

УДК: 61.656

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ СЛУЖБ — ОСНОВА ВНЕДРЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ БЮДЖЕТНО-СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ НА ТРАНСПОРТЕ

Лисобей В.А

Украинский НИИ медицины транспорта Минздрава Украины

Впервые поступила в редакцию 11.05.2007 г. Рекомендована к печати на заседании ученого совета НИИ медицины транспорта (протокол № 3 от 29.05.2007 г.).

Введение

Назревшая необходимость экстренного введения в Украине Закона о медицинском страховании предполагает разработку организационного, информационно-методического, финансового и юридического его обеспечения.

К сожалению, в Украине, да и в целом в странах СНГ, опыт по реализации системы медицинского страхования либо отсутствует, либо результаты его внедрения, как, на пример в России, ставят больше вопросов, чем дают положительных решений.

Зарубежный опыт имеет относительную ценность в связи с тем, что основан на социальных факторах и структурах медицинского обслуживания, специфичных для каждой страны.

Расчетами Института социально-экономических проблем здравоохранения России [1] было показано, что для сохранения бесплатного, в основном, объема медицинской помощи размер страхового взноса предприятий на обязательное медицинское страхование должен быть 8-12 % средств на оплату труда. Произвольное введение размера отчислений без наличия базовой программы и проведения расчетов не создаст условий для нормального функционирования системы медицинского страхования.

В свою очередь, определение объема расходов на медицинское страхование вряд ли возможно без достаточно четкого представления о взаимосвязи заболеваемости с санитарно-гигиеническими

характеристиками условий труда. Именно этот принцип должен быть сохранен не только в транспортной отрасли, а и во всех отраслях народного хозяйства. Но транспорт отличается не только чрезвычайными условиями труда, но и административно-волевым разделением санитарно-эпидемиологической и лечебно-профилактической служб. Именно волевыми решениями эти службы в Украине получили разноведомственное подчинение. С нашей точки зрения, решения и попытки создать систему медицинского страхования обязывают вернуться к единому медицинскому пространству – вернуться к структуре, испытанной временем – по типу медико-санитарных частей, а ещё лучше – с созданием в них врачебно – инженерных бригад.

Совместными усилиями и неоспоримыми данными гигиенистов и лечащих врачей можно убедить работодателей в том, что заболеваемость их работников формируется тем риском, который они создают для них условиями труда и, экономически значительно целесообразнее эти условия улучшать, чем платить моральными и материальными издержками по содержанию инвалидов и больных профессиональными заболеваниями.

Относительно руководителей лечебно-профилактических учреждений, которые проявляют известную осторожность в решении перехода к единому медицинскому пространству с санитарно-эпидемиологической службой и возрождению объединений на принципах медико-санитарных частей, можно сказать, что они

недооценивают свои возможности в экономических обоснованиях объемов страховых взносов работодателей в систему медицинского страхования. А эти взносы позволят им не только обеспечить полноценную деятельность своих учреждений, но и дать развитие их материально-технической базы.

Мы предприняли попытку дать пример такого взаимодействия и расчёта коэффициентов для системы медицинского страхования в транспортной отрасли.

Транспортная отрасль, согласно нашим обоснованиям, вообще привлекательна для апробации системы медицинского страхования по ряду обстоятельств: контингент стабилен, наиболее высоко организован и социально защищен, проходит обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические медицинские освидетельствования.

Учитывая многолетние обещания Министерства здравоохранения Украины перейти на принципы страховой медицины, считаем необходимым напомнить, что этот процесс всегда состоял из следующих обязательных этапов: разработка проекта, его научное обоснование, апробация, корректировка, внедрение и последующая доработка и дополнения.

Если проигнорировать эти этапы и принять волевое решение, придется их осуществлять в ходе внедрения, что значительно дороже и, самое главное – подрывает доверие к насильственно внедренной системе.

Объекты и методы исследования

Целью настоящей работы была разработка медицинских критериев дифференцированного расчета объема отчислений от предприятий транспорта на медицинское страхование.

Оценку условий труда работников транспорта осуществляли с помощью общепринятых санитарно-гигиенических и санитарно-химических исследований.

Выкопировку сведений о заболева-

емости проводили из медицинских карт амбулаторного больного, медицинских книжек, больничных листов, карт диспансерного наблюдения работников транспорта ретроспективно на глубину 10 лет.

В качестве основного показателя был разработан и применён “показатель вероятности накопления заболеваний”, так как он, как было показано ранее [2, 3], в отличие от традиционных показателей (на 100 или на 1000 работающих), в большей степени пригоден для прогнозирования в качестве расчетного коэффициента при определении объемов страховых взносов на медицинское страхование. В работе приведены формулы, по которым возможен переход от показателя “вероятность накопления заболеваний” к показателю общей заболеваемости на 1000 работающих.

С целью оценки особенностей влияния сочетанного воздействия профессионально-производственных факторов и факторов риска на формирование нервно-психического напряжения работников транспорта использовали профессиографические, социологические, клинико-физиологические и психологические методы.

Результаты исследований вносили в машиноориентированные анкеты и обрабатывали на ПЭВМ, используя алгоритмы и методы статистического анализа.

Наиболее высокие как показатели общей заболеваемости на 1000 работающих, и показатель “вероятность накопления заболеваний”, были у моряков, машинистов и их помощников, а также монтеров пути. При этом были отличия в преваляции тех или иных классов заболеваний у работников различных профессий на транспорте.

Так, I и II ранговые места, в порядке убывания значимости занимали: у моряков — болезни системы кровообращения и органов пищеварения; у монтеров пути — травмы и отравления, болезни органов дыхания; у машинистов и их помощников — болезни органов дыхания, нервной

системы и органов чувств; у летчиков — болезни органов дыхания, органов пищеварения и системы кровообращения; у авиадиспетчеров — болезни органов дыхания, нервной системы и органов чувств.

Вероятно, описанную особенность в определенной степени можно объяснить характером труда работников каждой транспортной отрасли.

Для большинства профессиональных групп работников транспорта наиболее уязвимыми, в плане максимального накопления общих заболеваний, оказались возрастные интервалы 55-59; 60 и более лет, но у монтеров пути - 40-44 года. Вне зависимости от возраста, максимум формирования заболеваний у моряков, монтеров пути и летчиков отметили в стажевом периоде 10-14 лет. Исключение составили машинисты и их помощники, у которых максимум накопления заболеваний зарегистрировали уже при стаже 0-2 года; авиадиспетчеры с максимальными значениями при стаже 3-5 лет.

Приведенный анализ и его результаты подтвердили специфику накопления общих заболеваний у работников транспорта: формирование ее, независимо от возраста, уже при стаже 3-5 лет с максимальным накоплением к 6-14 годам стажа.

Указанная особенность формирования заболеваний у работников транспорта нашла подтверждение и при изучении активности регуляторных систем, а также степени старения организма на основании изучения биологического возраста работающих. Полученные результаты позволили высказать мнение о том, что показатели активности регуляторных систем и изучение биологического возраста могут быть использованы в качестве дополнительных критериев, характеризующих возможную потребность в медицинской помощи работников транспорта.

Анализ полученных результатов позволил констатировать существенное влияние стажа работы на изученные показатели. Так, если уже при стаже рабо-

ты до 5 лет только у 13 % машинистов и их помощников определили перенапряжение систем регуляции организма, то при стаже 6-15 лет — уже у 65,2 % работников этой профессиональной группы было отмечено перенапряжение активности регуляторных систем, что, несомненно, требует усиления профилактических и организационных мероприятий по обслуживанию этого контингента работающих, особенно в указанные стажевые интервалы. Соответственно могут и должны быть повышены коэффициенты для расчета взносов работодателей за работников указанных возрастных и стажевых групп.

Стажевые особенности формирования случаев временной утраты трудоспособности (ВУТ) позволили констатировать, что у представителей железнодорожного транспорта (машинистов и их помощников, монтеров пути), моряков и летчиков максимум вероятности накопления случаев ВУТ зарегистрирован при стаже 10-14 лет, т.е. в тот же интервал, что и накопление общих заболеваний, а у авиадиспетчеров — при стаже 6-9 и 10-14 лет.

Изучение заболеваемости с временной утратой трудоспособности позволило выявить сроки максимальной вероятности развития случаев ВУТ. При анализе результатов констатировали, что обнаружена диспропорция показателей вероятности общей заболеваемости и заболеваемости с ВУТ, в частности у моряков и работников авиационного транспорта. Так, при общем высоком показателе вероятности заболеваний у моряков равному 0,872, очень низким оказался этот показатель в случае характеристики заболеваемости с ВУТ (0,19). По нашему мнению, показатели ВУТ у работников транспорта непригодны по этой причине для обобщений. Объясняется это спецификой профессионального отбора работников транспорта, которые избегают фиксированных обращений к врачам из-за боязни, что перенесенные заболевания могут оказать влияние на признание их пригодности для работы на транспорте.

Более достоверными были показатели вероятности накопления хронической патологии, которая выявлялась при очередном профессиональном отборе работников транспорта.

Показательным, с нашей точки зрения, было изучение биологического возраста автоводителей. Проведенные исследования позволили констатировать, что при стаже до 10 лет истинный биологический возраст соответствовал должному, а после 11 лет работы превышал должный биологический возраст на 7 лет. У водителей с таким стажем работы отмечали ускоренный темп старения организма, что было чревато опасностью возникновения болезней, утраты трудоспособности. Изучение парных взаимосвязей между клиническими показателями и такими факторами, как возраст, профессия и стаж обследуемого позволили отметить, что стаж работы оказывал более существенное, чем возраст, влияние на показатели активности регуляторных систем, жизненную ёмкость легких и статическую балансировку (показатели, используемые при изучении биологического возраста). Возраст же влиял лишь на жизненную ёмкость легких и показатель задержки дыхания на выдохе.

Таким образом, подтверждено, что стажевые характеристики имели более существенное значение в развитии хронической патологии у работников транспорта, чем возрастные.

Конкретные величины показателей “вероятности накопления заболеваний” и основные тенденции формирования заболеваемости у работников транспорта (возрастные, стажевые и профессиональные особенности) были использованы при проведении математического анализа.

Проведенный статистический анализ степени влияния профессиональных и возрастно-стажевых характеристик на заболеваемость работников транспорта также позволил прийти к заключению, что стаж работы оказывал более существенное, нежели возраст, влияние на показа-

тели заболеваемости, что позволяет ставить вопрос о профессиональной обусловленности заболеваемости указанного контингента работающих. В частности, у моряков это, в первую очередь, относится к заболеваниям системы кровообращения и органов пищеварения.

Приведенное в настоящей работе определение показателя “вероятности накопления заболеваний” по формуле и по уравнениям регрессии позволит работодателям и медико-санитарным службам прогнозировать развитие заболеваний различных классов в возрастных, стажевых и профессиональных группах работников транспорта, а также проводить расчеты необходимых отчислений на нужды страховой медицины.

Использование показателя “вероятности накопления заболеваний” при наличии данных о себестоимости медицинских услуг по каждому классу заболеваний и наиболее часто встречающимся нозологическим формам, позволяет рассчитать среднюю стоимость оказания медицинской помощи по всем классам заболеваний у представителей различных возрастных и стажевых групп работников транспорта.

Как было отмечено выше, у представителей всех изученных видов транспорта высокой оказалась вероятность формирования хронической патологии. В связи с тем, что в настоящее время отмечен значительный рост хронических заболеваний, приводящих к ранней инвалидизации работоспособного населения страны, мы проанализировали, какие классы заболеваний и в каких возрастных и стажевых периодах преобладали у работников транспорта. Информация представляет интерес с точки зрения необходимости учета ее при расчетах отчислений от предприятий на страхование работающих на транспорте.

Анализ хронической патологии позволил прежде всего отметить, что хронические заболевания диагностированы у значительного числа работников транс-

порта:

- у 61,6 % от числа обследованных машинистов и их помощников;
- у 32,2 % от списочного состава монтеров пути;
- у 42 % от списочного состава лётчиков;
- у 59,3 % от списочного состава авиадиспетчеров.

Превалирующими классами заболеваний при хронической патологии у моряков оказались болезни системы кровообращения и органов пищеварения. Хроническая патология этих классов заболеваний начала формироваться у них уже в возрастном интервале 20-24 года, увеличиваясь в каждой из последующих возрастных групп, при этом вероятность накопления заболеваемости органов пищеварения была смещена в сторону более молодых возрастных групп.

При хронической патологии у монтеров пути преобладали болезни системы кровообращения, органов пищеварения, нервной системы и органов чувств, а также органов дыхания и костно-мышечной системы.

У машинистов и их помощников также преобладали болезни системы кровообращения, органов пищеварения, нервной системы и органов чувств, органов дыхания, вегето-сосудистая дистония, болезни костно-мышечной системы. Развитие хронических заболеваний (в основном органов дыхания), зафиксировали уже в возрастном интервале 16-19 лет с резким подъемом (в 6,9 раза) в следующей возрастной группе (20-24 года). Наибольшее количество хронических заболеваний было диагностировано в работоспособном возрасте.

У лётчиков преимущественно формировалась хроническая патология системы кровообращения, органов пищеварения, нервной системы и органов чувств, а также вегето-сосудистая дистония. Большинство хронических заболеваний было диагностировано в молодом, работоспособном возрасте - от 16 до 40 лет

(61,3 %). При этом, в возрастном интервале 35-39 лет зарегистрировано 22,5 % всех хронических заболеваний. В возрастных интервалах 20-24 и 25-29 лет удельный вес зарегистрированных хронических заболеваний по сравнению с возрастом 16-19 лет возрос в 8 и 10 раз соответственно.

Как и у лётчиков, большинство хронических заболеваний у авиадиспетчеров сформировалось до 40 лет (73,5 %). В хронической патологии у авиадиспетчеров преобладали болезни нервной системы и органов чувств, вегето-сосудистая дистония, болезни органов пищеварения и системы кровообращения.

Анализ влияния стажа работы по специальности на сроки формирования хронической патологии показал, что во всех изученных профессиональных группах хронические заболевания были диагностированы уже в самом начале трудовой деятельности: при стаже 0-2 года у 38,1 % монтеров пути, у 6,5 % машинистов и их помощников, у 11,6 % лётчиков и у 24 % авиадиспетчеров. При этом с увеличением стажа работы происходило накопление диагностируемой хронической патологии, достигнув максимума у моряков: при болезнях системы кровообращения при стаже 20 и более лет, при болезнях органов пищеварения при стаже 10-14 лет, при сочетанной патологии при стаже 20 лет и более.

У монтеров пути максимальное количество (77,4 %) хронических заболеваний зарегистрировано в стажевом интервале 0-9 лет.

Накопление хронической патологии у машинистов и их помощников достигло максимума в стажевом интервале 20 и более лет (53,1 %). Однако, уже в стажевом интервале 0-2 года было диагностировано 3,5 % хронических заболеваний с возрастанием их числа при стаже 6-9 лет в 3 раза.

Накопление хронических заболеваний у лётчиков достигло максимума при стаже 10-14 лет (21,3 %) и стаже 20 лет и

более (22,6 %). У этой категории обследованных уже при стаже 0-2 года, т.е. в период приобретения навыков трудовой деятельности, было диагностировано 11,6 % всех хронических заболеваний.

Хроническая патология у авиадиспетчеров была сформирована при стаже до 15 лет (71,9 %) с пиком при стаже 0-2 года (24 %).

У водителей автотранспорта обострение хронической патологии отметили у 32,1 % от числа заболевших за 3 года. Обострением хронических заболеваний было обусловлено 28 % всех случаев и 33,7 % всех дней ВУТ. У этой категории обследуемых обострение хронической патологии было вызвано заболеваниями нервной системы и органов чувств (в основном - пояснично-крестцовыми радикулитами), заболеваниями системы кровообращения (в основном - гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца), болезнями органов дыхания (хроническими синуситами и бронхитами), болезнями органов пищеварения (в основном — хроническими гастродуоденитами, холецистопанкреатитами).

Таким образом, изучение карт диспансерного наблюдения позволило подтвердить рассчитанные с помощью показателя “вероятности накопления заболевания” сведения о высокой вероятности формирования хронической патологии у работников транспорта. Основными классами хронических заболеваний оказались: вегето-сосудистая дистония, болезни нервной системы и органов чувств, болезни системы кровообращения, болезни органов пищеварения.

На следующем этапе работы изучили наиболее часто встречающиеся нозологические формы хронических заболеваний.

Специфика хронической заболеваемости нервной системы и органов чувств подтверждает литературные данные о профессиональном характере нейросенсорной тугоухости у машинистов и их помощников [4, 5], заболеваний перифе-

рической нервной системы у монтеров пути [5], невритов слуховых нервов у лётчиков и заболеваний глаз у авиадиспетчеров [6].

Основная хроническая патология системы кровообращения у моряков была представлена тремя нозологическими формами - ишемическая болезнь (61 % от всех заболеваний этого класса), гипертоническая болезнь (19,2 %) и атеросклероз аорты (13,3 %). У работников железнодорожного транспорта хроническая патология этого класса была обусловлена двумя нозологическими формами - гипертонической болезнью (41,2 % у машинистов и их помощников и 48,4 % у монтеров пути) и ишемической болезнью (27,2 % у машинистов и их помощников и 20,3 % у монтеров пути). У лётчиков гипертоническая болезнь обусловила 34,9 %, а ишемическая болезнь - 39,5 % всей хронической патологии этого класса. У авиадиспетчеров 52,6 % хронических заболеваний составила ишемическая болезнь сердца, что также подтверждает литературные данные о значительной распространенности вышеуказанных классов у работников изученных профессиональных групп [5, 7, 8].

Среди хронических заболеваний органов пищеварения у моряков преобладали язвенная болезнь (50,3 % от всей патологии этого класса), хронические гастродуодениты (42,2 %); у машинистов и их помощников — хронические гастродуодениты (38 %), язвенная болезнь (23,1 %); у лётчиков — хронические гастродуодениты (55,6 %) и хронические холецистопанкреатиты (23,3 %).

В возникновении вышеперечисленных нозологических форм заболеваний, а также классов в целом, ведущую роль исследователи отводят нервно-эмоциональному напряжению, шуму, вибрации и другим факторам производственной среды [10-16].

Обобщая итоги исследования основных вредных факторов производственной среды работников транспорта,

можно констатировать, что, в основном, они в усреднённых общетраслевых величинах превышали санитарно-гигиенические нормативы, являясь основой формирования хронической патологии у этого контингента обследуемых.

Изучение параметров производственной среды, уровень несоответствия основных физических, химических и биологических факторов санитарно-гигиеническим нормам и правилам требует организационного совершенствования системы медико-санитарного обеспечения на транспорте, в частности - усиления предупредительного и текущего санитарного надзора.

Нашими исследованиями показано, что работоспособность и надёжность работников транспорта, особенно лиц операторских профессий, обусловлена не только характером труда, категорией напряженности и сложности профессиональной деятельности, но и индивидуально-типологическими и личностными качествами обследуемого контингента.

Проведенные исследования позволили отметить, что доминирующими факторами в развитии невротизации работников транспорта являются: нерациональный режим работы, суточная сменность, высокая плотность и нервно-психическая напряжённость производственного процесса, широко распространённые среди операторов транспорта социально-обусловленные факторы риска (курение, употребление алкоголя, нерациональное питание и низкая физическая активность), негативные стереотипы поведения и образа жизни.

Показано, что психофизиологическое тестирование лиц операторского профиля имеет достаточно высокую прогностическую ценность и может служить важным дополнением к диагностическому арсеналу врачебно-экспертных комиссий отраслевых поликлиник.

Однако, до настоящего времени профотбор на транспорте, по данным психофизиологических и психологичес-

ких методов тестирования, широко не внедрён.

Таким образом, с увеличением возраста и особенно стажа работы на различных видах транспорта у обследуемых возрастало нервно-психическое напряжение, вегето-сосудистые расстройства, наблюдалось перенапряжение регуляторных систем организма, отмечался ускоренный темп старения, что, естественно, приводило к росту числа заболеваний различных классов, в первую очередь - тех, в возникновении и становлении которых решающими были психогенные факторы и факторы производственной среды (шум, вибрация и т.д.).

Резюмируя вышеприведенные сведения, считаем необходимым подчеркнуть, что использование показателя "вероятности накопления заболеваний" позволяет дать прогноз вероятности развития заболеваний в различных возрастных и стажевых группах, что, по нашему мнению, может быть использовано при определении величины страхового взноса от предприятия на нужды страховой медицины в расчете на одного работающего.

Выводы

1. В качестве медицинских критериев дифференцированного расчета объема отчислений от предприятий транспорта на медицинское страхование могут быть использованы показатели заболеваемости.
2. Предложенный показатель "вероятность накопления заболеваний" различных классов позволяет рассчитать объем страховых взносов дифференцировано по возрастным, стажевым и профессиональным группам работников транспорта в период перехода к бюджетно-страховой медицине.
3. Вероятность развития заболеваний основных классов в различных возрастных, стажевых и профессиональных группах работников транспорта может быть рассчитана и на основании полученных аппроксимирующих моделей, облегчающих работодателям

- определение объёма отчислений на медицинское страхование.
4. Отмечены возрастные и стажевые особенности распространённости заболеваний у работников различных видов транспорта, при этом стаж оказывал более существенное, нежели возраст, влияние на показатели заболеваемости, что позволило рекомендовать использование в актуарных расчетах величину показателя "вероятность накопления заболеваний" в различных стажевых периодах.
 5. Установлена чётко выраженная общность структуры патологии, единство тенденций повозрастных и стажевых изменений показателей по большинству классов заболеваний у изученных контингентов работников транспорта. Преобладающими классами заболеваний при формировании хронической патологии у работников транспорта были болезни системы кровообращения, органов пищеварения, нервной системы и органов чувств, органов дыхания и костно-мышечной системы, при этом наибольшее количество заболеваний было диагностировано в возрасте до 40 лет и при стаже до 14 лет.
 6. Ведущими нозологическими формами заболеваний во всех изученных профессиональных группах работников транспорта оказались: вегето-сосудистая дистония; при болезнях нервной системы и органов чувств - хронический пояснично-крестцовый радикулит, а также нейросенсорная тугоухость (у машинистов и их помощников) и неврит слухового нерва (у летчиков); при болезнях системы кровообращения - гипертоническая и ишемическая болезни, атеросклероз аорты; при болезнях органов дыхания - хронические бронхиты и синуситы; при болезнях органов пищеварения - язвенная болезнь, хронические гастродуодениты, хронические холецистопанкреатиты.
 7. Отмечено более существенное влияние стажа по сравнению с возрастом на показатели активности регуляторных систем и биологический возраст работников транспорта.

Литература

1. Башкирева А.С. Заболеваемость работающих на предприятиях автомобильного транспорта и шоссейных дорог республики Татарстан// Актуальные проблемы медицины транспорта: Тезисы докладов Украинской межведомственной научно-практической конференции 22-24 сентября 1993 г.-Одесса, 1993.-С.14.
2. Социально-экологические факторы заболеваемости и организационное совершенствование диспансеризации плавсостава.-Заключительный отчет. № гос. рег. 01.87.0071792, Инв. N 029 100 32769. - Руководитель темы - канд. мед. наук, старший научный сотрудник Лисобей В.А. - Одесса, 1990.- 4.1,2.-177 с.
3. Лисобей В.А. Социально-гигиенические основы улучшения здоровья и медико-санитарной помощи морякам:Автореф. дисс. докт.- Одесса, 1993.-42 с.
4. Клинические основы железнодорожной медицины.-М., 1990. -4.1. -183 с.
5. Цфасман А.З., Журавлева Г.Н. Клинические основы железнодорожной медицины.-. 11.-М., 1992.-240с.
6. Особенности течения, диагностики и профилактики заболеваний у лётного состава/Н.Н. Артамонов, В.Д. Власов, М.Д. Вядро, П.Л. Слепенков//Авиационная медицина:(Руководство)/Под ред. Н.М. Рудного, П.В. Васильева, С.А. Гозулова.-М.:Медицина, 1986.- С.451-463.
7. Васильева Т.В., Пономарева А.Г. Актуальные вопросы профилактики заболеваний плавсостава морского транспортного флота // Советское здравоохранение .-1989.-N 5.-С. 51-55.
8. Журавлева Г.Н. Особенности лечения

- гипертонической болезни у машинистов локомотивов: Лекция.-М.,1991.-13с.
9. Журавлёва Г.Н. Особенности лечения гипертонической болезни у машинистов локомотивов: Лекция.-М.,1991.-13с.
 10. Железнодорожная медицина: Руководство/Под ред. В.М. Сибилева, Ю.Н. Коршунова, А.З. Цфасмана.-М., 1993.-270с.
 11. Основы законодательства Украины о здравоохранении: приняты 19 ноября 1992 г.// Голос Украины. -1992. -15 декабря. -N238 (488). -С.9-13.
 12. Концепция региональной системы медицинского страхования в Украине/В.И. Лехан, И.Н. Кутузов, А.В. Таран, Е.К. Духовенко// Медичне страхування.-1994.-N1.-С.20-25.
 13. Методические рекомендации по проведению лицензирования и аккредитации медучреждений г. Киева на этапе перехода к системе медицинского страхования населения/Сост. Н.И.Власенко и др.// Актуальные проблемы медицинского страхования и охраны здоровья населения, вып. б.-Киев:ГТМО, Мединстит, 1993.-44с.
 14. Страхование медицина за рубежом// Врач. 1990.- июль.-С.5-7.
 15. Бояджан В.А., Щепин В.О. Медицинское страхование и использование диагностически связанных групп//Советское здравоохранение. -1991 .-N5.-С.12-17.
 16. Gennillard A., Germany's health care system soars into the black//Br.Med.J.-1993.-Vol.307, N6906. - P.700.
 17. Jamauchi M. Japanese Health reforms meet resistance // Brit.Med.J.-1993.-Vol.307, N6900. - P.343.

Резюме

ВЗАЄМОДІЯ САНІТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ ТА ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ СЛУЖБ – ОСНОВА ВПРОВАДЖЕННЯ ОБОВ'ЯЗКОВОЇ ДЕРЖАВНОЇ БЮДЖЕТНО – СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ НА ТРАНСПОРТІ

Лісобеї В.О.

У роботі визначені вікові та стажеві особливості розповсюдженості захворювань у працівників різних видів транспорту. При цьому стаж працівника мав більш суттєве значення ніж його вік на показники захворюваності.

Обґрунтовано використання спеціально розробленого показника „імовірності накопичених захворювань” у якості показника, який має прогностичні властивості і не залежить від сьогоденної демографічної ситуації у контингенті.

Переважними класами захворювань при формуванні хронічної патології у працівників транспорту були хвороби систем кровообігу та травлення, нервової системи, органів дихання, кістково-м'язової системи. При цьому найбільша кількість захворювань була зареєстрована у віці до 40 років та при стажі до 14 років.

Визначено, що використання даних захворюваності працівників транспорту, які обумовлені ступенем ризику в умовах їх праці, тобто, санітарно-гігієнічною характеристикою робочих місць є найбільше імовірною підставою для визначення диференційованих розмірів страхових внесків працедавців до системи страхової медицини на транспорті.

Summary

MUTUAL COLLABORATION OF SANITARY-EPIDEMIOLOGIC AND TREATMENT-AND PROPHYLACTIC SERVICES AS THE BASE FOR ADOPTION OF OBLIGATORY STATE BUDGET INSURANCE MEDICINE

Lisobey B.A.

At the work presented they have determined depending on age and work longevity peculiarities of different diseases prevailing among workers of different kinds of transport. As this takes place, an employ-

er's longevity of work has a more significant meaning than his age for indexes of morbidity. They have grounded the necessity of special index – “probability of accumulated diseases” developed by the Author as a prognostic index independent from today's demographic situation in the contingent under study. Predominating classes of diseases at formation of chronic pathology have been brought to light. They are: blood circu-

lation system diseases, digestive tract diseases, nervous system diseases, respiratory system diseases, and those of muscular-skeletal system. The greatest amount of diseases was registered at the age below 40 years old and at the longevity of work till 14 years. Sanitary-and epidemiologic features of the working places is the most reasonable index for the determination of the amount of insurance fee.

Санитарно-эпидемиологические проблемы на транспорте

The Sanitary and Epidemiological Problems on Transport

УДК 613.656

**К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ
ОБЪЕКТОВ ТРАНСПОРТА И В СИСТЕМЕ ЛЕЧЕБНО-
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

**Войтенко А.М.¹, Кузнецов А.В.¹, Сиденко В.П.¹, Пономаренко А.Н.¹,
Думский В.П.², Волочанская В.М.³, Тулина И.В.⁴**

Украинский НИИ медицины транспорта, Одесса;

¹Министерство здравоохранения Украины, Киев;

²Санэпидстанция Львовской железной дороги, Львов

³Санэпидстанция Одесской железной дороги, Одесса

⁴ГО «Меддезинфекция», Одесса

Впервые поступила в редакцию 16.03.2007 г. Рекомендована к печати на заседании ученого совета НИИ медицины транспорта (протокол № 2 от 19.03.2007 г.).

Введение

В связи с увеличением потока пассажиров и грузов в местах пересечения различными видами транспорта границы Украины, сохраняется опасность трансграничного переноса и распространения вирусно-бактериальных инфекций и паразитозов на территорию Украины, наряду с загрязнением окружающей среды. Об этом свидетельствуют многочисленные литературные данные о распространении заболеваний, связанных с заносом возбудителей различными транспортными средствами на большие расстояния [1-6].

Задачи санитарной охраны границы Украины предусматривают углублённое изучение международных торговых, эко-

номических, культурных связей и эпидемиологической обстановки по карантинным, другим природно-очаговым болезням как за рубежом, так и в нашей стране, а также возможные пути завоза этих болезней, связанные с международными воздушными, морскими и сухопутными сообщениями [7-9].

Украина граничит на юго-западе с Молдовой, Румынией, Венгрией, Словенией и Польшей; на севере - с Беларусью; на северо-востоке - с Россией. Международные связи осуществляются через 34 морских и речных порта, 19 аэропортов, более 186 населенных пунктов и станций на автодорожных трассах и железнодорожных магистралях. Интенсивные международные грузовые и пассажирские