

СОСТОЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ: ТЕНДЕНЦИИ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Н.И. Гулицкая, Т.Н. Глинская

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

Дана оценка тенденциям заболеваемости с временной утратой трудоспособности в Республике Беларусь. Для комплексной оценки динамики временной нетрудоспособности (ВН) использован интегральный коэффициент ($K_{\text{ИИТ}}$), который определяет взаимозависимость числа случаев и дней нетрудоспособности. Представлены значения $K_{\text{ИИТ}}$ для классов болезней и по регионам Республики Беларусь за 2000–2005 гг.

В связи со сложившейся демографической ситуацией особую актуальность приобретает проблема заболеваемости населения. Согласно литературным источникам, более 60% заболеваний, зарегистрированных по данным обращаемости за медицинской помощью, сопровождаются временной утратой трудоспособности [1].

По определению академика В.П. Казначеева, здоровье – процесс сохранения и развития биологических, физиологических и психических способностей человека, его оптимальной трудоспособности, социальной активности при максимальной продолжительности активной жизни. Следовательно, заболеваемость с временной утратой трудоспособности является одним из важных измерителей здоровья трудоспособного населения.

Временная нетрудоспособность (ВН) – функциональное состояние, вызванное болезнью или травмой, при котором нарушение функций, препятствующее продолжению профессионального труда, носит временный, обратимый характер и возможно возвращение больного к выполнению своей работы. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности кроме социально-гигиенического имеет большое социально-экономическое значение.

Цель настоящего исследования – дать оценку тенденциям заболеваемости с временной утратой трудоспособности в Республике Беларусь.

Учет заболеваемости с временной утратой трудоспособности осуществляется по листкам нетрудоспособности (справкам о ВН), которые являются финансовым и юридическим документом. В республике с 1999 г. существует сплошной сбор информации лечебными организациями по отчетам формы 16-ВН; информация ежеквартально представляется в органы государственной статистики; сводные отчетные данные из областей и г. Минска централизованно обрабатываются в ГУ "НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации" [2–4].

Основная причина нетрудоспособности – заболевания. Отдельно учитываются и другие виды (причины) ВН. Особое место занимает ВН в связи с уходом за больным.

В основном это уход за больным ребенком (в 2004 г. уход за больным ребенком составил 98,6% общего числа дней и случаев по уходу). Отдельно учитывается ВН в связи с беременностью, родами, карантинном, санаторно-курортным лечением.

В 2005 г. из числа всех дней и случаев ВН на долю заболеваний приходилось соответственно 61,6% дней и 80,1% случаев (в 2000 г. соответственно 63,6% и 79,6%). Нетрудоспособность, связанная с уходом, составила 8,7% числа всех дней трудопотерь вследствие ВН и 16,76% случаев (в 2000 г. 8,8% и 17,2% соответственно).

Для анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности принято рассчитывать число случаев, дней на 100 работающих, оценивать среднюю продолжительность случая нетрудоспособности как в целом по трудовому коллективу (контингенту трудоспособных лиц, обслуживаемых в организации здравоохранения), так и по отдельным формам заболеваний (строки формы 16-ВН, отдельные нозологии).

В Республике Беларусь уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности в случаях имеет тенденцию к снижению за 2000–2004 гг. Если в 2000 г. он составлял $68,85 \pm 0,02$ случаев на 100 работающих, то в 2004 г. – $65,33 \pm 0,02$ (отрицательный темп прироста -5,11%). В 2005 г. в связи с выраженным эпидемическим подъемом заболеваемости гриппом трудопотери в днях выросли до уровня $68,96 \pm 0,02$ на 100 работающих. Заболеваемость в днях за анализируемый период снизилась на 9% (с $757,77 \pm 0,13$ до $692,91 \pm 0,12$). Весьма важным является снижение средней длительности случая нетрудоспособности с $11,0 \pm 0,006$ до $10,05 \pm 0,005$ дней, что, безусловно, отражает помимо тяжести заболеваний и жесткий уровень экспертной оценки.

Анализ динамики ВН по отдельным причинам в случаях и днях на 100 работающих затруднителен, так как имеются разнонаправленные изменения по дням и случаям, что вызывает сложности при общей оценке. Розенфельд (1979) в качестве дополнительного

аналитического средства для исследования динамики уровня заболеваемости с временной утратой трудоспособности, построения динамических диаграмм, оценки темпов динамики предложил интегральный коэффициент ($K_{инт}$), который определяет взаимозависимость числа случаев и дней нетрудоспособности. Интегральный коэффициент рассчитывается по формуле

$$K_{инт} = \sqrt{K_{случаев} \times K_{дней}}$$

где $K_{случаев}$ и $K_{дней}$ – показатели случаев и дней на 100 работающих.

В нашем исследовании для комплексной оценки также использован $K_{инт}$. Предшествовала его вычислению группировка ВН в случаях и днях, при которой все причины (по строкам) были распределены на 9 групп соответственно 9 классам болезней по МКБ-10, а нервные и психические заболевания (строки 8–13) объединены в одну группу.

Первое место по уровню ВН принадлежит болезням органов дыхания с тенденцией к росту $K_{инт}$ с 81,69 (2000 г.) до 71,99 (2004 г.) и 82,53 (2005 г.). Тревогу вызывает рост за анализируемый период длительности случая нетрудоспособности при болезнях органов дыхания и бронхиальной астме.

На втором месте – травмы и несчастные случаи, трудопотери при которых возросли за анализируемый период на 6,3% (с 35,59 до 37,82). В 2005 г. $K_{инт}$ достиг 38,14, в еще большей степени превысив показатели предшествующих лет (на 7,2%).

Третье ранговое место – у болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, при которых интегральный коэффициент колебался от 27,16 (2000 г.) до 26,15 (2004 г.). Максимальных значений показатель достигал в 2003 и 2005 гг., составив соответственно 27,32 и 27,27.

Следующее ранговое место занимают болезни системы кровообращения, при которых ВН более чем в 4 раза ниже, чем при болезнях органов дыхания, и имеет тенденцию к снижению. Интегральный коэффициент с 2000 по 2004 г. снизился на 20,3% (с 21,13 до 16,84), в 2005 г. он составил 15,69.

На пятом ранговом месте – нетрудоспособность, обусловленная заболеваниями женских половых органов, молочной железы, осложнениями беременности и родов. $K_{инт}$ имеет годовые колебания с тенденцией к снижению (2000 г. – 18,36; 2003 г. – 15,09; 2004 г. – 15,23; 2005 г. – 13,92). Настораживает рост длительности случая нетрудоспособности при осложнениях родов и послеродового периода в 2004 и 2005 гг. на 6,0–6,26% (по отношению к 2003 г.).

Болезни органов пищеварения по уровню $K_{инт}$ находятся на шестом ранговом месте с тенденцией к снижению коэффициента (14,95 в 2000 г., 13,13 в 2004 г., 12,21 в 2005 г.).

Что касается болезней нервной системы и психических расстройств, то уровень ВН, оцениваемый

с помощью $K_{инт}$ для данной группы характеризуется значительным (на 41,4%) снижением (с 8,74 в 2000 г. до 5,12 в 2005 г.).

Ухудшилась тенденция при онкологических заболеваниях (восьмое ранговое место). Если в 2000 г. интегральный коэффициент составлял 5,89, то в 2004 г. – 7,11, а в 2005 г. – 6,98, то есть вырос на 20,7–18,5%. Более того, длительность случая нетрудоспособности при злокачественных новообразованиях занимает третье место и уступает только двум нозологиям – туберкулезу и инфаркту миокарда.

На предпоследнем месте находятся трудопотери при заболеваниях почек. Интегральный коэффициент при данном классе болезней стабилен (2000 г. – 4,63, 2003 г. – 4,59, 2004 г. – 4,63, 2005 г. – 4,46), что ниже показателя для объединенной группы нервно-психических заболеваний только на 12,9% (2005 г.).

Замыкает ранговый ряд уровень ВН при туберкулезу и других инфекционных и паразитарных болезнях. Интегральный коэффициент в 2000 г. составлял 4,63, в 2004 г. – 3,74, в 2005 г. – 3,63. Настораживает при данной нозологии утяжеление заболеваемости, о чем свидетельствует рост средней продолжительности случая нетрудоспособности (особенно при туберкулезу органов дыхания) на 11,5% (с 55,88 дней в 2000 г. до 62,33 дней в 2005 г.).

Особый интерес представляет экономический показатель – число лиц, условно не работавших в течение года ввиду ВН. В 2000 г. из каждых 100 работающих не работали ввиду ВН 3,26 человека, в 2004 г. – 2,99 человека, а в 2005 г. – 3,08 человека.

В республике имеются территориальные особенности заболеваемости с временной утратой трудоспособности. В 2004 г. ВН в днях (вследствие всех причин, кроме беременности и родов) была наиболее высокой в г. Минске (1170,5±0,35), Могилевской (763,7±0,39), Гомельской (745,4±0,34), Минской (722,9±0,34) области, несколько ниже – в Витебской (718,9±0,36) и Брестской (694,9±0,33) области. Самый низкий уровень трудопотерь вследствие всех причин – в Гродненской области (676,3±0,37).

Анализ показателей ВН при заболеваниях и травмах также выявляет территориальные различия. В 2004 г. ВН при заболеваниях и травмах в днях наиболее высокой была в г. Минске (1122,09±0,42), Могилевской (678,45±0,37), Гомельской (645,73±0,31), Минской (636,96±0,31), Витебской (633,68±0,33) области, несколько ниже – в Брестской области (616,82±0,31). Самый низкий уровень трудопотерь при заболеваниях и травмах отмечался в Гродненской области (604,22±0,35).

В 2005 г. ВН при заболеваниях и травмах в днях наиболее высокой была в г. Минске (1061,51±0,33), Могилевской (675,85±0,36), Гомельской (649,04±0,31), Витебской области (644,74±0,34), несколько ниже – в Брестской (619,16±0,31) и Минской области

(616,81±0,31). Самый низкий уровень трудопотерь также отмечался в Гродненской области (611,86±0,35).

Представленные данные выявляют большой диапазон региональных колебаний уровня трудопотерь при заболеваниях. Разница между максимальным и минимальным значениями трудопотерь вследствие всех причин в 2004 г. составила 73,1%. При заболеваниях и травмах (строки 01–63) в 2004 г. эта разница составила 85,7%, а в 2005 г. – 73,5%. Данное обстоятельство может быть обусловлено территориальными различиями сфер приложения труда, региональными особенностями подходов к экспертной оценке, различным уровнем заболеваемости, особенностями структуры населения. В частности, нами установлена тесная корреляционная связь между уров-

нем трудопотерь и процентом трудоспособного населения в регионе.

Чтобы определить, насколько ВН связана с уровнем заболеваемости по отдельным территориям, нами рассчитаны индексы среднего числа дней трудопотерь на каждый случай заболеваний в год. Общереспубликанские показатели составили: в 2000 г. – 6,99; в 2003 г. – 5,51, в 2004 г. – 5,26, в 2005 г. – 5,12. В 2004 г. среднее число дней трудопотерь в регионах на каждый случай заболеваний в год в Брестской области составило 6,45; Витебской – 5,48; Гомельской – 5,4; Гродненской – 6,37; Минской – 5,4; Могилевской области – 6,33; г. Минске – 7,1. Диапазон колебания по отдельным территориям составил 31,5%. Корреляционной зависимости между уровнем трудопотерь и средним числом дней нетрудоспособности на каждый случай заболевания не установлено.

ЛИТЕРАТУРА

1. Догле Н.В., Саркевич А.Я. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности. – М.: Медицина, 1984.
2. Показатели временной нетрудоспособности, 2005 год: Информ.-стат. сборник / НИИ МСЭиР; Сост. В.Б.Смычек, А.В.Копыток, Т.Д.Андрианова. – Минск, 2006. – 101 с.
3. Показатели временной нетрудоспособности, 2004 год: Информ.-стат. сборник / НИИ МСЭиР; Сост. В.Б.Смычек, А.В.Копыток. – Минск, 2005. – 96 с.
4. Показатели временной нетрудоспособности, 2000 год: Информ.-стат. сборник / НИИ МСЭиР; Сост. В.Б.Смычек, Л.С.Гиткина и др. – Минск, 2001. – 88 с.

Поступила 14.07.2006 г.