

ТЕМА 7 СТРАХОВИЙ РИЗИК

СТРАХОВИЙ РИЗИК — певна подія, на випадок настання якої проводиться страхування. Ознаки С. р. - ймовірність і випадковість настання події (страхового випадку). С. р.. у майновому страхуванні - можливість загибелі або пошкодження майна від пожежі, урагану, повені, аварії, вибуху та ін причин; в особистому страхуванні - втрата працездатності внаслідок нещасного випадку, інфекційного або професійного захворювання, смерть і т. д.; в обов'язковому пенсійному страхуванні - втрата застрахованим заробітку або іншого доходу у зв'язку з досягненням пенсійного віку, настанням інвалідності, втратою годувальника.

С. р.. відрізняється від страхового випадку (фактичного настання тієї чи іншої події). С. р.. висловлює потенційну можливість страхової виплати, страховий випадок - необхідність здійснення реальної виплати. У всіх видах страхування С. р. залежить від здійснення страхувальником превентивних (попереджувальних) заходів, що знижують ступінь ймовірності настання страхового випадку та розмір можливого збитку. С. р.. враховується при розрахунку страхових тарифів.

Запропоновано методику ідентифікації небезпеки та оцінки ризику травматизму, аварій та інцидентів з метою реалізації відповідних вимог стандартів OHSAS 18001:1999 і ГОСТ Р 12.0.006-2002.

Оцінка відповідності вимогам промислової безпеки зазвичай здійснюється на основі міжнародного стандарту OHSAS 18001:1999 і російського ГОСТ Р 12.0.006-2002. Однак ці документи регламентують лише загальні вимоги до створюваних систем охорони праці в організаціях, залишаючи право вибору конкретних і найбільш зручних шляхів реалізації цих вимог за впроваджують системи колективами. Це, безумовно, вносить творчий елемент у проведену роботу. З іншого боку, автори цієї статті при розробці та впровадженні систем менеджменту якості (СМЯ) на різних підприємствах, часто стикаються з проханнями впроваджують організацій запропонувати найбільш продуктивно "працюють" методики і підходи для розкриття вимог ряду розділів стандартів і контролю за ефективністю їх виконання.

Істотні труднощі викликає реалізація вимог п. 4.3.1. OHSAS 18001:1999 "Планування для ідентифікації небезпеки, оцінка ризику і керування ризиком" та аналогічного за змістом п. 5.4 ГОСТ Р 12.0.006-2002 "Ідентифікація небезпек, оцінка, регулювання та контроль ризику". Автори запропонували для використання в робочих процедурах щодо відображення вимог зазначених пунктів стандартів як основу документ **"Методика ідентифікації небезпеки та оцінки ризику травматизму, профзахворювань і порушень умов праці на робочих місцях (при проведенні робочих операцій), аварій та інцидентів"** (далі - Методика).

Запропонована Методика забезпечує:

кількісний підхід до оцінки та управління ризиком (в порівнянні з практикуються способом фіксації результатів атестації робочих місць за умовами праці: атестований, не атестований, умовно атестований - *остання категорія має явно суб'єктивний підтекст*);

можливість ймовірнісної оцінки, обліку не тільки небезпечних і шкідливих факторів виробничого середовища, але і передісторії травматизму (профзахворювань) на підприємстві;

можливість прийняття аргументованого рішення щодо вибору коригувальних та попереджувальних заходів, визначення кількісно вимірюваних цілей і завдань з охорони праці.

Застосування Методики при адаптації і впровадженні на підприємствах дозволить, як очікується, знизити рівень травматизму і кількість випадків профзахворювань, полегшить впровадження і сертифікацію Системи управління промисловою безпекою та охороною праці.

Основні положення Методики демонструються нижче стосовно підприємств нафтовидобутку.

1. Небезпечні і шкідливі фактори, небезпечні роботи

Небезпечні і шкідливі фактори на об'єкті (робочому місці) виділяються відповідно до вимог стандартів ГОСТ 12.0.003-74 "Система стандартів безпеки праці. Небезпечні та шкідливі виробничі фактори. Класифікація" та ISO 17776:2000 "Нафтова і газова промисловість. Морські установки. Настанови щодо засобів і методів ідентифікації небезпек та оцінки ризиків".

Основними небезпечними і шкідливими виробничими факторами на небезпечних виробничих об'єктах нафтогазовидобутку є:

- участь у виробничому процесі або можливість утворення при проведенні процесу небезпечних хімічних речовин (шкідливих, пожежовибухонебезпечних);
- високі тиски;
- високі температури;
- рухомі частини обладнання і механізмів (включаючи обертові і вібруючі частини);
- небезпечні значення електричної напруги;
- шум, вібрація.

При визначенні ступеня ризику травматизму розглядаються всі стадії робіт: у процесі підготовки, на стадіях виконання та завершення.

2. Ступінь небезпеки

При аналізі ризиків використовуються, наведені в табл. 1 Типові рівні наслідків, а також пов'язані з ними визначення.

Таблиця 1

Ступінь	Визначення
---------	------------

небезпеки	Для травмоопасності (за видами робіт)	Для порушень умов праці (по робочих місцях, на проммайданчику в цілому)
Загрозлива	Відзначено випадки загибелі при проведенні подібних робіт на підприємстві, або є потенціал нанесення травми такого ступеня тяжкості	Зафіксовані випадки професійних захворювань, пов'язаних з даним фактором, що призвели до інвалідності (втрати працездатності за даною спеціальністю)
Значна	На підприємстві при проведенні подібних робіт відзначені випадки травм, що призводять до втрати працездатності за даною спеціальністю на термін більше 90 днів, або є потенціал нанесення травми такого ступеня тяжкості	Зафіксовані випадки професійних захворювань, пов'язаних з даним фактором
Критична	На підприємстві при проведенні подібних робіт відзначені випадки травм середньої тяжкості (втрата працездатності протягом від 1 до 90 днів), або є потенціал нанесення травми такого ступеня тяжкості	Перевищення величини шкідливого виробничого фактора значення ПДК робочої зони або значення, вказаного у відповідних санітарних нормах і правилах і державних стандартах; неможливість її визначення з достатнім ступенем точності і періодичності

Терпима	На підприємстві при проведенні подібних робіт відзначені випадки легких травм (діапазон: необхідна тільки перша допомога - втрата працездатності протягом доби), або є потенціал нанесення травми такого ступеня тяжкості	Перевищення 0,1 ПДК робочої зони або значення, вказаного у відповідних санітарних нормах і правилах і державних стандартах
---------	---	--

3. Матриця ризиків

Ризик порушень умов праці (ступінь травмоопасності, небезпеки профзахворювань) може бути класифікований з використанням матриці ризиків (див. табл. 2).

Ризик аварій (інцидентів) на небезпечному виробничому об'єкті може бути класифікований на основі матриці ризиків (прийняті класи вказані нижче) (див. табл. 3).

В цілому, методика дозволяє виділяти такі класи ризиків:

Клас 1 - *Неприпустимий ризик* (повинен бути знижений перед виконанням або продовженням виконання роботи, використанням робочого місця, подальшою експлуатацією небезпечного виробничого об'єкта);

Клас 2 - *Неприйнятний ризик* (необхідна оцінка доцільності заходів щодо зниження ризику);

Клас 3 - *Допустимий ризик*.

Досвід роботи показує, що запропонована Методика добре вписується в сучасну систему технічного регулювання та дозволяє підприємствам оцінювати ризики травматизму, аварій та інцидентів.

Критична ситуація в Україні у сфері безпеки **праці** проявляється високим рівнем виробничого травматизму і професійної захворюваності, незадовільними умовами **праці** та санітарним станом підприємств, внаслідок чого держава втрачає кваліфікованих працівників, а натомість отримує десятки тисяч осіб, які потребують повноцінного соціального захисту.

За останні 5 років на виробництві загинуло майже 5 тисяч працівників і понад 85 тисяч – травмовано. Майже до 30 відсотків зростає питома вага працівників, зайнятих у шкідливих для здоров'я умовах **праці** в результаті чого постійно збільшується кількість нововиявлених професійних захворювань (6-7 тисяч на рік).

У 2009 році в Україні сталося 14633 нещасних випадків на виробництві, в результаті яких постраждало 15028 працівників, в тому числі 595 загинули.

Не дивлячись на те, що з року в рік кількість травмованих на виробництві в Україні зменшується, рівень виробничого травматизму у порівнянні з країнами Західної і навіть Східної Європи залишається високим. Аналіз ситуації показує, що зазначене зниження за останні 10 років відбувається у більшій мірі в результаті зменшення числа робочих місць, значних обсягів неврахованих, або переведених у категорію не пов'язаних з виробництвом нещасних випадків.

За даними Держкомстату кількість потерпілих із втратою працездатності на один робочий день і більше та зі смертельним наслідком на 1 тис. працюючих (коефіцієнт частоти травматизму) за 10 років зменшилася з 3,4 до 1,2 у 2009 р., або майже у 3 рази. Разом з цим, кількість людино-днів непрацездатності на одного потерпілого (коефіцієнт тяжкості травматизму) за цей час збільшилася з 28,9 до 46,8 днів, або на 62 %.

Така диспропорція в показниках коефіцієнтів частоти й важкості нещасних випадків вказує на те, що велика їх кількість на виробництві приховується від розслідування та обліку.

Результати перевірок, проведених профспілковими організаціями протягом акції «Рік боротьби з прихованим травматизмом», лише за один рік виявили 683 випадки травмування на виробництві, прихованих від розслідування й обліку, в тому числі навіть шість випадків зі смертельним наслідком.

У 2009 році питома вага нещасних випадків із смертельним наслідком, не пов'язаних з виробництвом, склала 57,7% загального їх числа.

У 2009 році в Україні виявлено 5972 нових випадків професійних захворювань – 4,8 на 10 тис. працюючих), найвищі рівні профзахворюваності відмічені у – у Луганській – 11,5, Донецькій – 8,1 та Дніпропетровській – 6,3 областях.

Протягом останніх 5-и років виявлено 30770 хворих з професійними захворюваннями. Більше 70% всіх профзахворювань виявляється серед працівників вугільної промисловості.

Основною професійною патологією є пневмоконіоз і хронічний бронхіт, питома вага яких у загальному числі професійних захворювань складає 63,3%.

За даними Інституту промислової медицини АМН рівень захворюваності населення України на нові випадки профзахворювань (на 100 тис. працюючих) складає 13,3 випадки проти 30.1 в середньому по Європейському регіону. За висновком цього Інституту в Україні офіційна статистика виявляє, так би мовити, лише вершину айсберга професійної захворюваності. Більша її частина свідомо чи несвідомо не реєструється, або приховується.

За даними Держкомстату у 2009 році тільки у 5-и провідних галузях господарства України в умовах, що не відповідають санітарних нормам і правилам, працювало більше 1,3 млн. працівників.

До 30% в середньому по Україні зросла питома вага працівників, зайнятих у шкідливих для здоров'я умовах **праці**. На підприємствах Мінвуглепрому, гірничодобувної промисловості, металургії та металообробки число таких робітників досягає 70%.

Домінуючими причинами формування несприятливих умов **праці** залишаються недосконалі технології, машини і механізми, їхня несправність, невикористання засобів захисту, порушення правил техніки безпеки, режимів **праці** і відпочинку.

Крім цього, роботодавці масово порушують вимоги статті 8 Закону України «Про охорону **праці**» щодо забезпеченості працівників спеціальним одягом, спеціальним взуттям та іншими засобами індивідуального захисту згідно з Порядком та типовими нормами.

За даними Держсанепідемслужби більше 70% підприємств України не відповідають санітарним правилам. Особливо незадовільний санітарний стан відмічається на середніх і малих підприємствах та підприємствах приватної

форми власності, які явно недостатньо охоплені державним санітарним наглядом.

Загрозливого поширення серед працюючого населення набувають захворювання класу «Розлади психіки і поведінки», туберкульоз, інфекційні гепатити, ВІЛ/СНІД-інфекція.

Серед працівників більшості підприємств України відмічаються високі рівні захворюваності з тимчасовою втратою працездатності, коли показник захворюваності у випадках на 100 працюючих перевищує 50,0, а у днях 1000,0.

Це в свою чергу зумовлює значні виплати роботодавців по листках непрацездатності (які перевищують сотні млн. грн. щорічно), а також безповоротні втрати робочого часу, що перевищують млрд. людино-днів протягом одного року.

Незадовільний стан здоров'я працюючих підтверджують також медико-демографічні показники населення працездатного віку, серед яких найбільш вагомим є смертність. З 1990 року вона має тенденцію до постійного зростання, особливо серед чоловіків, що призвело до застосування нового терміну **«надсмертність чоловіків працездатного віку»**.

У структурі причин смертності провідні місця традиційно посідають нещасні випадки, захворювання серцево-судинної і нервової систем, системи кровообігу та злоякісні новоутворення.

Вкрай негативно впливає на стан здоров'я працюючих відсутність ефективної системи медичної і професійної реабілітації працюючих (згортання промислової медицини, недоліки у проведенні регулярних профілактичних медичних оглядів і загальної диспансеризації працюючих, закриття більшості санаторіїв-профілакторіїв підприємств), що призводить до зниження їх продуктивності **праці** та професійної непридатності, **стримує інноваційний та інвестиційний розвиток провідних галузей економіки**.

Зазначені особливості захворюваності працівників переконливо вказують на те, що серед населення України працездатного віку **спостерігаються руйнівні тенденції, які призводять до значного ослаблення трудового потенціалу**. Це проявляється зменшенням питомої ваги населення молодших вікових груп, як резерву трудового потенціалу, зменшенням загальної чисельності працездатного населення (у 2008 році у порівнянні з 2001 роком – на 2,5 млн. осіб), а також зменшенням чисельності економічно активного населення (протягом зазначеного періоду - на 33,1%).

За нинішніх темпів погіршення здоров'я працівників, поруч з негативними наслідками демографічної кризи в Україні вже в 2015-2020 роках потреба в трудових ресурсах провідних галузей промисловості може бути задоволена лише на 40-45 %, що загрожує кадровим колапсом підприємствам металургійної, хімічної, вугільної, гірничо-збагачувальної промисловості.

Наведені матеріали свідчать, що через масштабну захворюваність з тимчасовою втратою працездатності та вихід хворих і постраждалих від

нешасних випадків на виробництві на первинну інвалідність економіка країни щорічно безповоротно втрачає кваліфікований трудовий потенціал, мільярди коштів держбюджету та фондів соціального страхування.

Така ситуація складалася протягом багатьох років і сприяли її розвиткові відношення держави і власників підприємств усіх форм власності до питань охорони праці і здоров'я. Це і рівень фінансування зазначеної сфери діяльності, який жодного року з моменту прийняття Закону України «Про охорону **праці**» не відповідав його вимогам, і повна розбалансованість системи управління охороною **праці** на всіх рівнях державної влади, яка стала наслідком масового скорочення структурних підрозділів і служб охорони **праці**, і відсутність загальнодержавної та більшості галузевих і регіональних програм поліпшення стану безпеки, гігієни **праці** і виробничого середовища, фактична бездіяльність Рад з безпеки життєдіяльності населення усіх рівнів.

Зазначені недоліки у реалізації державної політики в галузі охорони **праці** явно свідчать про термінову та нагальну необхідність проведення масштабних реформ у правових, економічних та соціальних пріоритетах державної політики у сфері охорони **праці**.

Федерація профспілок України вважає вкрай необхідним розробку та реалізацію в державі такої політики у сфері охорони **праці**, яка б забезпечила встановлення нормативів і параметрів безпеки, визнаних міжнародною громадськістю, та необхідних обсягів фінансування для забезпечення гідних умов **праці** на кожному робочому місці.

У зв'язку з цим, в листопаді минулого року ФПУ направила відповідне звернення до Президента України, який доручив Уряду здійснити заходи щодо докорінного реформування зазначеної сфери діяльності. Кабінет Міністрів України підтримав пропозицію ФПУ щодо необхідності розробки довгострокової **Національної Стратегії безпеки праці**.

ФПУ і членські організації взяли активну участь у підготовці та проведенню в кінці минулого року парламентських слухань про стан промислової безпеки та охорони **праці**. Значна частина пропозицій профспілок знайшла своє відображення у відповідних парламентських рекомендаціях.

У найближчі 5 років профспілки мають зосередити увагу на вирішенні у сфері охорони **праці** і здоров'я таких першочергових завдань:

– розробку довгострокової **Національної Стратегії безпеки праці**, а також Загальнодержавної програми поліпшення стану безпеки, гігієни **праці** та виробничого середовища на 2011-2015 рр., Загальнодержавної програми збереження трудових ресурсів на період до 2017 року, забезпечення заходів з їх реалізації необхідним фінансуванням; удосконалення законодавчої і нормативно правової бази з умов і охорони **праці** та гармонізацію її з Європейським законодавством;

– ратифікацію Верховною Радою України Конвенцій **МОП** у галузі гігієни **праці** та медичного обслуговування працюючих, зокрема, Конвенції № 121 «Допомоги у випадках виробничого травматизму» 1964 р., Конвенції

№ 155 «Про безпеку, гігієну **праці** та виробниче середовище» 1981 р., Конвенції № 176 «Про безпеку та гігієну **праці** в шахтах» 1995 р. та Конвенції № 187 «**Основи, що сприяють безпеці та гігієні праці**», 2006 р.;

– розробку і затвердження державних соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я та єдиного загальнодержавного базового переліку гарантованих безоплатних медичних послуг;

– вдосконалення виявлення і профілактики професійних захворювань шляхом відновлення системи промислової медицини, регулярних профілактичних медичних оглядів та виконання медичних рекомендацій;

– виконання вимог законодавства з охорони **праці**, зокрема реалізацію у повному обсязі положень регіональних і галузевих програм, колективних договорів та угод, усунення недоліків у проведенні атестації робочих місць за умовами **праці**;

– обов'язкового проведення періодичних профілактичних медичних оглядів та виконання медичних рекомендацій заключних актів медоглядів щодо оздоровлення працівників, попередження виникнення у них професійних захворювань;

– регулярне підвищення кваліфікації керівників усіх ланок підприємств, організацій та установ з питань забезпечення виконання вимог законодавства з охорони **праці**, організацію навчання і підготовки працівників з питань охорони **праці**;

– використання в повному обсязі прав профспілок щодо захисту соціальних прав трудящих, активну участь профспілкових активістів усіх рівнів у громадському контролі за охороною **праці**.

Аналіз травматизму і професійної захворюваності за останні 5-10 років у розрізі регіонів наведено в додатках 1 і 2

Додаток 2

Аналіз професійної захворюваності

Динаміка професійної захворюваності в Україні за 2001-2005-2009 роки

Роки	Кількість постраждалих	Рівень на 10000 працюючих
2001	4034	3,12
2005	5962	4,61
2009	5972	4,80

Розподіл профзахворювань та профотруень по областях України
в 2005-2009 роках

Області	2005		2009	
	Кількість випадків.	Рівень на 10000 працюючих	Кількість випадків.	Рівень на 10000 працюючих
Всього в Україні У тому числі	5962	4,6	5972 (+10)	4,8 (+0,2)
АР Крим	27	0,5	8 (-19)	0,2 (-0,3)
Вінницька	24	0,4	6 (-18)	0,6 (+0,2)
Волинська	116	1,9	158 (+42)	3,6 (+1,7)
Дніпропетровська	967	16,2	1364 (+397)	6,3 (-9,9)
Донецька	2313	38,7	1814 (-501)	8,1 (-30,6)
Житомирська	34	0,6	26 (-8)	0,6 (0,00)
Закарпатська	3	0,05	0 (-3)	0 (-0,05)
Запорізька	53	0,9	40 (-13)	0,5 (-0,4)
Івано-Франківська	5	0,1	6 (+1)	0,08 (-0,02)
Київська	4	0,06	6 (+2)	0,2 (+0,14)
Кіровоградська	117	1,9	79 (-38)	1,6 (-0,3)
Львівська	588	9,9	668 (+80)	5,6 (-3,3)

Луганська	1160	19,4	1324 (+164)	11,5 (-7,9)
Миколаївська	8	0,2	11 (+3)	0,3 (+0,1)
Одеська	3	0,05	5 (+2)	0,06 (+0,01)
Полтавська	8	0,2	4 (-4)	0,04 (-0,16)
Рівненська	9	0,2	3 (-6)	0,03 (-0,17)
Сумська	84	1,4	141 (+57)	1,5 (+0,1)
Тернопільська	185	3,1	18 (-167)	0,6 (-2,5)
Харківська	160	2,6	213 (+53)	2,3 (-0,3)
Херсонська	34	0,6	35 (+1)	0,7 (+0,1)
Хмельницька	5	0,1	4 (-1)	0,03 (-0,97)
Черкаська	35	0,6	23 (-12)	0,3 (-0,3)
Чернігівська	1	0,01	0 (-1)	0 (-0,01)
Чернівецька	-	-	9 (+9)	0,04 (+0,04)
м. Київ	17	0,3	9 (-8)	0,04 (-0,26)
м. Севастопіль	2	0,03	1 (-1)	0,05 (+0,02)

Розподіл профзахворювань та профотруєнь за основними галузями виробництва в Україні в 2001-2005-2009 роках

Галузі	2001		2005		2009	
	Кільк. випадків.	Питома вага	Кільк. випадків	Питома вага	Кільк. випадків	Питома вага
Вугільна	2857	70,8	4437	74,4	4424	74,4
Металургійна	395	9,8	355	5,9	315	5,9
Машинобудівна	335	8,3	251	4,3	324	4,3

Хімічна	16	0,4	8	0,2	11	0,2
Легка	13	0,3	188	3,2	20	3,2
Промбудматеріалів	31	0,8	38	0,6	40	0,6
Будівництво	4	0,1	8	0,2	6	0,2
Сільське господарство	151	3,7	58	1,0	25	1,0
Інші галузі	232	5,8	619	10,3	807	10,3
Всього в Україні	4034	100	5962	100,0	5972	100,0

Аналіз професійної захворюваності за нозологічними формами свідчить про перевагу професійних захворювань органів дихання (58,1%), хвороб опорно-рухового апарату (21,9%) та вібраційної хвороби (8,6%).

Високий рівень професійних захворювань органів дихання у працівників вугільної та гірничо-видобувної галузей, на які припадає більше 80% від всіх зареєстрованих випадків профзахворювань.

Друге місце після захворювань органів дихання стабільно займають захворювання опорно-рухового апарату, викликані негативним впливом фізичного навантаження, вимушеною робочою позою тощо.

Третє місце в структурі профпатології займає вібраційно-шумова патологія (до 15-20% від загальної кількості). Абсолютна кількість випадків вібраційної хвороби зменшується, питома вага їх у загальній структурі профпатології становить 8,6%. Кількість випадків професійної нейро-сенсорної приглухуватості залишається майже стабільною, але питома вага цих захворювань в останні роки зростає і становить 6,2% у 2005 році.

Кількість захворювань хімічного генезу зменшилась у 1,8 рази, що не відповідає реальному стану справ на виробництвах, використанням застарілих технологій, устаткування тощо.

В останні роки зростає кількість випадків професійного туберкульозу, що виявляється переважно у медичних працівників. У медпрацівників збільшується питома вага захворювань алергічного генезу (11,9%), захворювань шкіри (контактні дерматити та екземи – 3,3%), гепатиту В (3,2%).

Залишається низьким рівень виявлення професійного раку під час медичних оглядів (38,8%). Найбільша кількість хворих на професійний рак реєструється у Кіровоградській, Дніпропетровській, Луганській, Донецькій,

Запорізькій областях на підприємствах енергетики, чорної металургії та вугільної промисловості. Етіологічними факторами, що викликають професійний рак, є іонізуюче випромінювання (радон вугільних та уранових копалень), вплив хімічних канцерогенних речовин, зварювальних аерозолів.

В цілому по Україні профпатологія реєструється у працівників близько 200 професій, що підлягали впливу до 80 виробничих шкідливих факторів. Серед захворілих, в основному, чоловіки (у 2004 році максимально - 94,2%). Найбільша кількість працівників у яких було діагностовано професійну патологію, мала стаж роботи від 10 до 25 років та вік старше 40 років.

Внаслідок недостатньої ефективності заходів, спрямованих на покращення умов праці, рівні шкідливих факторів на робочих місцях постраждалих більш, ніж в 90% випадків перевищували допустимі, в тому числі до 30% - понад 10 раз та 10% - понад 100 раз. На підприємствах реєструються високі концентрації агресивного пилу, що містить кристалічний діоксид вуглецю, концентрації якого в повітрі робочої зони, як правило, перевищують граничнодопустимі концентрації (ГДК), у тому числі у 80% випадків - від 10 до 100 раз і більше (до 15%).

При роботі з віброгенеруючим обладнанням, інструментами параметри локальної вібрації, за рідким винятком, також перевищують гранично допустимі рівні, в тому числі у 40 % випадків від 3 до 10 раз. Небезпечні рівні шуму, що реєструються на робочих місцях постраждалих, у 35 % випадків перевищують граничнодопустимі від 10 до 100 раз.

Більше 90 % постраждалих працювали в умовах підвищених рівнів фізичного навантаження, в тому числі 20% - з перевищенням нормативів в 3-5-10 і більше разів.

Шкідливі фактори, що формують хронічну профпатологію, у 67,3 % випадків пов'язані з недосконалістю технологій та конструктивними недоліками машин і механізмів, 2,8% - з відсутністю, недосконалістю та несправністю сантехустановок, 25,5% - з відсутністю або незастосуванням засобів індивідуального захисту.

В останні роки профпатологія в країні виявлялася як при медичних оглядах, так і при зверненні хворих за медичною допомогою (таблиця 6). Якщо у 90-х роках профпатологія виявлялась головним чином при медичних оглядах, то на сьогодні до 50% її виявляється при зверненні працівників за медичною допомогою. У Житомирській, Кіровоградській, Луганській,

Миколаївській, Полтавській, Сумській, Тернопільській, Херсонській областях цей показник становить від 56,5% до 83,1%.

Зростає питома вага випадків з **стійкою втратою працездатності**, яка максимально у 2005 році становила 90,3%, що обумовлено виявленням профзахворювань на пізніх стадіях їх розвитку, та практично не знижується останніми роками.

Аналіз ситуації на виробництвах та професійної захворюваності в Україні свідчить про незадовільний стан умов праці та техніки безпеки на підприємствах, порушення з боку роботодавців вимог законодавства щодо створення безпечних і здорових умов праці, фінансування витрат на профілактичні заходи за залишковим принципом, недосконалість відомчого контролю за дотриманням вимог законодавства про охорону праці та санітарного законодавства, недовиявлення професійної патології на ранніх стадіях її розвитку, що є результатом руйнування системи медико-санітарної допомоги працівникам, і в першу чергу, у сільській місцевості.

Вирішення питань запобігання виникненню професійної захворюваності в країні, попередження несприятливого впливу шкідливих виробничих факторів на здоров'я працівників потребує комплексного науково-обґрунтованого підходу до створення системи безпечних умов праці та профілактики профзахворювань, дотримання вимог законодавства про охорону праці та санітарного законодавства.