

Ю. КУНДІЄВ, А. НАГОРНА

ПРОФЕСІЙНА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ В УКРАЇНІ (Соціально-економічний та гігієнічний аспекти)

Професійна захворюваність акумулює категорію хвороб, які виникають внаслідок впливу на організм людини несприятливих факторів виробничого середовища, а також самого трудового процесу. Стан професійної захворюваності — невід'ємна частина показника соціально-економічного, технічного, культурного, етичного розвитку держави, її трудового потенціалу. Тобто йдеться про проблему, яку треба розглядати у тісному взаємозв'язку із загальною соціально-економічною і демографічною ситуацією. А вона в Україні характеризується нині тим, що розвиваються ринкові відносини, реструктуризуються промисловість і сільське господарство, з'являються підприємства різних форм власності — приватні, орендні, кооперативні, сімейні тощо. За таких умов надзвичайно актуальним завданням стає вироблення нових, адекватних часові підходів до розв'язання цієї проблеми. Якими ж вони мають бути?

Головна мета національної політики у галузі охорони і гігієни праці — підвищення рівня охорони праці і виробничої гігієни, а також запобігання нещасним випадкам і травматизму, спричиненим виробничою діяльністю або пов'язаними з нею чинниками. Значна увага приділяється цим питанням у різних міжнародних документах. Так, в Європейській соціальній хартії і додаткових протоколах сформульовані вимоги щодо необхідності дотримуватись прав працівників на безпечні і здорові умови праці та на участь у визначенні й поліпшенні умов праці і виробничого середовища на підприємстві, проголошуються обов'язковими заходи, спрямовані на усунення або зменшення ризиків на робочому місці.

За останні десять років в Україні сформована правова основа, яка створює умови для запобігання професійним і виробничо зумовленим захворюванням шляхом ідентифікації і контролю, зниження або ліквідації факторів ризику їх розвитку, а також сприяє виявленню і лікуванню ранніх проявів захворювання.

Ці позиції відображені, зокрема, в таких стратегічних документах держави, як Конституція України (1996) та «Основи Законодавства України про охорону здоров'я» (1992). Зasadничі положення щодо реалізації конституційного права громадян на охорону їхнього життя і здоров'я у процесі трудової діяльності визначаються Законом України «Про охорону праці» (1992), Кодексом законів про працю (1972, 2001), законами «Про підприємство в Україні» (1991) тощо.

У 2001 р. видано Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо запобігання виробничому травматизму і професійним захворюванням», в якому наголошено, що створення безпечних і нешкідливих умов праці, збереження життя і здоров'я працюючих — важливий напрям реалізації соціальної політики. Значна увага приділена розв'язанню цих проблем у Концепції розвитку охорони здоров'я населення України (2001) у розділі «Державна політика у сфері охорони здоров'я».

До нормативно-правових документів, які є підґрунтям для санітарного нагляду за умовами праці, соціального захисту працюючих, моніторингу обліку профзахворювань, належать і Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності» (2001), Закон України «Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення» (1994), Постанови Кабінету Міністрів України: «Про порядок розслідування та ведення обліку нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві» (2001), «Про затвердження Положення про державний санітарно-епідеміологічний нагляд в Україні» (1999), «Про створення Фонду соціального страхування та реєстру підприємств-страхувальників з шкідливими умовами праці» (2000), «Про затвердження переліку професійних захворювань» (2000).

Видані також нормативно-правові документи галузевого рівня — такі, як Наказ МОЗ України «Про удосконалення автоматизованої системи обліку та аналізу профзахворюваності в Україні» (1998), Наказ МОЗ і АМН України «Щодо закріплення за науково-дослідними інститутами гігієнічного профілю галузей економіки та адміністративних територій з питань гігієни праці та профпатології» (2002) та інші. Вагомою складовою нормативно-правової бази з проблем профпатології є положення та накази Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України. Здійснюються конкретні кроки, необхідні для приведення національного законодавства до європейських норм і стандартів.

Однак прийняття вагомих нормативно-правових документів поки що недостатньо позначається на розв'язанні проблеми професійної патології у країні. Причина — в економічній неспроможності більшості підприємств і цілих галузей, руйнуванні системи медичного забезпечення працюючого населення. Для роботодавців і представників виконавчої влади всіх рівнів не стало обов'язковою умовою створення безпечних умов праці, які гарантували б збереження життя і здоров'я працівника.

Окрім медичних, соціальних і моральних збитків окремим людям, професійні захворювання продовжують приносити величезні економічні втрати суспільству. Так, за даними Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України, такі втрати щорічно становлять майже 1 млрд грн. Пільги і компенсації тим, хто працює у шкідливих умовах, у 2001 р. були встановлені для 2 млн 201 тис. осіб (32,6% від загальної кількості працівників; 44,6% — у промисловості; 32,0% — у будівництві; 11,5% — у сільському господарстві). Найбільший відсоток припадає на додаткові відпустки. Досить поширеними є такі пільги, як скорочений робочий день, безплатне одержання молока чи інших харчових продуктів, підвищені тарифні ставки, доплати за умови й інтенсивність праці. Державну пенсію на пільгових умовах у зв'язку з несприятливими виробничими факторами одержують 1 млн 248 тис. осіб (18,4%). Особливо значні витрати на пільги і компенсації реєструються (у відсотках до загальної чисельності працюючих) у Донецькій (51,6%), Луганській (49,3%), Дніпропетровській (48,3%) областях.

На жаль, Україна не має (але потребує) серйозних досліджень з визначення економічних втрат у зв'язку з нещасними випадками і професійними захворюваннями. За підрахунками американських дослідників, у США такі втрати у 1997 р. становили 171 млрд доларів. У Великій Британії з виробничих причин реєструється втрата 18 млн робочих днів, що становить 11 млрд фунтів стерлінгів збитків щорічно [1, 2]. Це більше, ніж втрати від серцево-судинних захворювань або від новоутворень. Одне можна сказати впевнено: у масштабах країни плата за нещасні випадки на виробництві і профзахворювання є дуже високою. Безумовно, за шкоду, завдану здоров'ю людини, суспільство має платити. Але

економічно доцільніше і гуманніше здійснювати профілактичні заходи, спрямовані на поліпшення умов праці і медичного обслуговування.

Рівень травматизму і професійної захворюваності прямо пов'язаний з умовами праці на виробництві. Нині абсолютної безпеки праці досягти майже неможливо. Тому у контексті нової ідеології профілактичної медицини безпека на виробництві має розглядатись як прогнозування й оцінка ризиків та управління ними. Дані щодо професійних ризиків повинні стати органічною складовою системи гігієнічної регламентації шкідливих виробничих факторів і використовуватись як основні критерії при обґрунтуванні гранично допустимих ризиків (ГДР) і гранично допустимих концентрацій (ГДК) шкідливих чинників. Важливо, щоб стосунки між роботодавцем і робітником також базувалися на об'єктивних кількісних критеріях професійних ризиків. А це передбачає розробку системи пільг і компенсацій, заходів щодо «захисту часом» тих, хто працює у шкідливих і небезпечних умовах [3]. Причому маємо враховувати той факт, що, за даними Держкомстату України, в країні кожен четвертий (24,7%) працює в умовах, які не відповідають санітарно-гігієнічним нормативам за параметрами вмісту пилу і хімічних поллютантів у повітрі робочої зони, вібрації, шуму, інфра- і ультразвуку, іонізуючого та неіонізуючого випромінювання, важкості і напруженості праці тощо. Найнебезпечніші умови праці у вугільній промисловості (74,1%), металургії (59,6%), газовій (55,6%), нафтодобувній (50,6%), хімічній і нафтохімічній галузях (43,2%). Залишається проблемою для країни зайнятість у шкідливих умовах виробництва 430,6 тис. жінок (16,4% від загальної кількості працюючих). За даними Центральної санепідслужби МОЗ України, лише на 15–18% підприємств країни не виявлено серйозних порушень санітарних норм і не реєструвалися профзахворювання.

Загальний професійний ризик за певний час або в динаміці років можна оцінити через фактичний рівень нещасних випадків на виробництві, використовуючи загальноприйняті коефіцієнти травматизму та профзахворювань. За сім останніх років на виробництвах України сталося 663519 нещасних випадків, з них 15652 — зі смертельними наслідками. За кількістю смертельних випадків на 1000 працюючих Україна значно випереджає такі економічно розвинені країни, як Велика Британія, Японія, Швеція, ФРН. У нас показник рівня травматизму дорівнює 0,104, тимчасом як у вказаних країнах він становить: у Великій Британії — 0,016; Японії — 0,02; Швеції — 0,032; ФРН — 0,08.

Окремим соціально-економічним питанням у проблемі професійної захворюваності є стан здоров'я мігрантів, які працюють за кордоном і тому позбавлені державного контролю за умовами праці (їх налічується близько 7 млн осіб). Із значними соціальними і юридичними труднощами вони стикаються також при реєстрації профзахворювань після повернення на батьківщину. Це питання ще потребує законодавчого врегулювання.

Слід враховувати, що нові технологічні процеси істотно змінюють характер виробничої діяльності. З'явилися складні інформаційні технології, які неминуче стають основою появи нових виробничих факторів. За цих умов для запобігання професійним захворюванням необхідно розробляти допустимі рівні емоційного напруження, вдосконалювати методи оцінки ступеня психоемоційного стресу тощо. До того ж подальший розвиток біологічної і медичної науки дає змогу розкривати нові сторони патогенезу професійної патології, які раніше не були відомі. Це, наприклад, синдром «вигорання» (burn out), вторинний гемахроматоз, патологія від дії металовмісних нано- і субмікронних частинок промислових аерозолів тощо [2].

Усе це свідчить про те, що «позитивна» динаміка профзахворюваності на даному етапі є нереальною.

Найбільша небезпека формування профпатології існує у вугільній і металургійній промисловості. Тут її рівень протягом багатьох років значно перевищував показники всіх інших галузей економіки. Втім, у цих, «інших» галузях спостерігаються явища, які потребують пильної уваги і спеціального аналізу. Скажімо, у системі охорони здоров'я, у комунальному господарстві за останні роки випадків уперше виявленої профпатології було більше, ніж у таких галузях, як промисловість будматеріалів, будівництво, хімічна, легка промисловість. Це, мабуть, пов'язано з процесом скорочення тих чи інших підприємств і переміщенням працюючих з традиційно шкідливих в інші виробничі структури, де, однак, умови праці теж несприятливі через недостатній контроль з боку санепідслужби за додержанням вимог охорони праці і проведенням медичних оглядів.

Регіональна поширеність профзахворювань залежить від розташування підприємств основних сфер економіки. А їх, як відомо, найбільше в областях Центрального і Західного Донбасу з великим гірничодобувним комплексом (Донецька, Луганська), на Дніпропетровщині та Львівщині.

У сільському господарстві на тлі несприятливих умов праці спостерігається зниження показників профзахворюваності, що скоріш за все пов'язано з недостатнім їх виявленням через погіршення медичного та профпатологічного обслуговування сільського населення (Тернопільська, Чернігівська, Закарпатська, Івано-Франківська області) [4].

За нинішніх умов доводиться констатувати складність специфічної діагностики і недостатнє виявлення професійної патології, що, очевидно, і зумовлює тенденцію до зменшення кількості випадків профпатології хімічного генезу (з 348 у 1991 р. до 183 у 2001 р.), зокрема окремих її форм — хронічних інтоксикацій, хронічних бронхітів, профзахворювань шкіри. І це стосується не тільки хімічної промисловості, а й практично всіх інших галузей.

Загалом, структура професійної захворюваності в Україні протягом останніх 10–12 років в основному визначається хронічними хворобами (до 95%) за невеликої кількості хронічних інтоксикацій і гострих форм патології. Кількість випадків зареєстрованих профзахворювань знизилася від 7958 у 1991 р. до 4034 у 2001 р., але це тільки частково відображає втрату здоров'я працюючих. Різкий сплеск реєстрації профзахворювань стався у 1994 р. (до 15428 випадків). Він був зумовлений прийняттям Закону «Про охорону праці» (яким передбачається право одержувати істотне разове матеріальне відшкодування в разі встановлення хворому діагнозу профзахворювання), а також введенням у дію Положення про довічну виплату пільг і компенсацій у зв'язку з втратою працездатності особам, що вийшли на пенсію, як доповнення до пенсії за віком. У центри профпатології збільшився потік звернень від пенсіонерів і тих, хто працює у шкідливих умовах. Цей факт ще раз свідчить про неповноту наявних даних про професійні хвороби через цілу низку об'єктивних і суб'єктивних причин.

У структурі професійної захворюваності перше місце належить хворобам органів дихання (силікоз та інші форми пневмоконіозів, хронічні бронхіти). Вони стали сьогодні серйозною проблемою, причому не тільки гігієнічною, а й соціально-економічною. Наступні рангові місця посідають хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини, вібраційна хвороба і кохлеарний неврит. Майже не реєструються численні професійні патології: захворювання шкіри (за наявності тисяч випадків контактних дерматитів та екзем); хронічні інтоксикації; бурсити у робітників вугільних шахт; випадки професійного туберкульозу у медпрацівників; електроофтальмії і перегрівання; гострі професійні отруєння (наприклад, пестицидами у сільському господарстві). Хронічні

профзахворювання (пневмоконіоз, вібраційно-шумова патологія) частково реєструються на пізніх стадіях їх розвитку.

Найбільшу питому вагу мають пилова (50–60%) й вібраційно-шумова (до 20%) патології і захворювання опорно-рухового апарату (10–15%) за невеликої частки захворювань хімічного генезу (3–4%) та інших форм, серед яких, однак, реєструються такі важкі хвороби, як туберкульоз і новоутворення. Існує близько 200 професій, з якими пов'язана небезпека формування професійної патології, і понад 100 професійних шкідливих чинників, які її викликають. Середній латентний період експозиції до них — приблизно 17–20 років. Середній вік потерпілих — близько 50 років.

Про незадовільний стан у забезпеченні належних умов праці свідчить факт виявлення у Києві протягом 2001 р. 483 тис. порушень вимог нормативних документів про охорону праці і техніку безпеки у вугільній промисловості, 12 тис. — у будівництві [5]. За результатами оцінки стану охорони праці у Полтавській області було призупинено роботу 9 тис. тракторів, що не відповідали вимогам технічної безпеки. Що ж до будівель та споруд, то вони в АПК майже скрізь в аварійному стані [6].

У формуванні професійної і виробничо зумовленої патології значну роль відіграють демографічні чинники. В Україні, як і в більшості європейських держав, спостерігається зменшення кількості працюючих та їх постаріння, ширше використовується праця пенсіонерів. А це означає, що дедалі більше ваги набуває врахування вікових особливостей організму людини, зокрема реакцій на вплив шкідливих факторів виробничого середовища.

В останні роки у нас спостерігається істотне скорочення кількості працівників, зайнятих в усіх галузях економіки. Так, за даними Держкомстату, від 1995 р. до початку 2002 р. в цілому по Україні цей показник зменшився на 29,2% — з 18252 тис. до 12931 тис. осіб. Це стосується всіх областей, у тому числі таких великих, як Донецька, Луганська, Дніпропетровська, Львівська, Харківська. У Києві темпи змін дещо менші: тут кількість працюючих скоротилася лише на 13,6%. Але загальна тенденція проявляється скрізь. Вона пов'язана із згортанням деяких видів виробництва, закриттям підприємств, переміщенням робочого потенціалу у сферу тіньової економіки або в непродуктивну сферу, від'їздом на роботу за кордон, поповненням когорти безробітних і т.д. [3, 4].

Говорячи про демографічні особливості працюючого населення, необхідно, зокрема, підкреслити, що в його складі загалом по країні 14,2% припадає на пенсіонерів (з них 64,2% — за віком). Найбільша кількість працюючих (80%) — люди віком від 40 до 55 років. Це зумовлює закономірне зростання проявів хронічної профпатології (адже для її розвитку необхідний тривалий період впливу шкідливого фактора). При цьому середній стаж роботи у шкідливих умовах хворих по країні в цілому становив 17,3 року, а середній вік — 49,9 року.

Зменшення ризику формування профзахворювань може бути пов'язане, зокрема, з неповною зайнятістю працюючих. Так, на початок 2002 року 13,3% штатних працівників по всіх галузях економіки були зайняті в режимі неповного робочого дня (тижня), у тому числі 22,6% — у промисловості; 6,9% — у сільському господарстві; 26,1% — у будівництві; 28,8% — на транспорті і т.д. Така ситуація склалася в усіх областях країни. Найвищі ці показники в Івано-Франківській (21,3%), Львівській (19,1%), Запорізькій (18,3%), Чернівецькій і Херсонській (по 17,2%) областях. Найнижчі — по Києву (5,5%), Севастополю (6,2%), Донецьку (8,1%), Одеській (8,4%) і Київській (8,7%) областях. Загалом в Україні у 2001 р. в середньому на одного штатного працівника припадало 330

«недопрацьованих» годин. Тобто втрати становили 41 робочий день. Соціальне значення цих процесів можна оцінювати, з одного боку, як позитивне, оскільки зменшується вплив шкідливих факторів на працюючих, з другого боку — як безумовно негативне, тому що вимушене скорочення робочого часу призводить до зниження обсягів продукції і відчутно б'є по сімейних бюджетах.

За останні роки майже повністю зруйнована досить ефективна система медико-санітарного обслуговування працюючих. Скоротилася кількість медико-санітарних частин і оздоровчих пунктів на підприємствах, які повинні здійснювати профілактику, діагностику, виявлення і лікування профзахворювань. Зменшилася кількість лікарів-гігієністів у санепідстанціях. Лікувально-профілактична допомога здебільшого віддалена від робочого місця.

Нагальним завданням є сьогодні реорганізація системи медико-санітарного обслуговування працюючих. Слід знайти прийнятну модель служби медицини праці. Одна з основних умов успішної її діяльності — об'єднання зусиль гігієністів і фізіологів праці, профпатологів, інженерів з техніки безпеки, організаторів виробництва і охорони здоров'я, економістів, юристів, соціологів тощо. При цьому обов'язково мають бути враховані потреби дрібних підприємств. Ознакою часу стало у нас роздроблення великих державних підприємств, заснування акціонерних компаній, приватних підприємств, де власник сам себе наймає на роботу, залучення дітей до праці у шкідливих умовах, що особливо поширено у сільських регіонах. І все це — без відповідного контролю за здоров'ям працюючих. Так створюються передумови розвитку професійної і виробничо зумовленої патології. Закони зобов'язують роботодавців забезпечувати здорові і безпечні умови праці, але через фінансову скруту це далеко не завжди можливо.

Та незважаючи на ситуацію, що склалася, в обласних центрах і великих містах країни на базі обласних клінічних лікарень та профільних НДІ організовані і функціонують профпатологічні відділення (ліжка), де працюють лікарі-профпатологи. Створено центри профпатології, яким надано право остаточного встановлення діагнозу профзахворювань (профотруєнь). На базі Інституту медицини праці АМН України функціонує центральна лікарська експертна комісія, що розглядає найбільш складні випадки діагностики професійних захворювань.

Разом з тим, аналіз «карт» обліку профзахворювань (профотруєнь) і даних, зібраних виїзними комплексними бригадами лікарів-профпатологів, свідчить про те, що система виявлення профпатологій на підприємствах країни потребує істотного поліпшення як у плані повноти охоплення періодичними медичними оглядами, так і щодо підвищення їх якості (участь профільних спеціалістів, проведення необхідних функціональних, лабораторних, зокрема біохімічних, досліджень). Протягом останніх десяти років у половині випадків профпатологію виявляють уже тоді, коли хворі звертаються до лікаря, а не під час планових медичних оглядів.

Отже, причина низького виявлення та реєстрації професійної патології певною мірою залежить від зміни структури виробництва — розпаду великих державних підприємств, виникнення на їх основі компаній різних форм власності, передусім малих приватних підприємств, які мають недостатню матеріально-технічну базу і тому неспроможні забезпечувати сприятливі умови праці, а також належний санітарно-гігієнічний контроль. До того ж відомо чимало фактів, які свідчать, що власники підприємств навіть не намагаються забезпечити виявлення виробничо зумовлених і професійних захворювань на ранніх стадіях їх розвитку, оскільки прагнуть уникнути витрат на лікування, реабілітацію, а можливо, і виплат потерпілому відшкодувань за тимчасову чи стійку непрацездатність. З

другого боку, працівники часто-густо не зацікавлені у виявленні професійних захворювань через можливість втратити роботу. У 2001 р. понад 20 гірників померли на робочих місцях. Така «природна смерть» скоріш за все свідчить про те, що шахтарі приховували свої хвороби, щоб зберегти роботу. Не були вони виявлені і під час медичних оглядів [2, 7, 8].

Усе це свідчить про необхідність шукати шляхи вдосконалення контролю за станом професійної захворюваності в Україні. Значні перспективи відкриває впровадження інформаційних технологій у систему охорони здоров'я, зокрема у профпатологічну службу як частину єдиного медично-інформаційного простору. Актуальним є створення спеціального реєстру — системи персонального обліку осіб з професійними захворюваннями. Використання засобів комп'ютерної техніки і досягнень сучасних інформаційних технологій дасть змогу здійснити довгострокове, персоніфіковане спостереження за цим контингентом працівників.

Цікавим є досвід зарубіжних країн, де відсутня єдина система виявлення, реєстрації та обліку професійних захворювань. Статистика захворюваності на злоякісні новоутворення, в тому числі професійний рак, найчастіше накопичується там у канцер-реєстрах (ФРН, Велика Британія, Ісландія, США та ін.). Крім того, функціонують реєстри токсичної дії (ефектів) хімічних речовин і токсичних хімічних речовин (Registry of toxic effects of chemical substances, 1977) [9, 10]. В окремих скандинавських країнах, зокрема Фінляндії, існує Реєстр професійних захворювань [10].

В Україні реєстр як єдина система обліку та моніторингу на основі комп'ютерних технологій використовується для осіб, що потерпіли внаслідок чорнобильської катастрофи. Крім того, на державному рівні затверджений Національний канцер-реєстр України для хворих, у яких виявлені злоякісні новоутворення. Для обліку та аналізу професійних захворювань в Україні діє автоматизована система АІС «Профзахворюваність». Вона впроваджується Інститутом медицини праці АМН України, а також Українським НДІ промислової медицини для установ державної санепідслужби [11, 12]. За допомогою автоматизованої системи обліку нині здійснюється щорічна реєстрація випадків уперше виявлених профзахворювань. Проте не проводиться облік професійних захворювань за весь період існування такої державної реєстрації, доповнений аналізом даних моніторингу подальшого стану здоров'я хворих.

Фонд соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України створює бази даних щодо потерпілих/інвалідів з профзахворюваннями. Проте потрібні додаткові заходи, щоб одержати повні дані про стан професійної захворюваності в Україні загалом та по окремих регіонах і областях, здійснити їх аналіз, провести динамічне спостереження за здоров'ям осіб з професійними захворюваннями. Наявність інформації, яку забезпечать результати цільової диспансеризації, сприятиме впровадженню профілактичних, медико-реабілітаційних програм (на індивідуальному та популяційному рівнях), що дасть змогу в кожному конкретному випадку запобігти прогресуванню виявленого у людини захворювання. Завдяки цьому зменшиться відсоток осіб, які втрачають працездатність, стають інвалідами. Отже, ми отримаємо соціальний, медичний та економічний ефект.

Якщо буде створений Державний реєстр професійних захворювань, з'явиться можливість здійснювати повний контроль за їх поширеністю серед працюючого населення, аналізувати причинно-наслідкові зв'язки та формування груп ризику. Згідно з Постановою Кабінету Міністрів України від 10 жовтня 2001 р. «Про затвердження Національної програми поліпшення стану безпеки, гігієни праці та виробничого середовища на 2001–

2005 рр.» передбачено створити інформаційно-аналітичну систему охорони праці суб'єктів господарювання до 2005 року. Це дасть змогу впровадити у сферу охорони праці новітні інформаційні технології, зокрема створити Державний реєстр осіб, яким встановлено професійні захворювання. Але за браком фінансування цей процес гальмується.

Загальна організаційна структура Реєстру має включати всі рівні управління: районний, міський, обласний, республіканський (АР Крим) і державний. На різних рівнях виконуватимуться свої специфічні завдання: на регіональних — збиратиметься інформація для прийняття невідкладних оперативних рішень, на державному — узагальнюватиметься інформація для відпрацювання стратегічних рішень тощо. Обґрунтування структури і принципів функціонування Державного реєстру осіб, яким встановлено професійне захворювання, а в подальшому — створення програмно-технічного забезпечення Державного реєстру створить умови для впровадження розроблених інформаційних технологій у систему профпатологічної служби.

У Реєстрі слід передбачити облік усіх випадків професійних захворювань за попередні роки і в поточний період, що дасть змогу оцінювати, аналізувати та прогнозувати кількість потерпілих і визначати фактори ризику, причинно-наслідкові зв'язки між показниками здоров'я і факторами ризику розвитку професійної патології для прийняття адекватних управлінських рішень. Ці заходи не тільки забезпечать медико-соціальний ефект, а й зменшать фінансове навантаження на суспільство і на Фонд соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України.

Для поліпшення ситуації з професійною захворюваністю необхідно постійно об'єднувати зусилля керівників підприємств, поліклінік, лікарень, санепідстанцій, науковців, юристів, соціологів та інших фахівців з метою розробки і впровадження ефективних профілактичних технологій з урахуванням особливостей умов праці і структури профзахворюваності. Маємо прагнути відродити, а там, де це неможливо, створити прийнятну для сучасних умов виробничу медицину на підприємствах і в організаціях усіх форм власності та видів діяльності.

Залишається актуальною робота, пов'язана з опрацюванням проектів нових законодавчих актів, які б давали змогу значно розширити правове поле діяльності, спрямованої на поліпшення умов праці і медичного обслуговування працюючих, збереження їх здоров'я, забезпечення дії всіх норм законодавчих актів і встановлення контролю за їх виконанням.

Міністерства і відомства, управлінські структури всіх рівнів мають здійснювати постійний контроль за дотриманням санітарного законодавства як у процесі експлуатації діючих, так і при проектуванні нових підприємств, впровадженні новітніх технологій, передбачивши їх безпеку. Повнота та якість проведення попередніх і періодичних медичних оглядів працюючих—важлива передумова чіткої організації всієї системи охорони праці.

Істотні зрушення у цій справі може принести політика заміни морально та фізично застарілого устаткування, приведення основних фондів підприємств у відповідність до нормативних актів, відновлення державної системи підготовки і перепідготовки робітників та інженерно-технічних працівників, впровадження і дотримання правил безпеки на виробництві, забезпечення працівників засобами індивідуального і колективного захисту.

Необхідно постійно розширювати наукові дослідження з пріоритетних проблем медицини праці, які б дали змогу поліпшити умови праці та зменшити кількість професійних захворювань в Україні.

1. *National Occupational Research Agenda Update / NIOSH, May 1999. — P. 37.*
2. *Пищиков В.А., Лубянова И.П.* Профессиональная заболеваемость в Украине (динамика за последние 10 лет, причины формирования) и пути сохранения профессионального здоровья населения // Сб. Гигиена труда. — Вып. 30. — 1999. — С. 13–23.
3. *Кундиев Ю.И., Чернюк В.И., Витте П.Н.* Изучение профессионального риска на Украине // Медицина труда и промышленная экология. — 1999. — 4. — С. 6–9.
4. *Ершова М.А., Белашова И.Г.* Профессиональная заболеваемость в сельском хозяйстве Украины // Сб. Гигиена труда. — Вып. 31. — 2000. — С. 32–39.
5. *Борисполець Ю.* Контроль за безпекою посилюється // Охорона праці. — 2002. — № 6. — С. 23–24.
6. *Безпека праці // Охорона праці. — 2002. — № 6. — С. 21.*
7. *Луньов С.* Повертайся з роботи живий // Охорона праці. — 2002. — № 6. — С. 5–7.
8. *Кундиев Ю.И., Краснюк Е.П., Гвозденко Л.А., Ершова М.А.* Состояние профессиональной заболеваемости в Украине на современном этапе // Врачебное дело. — 1999. — № 5. — С. 146–149.
9. *Registry of toxic effects of chemical substances. — NIOSH. — 1977. — Vol. 1. — 987 p.; Vol 2. — 930 p.*
10. *International Register of Potentially Toxic Chemical United Nations Environment Programme. — Geneva. — 1986. — Vol. 1. — 602 p.*
11. *Vaaranen V., Vasama M., Toikkanen V.* New cases of occupational diseases reported to the Finnish Register of Occupational Diseases. — Helsinki: Institute of Occupational Health, 1990. — 35 p.
12. *Карнаух М., Беднарик О., Галабурда Л., Сухомлин М.* Автоматизована система обліку «Профзахворюваність» // Медицина праці. — 2000. — № 10. — С. 36–37.

Ю. Кундієв, А. Нагорна

ПРОФЕСІЙНА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ В УКРАЇНІ
(Соціально-економічний та гігієнічний аспекти)

Резюме

Сьогодні потрібні нові, адекватні часові підходи до організації охорони праці в нашій країні. Автори формують основні принципи національної політики у цій галузі.

Yu. Kundiyeu, A. Nagorna

PROFESSIONAL SICKNESS RATE IN UKRAINE
(Socioeconomic and hygienic aspects)

Summary

Nowadays there is a demand for new contemporary approaches to the arrangement of labour protection in our country. Authors define the main principles of the national policy in this field.

© КУНДІЄВ Юрій Ілліч. Академік НАН та АМН України. Директор Інституту медицини праці АМН України (Київ).

НАГОРНА Антоніна Максимівна. Доктор медичних наук, професор. Завідувач відділу епідеміологічних досліджень того ж інституту. 2003.