МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ТА ЕКОНОМІЧНІ ВТРАТИ ВІД ПРОФЕСІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОПЕРЕДЖЕННЯ

Нагорна А. М.¹, Добровольський Л. О.¹, Грузова Л. М.¹,
Янковська Л. А.¹, Колодяжна О. І.², Соколова М. П.¹

¹ДУ «Інститут медицини праці НАМН України», м. Київ

²Національна академія статистики, обліку та аудиту, м. Київ

У статті висвітлено переважно іноземні літературні джерела, пов'язані з медико-соціальними та економічними втратами від професійної захворюваності. Встановлено, що в країнах Західної Європи та США в останні роки аналізуються економічні втрати від таких захворювань як професійний дерматит, професійна астма, професійна депресія. В Україні до цього часу недостатньо відповідних публікацій, пов'язаних із підрахунком медико-соціальних та економічних втрат від професійної захворюваності.

Ключові слова: професійні захворювання, економічні та соціальні втрати, попередження економічних втрат, країни Західної Європи, США

Професійні захворювання створюють серйозну медико-соціальну та економічну проблему глобального масштабу. Щорічно у світі згідно з даними МОП реєструється 260 млн випадків професійних захворювань, у результаті яких помирає 1,1 млн чоловік. Економічні втрати внаслідок професійних захворювань складають біля 4 % національного валового продукту [1]. Значні фінансові втрати спостерігаються в багатьох країнах світу. Так, США щорічно втрачають 171 млрд дол., Велика Британія — 11 млрд фунтів стерлінгів [2]. У країнах Європейського Союзу кошти, витрачені через професійну захворюваність на виробництві (лікування, оплата за тимчасову непрацездатність, за стійку втрату працездатності і за смерть), становлять майже 20 млрд євро [3].

В Україні, як і в усьому світі, професійні захворювання завдають великих економічних збитків суспільству, щороку втрачається близько 100 млн робочих днів. За даними Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України економічні втрати складають мільярди гривень: виплати за втрату працездатності, разові виплати при встановленні діагнозу профзахворювання, доплати до пенсій, виплати на виробниче медичного призначення та лікарські засоби, медичну та професійну реабілітацію.

За період з 2001 по 2010 рік щорічні витрати Фонду збільшились з 0,39 до 3,36 млрд грн [4]. Але це тільки частка економічних втрат суспільства. В цілому в Україні науковці недостатньо цікавляться економічними аспектами, що пов'язані з втратою

здоров'я на виробництві [1]. Проте відомо, що більш економічно вигідним є покращання умов праці та медичного обслуговування з метою профілактики професійних захворювань. Оцінка економічної ефективності витрат на заходи щодо профілактики профзахворювань свідчить, що вони дають прибуток майже в 2,5 разу більший, ніж витрати [5].

У перехідний період в Україні все більшого медико-соціального та економічного значення набуває соціальна стратифікація суспільства. Відомо, що професійні хвороби є соціальними хворобами, і страждають від них більшою мірою робітники промисловості та сільського господарства.

У деяких країнах Європи були отримані докази, що особи, які перебували в несприятливих виробничих умовах, хворіли частіше та важче ніж особи, які знаходилися в більш сприятливих умовах, що призводить до значних економічних втрат [6–7]. Оздоровлення виробничих умов є головною метою медицини праці, не тільки тому, що більшість цих відмінностей можна розглядати як прояв соціальної ситуації [8], але й тому, що зниження економічного тягаря для суспільства за рахунок професійних захворювань при належному ставленні можна відвернути. Визначаючи наявність цієї проблеми, держави члени Європейського регіону ВООЗ прийняли стратегію досягнення здоров'я для всіх у 2001 році [9]. Дана стратегія направлена на скорочення відмінностей у стані здоров'я населення, як між країнами, так і між окремими контингентами населення, включаючи працюючих і не працюючих.

Цьому сприяє моніторинг кількісних змін у стані здоров'я, обумовлених соціально-економічними, у тому числі виробничими або професійними чинниками, що є необхідною умовою для оцінки заходів, що здійснюються при проведенні політики охорони здоров'я. Вищезгадане може бути здійснено тільки за умови кількісного виявлення впливу з однією сторони захворюваності, у тому числі професійної, на соціально-економічну ситуацію, з іншого боку, впливу соціально-економічних чинників на відмінності в стані здоров'я. До цього часу не розроблені показники ступенів впливу відмінностей у стані здоров'я, які можна було б використати для процесу моніторингу в просуванні до поставленої мети. Частково це пояснюється різницею між країнами відносно наявності відповідних даних, частково — складностями концептуального та технічного порядку, які залежать від відбору таких показників [10].

Таким чином, підтверджується, що різниця в стані здоров'я зумовлена соціально-економічними чинниками і більш широко представлена в порівнянні з іншими факторами [11]. Публікації та документи із серії «Здоров'я для всіх» включають приклади соціально-економічних показників, згідно з якими популяції країн можуть бути розділені на окремі групи: соціальні, професійні, а також згідно з освітою та рівнем доходів [12]. Показовим прикладом впливу професії на демографічні показники є дослідження, проведене на кафедрі соціології Гельсінського університету під керівництвом Т. Valkonen [13]. У дослідженні були визначені чотири професійні групи: службовці вищого рангу, нижчого рангу, робітники, фермери. У результаті моніторингу смертності протягом 20 років була виявлена різниця в динаміці стандартизованого коефіцієнта смертності, у залежності від професійної групи. Протягом 20 років коефіцієнт смертності, який для службовців вищого рангу був найнижчим та дорівнював 65, знизився до 57. Тоді як у робочих він був найвищим (114) і підвищився за цей час до 121. Незначне підвищення коефіцієнта відбулось також у групі фермерів (92 проти 88). Можна вважати, що деякий внесок у динаміку цього показника був за рахунок професійних захворювань, які характерні для групи робітників. У Нідерландах було проведено дослідження тенденцій змін у самооцінці захворюваності в залежності від рівня освіти, у динаміці за 10 років. Було встановлено, що якщо серед осіб із вищою освітою, відсоток людей зі станом здоров'я «нижче, ніж

добре» був найменшим (13,5 %) і за 10 років дещо зменшився, то серед осіб з початковою освітою, від був найвищим (29,7 %) і за десять років досяг 34,5 % [14]. Ці характеристики відносяться до соціальної стратифікації; люди займають більш високу або більш низьку позицію, у залежності від роду занять, освіти і т. п. Таке положення в соціальній ієрархії називають соціально-економічним статусом. [12]. Аналіз захворюваності представників різних соціальних груп промисловості Англії також виявив, що найбільше хворіють представники робітничих професій, а найменше — інженери, менеджери, управлінці. Так, втрати робочих днів за рік у зв'язку із хворобою склали в чорноробів — 18,4; кваліфікованих робітників — 11,5; інженерів — 3,9 дня. Але для підприємців вартість захворювання кваліфікованого робітника коштує набагато більше ніж менеджера, робота якого може чекати його повернення після хвороби. Відсутність звичайного робітника має бути зразу замінена іншим, або має застосовуватися дорога надурочна робота. Якщо хвороба робітника впливає на рівень продажу виробів, тоді вартість хвороби підвищується ще більше [15]. Також, географічні фактори більш усього пов'язані з соціальними, політичними, економічними та регіональними чинниками країни або регіону, в якому знаходиться виробництво. Відомо, що багатонаціональні компанії, які розміщені в різних країнах, мають відмінності рівня захворюваності в різних регіонах, навіть в одній країні [15].

Вплив страхової допомоги добре відомий. Характер медичного забезпечення та правила засвідчення непрацездатності схожі в багатьох країнах. Можливо, завдяки більш широкій та адекватній медичній та соціальній допомозі, підвищення рівня безробіття більше не пов'язується з підвищенням рівня захворюваності [16].

У цій таблиці наведено три розділи: географічний, організаційний та персональний. Що стосується першого розділу, то деякі показники, такі як медичне забезпечення, соціальне страхування, епідемії, безробіття, соціальний стан, пенсійний вік, теж пов'язані з географічним положенням.

Організаційні фактори включають характер і функцію конкретного підприємства та кадрову політику.

У зв'язку з масовими епідеміями грипу, які в минулому впливали на рівень захворюваності на робочому місці, у таблиці 1 вказаний серед географічних факторів такий чинник як «епідемія».

Таблиця

Деякі чинники, які впливають на захворюваність працюючих (17)

Географічні	Організаційні	Персональні
Клімат	Характер виробництва	Вік
Регіон	Розмір	Стать
Етнічний тип	Виробничі відносини	Професія
Соціальне страхування	Кадрова політика	Задоволення роботою
Медичне забезпечення	Оплата листів непрацездатності	Індивідуальність
Епідемія	Якість керівництва	Життєві кризи
Безробіття	Умови роботи	Медичний стан
Соціальний стан	Небезпечні чинники зовнішнього середовища	Алкоголь
Пенсійний вік	Служба медицини праці	Відповідальність сім'ї
	Плинність робочої сили	Поїздка на роботу

Працівники гірничодобувної та важкої промисловості традиційно мають більш високі рівні захворюваності, ніж на транспорті та зв'язку. Відношення між величиною організації та захворюваністю має свої закономірності. У великих групах робітник відчувається анонімом, і в нього може з'явитися відношення, яке соціологи називають «відчуженість», яке часто супроводжується підвищеним рівнем захворюваності. Плинність робочої сили також пов'язана з високою захворюваністю. Характер організації роботи, наприклад, виробнича лінія, тип конвеєра, робота на бойні, цілодобова зміна, негативно, впливають на стан здоров'я. Робота в нормальній зміні зменшує рівень захворюваності. Саме тому, організація служб медицини праці може також мати велике значення для стану здоров'я і економіки підприємства.

Щодо персональних чинників, які впливають на захворюваність, то їх найбільше, і вони також дуже важливі. Так, першорядний вплив статі, віку і професії добре відомий. Хоча жінки мають більшу тривалість життя ніж чоловіки, проте хворіють вони частіше. За даними деяких авторів із введенням однакової платні, незалежно від статі, жінки стали хворіти рідше. Вік викликає протилежні ефекти на кількість випадків захворювання та кількість днів в одному випадку. Так, кількість випадків захворювання з віком зменшується, але тривалість кожного випадку збільшується у віці після 50 років.

Важливо розуміти, що більшість цих відмінностей пов'язана з фізичним напруженням під час процесу роботи. Чоловік із пошкодженою ногою може виконувати на виробництві письмову роботу, але не важку фізичну працю [17].

Задоволення роботою, на яке впливають багато факторів, пов'язано з мотивацією до роботи. Робочий, який не є прихильним до роботи й вважає,

що його наглядачеві байдуже, чи присутній він на роботі, буде використовувати найменший медичний привід, щоб не прийти на роботу [18]. Індивідуальність, якщо її вимірювати за шкалою «екстраверсія-інтроверсія-невротизм», або за допомогою більш складних критеріїв, може також значно впливати на рішення, відносно того йти чи не йти на роботу. Макс Вебер назвав таку поведінку «протестантською робочою етикою». І, нарешті, останнє, але не менш важливе, наявність чи відсутність хвороби. Може здатися, що це єдиний важливий чинник, але це не так, бо відсутність на роботі — це ще не є хвороба [19]. Повне здоров'я, як наголошує Всесвітня організація охорони здоров'я, буває відносно рідко. Більшість із нас страждає від незначного нездужання одного чи іншого виду. Моніторинги, що були проведені в багатьох країнах, дають підстави вважати, що лише 5—10 % популяції є здоровою протягом двох тижнів, за критеріями ВООЗ. Вміння лікарів лежить у площині ознак та симптомів хвороб та лікування. Більш того, наявність об'єктивної хвороби не завжди свідчить, що особа нездатна до роботи. У більшості ситуацій відношення між нездоров'ям та непрацездатністю включає суб'єктивні судження, які знаходяться під впливом чинників, що зовсім не пов'язані з медициною. Вимоги підприємців, щоб лист непрацездатності свідчив, що особа здатна або нездатна виконувати роботу, робить справу ще більш важкою для всіх. На практиці це, звичайно, робочий, який вирішує, чи консультиватися йому з доктором, що він каже доктору про свої симптоми та характер роботи, яку він виконує, і чи відчуває він себе здатним виконувати роботу. Буде правильно сказати, що лікар краще може інтерпретувати отриману інформацію, ніж будь-який інший, але рішення рідко буває легким [20].

Захворюваність є дуже складним процесом, в якому задіяні багато чинників, тому не може бути лише один метод, який може контролювати цей феномен. Однак, один момент є цілком ясным: лікарі та сестри служби медицини праці не можуть брати всю відповідальність лише на себе. Їхня роль має бути тільки в консультуванні керівництва організації та хворих відносно того, як мінімізувати непрацездатність, та який тип роботи вони мусять виконувати [20]. Не дивлячись на заяву, яка включена в рекомендацію МОП № 112 «Служби медицини праці», що лікарі служб медицини праці не повинні запрошуватись, щоб підтверджувати сертифікат іншого доктора про працездатність, існують підприємці, які запрошують лікарів для цієї мети. Є також помилкове сподівання, що попередній медичний огляд може надійно підтвердити відсутність захворюваності, але це не так. Мусить бути створена програма контролю, щоб розв'язати важливі проблеми організації, яка повинна мати три головні риси: по-перше, адекватну інформацію, яка б становила собою надійну та достатньо детальну систему індивідуальних записів відсутності на роботі, разом зі здатністю відстежувати як частоту, так і тяжкість захворюваності в групах робітників. Встановлення прийнятих стандартів присутності на робочому місці повинні залежати від фактичних доказів. Другий принцип ефективного контролю причин відсутності на роботі є встановлення у всій організації правильного відношення менеджменту до робітників. Чи є вищий менеджмент дійсно відповідальний та, чи дійсно робітники знають про це, а також про якість надання інформації, та, чи знайомі менеджери з рівнями захворюваності у своїх власних групах та як вони їх порівнюють? Чи визначають вони свою роль як керівників і відповідальних осіб при управлінні захворюваністю? Нарешті, але також дуже важливим, має бути наявність відповідної кадрової політики компанії. При цьому велику допомогу буде надавати служба медицини праці, як у галузі профілактичної медицини для всього колективу, так і надаючи підтримку та консультації окремим працівникам. Одним із найефективніших засобів надання такої допомоги є огляд профпатологом або медсестрою всіх робітників у перший день після повернення до роботи після хвороби, яка тривала три, або чотири тижнів [20]. Метою такого огляду є оцінка працездатності робітника: чи може він працювати на його попередньому місці, або його треба тимчасово перевести на легшу

роботу до повного відновлення здоров'я. Поради та рекомендації відносно здоров'я працюючому та його менеджеру можуть зменшити ризики повторних захворювань та покращити ефективність і продуктивність праці [21, 22]. Рушійним мотивом розвитку виробництва й, отже, економіки держави є життєздатність нації. Дана багатовибірна модель вибирає в себе, поряд з іншими, функції охорони здоров'я, діагностики та підтримки [23]. Особливо це актуально у випадку професійних захворювань, які вражають найпродуктивнішу частину нації. Матеріальні умови відтворення здоров'я можна розглядати як інвестиції в «людський капітал». У цьому зв'язку витрати на життєдіяльність людини приймають форму інвестицій у покращення здоров'я, а віддача від них — форму додаткового доходу, що здобувається протягом більш довгого життя. Економічний потенціал здоров'я є одним із чинників, який впливає на здоров'я. А все, що сприяє його відтворенню, відбувається в рамках розвитку виробничих сил та відносин [24, 25].

Що стосується медико-соціальних та економічних втрат від професійної захворюваності, то національний координатор Міжнародної організації праці в Україні повідомив про намір проводити в Україні розрахунки економічних втрат, внаслідок одержання професійних захворювань, і розробити методологію збирання інформації в цьому напрямі [25].

Закордонні економісти підрахували, що смерть працівника на виробництві внаслідок нещасного випадку, обходиться суспільству надто дорого, як у фінансовому, так і в соціальному аспекті. Це витрати на виховання та навчання загиблого, не менші витрати на підготовку його заміни; втрачена вигода від продукції, яку міг би зробити загиблий за роки своєї активної діяльності; витрати на втримання загиблого, компенсаційні виплати його сім'ї та багато інших. Повчальним є досвід підприємств Південної Кореї. Там переконані, що будь-яка фірма процвітатиме лише при усвідомленні того, що з багатьох підвалів, на яких тримається сучасне виробництво, пріоритетним буде охорона праці [27].

У США було проведено дослідження відносно економічних витрат внаслідок захворюваності дерматитом робочих віком 16–75 років семи галузей приватної промисловості. При цьому, був застосований метод оцінки вартості професійної хвороби, який охоплює вартість медичних послуг та втрат виробництва. Також було встановлено, що економічні втрати

від захворюваності робітників професійним дерматитом, склали 1,2 млрд доларів, тобто 10,5 % вартості всіх шкірних хвороб та розладів [28]. В Університеті Бірмінгему (Велика Британія) вивчали соціальну вартість захворюваності професійною астмою. Була застосована методологія, яка визначала пряму та непряму вартість життя для шести ситуацій: робітники — чоловіки та жінки, кожен з яких зазнав впливу хімічних речовин, а саме латексу та біоциду (глутаральдегіду) або борошна (для порівняння). Щорічна кількість нових випадків у кожному виді промисловості оцінювалась відповідно до даних реєстру професійних респіраторних захворювань (SWORD). Головним фактором була вартість щорічних нових випадків відносно тривалості робочого життя в кожній ситуації. Вартість 209 нових випадків професійної астми склала 25,3–27,3 млн фунтів стерлінгів (за цінами 2004 р.). При екстраполяції на всіх робітників, які працюють у Великій Британії з подібними речовинами, втрати будуть досягати 70–100 млн фунтів стерлінгів, і ця цифра буде збільшуватися по мірі діагностування нових випадків [29]. На факультеті сімейної медицини Бостонського університету було проведено дослідження відносно соціального та економічного тягаря, пов'язаного з розладами на змінній роботі. Дані розлади та їхні окремі симптоми можуть негативно впливати на здоров'я, якість життя та виконання роботи, що потребує знайомства лікарів первинної медичної допомоги. Поріг лікарського втручання для робітників, працюючих у надзвичайних ситуаціях, таких як пожежні, які частіше зазнають відповідних розладів, повинен бути меншим ніж для інших робітників, працюючих за нормальним змінним графіком. Економічні втрати, пов'язані з розладами в робітників вищевказаних професій, які вчасно не лікуються, є дуже високими [30].

У секторі оптової та роздрібною торгівлі США зайнято 21 млн працівників. Існує думка, що працюючи в цій галузі мають малий ризик відносно професійних пошкоджень та смертності. Однак, ці працівники виконують під час роботи операції, які можуть становити небезпеку. Автори встановили, що в 2006 році серед тих, хто працює в даному секторі 850 500 зазнали професійних пошкоджень та хвороб, а також був 581 випадок смертей. Три сектори оптової та роздрібною торгівлі мали рівень професійних пошкоджень та хвороб значно вищий від середнього національного рівня: при торгівлі пивом та алкогольними напоями він становив 8,4 випадку

на 100 працюючих, при торгівлі будматеріалами — 7,6 та в бакалійній торгівлі — 7,0. Рівень професійної смертності був найвищим серед працівників автозаправних станцій — 9,8 на 100 000 працюючих, при торгівлі продуктами, готовими до вживання — 6,1 на 100 000 та при торгівлі вживаними автомашинами — 5,5 на 100 000. Кількість професійних смертей серед працівників магазинів продуктів харчування та алкогольних напоїв у 2006 році становила 86 випадків. Прямі та непряма вартість смертельних випадків становила більше 8,6 млрд доларів, але повні економічні втрати для суспільства та сімей не були адекватно підраховані [31].

Значного економічного тягаря зазнає суспільство в зв'язку з більш частими випадками розладів, пов'язаних із депресією. На жаль, вартість лікування та вплив цих розладів на виконання роботи вивчені недостатньо. У США було проведено епідеміологічне дослідження працюючих при використанні анкет 539 респондентів із депресивними розладами. Серед них 13,8 % мали легкі депресивні розлади, 38,5 % — помірні та 47,7 % — значні. Використання психіатричної допомоги, включаючи приймання антидепресантів, збільшувалося з важкістю розладів. Середні витрати на лікування важких форм розладу склали 697 дол. США проти 388 при легких формах. Рівень непрацездатності значно підвищувався й складав 15,7; 23,3 та 33,3 % для легких, помірних та важких форм депресивних розладів відповідно. Економічні втрати на одного робітника з важкою формою депресивного розладу становили 199 дол. США в місяць, з помірною формою — 188. В цілому, місячні втрати США від депресивних розладів у працюючих становлять 2 млрд дол. США [32].

У США вивчали вартість непрацездатності та невиходів на роботу працівників із множинним склерозом ($n = 989$). Середній вік становив 44 роки, 66 % хворих були жінки. У порівнянні з контролем, хворі робітники мали значно вищий рівень психічних та інших неврологічних розладів. Вони частіше були непрацездатні протягом коротких чи довгих термінів у порівнянні з контролем (21,4 % та 5,2 % відповідно; $p < 0,0001$). Середня річна вартість втрат з приводу непрацездатності для працівників з множинним склерозом була набагато більше ніж контрольних працівників — 3868 дол. США проти 414 дол. [33].

Розглянемо ситуацію з профзахворюваністю в Україні в 2005 році. Кількість випадків за період з 2005 по 2008 роки збільшилась з 5962 до 6700. Дане збільшення відбувалося, головним чином, за рахунок вугільної, машинобудівної та «групи інших галузей». У цій групі кількість профзахворювань збільшилась в 2,5 разу, з 519 до 1512 випадків (34). Особливо серйозне положення склалося в деяких областях. При проведенні аналізу стану профзахворювань було виявлено, що в деяких звітах з областей були представлені занижені дані, але в Сумській області приховане накопичення профзахворювань припинилося, і тепер відмічається збільшення кількості профзахворювань втричі. У 2001 році було зареєстровано 126 випадків профзахворювань, у 2007 — 123; у 2009 — 141 [35]. У Миколаївській області, незважаючи на зниження професійних травм в останні роки, рівень профзахворюваності не зменшується [36]. У Дніпропетровській області кількість профзахворювань з 2005 по 2009 роки збільшилась з 967 до 1 364 випадків, тобто підвищилася на 30 % [37].

Указана ситуація завдає значних економічних та соціальних збитків. Тільки в одній Донецькій області на лікування та компенсації виплат у зв'язку із професійними захворюваннями щороку витрачається понад 1 млрд гривень. При цьому гроші йдуть, головним чином, не на запобігання профзахворюванням і виробничому травматизму, а на ліквідацію їхніх наслідків [38].

У Дніпропетровському аграрному університеті розроблено методичні рекомендації «Розрахунок економічної ефективності заходів для запобігання нещасних випадків та профзахворювань на виробництві», в яких дається розрахунок матеріальних витрат, пов'язаних із травмами та профзахворюваннями [39]. В останнє десятиріччя в Україні була прийнята нова Постанова Кабінету Міністрів України щодо проведення обліку професійних захворювань [40]. З 2007 року діє новий порядок проведення медичних оглядів, затверджений Наказом МОЗ України [41]. Була розроблена та представлена стратегія безпечних умов праці і збереження здоров'я працюючих в Україні [42].

Певний інтерес викликають розробки з оцінки економічної ефективності витрат на заходи щодо профілактики профзахворювань. За рекомендаціями Всесоюзного НДІ гігієни залізничного транспорту для оцінки економічної ефективності захо-

дів, спрямованих на покращення умов і охорони праці, слід врахувати:

- збільшення об'єму продукції зумовлене скороченням витрат у зв'язку із захворюваністю;
- зниження собівартості та збільшення прибутку за рахунок економії на підготовку робочих кадрів;
- економію коштів бюджету соціального страхування в зв'язку зі зменшенням необхідності в госпіталізації;
- приріст об'єму продукції, обумовлений підвищенням продуктивності за рахунок покращення умов праці;
- економію коштів бюджету соціального страхування на пільгові пенсії [43].

Висновки

1. Аналіз наукових досліджень, представлених в іноземних публікаціях, пов'язаних із професійною захворюваністю за 1960–2011 роки свідчить, що в попередні роки більше уваги приділялося вивченню впливу соціально-економічних умов трудової діяльності на здоров'я, а в останні роки — публікаціям, в яких аналізуються медико-соціальні та економічні втрати, від втрати працездатності, включаючи збитки від професійних захворювань. У розвинутих країнах Америки та Західної Європи на основі розроблених методик підраховуються економічні втрати, пов'язані із професійною захворюваністю.
2. В Україні до цього часу є незначна частка наукових розробок, які дозволяють зробити підрахунок медико-соціальних та економічних витрат від професійної захворюваності. Тому постійною необхідністю є започаткування досліджень для визначення вищевказаних витрат за окремими нозологічними формами в провідних галузях промисловості та регіонах України.
3. Зниження рівня професійних захворювань можна вважати головним завданням медицини праці. Аналіз професійної захворюваності в Україні свідчить, що її рівень є відносно високим, остання хвиля підйому почалася в 2000 році та продовжується до теперішнього часу [37], що тягне за собою значні економічні та соціальні втрати. Саме тому, потрібне глибоке економічне і соціальне обґрунтування та розробка конкретних підходів до зниження професійної патології та її наслідків із залученням відповідних фахівців.

Література

1. Кундієв Ю. І. Професійне здоров'я в Україні.– Епідеміологічний аналіз / Кундієв Ю. І., Нагорна А. М.– Київ: Авіцена, 2006.– 316 с.
2. National occupational research. 1999.
3. [http // www.ilo.org/publ./ English/protection/safework/index/htn].
4. www.social.org.ua/activity/stat.
5. Анализ экономических последствий влияния неблагоприятных условий труда и промышленных загрязнений окружающей среды на здоровье человека и экономической эффективности профилактических мероприятий / Кацнельсон Б. А., Бушуева Г. А., Ткачев В. В., Ползик Е. В. // Методические рекомендации.– М., 1988.– 43 с.
6. Whitehead M. The health divide. New edition / Townsend, P. Davidson et al; ed. Inequalities in health (The Black report and the health divide).– London Books, 1992.– P. 55–60
7. Illsley R., Swensson P. G., ed. Social inequalities in health, social science and medicine. –1990.– 31 (special issue).– P. 223–240.
8. Moelek A. Review of selected publication from 18 Western European countries / Moelek A., Rosario Giraldez M.– Munster, Waxman, 1993.– 30 p.
9. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1990 (document).
10. Updating of European HFA targets. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1991 (document EUR/RC41/Inf.Doc.1 Rev1).
11. Health for all targets. The health policy for Europe. Copenhagen. World Health Organization, 1993 (European Health for All series, № 4).
12. Mackenbach J. P. Inequalities in health in the Netherlands according to age, gender, marital status, level of education, degree of urbanization and region / Mackenbach J. P. // European Journal of Public Health.– 1993.– V. 3, № 1.– P. 112–118.
13. Valkonen T. Socioeconomic mortality difference in Finland. Helsinki, Statistics Finland, 1993.– 30 p.
14. Mackenbach J. P. Socioeconomic health difference in the Netherland: a review / J. P. Mackenbach // Public Health and Safety.– V. 1,3rd ed. ILO, Geneva.– P. 5–7.
15. Taylor P. J. Absenteism, causes and control of / P. J. Taylor // Encyclopedia of Occupational Health and Safety.– V. 1,3rd ed. ILO, Geneva.– P. 5–8.
16. Giddens E. Sociology.2nd ed. Cambridge.– Polity Press, 1993.
17. Taylor P. J. Aspects of sickness absence / P. J. Taylor // Current approaches to occupational medicine. Ward Gardner A.(Ed.) (Bristol, John Wright and Son), 1979.– 368 p.
18. Fraggat P. Short-term absence from industry / P. Fraggat // British Journal of Industrial Medicine (London), July 1970, 27/3 (199–224), Oct. 1970, 27/4.
19. Coe J. The physician's role in sickness absence certificate / J. Coe // Journal of Occupational Medicine (Chicago).– Nov 1976. V.17/11.– P. 722–724.
20. Indulski J. Social determination of sick-absenteism.Part 1 / J. Indulski // Sante Publique (Bucarest).– 1966.– V. 8, № 4.– P. 403–416.
21. Taylor P. J. Abseneism, definitions and statistics of Encyclopedia of Occupational Health and Safety.– V. 1,3rd ed.– ILO, 1983, Geneva.– P. 8.
22. Ferguson D. Some characteristics of repeated sickness absence / D. Ferguson // British Journal of Industrial Medicine (London).– 1972.– V. 29, № 4.– P. 420–431.
23. Absenteism and social security // Studies and research, № . 16, Geneva, International Social Security Association, 1981.– 157 p.
24. Корчагин В. Здоровье населения и здравоохранение России / В. Корчагин // Российский экономический журнал.– 1995, № 4.– С. 63–65.
25. Бобринцев В. И. Экономический потенциал здоровья / Бобринцев В. И. // Экономика здравоохранения.– 1997.– № 4/5.– С. 5–6.
26. Україну поставили в один ряд з Мексикою: Перу // Українська правда, 5 жовтня.
27. Chee-Kyung Chung. Thelabour protection as pledge of success // journal of industrial medicine. 1972.– V. 29, № 1.– P. 29–31.
28. Blanciforti L. A. Economic burden of dermatitis in USA workers / Blanciforti L. A. // J.Occup. Environ. Med.– 2010.– V. 11.– P. 1045–1054.
29. Ayres J. G. Cost of occupational asthma in UK / Ayres J. G.,Boyd R., Cowie H. // Thorax.– 2011.– V. 66, № 2.– P. 128–133.
30. Culpepper L. The social and economic burden of shift-work disorder / Culpepper L. // J.Fam.Prac.– 2010.– V. 50.– P. 3–11.
31. Anderson V. P. Occupational fatalities, injuries, illnesses and related economic loss in the wholesale and retail trade sector / Anderson V. P., Schule P. A., Sestito J. // A, J. Ind. Med.– 2010.– V. 53, № 7.– P. 673–685.
32. Birnbaum H. G. Employer burden of mild, moderate and severe major depressive disorder: mental health services utilization and costs, and work / Birnbaum H. G., Kessler R. C., Kelly D. // Depress Anxiety.– 2010.– V. 27, № 1.– P. 78–89.
33. Ivanova G. T. The cost of disability and medically related absenteeism among employees with multiple sclerosis in the US / Ivanova G. T., Birnbaum H. G., Samuels S. // Pharmacoeconomics.– 2009.– V. 27, № 8.– P. 681–191.
34. Кундієв Ю. І. Порівняльна характеристика стану професійної захворюваності в Україні і світі /

Кундієв Ю. І., Нагорна А. М., Добровольський Л. О. // Укр. журн. з пробл. медицини праці.– 2009.– № 2.– С. 3–11.

35. Осадчий В. Криза та умови праці / В. Осадчий // Охорона праці.– 2010.– № 5.– С. 51.

36. Ключко В. Чому не меншає профзахворюваність? / В. Ключко // Охорона праці.– 2010.– № 6.– С. 46–47.

37. Басько Н. Від слів до справи / Басько Н., Іванченко О. // Охорона праці.– 2010.– № 9.– С. 46–47.

38. Коротко про важливе // Охорона праці.– 2010.– № 6.– С. 46.

39. Дмитрюк С. П. Методичні вказівки до практичного заняття «Розрахунок економічної ефективності заходів для запобігання нещасливих випадків на виробництві» / С. П. Дмитрюк.– Дніпропетровськ, 2006.

40. Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання розслідування і ведення обліку нещасних

випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві». Затверджена 25.08.2004 р. № 1112.

41. Порядок проведення медичних оглядів працівників певних категорій, затверджений Наказом МОЗ України від 23.05.2007 р., № 216.

42. Кундієв Ю. І. Стратегія забезпечення безпечних умов праці і збереження здоров'я працюючих в Україні на 2006–2010 роки / Кундієв Ю. І., Нагорна А. М., Чернюк В. І. // Укр. журн. з пробл. медицини праці.– 2005.– № 3–4.– С. 4–10.

43. Временные методические рекомендации по оценке экономической эффективности научно-исследовательских работ в области гигиены, физиологии и психофизиологии труда. Всесоюзный НИИ железнодорожной гигиены.– М., 1989.– 87 с.

Нагорная А. М.¹, Добровольский Л. А.¹, Грузова Л. М.¹, Янковская Л. А.¹,

Колодяжная О. И.², Соколова М. П.¹

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОТЕРИ ВСЛЕДСТВИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ПУТИ ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ

¹ГУ «Институт медицины труда НАМН Украины», г. Киев

²Национальная академия статистики, учета и аудита, г. Киев

В статье освещены преимущественно иностранные литературные источники, связанные с экономическими и социальными потерями вследствие профессиональных заболеваний. Установлено, что в странах Западной Европы и США в последние годы анализируются экономические потери от таких заболеваний, как профессиональный дерматит, профессиональный стресс, расстройства при сменном труде, профессиональная депрессия.

В Украине до настоящего времени недостаточно соответствующих публикаций относительно подсчета медико-социальных потерь и экономических потерь от профессиональной заболеваемости.

Ключевые слова: профессиональные заболевания, экономические и социальные потери, предупреждения экономических потерь, страны Западной Европы и США

Nahorna A. M.¹, Dobrovolsky L. O.¹, Gruzova L. M.¹, Yankovska L. A.¹,

Kolodyazna O. I.², Sokolova M. P.¹

MEDICO-SOCIAL AND ECONOMIC LOSSES BECAUSE OF OCCUPATIONAL MORBIDITY AND WAYS OF THEIR PREVENTION

¹SI «Institute for Occupational Health of NAMS of Ukraine», Kyiv

²National Academy of Statistics, Accounting and Audit, Kyiv

The paper highlights problems related to economic and social losses, because of occupational diseases, based on the analysis of foreign publications. It is established that in recent years a great attention is paid in countries of West Europe and in the USA to economic losses of such diseases as occupational dermatitis, occupational asthma, depression. In Ukraine, till present time, there are not enough publications related to calculation of medico-social and economical losses of occupational diseases.

Key words: occupational diseases, economical and social losses, prevention of economical losses, countries of West Europe, the USA

Надійшла: 02.11.2011 р.

Контактна особа: Добровольський Леонард Олександрович, провідний науковий співробітник, відділ епідеміологічних досліджень, ДУ «Інститут медицини праці НАМН України», вул. Саксаганського, 75, Київ, 01033. Тел.: (44) 289-61-06.