские услуги.

MEDICAL AND SOCIAL FACTORS THAT AFFECT THE CONTINUATION OF THE PROFESSIONAL ACTIVITIES OF ELDERLY PEOPLE AND RAISE THE AGE OF ENTERING THE LABOR PENSION

L.P.Khrapylina

The article deals with contemporary problems of increasing the age of exit for labor pension in Russia. The motivation to work for the elderly has been considered. Substantiated medical and social factors affecting the continued professional activity of

older people. The methodical approach to the assessment of occupational risks and the fundamentals of medical and social protection against loss of employment potential of these workers.

Key words: retirement age, occupation, occupational hazards, medical and social protection against loss of employment potential, social and medical services.

В современной России для пенсионеров по возрасту характерно низкое качество жизни, из-за того что большинство из них бедны и социальная активность их снижена. Пенсионное обеспечение и меры социальной поддержки не покрывают расходов, необходимых для удовлетворения социальных потребностей этих людей, и обеспечения им достойной жизни. Реальным источником денежных доходов у 99% таких пенсионеров является трудовая пенсия, покупательная способность которой не у всех достигает показателей прожиточного минимума.

Практически во всех развитых странах мира выход на пенсию по возрасту связан с достижением 65 лет у мужчин и 60 лет у женщин. В Российской Федерации выход на пенсию по возрасту регулируется положениями законодательства, принятыми в Советском Союзе еще в конце 1920-х годов, согласно которым пенсионный возраст для мужчин 60 лет, для женщин 55 лет.

После выхода на пенсию более половины пожилых людей в возрасте до 65 лет, как правило, стремясь сохранить социальную активность и желая продолжить работать, занимаются трудовой деятельностью, приносящей определенный доход и повышение качества их жизни. В возрастной группе 65—70 лет в трудовую деятельность вовлечена треть пожилых людей, а среди лиц старше 70 лет работают единицы. Таким образом, практика доказывает, что трудовая деятельность доступна человеку в возрасте старше 60 лет и она повышает его благосостояние.

С возрастом усугубляется нагрузка на личный бюджет пенсионера по отдельным особо значимым для него расходам. Вопреки распространенному мнению о минимизации потребностей пожилого человека и в этом свете о минимизации его расходов результаты целевых исследований указывают на то, что с возрастом изменяются приоритеты затрат, причем в сторону дорогостоящих (по рыночным меркам) социальных услуг. Особое значение при этом приобретают затраты на медицинскую помощь и лекарства в связи с ухудшением состояния здоровья, а также оплату услуг при решении жилищно-коммунальных, бытовых и иных вопросов жизнеобеспечения.

Структуру расходов пожилых людей можно представить следующим образом: на питание — 62,9%, на непродовольственные товары — 8%, на медицинские и социальные услуги — 15%, на лекарства — 14,1%. Данная структура отличается от структуры бюджета прожиточного минимума пенсионера, принятого в России. Очевидно, что пенсионерам приходится тратить имеющиеся у них средства по-иному, чем это предполагается используемыми официальными расчетами. Особенно обращают на себя внимание существенное снижение по сравнению с предусмотренными затратами расходов на питание и большие траты на социальные услуги и лекарства.

Для изучения распространенности признаков бедности среди лиц пожилого возраста в 11 российских регионах было проведено специальное исследование с охватом 4,6 тыс. респондентов, результаты которого представлены в таблице.

В качестве изучаемых признаков использовались принятые в российской и международной исследовательской практике показатели.

Представленные в таблице данные свидетельствуют о том, что многие пожилые люди вынуждены ограничивать свои притязания по широкому кругу социальных и обычных житейских потребностей. Значительное число пожилых людей вынуждено недоедать, лишаться регулярного употребления мясных и рыбных продуктов, фруктов и овощей. За счет личных ресурсов эти люди не в состоянии обеспечить себя необходимой им дополнительной к гарантированной государством медицинской и социальной помощью. Они практически не имеют возможности для организации собственного отдыха и развлечений, лишаются естественных человеческих потребностей делать подарки своим самым дорогим для них родственникам. Все это указывает на низкий уровень социального положения пожилых людей в России.

С выходом на пенсию значительно снижаются социальный статус пожилого человека и его общественная роль. В результате этого происходит изменение ценностных ориентаций пенсионеров в сфере труда и досуга; изменение образа жизни; снижается участие в общественной жизни и семейно-бытовой деятельности. Вместе с тем все исследователи человеческого потенциала старшего поколения убедительно доказывают, что лица пожилого возраста являются потенциальными носителями общественно значимой активности, в том числе и в сфере труда. Жизненный и профессиональный опыт старшего поколения представляет большую социальную и экономическую ценность. В условиях дефицита трудоспособного населения и кадровых проблем развивающейся экономики эти граждане должны рассматриваться как потенциальные трудовые ресурсы.

Есть и другая сторона проблемы целенаправленного вовлечения государством лиц пожилого возраста в трудовую деятельность. Она связана со старением населения и уменьшением численности его трудоспособной части и как следствие увеличением экономической нагрузки на трудоспособное население в плане солидарной ответственности за пенсионное и социальное обеспечение.

Все обозначенные аспекты побуждают государство и общество к постановке вопроса об изменении возраста выхода на трудовую пенсию и занятости соответствующих категорий работников. В России дискуссии на тему изменения возраста выхода на трудовую пенсию идут в течение последнего десятилетия, причем преимущественно они охватывают экономические вопросы. Такой подход, как полагает автор, не-

Структура распространенности признаков бедности у пожилых людей

Признак бедности	Городские жители		Сельские жители	
	имеющие доход ниже ПМ	имеющие доход на уровне и выше ПМ	имеющие доход ниже ПМ	имеющие доход на уровне и выше ПМ
Недоедание	9,3	0,7	14,0	2,4
Употребление мясных или рыбных блюд менее двух раз в неделю	40,9	14,7	50,4	16,0
Отсутствие возможности приобретать в необходимом количестве предметы гигиены	0,6	0,2	—	0,8
Отсутствие средств на ремонт и обновление одежды	6,0	4,8	12,4	6,4
Отсутствие средств на ремонт и обновление обуви	8,9	4,8	17,1	6,4
Отсутствие и невозможность приобрести холодильник	3,9	0,5	8,5	3,2
Отсутствие и невозможность приобрести самую простую мебель	4,2	2,3	7,0	1,6
Отсутствие и невозможность приобрести даже черно-белый телевизор	4,5	1,2	10,9	2,4
Отсутствие денег на жизненно важные лекарства и медицинские приборы	38,2	13,6	32,6	15,2
Отсутствие возможности обращаться к платным врачам в случае неполучения бесплатной медицинской помощи	34,9	16,1	38,8	19,2
Отсутствие возможности организовать ритуальные обряды без обременительных долгов	7,1	5,9	31,8	5,6
Отсутствие возможности покупать фрукты и овощи	8,9	0,8	28,4	5,4
Отсутствие возможности делать даже самые скромные подарки внукам и детям	14,0	2,9	19,0	4,1
Отсутствие возможности позволять себе хотя бы редко покупать любимые деликатесы	72,1	68,8	72,5	75,2
Отсутствие возможности даже в случае крайней необходимости сделать ремонт в доме	35,7	15,2	57,4	27,2
Отсутствие средств на самый неприятный отдых и развлечения	90,5	78,0	85,4	98,9

Примечание. ПМ — прожиточный минимум.

достаточно отражает суть проблемы и поиск путей ее решения. В теоретическом и прикладном плане проблема трудовой активности этих категорий населения должна рассматриваться комплексно, с позиций экономики, социологии, психологии и медицины. С точки зрения автора медико-социальные основы должны занимать базовое место в построении концептов трудовой деятельности пожилых людей.

Социологические исследования мотивов, касающихся продолжения профессиональной деятельности современных пенсионеров, выявили следующие результаты. Были выделены 3 группы факторов, влияющих на мотивацию продолжения трудовой деятельности пенсионеров: экономический (материальные трудности), социальный (стремление к сохранению своего социально-профессионального статуса, передаче опыта, наставничеству, сохранению связи с коллективом и обществом в целом — 18%), психологический (преодоление депрессии, одиночества). Экономический фактор отмечен 87% опрошенных лиц, социальный — 18% и психологический — 4%.

Полученные данные позволили сделать вывод о том, что среди мотивов, побуждающих людей пожилого возраста продолжать трудиться, все большую роль играют экономические мотивы, связанные с потребностью в повышении доходов, и социальные мотивы, приоритетно ориентированные на сохранение

социальных связей с трудовым коллективом, семьей, повышением самооценки.

Гендерные различия состоят в том, что работают более 60% женщин старше 55 лет (т. е. пенсионеров). Тогда как у мужчин-пенсионеров этот показатель вдвое ниже. Основной причиной этого является более низкий размер пенсий у женщин, обусловленный низкой по сравнению с таковой у мужчин средней заработной платой до выхода на пенсию. Однако дело не только в лучшей материальной обеспеченности мужчин по сравнению с женщинами, но и в лучшей сохранности работоспособности у женщин, большей средней продолжительности их жизни.

Показатели занятости лиц пожилого возраста ниже в тех отраслях и производствах, в которых выше физическое и психическое напряжение, и выше там, где выше уровень использования современных достижений науки и техники. Высокий удельный вес лиц старших возрастных групп в общей численности занятого населения характерен для жилищно-коммунального хозяйства и бытового обслуживания, торговли, общественного питания, здравоохранения. Наиболее низкий процент работающих лиц пожилого возраста в строительстве и промышленности, а также на транспорте. Неодинаков уровень занятости этих лиц среди различных профессий. Высокие показатели их занятости отмечаются среди врачей, ра-

ботников научных и образовательных учреждений. Низкие показатели занятости характерны, например для работников текстильной промышленности. Высокая занятость лиц пожилого возраста наблюдается в крупных городах, а в малых городах и сельских поселениях она незначительная.

Резко отрицательно к перспективам сдвига возраста выхода на пенсию в сторону увеличения относятся большинство демографов, которые указывают на низкое качество и низкую продолжительность жизни россиян. Особенно это касается мужчин, чья средняя продолжительность жизни ниже пенсионного возраста. Такая постановка вопроса поддерживается и многими медицинскими специалистами науки и практики.

Согласно Конституции Российской Федерации, пожилой человек продолжает оставаться равноправным субъектом трудового права. Конечно, продолжать работу могут только лица, которым это позволяет здоровье. К сожалению, приходится констатировать, что крайне мало исследований, которые бы касались медико-социальных факторов продолжения профессиональной деятельности лиц пожилого возраста и в этом контексте изменения возраста выхода на трудовую пенсию. Тогда как этот вопрос в связи с низким качеством здоровья россиян должен стать определяющим при принятии решений об изменении возраста выхода на трудовую пенсию нынешних поколений работающего населения.

К трудовой деятельности должны допускаться лица, обладающие определенной трудоспособностью, которая существенно зависит от состояния их здоровья и условий производственной среды. Как известно, трудоспособность подразделяется на три вида:

- ♦ общую — способность к выполнению всякой работы в обычных условиях;
- ♦ профессиональную — способность к работе по определенной профессии, в определенных должностях и условиях;
- ♦ неполную (ограниченную) — способность работать лишь в облегченном режиме.

На определенном этапе у пожилых людей происходит снижение трудоспособности. Однако снижение трудоспособности в связи с возрастом — сложный и сугубо индивидуальный процесс, который протекает у всех людей по-разному. Хронологический (календарный) и биологический возраст старости, когда можно говорить о четко выраженных признаках снижения трудоспособности, не совпадают. Следует отметить, что наступившее снижение общей трудоспособности достаточно полноценно компенсируется высокими трудовыми навыками и не влечет непереносимого снижения профессиональной трудоспособности.

Решение проблемы использования труда лиц пожилого возраста на условиях смещения возраста выхода на трудовую пенсию в сторону его увеличения должно обязательно сопровождаться усилением охраны труда и охраны здоровья таких работников. Как показывают социологические обследования и данные служб занятости, лица старших возрастных групп более требовательны к условиям труда по сравнению с работниками молодого или среднего возраста. У таких работников квалификация остается длительное время сохранной, но они могут нуждаться в сокращении объема работ,

в изменении производственного ритма. В силу чего регламентация их рабочего времени и времени отдыха должна соответствовать трудоспособности конкретного пожилого человека. Поэтому для таких лиц следует использовать виды трудовой деятельности, которые допускают гибкий график работы, рабочих заданий, отдыха. И что особенно важно, необходимо создание системы предоставления этим работающим гражданам целевых социально-медицинских услуг, медико-социального обслуживания на условиях целевой медико-социальной экспертизы, диспансеризации, предоставления социальных услуг.

Совершенствование деятельности по вышеуказанным направлениям возможно по следующим направлениям:

1. Формирование целевых контингентов из числа работающих лиц пожилого возраста, которое требует:

- ♦ разработки специальных технологий оказания медицинской помощи этим работникам, с учетом страховых принципов и права выбора застрахованным медицинское учреждение и конкретного врача;
- ♦ разработки диагностических алгоритмов с целью ранней диагностики нарушений здоровья в связи с негативным влиянием производственной среды, скрытых и явных профессиональных рисков, а также с учетом гериатрической специфики;
- ♦ разработки новых критериев для оценки эффективности и качества медицинской помощи, диспансеризации и реабилитации, основанных на характеристиках клинко-патогенетических особенностей заболеваний и результатах проводимого лечения, характерных для лиц пожилого возраста, а также с учетом динамической оценки потенциала их здоровья и трудоспособности;
- ♦ разработки стандартов целевых медицинских осмотров, диспансеризации, реабилитации для работающих пожилых людей из числа практически здоровых, перенесших острые заболевания и страдающих хроническими заболеваниями;
- ♦ совершенствования диагностических алгоритмов и методов лечения в производственных условиях неотложных состояний, возникающих при различных нарушениях здоровья работающих пожилого возраста, а также на всех этапах оказания им медицинской помощи;
- ♦ внедрения новых форм информирования работника пожилого возраста в отношении факторов профессиональных рисков, способных привести к возникновению производственно обусловленных заболеваний, производственных травм, ухудшению течения хронических заболеваний и влиянию изменений здоровья на образ жизни; ориентации такого работника в первых симптомах и проявлениях осложнений при наиболее распространенных нозологических формах.

2. Формирование позитивного отношения работников пожилого возраста к целевым медицинским осмотрам и диспансеризации. Система динамического наблюдения может быть достаточно устойчивой и результативной лишь при наличии положительного отношения к ней людей, подлежащих диспансеризации.

3. Принятие на государственном и корпоративном уровнях комплексных мер по снижению заболеваемости и сохранению потенциала здоровья работающих пожилых людей путем повышения уровня их культуры отношения к своему здоровью, здоровью окружающих людей, выполнению гигиенических норм и правил, оздоровлению и лечению.

4. Усиление роли медицинских работников в мотивации трудящихся пожилого возраста к здоровому образу жизни с учетом возрастных особенностей, включая: закаливание организма, рациональное питание и режим работы, активный отдых, полноценное использование отпусков, поддержание физической формы, искоренение вредных привычек.

5. Методически обеспеченное обоснование экономической эффективности и социальной полезности медико-социального обслуживания с включением углубленного медицинского обследования и адекватного реальной стоимости лечения, реабилитации, направленных на предотвращение ранних безвозвратных потерь трудового потенциала работников пожилого возраста. При этом необходимо учитывать рыночные условия предоставления социально-медицинских услуг и трансформацию социально-экономических отношений в связи с изменениями порядка выхода на пенсию и пенсионного обеспечения.

Особого внимания требует организация трудовой деятельности лиц пожилого возраста на промышленных предприятиях. Сложившаяся неблагоприятная для здоровья работающего населения ситуация в области охраны труда и охраны здоровья работников промышленных предприятий обуславливает необходимость создания принципиально новой системы управления охраной здоровья, ориентированной на сохранение жизни и потенциала здоровья работников во взаимосвязи с безопасным трудом. Такой труд в целом для работающего населения и конкретно для лиц пожилого возраста должен быть защищен. С этой целью необходимо создать систему медико-социальной защиты от потерь трудового потенциала работников промышленных предприятий, рассматривая ее как совокупность комплексных услуг (включающих целевые профосмотры; диспансеризацию; медико-социальную реабилитацию; медицинское обеспечение в рамках определенных организационно-экономических стандартов обслуживания и услуг;

медико-социальное сопровождение организации рабочих мест и контроля производственной среды), направленных на обеспечение безопасного труда, сохранение здоровья здоровых и восстановление здоровья больных работников, а также сохранение и развитие производственного трудового потенциала.

В этой системе должен быть сформирован специальный сегмент медико-социальной защиты здоровья работников пожилого возраста и предотвращения у них инвалидности. Организационно-технологической базой такой системы могут стать центры медико-социальной экспертизы и реабилитации работников пожилого возраста промышленных предприятий. Методической основой деятельности данных центров следует рассматривать проведение стандартизованных диагностических и профилактических медико-социальных мероприятий с самого раннего периода проявления отрицательной динамики состояния здоровья этих работников.

Важнейшим аспектом принятия государственных решений, касающихся увеличения возраста выхода на трудовую пенсию, должно стать повышение роли социального партнерства в перераспределении солидарной ответственности между государством, работодателем и работником в системе охраны труда и охраны здоровья работающего населения, а также развитие общественно-государственного управления взаимосвязанными мерами по охране труда и охране здоровья. Необходимо развитие российских традиций активного участия в защите интересов трудящихся специалистов науки и практики. Такое участие может происходить путем общественно-профессиональной аттестации рабочих мест и условий труда, оценки качества медицинского обеспечения работников определенных профессионально-квалификационных групп на конкретных промышленных предприятиях и в отраслях.

Поступила 13.03.12

Сведения об авторах:

Храпылина Л. П., канд. мед. наук, д-р эконом. наук, проф. Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, проф. Московского государственного технического университета им. Н. Э. Баумана, вице-президент Национальной Ассамблеи специалистов в области труда и социальной политики.

119606, Москва, пр. Вернадского, 84, НАСТиС. Телефон: 8(495)436-99-65, факс 8(495)436-90-99; e-mail: khrapylina@mail.ru.