

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

РОЛЯ НА ТРУДОВО - МЕДИЦИНСКОТО
ОБСЛУЖВАНЕ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА
ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ

д-р Янка Проданова

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

за присъждане на образователна и научна степен „Доктор”

по научната специалност “Социална медицина и организация на
здравеопазването и фармацията”

Научен ръководител: проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн

София, 2012 г.

Съдържание:	стр.
1. Въведение	4
Роля на трудово-медицинското обслужване за подобряване на общественото здраве.	4
2. Литературен обзор. Съвременни проблеми и тенденции в трудово-медицинското обслужване	6
2.1. Нови и възникващи рискове за безопасните и здравословни условия на труд	7
2.2. Професионални заболявания	9
2.3. Проучване на условията на труд в България	12
2.4. Политика при безопасност и здраве при работа в България	24
3. Методологични и методични основи на проучването	44
3.1. Цел и задачи на проучването	44
3.2. Работна хипотеза	44
3.3. Методика на проучването	44
3.4. Методи на проучването	45
4. Резултати	52
4.1. Резултати – описание, анализ и оценка	52
4.1.1. Резултати от проучването на здравното състояние на фирма за куриерски услуги	52
4.1.2. Резултати от проучването на здравното състояние на фирма за дистрибутиране на товари-1	75
4.1.3. Резултати от проучването на здравното състояние на фирма за дистрибутиране на товари-2	102
4.1.4. Резултати от проучването на здравното състояние на фирма за дистрибутиране на горива	130
4.2. Програми за управление на здравния риск	156
4.2.1. Програма за управление на здравния риск във фирма за куриерски услуги	159

4.2.2. Програма за управление на здравния риск във фирма за дистрибутиране на товари-1	162
4.2.3. Програма за управление на здравния риск във фирма за дистрибутиране на товари-2	165
4.2.4. Програма за управление на здравния риск във фирма за дистрибутиране на горива	168
5. Обсъждане и дискусия	171
6. Изводи и препоръки	174
7. Литература	179
8. Приложения	188

1. ВЪВЕДЕНИЕ

Роля на трудово-медицинското обслужване за подобряване на общественото здраве

През последните двадесет години в България, в резултат на извършения преход към пазарна икономика, настъпиха редица предпоставки за влошаване на здравето на работещите. Голяма част от предприятията промениха формата на собствеността си - от държавна към частна, като в периода на пазарно утвърждаване вниманието на работодателите беше отклонено от необходимостта за осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд. Така, въпреки въведената нормативна промяна, определяща работодателя като основен отговорник за здравето на работещите, и наред с амортизацията на по-голяма част от оборудването, закономерно се стигна до влошаване на условията на труд и съответно влошаване на здравето на работещите. При смяната на собствеността на предприятията се оказа невъзможно извършването на такива проучвания, поради реалното несъгласие на работодателите.

В същото време бяха трансформирани и закрити научно-изследователски звена и центрове, традиционно извършващи оценка и анализ на здравното състояние на работещите във връзка с изследване на зависимостите и връзките между рисковите фактори на работното място и определени професионални заболявания.

В резултат на тези и други обстоятелства населението на България се оказа на едно от водещите места в Европа и света по честота на социално значими заболявания и смъртност от болести на сърдечно-съдовата система, ендокринни и онкологични заболявания. Във връзка с това бяха разработени и реализирани програми за намаляване на действието на известни рискови фактори като тютюнопушене, намалена двигателна активност, нерационално хранене. По отношение на рисковете на работното място, обаче, липсват подобни мащабни програми. Съществуват приети и стартирали стратегии и програми за осигуряване на здраве и безопасност на работното място. Резултатите от тях обаче, все още не са налице. Непълна е и статистиката за здравното състояние на работещите в национален мащаб. В момента съществуващата национална статистика регистрира трудовите злополуки и професионални заболявания. Откъслечна и непълна е информацията за здравното състояние на работещите в различните икономически отрасли, изразени като обща и професионална заболеваемост. Постъпващите в системата на Министерството на здравеопазването годишни анализи за здравето на работещите в повечето случаи са формални и резултатите от тях не са свързани с последващи действия за подобряване на здравето на работещите. За непълната информация относно здравето на работещите

допринася и дейността на много от действащите в момента служби по трудова медицина. В периода на преход, в България беше трансформирана системата за обучение на специалисти по трудова медицина. Практиката показва, че теоретичната и практическата подготовка на много от тях не е на необходимото ниво, което се отразява върху дейността им по превенция и ранна диагностика на настъпили здравни отклонения в резултат на условията на труд. Световната практика доказва огромното значение на службите и експертите по трудова медицина за запазване на здравето на работещите чрез обстойно проучване на здравното им състояние и разработване на програми за управление на здравния риск.

Целта на дисертационния труд е да запълни непълнотата по проучване на здравното състояние на работещи от водещи икономически отрасли в България, като се проучи въздействието на рисковите фактори на работната среда върху заболяемостта от професионални и социално-значими заболявания. Като резултат от разработката ще се предложи програма за управление на здравния риск при работа, което ще допринесе за подобряване на здравето на големи групи работещи и съответно до повишаване както на икономическите показатели, така и на нивото на общественото здраве в България.

2. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

СЪВРЕМЕННИ ПРОБЛЕМИ И ТЕНДЕНЦИИ В ТРУДОВО-МЕДИЦИНСКОТО ОБСЛУЖВАНЕ

Здравният статус на работната сила има съществено значение за процесите на икономическо развитие (16,22). Той влияе пряко на производителността, а косвено въздейства върху мотивацията за труд. Наетите в добро здравословно състояние са едновременно по-производителни и по-високо мотивирани. При преобладаващо добър здравен статус на наетите в едно предприятие намаляват отсъствията от работа и прекъсванията на трудовия процес (6,21).

Връзката „работа-здраве” е реципрочна. Както здравето влияе върху работата, така и работата влияе върху здравето и може да влоши здравния статус на работещите. Традиционно, при оценка на здравното състояние на работещите се изследва въздействието на вредните фактори на работната среда върху развитието на професионални заболявания и трудовия травматизъм (1-5, 8, 9, 80). Съществуват редица подобни проучвания на тези проблеми. Много по-малко са проучванията върху свързаните с труда заболявания, при които факторите на работната среда увеличават риска от заболяване или влошават вече съществуващо такова (15, 18-20). В научната литература и в статистическите бази данни напълно отсъства информация за въздействието на вредните фактори на работната среда върху социално-значимите заболявания като заболявания на органите на кръвообращението, онкологични заболявания, заболявания на костно-мускулната система, нервната система, дихателната система и други (12-14,116). Като се има предвид високата социална, морална и икономическа тежест на тези заболявания се откроява необходимостта от проучване на въздействието на условията на труд върху тези заболявания, с цел управление и намаляване на здравния риск при работа, и съответно- подобряване на показателите на общественото здраве (7, 17).

Един от начините за оценка на здравното състояние на работещите е анализиране на резултатите от специално проведени профилактични прегледи с участието на различни специалисти според спецификата на здравните рискове в конкретното производство (23). Според действащото у нас законодателство, едно от задълженията на службите по трудова медицина, като основни участници при осигуряването на здраве и безопасност при работа, е здравното наблюдение на работещите и анализ на резултатите от проведените профилактични прегледи. Обобщени анализи от всяка служба се предават в регионалните здравни инспекции, но за съжаление информацията от тях не се обработва и съответно не служи за идентифициране на здравословните проблеми в отделните икономически отрасли.

Това води до невъзможност за планиране и въвеждане на програми за промоция на здравето, за управление на здравния риск и съответно до подобряване на здравните показатели (65, 73, 107,108, 110, 115).

Характеристика на демографските промени, настъпващи в Европа и в България, както и появата на нови рискове при работа, които оказват влияние върху здравето на населението е представена в следващия материал.

I. НОВИ И ВЪЗНИКВАЩИ РИСКОВЕ ЗА БЕЗОПАСНИТЕ И ЗДРАВΟΣЛОВНИ УСЛОВИЯ НА ТРУД

Състоянието на безопасните и здравословни условия на труд на работната сила на ЕС се влияе от много фактори, не на последно място променящата се демографска структура, разпространението на нови технологии и намаляване важността на сектори в икономиката, които преди това са доминирали като индустрия и минно дело. Това причинява промени не само в броя на професиите във всеки сектор, но също така и при видовете професии, които се предлагат (24, 25,30,31). Възрастовият профил на работната сила се променя. Новите технологии създават нови категории на заетост (33-35).

Глобализацията означава, че опасностите за здравето, които някога са били далечни, се разпространяват лесно по света за кратък период от време. Ако ЕС иска да запази здравето на своята работна сила, да запази икономическата си мощ и конкурентно способност, той има нужда да посрещне проактивно тези предизвикателства.

Последните промени във възрастовата структура на работната сила в Европа ще имат последици върху безопасността и здравето на работещите. Между 2000 г. и 2005 г., общият брой на работещите в ЕС-25 на възраст между 15 и 64 се е увеличил с 8,3 милиона (90). Броят на заетите е намалял с 0,7 милиона сред тези на възраст от 15 до 24 години, докато се е увеличил с 4,2 милиона сред работещите на възраст 55 до 64 години. Освен за младите работници (15 – 24 години), от 2000 г. нивата на заетост нарастват във всички възрастови групи. Застаряването на работната сила се отразява на равновесието между половете. През 2005 г., както в предходните пет години, работната сила на ЕС-25 е била все още преобладаващо съставена от мъже. Нивата на заетост при мъжете едва са се увеличили: била е 71,1% (за мъже на възраст 15–64 години) през 2005 г. , в сравнение с 71,0% през 2000 г. (+0,1). Нивата на заетост при жените от друга страна са се увеличили от 53,5% през 2000 г. на 56,3% през 2005 г. (+2,8%). Нивото на заетост е най-високо за работещите на възраст 25–54 години (мъже 85,4%, жени 68,9%), следвана от работещите на възраст 55–64 години

(мъже 51,5%, жени 33,6%). 39,1 % от мъжкото население и 33,3% от женското население между 15 и 24 години са били заети (26,44, 114) . Като цяло нивата на заетост в рамките на населението на възраст 15 – 24 години са намаляващи както за мъжете, така и за жените.

Повечето работещи в ЕС на възраст 15 – 64 са заети в следните четири сектора на икономиката (52, :

- Производство (35,6 милиона);
- Търговия (28,2 милиона);
- Здравеопазване и социални дейности (19 милиона);
- Недвижими имоти, наеми и бизнес услуги (18,2 милиона).

През идните десетилетия икономически активното население на Европа ще включва повече работещи на възраст над 50 години, със съответно намаляване на дяла на младите хора (11). Този променящ се възрастов модел ще направи по-важно от всякога фокусирането върху намаляването на риска от трудови злополуки и подобряване на здравето на работещите, в частност здравето на най-възрастните работещи. Намаляване на злополуките и нивата на професионални заболявания, в комбинация с ефективни програми за рехабилитация, ще допринесе за поддържане на добро здраве сред европейската работна сила.

Демографски, социални и икономически явления, всички имат влияние върху работната сила. От гледна точка на безопасните и здравословни условия на труд е важно да се идентифицират настоящи промени и да се върви в крак с тях.

Съгласно резултатите на Проучване за работната сила (2004 г.), 194.5 милиона души (от общото население от 377,5 милиона) имат професия или се занимават с бизнес. От тях:

- 44 % са жени; ■ 10,6 % са под 25; 10,9 % са между 55 и 64; ■ 82,3 % са на пълен работен ден; ■ 17,7 % са на непълен работен ден.

Последните основни промени в структурата на работната сила са:

- Работната сила застарява бързо. Степента на заетост на по-възрастните хора (55–64 години) е била 41,0 % през 2004 г., при 4,4% през 2000 г. Задържането на възрастни работещи на работа ще се превърне в голямо предизвикателство за Европа в бъдеще.
- Увеличената миграция и по-голямата мобилност на населението също оказват влияние върху ЕС, с мигриращи работещи към държави с повече възможности за заетост.

II. ПРОФЕСИОНАЛНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Концепцията за професионално заболяване се характеризира със своето отношение към националната система за признаване и обезщетение. Обикновено такова признаване изисква ясни доказателства, че работното място е причината за заболяването или е допринесло значително за неговото развитие. Тъй като схемите за признаване и обезщетение варират от една държава в друга, събирането на данни за професионални заболявания в ЕС е предизвикателство. Само ограничен брой заболявания са регистрирани на европейско ниво. По-широк смисъл на заболяванията свързани с работата може да се използва, за да се оцени обхватът на здравословните проблеми, породени от работата, вижте например професионалния рак и ракът, причинен от работната среда. Мускулно-скелетните смущения (МСС) са най-честите смущения, свързани с работа (36,37,46,47,53).

Общо 83 159 нови случаи на професионални заболявания са съобщени през 2005 г. Сред тях, МСН съставят най-голямата категория, както сред мъжете, така и сред жените – общо 31 658 случаи (61-63). Другите големи категории заболявания са приблизително еднакви за мъжете и жените, с изключение на заболяванията на сетивните органи, които са втори сред мъжете, но не са сред първите четири за жените(41,42, 71,72, 76,77).

През 2005 г. най-често съобщаваните заболявания са били: теносиновит на ръката или китката (възпаление на сухожилията), загуба на слуха, латерален епикондилит („лакът на тенисиста“), контактен дерматит (възпаление на кожата), синдром на китковия тунел (компресия на нерви в китката), синдром на Raynaud („треперещ безкръвен пръст“), мезотелиома (рак) и астма (81,82,85,87, 88, 95).

Когато професионалните заболявания се изследват по икономическа активност минното дело се свързва с най-висока честота. Нейната степен може да бъде 20 пъти над тази от следващият отрасъл с най-висока заболеваемост. Бързото намаляване на размерите на сектора на минното дело също така означава, че честотата на професионалните заболявания за този сектор са до известна степен завишени.

През 2005 г., индустриалните сектори с по-високи от средните нива на професионални заболявания, без да е включено минното дело, са били производството, селското стопанство, лова, залесяването и риболова, и други обществени, социални и лични обслужващи дейности. В производствения сектор, честотата и видовете на професионалните заболявания са клонят към приблизително еднакви стойности за мъжете и жените. За други сектори те варират незначително.

Икономическите дейности сред жените, които водят до високи нива на професионални заболявания включват почистване, приготвяне на храни, сервитьорство и

фермерска работа. Подробна оценка на ефектите на професионалните заболявания би включвала всички разходи за всички дейности, свързани със здравните проблеми при работа. Това би изисквало уточняване на всички преки и косвени разходи, както и определяне какъв процент от здравните проблеми е свързан с работата. Такава оценка би могла да разкрие, че професионалните заболявания струват на Европа десетки милиарди евро всяка година.

ПРОФЕСИОНАЛНА СТРУКТУРА

Промените в общата професионална структура по принцип не са бързи. Въпреки че промяната е бавна и разпределението на дейностите е различно за мъжете и жените, е възможно да се различат няколко актуални тенденции в ЕС:

- Младите жени нарастващо се придвижват до по-високи професионални длъжности.

- Професионални групи, които са били много големи в миналото са се превърнали в относително по-малки. Те включват чиновници сред жените и занаятчийство и свързаните търговски работещи сред мъжете. Нарастват категориите специалисти и квалифицирани работници и свързани специалисти.

- Делът на работещи с неспециализирани професии също се повишава.

Това показва, че докато някои традиционни мъжки професии в средата на професионална структура са намалели, мъжката работна сила все повече се разделя между най-високите и най-ниските категории.

Категорията квалифицирани работници и свързани специалисти е разнообразен сбор от дейности. Някои големи групи включени в тази категория са счетоводители, медицински сестри, търговски представители и техници в различни области на инженерството. Следователно, възможните проблеми с безопасността и здравето, свързани с работата и неблагоприятните работни условия засягащи тези работници са също толкова разнообразни. Въпреки това, те са склонни да отчитат високи нива на стрес. Неспециализираните професии са до известна степен по-малък сбор от дейности на нисък социо-икономически статус. Те включват работници във ферми, чистачи, пазачи и хамали. Работещите в тези професии се изправят пред много неблагоприятни работни условия. Сред тях са повтарящи се движения на дланта/ръката, монотонни задачи и несъответствие между уменията на работещия и изискванията на работата. Неблагоприятните работни условия в тази професионална категория са очевидни в статистиката на професионалните заболявания.

ТРУДОВИ ЗЛОПОЛУКИ В ЕС

През 2004 г. в ЕС, 77 % от трудовите злополуки са се случили на работещи мъже. Въпреки това от 1998 г. нивото на инциденти при мъжете е намалял с почти 21 %, докато този за жените е намалял с едва 14 %. Фигурите за 2004 г. показват, че честотата на сериозните злополуки в ЕС-15 са почти същите като тези на ЕС-25. През 2004 г., за деветте основни отрасли на дейност в икономиката – селско стопанство, лов и залесяване; производство; електро-, газо- и водоснабдяване; строителство; търговия на едро и дребно, ремонт на моторни превозни средства, мотоциклети и лични домакински стоки; хотелиерство и ресторантьорство; транспорт, съхранение и комуникации; финансово посредничество; недвижими имоти, наемодателна дейност и бизнес услуги – честотата на сериозните злополуки и злополуките със смъртен изход в ЕС-15 са били 3 176 (отговарящи на почти 3,5 милиона злополуки в деветте отрасли или приблизително 4 милиона във всички сектори). Честотата на сериозните злополуки – изискващи повече от 3 дни болнични – са започнали да спадат от 1998 г. По-нататъшно намаляване се очаква в данните за 2005 г. Честотата на злополуките е особено висока в сектор строителство, където рискът от злополука е почти два пъти по-висок от средното за деветте отрасли. Осем процента от трудоспособното население е в този нарастващ сектор. Нивото за селско стопанство е 1,5 пъти по-високо от средното; въпреки това броят заети в този сектор намалява. В рамките на производствения сектор предприятията произвеждащи дървен материал и изделия излизат напред, заради техния висок брой злополуки – честотата на злополуките е повече от 2,3 пъти по-висока от средната. Когато става дума за класифициране на злополуките по възраст, работещите между 18 и 24 имат честота на злополуките е 1,4 пъти по-висока от средната (10). Предприятия с персонал 10 – 49 работещи и 50 – 250 работещи имат честота на инцидентите над средното (1,2 и 1,4 пъти над средното, съответно). Повече от шест милиона работещи в ЕС са засегнати от злополуки при работа всяка година. Средно всяка злополука води до загуба на 20 работни дни. Честота на инцидентите е намаляла с 18,5 % през последните пет години. Въпреки че това развитие е обещаващо има определени дейности и групи, които все още имат високи честота на инцидентите като сектор строителството, младите работници (18 – 24) и средните по големина предприятия. Тези категории изискват отделено внимание. Около 5 % от жертвите на злополуки не могат да се върнат на предишната си работа. Около 1,8 % от жертвите на злополуки трябва да намалят работните си часове и 0,2 % от тях не очакват да се върнат на работа отново.

III. ПРОУЧВАНЕ НА УСЛОВИЯТА НА ТРУД В БЪЛГАРИЯ

Стратегията по безопасност и здраве при работа на Република България определя визията на страната в областта на безопасните и здравословни условия на труд (10). Целта е да се очертаят ангажиментите и насочат усилията на държавните органи, работодателските организации, организациите на работниците и служителите, неправителствените организации и др. към осигуряване на благосъстоянието при работа, като се отчитат промените на работното място и възникването на нови професионални рискове. Реализирането на тази цел се разглежда като неразделна част от постигането на общата цел за икономическо развитие на страната, а именно - повишаване благосъстоянието и качеството на живот на всички социални групи в обществото.

Стратегията по БЗР определя пътя за постигането на целите на Лисабонската стратегия, като поставя безопасността и здравето при работа в основата на качеството на труда. Това означава, че признавайки основния принос на безопасните и здравословните условия на труд за постигане на доброто качество и производителност, ще стимулираме икономически растеж и заетост. Стратегията е в съответствие с основните приоритети за намаляването безработицата в България и осигуряването на заетост за възможно най-широк кръг от работоспособни граждани, като насърчава създаването на такава работна среда, която да дава възможност на работещите да играят пълноценна роля в трудовия живот, докато достигнат старост. Насочена е към осигуряване на такива условия на труд, при които работата да стимулира здравето и благополучието на хората, да дава възможност за задържане на работа и да осигурява лично удовлетворение от изпълняваната работа.

СЪСТОЯНИЕ И ТЕНДЕНЦИИ В РАЗВИТИЕТО НА УСЛОВИЯТА НА ТРУД В БЪЛГАРИЯ

1. Макроикономическо развитие

През последните няколко години в България се отчита напредък по пътя към дългосрочна стабилност и устойчив икономически растеж. Темпът на растеж на БВП достигна средна стойност от около 4% през последните 10 години, увеличавайки се до над 6% годишно след 2004 г.. През 2007 г. темпът на растеж възлезе на 6.2%. Съответно БВП на глава от населението достигна 37,1% от средния за ЕС през 2006 г., но остава сред най-ниските в ЕС. Над 68% от БВП се произвежда от частния сектор.

Основен принос за растежа на брутната добавена стойност (БДС) има най-големият икономически сектор – услугите, който осигурява над 70% от растежа на общата добавена стойност. Растежът в сектора се дължи главно на увеличението в търговията и в по-малка степен на задълбочаването на финансовото посредничество. Най-динамично развиващият се отрасъл в сектора на услугите е този на съобщенията. Почти всички останали услуги (без транспорт) показват устойчиви, макар и ниски темпове на растеж.

Индустрията продължава да ускорява темпа си на растеж, който през 2007 г. достига 14% на годишна основа (за сравнение растежът през 2005 г. е 7.3%). Основните фактори за този растеж са по-високите международни цени на металите и продължаващото развитие на строителството в страната. В индустриалния сектор двата отрасъла, които показват постоянен ръст, са строителството и производството и разпределението на електроенергия, газ и вода. Строителството е сред най-бързо развиващите се сектори на икономиката, като през последните четири години растежът на добавената стойност е над 10%, а през 2007 г. достига до 16.9%. Предприятията от преработващата промишленост не успяват да се възстановяват бързо след кризата от 1996 г. и продължават колебливото си развитие през следващите години. Основните причини за това са продължаващото им реструктуриране и поредицата от външни за българската икономика шокове през 1999 г., но след 2000 г. преработващата промишленост отбелязва високи темпове на растеж на БДС и е вече сред секторите с най-висок принос за растежа на икономиката.

2. Демографски тенденции

През последните години се формира трайна тенденция на намаляване на броя на населението в страната. В резултат от социалните и икономически промени в условията на живот настъпиха съществени изменения в демографското поведение на населението, които доведоха до отрицателен естествен прираст.

Основните проблеми в демографското развитие на страната са намаляване броя на населението и влошаване на неговата възрастова структура. Към края на 2007 г. постоянното население на България е 7 640 240 души, като за последните 16 години то е намаляло с около 1 млн.. Според прогнози на Евростат се очаква населението на страната към 2015 г. да достигне около 7 130 хиляди души или в рамките на следващите 9 години то да намалее с около 545 хиляди души. Фактори за това намаление са отрицателният естествен прираст и външната миграция.

В периода 2000 – 2007 г. броят на населението в трудоспособна възраст (15 - 64 г.) е намалял с 347,8 хил.. Броят на населението в този възрастов интервал само през последните две години е намалял с 0.6 % или с 34 393 души. Тази тенденция ще се задълбочи в бъдеще,

като според прогнози на Евростат населението в този възрастов интервал средногодишно ще намалява с около 1 %. Това от своя страна ще доведе до намаление на неговия дял от общия брой на населението в страната до 67.5 % през 2015 г.. В същото време, дялът на хората над 65-годишна възраст ще нарасне от 17.3 % през 2006 г. до 19.6% през 2015 г.. Тези негативни тенденции ще доведат до влошаване на коефициента на възрастовата зависимост и при условие, че те се задълбочат, в бъдеще биха могли да доведат до значителен натиск върху социално-осигурителната система.

Наблюдаваните тенденции на намаление на населението през последните години обуславят необходимостта от продължаване на политиката за повишаване на икономическата активност на населението, което от своя страна ще осигури необходимата работна сила за развитие на икономиката.

Тези неблагоприятни тенденции оказват и ще продължават да оказват негативно влияние върху абсолютния брой и структурата на работната сила в България. Негативното развитие на възпроизводството на трудовия потенциал в страната се изразява, както в нарастващия изходящ поток, т.е. лицата, придобиващи право на пенсия поради възраст, така и във все по-намаляващия входящ поток от млади генерации.

Намаляването на трудовите ресурси има нееднозначни последици за развитието на безопасността и здравето на работното място. С увеличаване на социалната тежест за издръжка на населението в пенсионна възраст и ограничените демографски възможности за възпроизводство на работната сила, нараства необходимостта от по-активно използване на населението в трудоспособна възраст, включително и чрез осигуряване на условия за здравословен и безопасен труд.

Застаряването на работната сила и ограничените демографски възможности за нейното обновяване, динамичните промени в изискванията към професионално-квалификационните умения на работниците и служителите, поставят проблема за повишаване на усилията и за предприемане на допълнителни мерки за осигуряване на безопасност и здраве на младите работещи и на тези, които са на възраст между 55 и 64 години.

През периода 2008 г. - 2013 г. 80% от лицата в трудоспособна възраст в България ще са "стари" участници на пазара на труда. Средногодишното обновяване ще възлиза на 2.3% или приблизително 130 хиляди души средногодишно ще се вливат в състава на работната сила с необходимите знания в областта на съвременните информационни и производствени технологии. За останалата, преобладаваща част от икономически активните лица ще е необходимо обновяване и надграждане на квалификацията в съответствие с изискванията

на съответния вид работа и професия, за да могат да се трудят в съответствие с изискванията за безопасност и здраве при работа.

В структурата на работната сила (15 - 64 г.) се наблюдават следните особености:

- Структура по пол. В общата съвкупност на работната сила относителният дял на мъжете е по-висок от този на жените.
- Структура по възраст. Във възрастовата структура на работната сила най-висок относителен дял има групата 35 - 44 г. - 27.3%; следвана от групата 45 - 54 г. - 27.0% и групата 25 - 34 г. - 25,8%. Относителният дял на младежите от 15 до 24 г. през 2002 г. е 10.1%, а делът на най-горната възрастова група 55 - 64 г. е 9,1%.
- Структура по региони на планиране: Наблюдават се големи различия между отделните региони на планиране, които са в резултат на въздействието на демографски и икономически фактори. Най-висок е делът на работната сила в Югозападния район, а най-нисък в Северозападния район.

3. Условието на труд

3.1. Обща характеристика

Най-голям дял от работната сила е заета в различни сектори на промишлеността (29%), следвана от заетостта в търговията – 14% и в селското стопанство (13%). Оформя се стабилна група от трудово заети в сферата на транспорта и съобщенията (7% от всички работещи), в строителството – 6%. Налице е трайна тенденция към увеличаване на относителния дял на заетите в сферата на услугите - 5% е делът на работещите в сферата на хотели и ресторантьорство, 2% изпълняват комунални услуги, а 16% са заети с други видове услуги. В сферата на финансовото посредничество са ангажирани едва 1% от работната сила, а други 3% реализират операции с недвижимо имущество.

Заетостта при жените има специфичен профил и показва тенденция към феминизиране на някои отрасли (111). Най-голямо е присъствието на жените в здравеопазването (27.8%), текстилната и трикотажната промишленост (20.1%), 20% се трудят в областта на услугите, 16% работят в различни отрасли на леката промишленост (основно в хранително-вкусовата). Не е малък и делът на жените в транспорта (6.5%) и строителството (5.9%).

Заетостта на мъжете е концентрирана в строителството (25.2%) и в транспорта (22.3%). Следват отраслите от промишлеността с 11.9% заети, дървопреработването –

5.9%, електропроизводството и електроразпределението - 5.4%, химията - 4.5%, здравеопазването - 4.5%, цветната металургия - 4%.

Очертават се ниски нагласи за самонаемане – едва 4.2% е делът на самонаетите без служители, 3.6% са самонаетите със служители, 13.8% работят в микропредприятия от 2-ма до 4-ма души и 10.9% - в предприятия с персонал от 5-ма до 9 души, или общо 42.5% са самонаети или заети в микро предприятия.

По-малко от една година трудов стаж в изпълняваната професия имат 6% от заетите, а най-голямата продължителност на пребиваване в професията е от 2 до 5 години (33.9% от заетите). Отраслите с най-много работещи с трудов стаж под една година са строителството (28%), хранително-вкусовата промишленост (18%), текстилната промишленост (14%) и транспорта (12%). Най-продължителен трудов стаж (от 21 до 30 год.) имат работещите в: здравеопазването и фармацията (33.4%), съобщенията (26.7%), химията (23.5%). Най-много работещи с трудов стаж от 2 до 5 години има сред заетите в текстилната и трикотажната промишленост (52.7%), както и при стъklarската и порцеланово-фаянсва промишленост (50.0%).

Отчита се тенденция заетите лица да работят преди всичко на постоянен трудов договор – 81%. На срочен договор работят около 10% от заетите. Делът на работещите на срочен трудов договор е най-висок (27.2%) при заетите с трудов стаж под една година. Отбелязва се корелация между величината на трудовия стаж и типа на трудовите отношения, като на постоянен трудов договор работят предимно лица с по-продължителен трудов стаж. Това е предпоставка за генериране на стрес, причинен от липсата на сигурност на работното място при младите работещи (48,54,55,78,101,102).

Допълнителната заетост е все още слабо изразена. Едва 3.8% от лицата работят друга платена работа освен основната. Сред тях преобладават тези с временна работа или работа със сезонен характер.

Средната възраст на заетите в България е 42 години. Това е индикатор за добър потенциал на работния ресурс и показва, че независимо от тенденцията на застаряване на населението, възрастовите характеристики на работната сила са близо до оптималната норма.

Разпределение на заетите по възраст	
Възрастова група	Дял в %
От 18 до 25 години	10.1
От 26 до 35 години	25.8
От 36 до 45 години	27.3
От 46 до 55 години	27.0
Над 56 години	9.1

Очертават се няколко отрасли, за които е характерно застаряване на работната сила. В химията 47.1% от работещите са между 46 и 55 г. Следват: цветна металургия – 41.7% на възраст между 36 и 45 г. и 16.7% на възраст между 46 и 55 г.; черна металургия - 60% на възраст между 36 и 45 г. и 20% са на възраст между 46 и 55 г.; електропроизводство - 55% от заетите са над 35 годишна възраст; съобщения – 46.7% на възраст между 46 и 55 г. и 20% са над 56 г..

Младите работещи до 35 годишна възраст се насочват основно към:

- сектора на услугите (туризъм, финансови услуги), текстил и трикотаж – за жените;
- строителството и транспорта – за мъжете.

3.2. Естество на работата

Качеството на труда и условията на труд са в пряка зависимост от редица фактори, свързани с естеството на извършвания труд - използваните технологии (компютри и интернет), локализирането на извършвания труд (в къщи или в специално обособено работно помещение), влиянието на работната среда и външната среда (най-вече работата с клиенти, потребители, бенефициенти).

Информационните технологии все още са слабо внедрени и се използват по-рядко в сравнение със страните от ЕС . Относителният дял на постоянно работещите с компютри е 12.6%. Информационни технологии се използват в цветната металургия (25%), химията (17.6%), съобщенията (20%), електропроизводството и електроразпределението (11.1%), стъklarската промишленост (16.7%), здравеопазването (12.5%), финансовите услуги (18%). Най-силно е насищането с компютри при фармацевтите (66.7%), а най-съществено е изоставането в леката промишленост (5.1% от текстилните предприятия).

Работата от разстояние е специфична форма на организация, която в България е развита изключително слабо (0.3% от заетите). Използвайки съвременните информационни и комуникационни технологии от тази възможност се ползват предимно младите работещи - на възраст от 18 до 35 години и самонаетите (така наречените свободни професии – анализатори, архитекти на свободна практика, преводачи, журналисти)(79,89,91).

Работата с клиенти е характерна за 39.7% от работещите. По този показател заетите в България са изключително близко до нивата, регистрирани в ЕС, като жените са два пъти повече от мъжете и се концентрират в сектора на услугите, търговията, здравеопазването и фармацевтията, образованието и туризма.

3.3. Фактори на работната среда

На физични, химични и биологични агенти са изложени 45,5% от работещите: шум – 15%, вибрации – 12%, химични и биологични агенти – 15.7%, радиация – 2.8%. На високи и ниски температури, свързани с производството, работят около 9%, с опасни продукти или вещества – 6.2%, а на открито 10.4%.

Съществува зависимост между експозицията на физични фактори и големината на предприятието. На най-висока опасност от експозиция на вибрации и шум са изложени работещите в малки (28.2%) и средни предприятия (24.2%), което е свързано с реструктурирането на икономиката и концентрирането на производствата в малки и средни предприятия.

Работещите на възраст от 36 до 45 години са най-силно изложени на влиянието на физични фактори (32.7%). При възрастовата група от 18 до 25 г. този процент е 19.1, а при заетите над 56 години - 23.4%.

3.4. Организация на работата

Повтарящата се и монотонна работа се измерва с два индикатора: повтарящи се движения с ръцете и наличие на повтарящи се операции с продължителност от 5 до 30 секунди. Най-често повтарящи се движения с ръцете има в текстилната и трикотажната промишленост (74.4%), фармацевтията (66.7%) и промишлеността (58.8%). Следват транспорта (46.4%), черната металургия (40%) и строителството (35%). Повтарянето на определени движения с ръцете преобладава при наетите на постоянен трудов договор (25.1%), включително работещите в малки и средни предприятия. При самонаетите този дял е по-нисък, което се обяснява със спецификата на изпълняваните трудови дейности - 1.8%.

Кратки и повтарящи се операции под 5 секунди се извършват от 7% от заетите. Операции под 30 секунди се регистрират в 11.4% от заетите. Най-често срещаните

краткосрочни и монотонно повтарящи се операции са тези под 10 минути (28.6%), под 5 минути (23.5%) и под 1 минута (15.0%). Това е индикатор, насочващ към наличието на стрес поради необходимостта да се следва определен ритъм на технологичните процедури и по-голяма концентрация(28,32, 117, 119,123).

Носенето на тежки товари е характерно за мъжете – 43.2% и 18.5% от жени. В промишлеността 23.1% от работниците и служителите извършват работи с тежки товари, в строителството - 19.2% и в транспорта -15.2%.

Общо 41.8% от заетите са принудени да изпълняват определен вид операции, изискващи излагане на болезнени работни пози. В текстилната и трикотажната промишленост работещите са около 25.4%, в транспорта - 21.1%, в промишлеността - 18.3% и строителството - 15.3%. Най-защитени в това отношение са заетите в съобщенията, фармацевтиката и държавната администрация.

Работниците и служителите имат сравнително малка самостоятелност - правото да контролират организацията на работата си, да следват определен работен ритъм, да определят разпределението на работното време и отпуските си 53.6% от заетите не могат да променят порядъка на изпълнението на задачите по свой избор и желание (38,39,40,43,45). Аналогична е ситуацията по отношение на методите на работа – те се налагат от работодателя и само в 42% от случаите характерът на труда допуска да се дискутира промяна в използваните методи (56,67,83,84,86).

Най-голяма самостоятелност имат заетите в здравеопазването (23.3%), строителството (21.6%) и транспорта (14.7%).

Формата на трудовите отношения определя и степента на самостоятелност на работещите относно организацията, методите и обема на извършваната работа. Най-минимални шансове за самоопределяне на част от параметрите на труда имат работещите на срочен трудов договор, а най-висока и реална възможност – самонаетите.

Темпото на работа се очертава като показател, търпящ относително висока лична намеса от страна на работниците. От заетите, 58.6% могат да променят темпото на своята работа по собствено желание и избор. Тази степен на свобода е изразена при самонаетите, следвани от работещите на постоянен и срочен трудов договор. По отрасли, най-голяма самостоятелност за определяне на темпото имат заетите в строителството (21.3%), здравеопазването (18.0%), транспорта (16.3%), промишлеността (9.6%). Най-ниска е тази възможност при заетите в стъklarската промишленост (2.8%), електропроизводството (1.7%) и черната металургия (също 1.7%).

Основните фактори, които оказват въздействие върху определено темпо на работа са: автоматизираните системи; работата с клиенти; работата, извършена от колегите; прекия контрол.

Минимална част от работещите участват в планирането на трудовия процес - планирането на производството (16.7%), подбора на персонала (13.1%) и определянето на работното време (16.5%). Работещите на постоянен и на срочен трудов договор имат слаби възможности за участие в тези процеси, поради което носят минимална отговорност за планирането на работния процес.

Работещите на срочен трудов договор реално не участват в подбора на персонала, тъй като статуса на срочно наетите не предполага особено големи правомощия при определянето на организацията на труда. Самонаетите от своя страна носят пълна отговорност за служителите, с които работят и практически сами извършват техния подбор.

Работното време се определя преимуществено от работодателя (58,122). При работещите в микро-фирмите и малките предприятия се наблюдава известна свобода и на работниците се дава определена свобода сами да избират работното си време (93,94,105,106).

19.1% от заетите работят при недостиг на работно време. Следователно почти всеки пети работещ може да има проблем с обема и сложността на поставените му за деня задачи, или работата му е ниско ефективна. Това е достатъчно основание за необходимост от оптимизиране на организацията на труда (29, 109,112,113).

Работниците и служителите носят лична отговорност за качеството на извършвания от тях труд. Малко повече от работещите (55.1%) изпълняват точно определени стандарти за качество. Този относителен дял е най-висок при работещите на постоянен трудов договор (80.5%). Една трета от заетите (31.3%) извършват труд с висока интензивност през целия работен ден, а 10.3% - през една четвърт от работното време. 62,2% от заетите работят при точно определени срокове. Тези обстоятелства са важни от гледна точка на вероятността от възникване на стрес при работа и настъпването на хронична умора (49,103,104,120,121).

Възможността за професионално израстване предполага усвояване на иновативни практики и професионално обогатяване посредством обучение и квалификация. Най-голям стремеж и най-големи възможност за професионално развитие чрез обучение се отбелязва при работещите в микро-фирми и малки предприятия (самонаетите със служители, най-често до 10 души). Това са сферите на компютърните технологии, здравеопазването, услугите, туризма, фармацевцията, леката промишленост, химията. По-консервативни са работещите в тежката промишленост, стъкларската промишленост, черната металургия.

Степента на професионалните умения на работещите и съответствието с изискванията за съответната професия и извършвания труд са от особено значение за предотвратяването на трудовите злополуки на работното място (97,99,100).

4. Трудов травматизъм

4.1. Трудови злополуки

За периода от 2000 до 2006 г. се очертава устойчива тенденция за намаляване на общия брой на трудовите злополуки, като за 2000 г. те са 6 391, през 2002 г. – 5 778, 2003 г. – 4 876, 2004 г. – 4 405, 2005 г – 4 311, а през 2006 г. техният брой достига 4 096.

Разпределението на трудовите злополуки станали на работното място (по чл. 55, ал. 1 от КСО) *по пол* показва по-малък брой на трудовите злополуки, станали с жени отколкото с мъже:

Година	2003	2004	2005	2006
Пол				
Мъже	3 193	2 901	2 733	2 635
Жени	1 021	943	905	888

През отчетния период трудовите злополуки, довели до временна неработоспособност са намалели с 36,53%, а трудовите злополуки, довели до смърт са се увеличили с 11,30 %. Общият брой смъртни трудови злополуки (765) и тези довели до временна неработоспособност (29 745) представляват сериозна тежест в социално и икономическо отношение, и е сериозно предизвикателство към дейностите за подобряване на здравословните и безопасни условия на труд.

През 2006 година честотата на трудовите злополуки в страната е 1,74 случая на 1000 осигурени лица.

Най-високорисков икономически сектор е “Добивна промишленост” с коефициент на честота 10,80 случая на 1000 осигурени лица, което е 6 пъти над средния за страната. Висока е честота на трудовите злополуки и в сектори “Производство и разпределение на електрическа и топлинна енергия, газообразни горива и вода” - 3,63 и “Транспорт, складиране и съобщения” - 2,95.

Най-много трудови злополуки са допуснати в “Преработваща промишленост” (2 421 бр. през 2000 г.; 1 273 бр. през 2006 г.). Следва “Транспорт, складиране и съобщения” (559 бр. през 2000 г.; 381 бр. през 2006 г.), “Строителство” (392 бр. през 2000 г.; 353 бр. през 2006 г.) и “Добивната промишленост” (661 бр. през 2000 г.; 272 бр. през 2006 г.).

Една сериозно засегната група от трудови злополуки са микро и малките предприятия, тъй като при тях се отчита нарастване на броя на злополуките през 2006 г. спрямо 2004 г. (от 116 до 125 и от 491 до 540). За периода 2003 – 2006 г. най-много трудови злополуки са станали в големите предприятия, като тенденцията е към намаляване от 2 848 през 2003 г. до 2 258 през 2006 г.. Тази тенденция се отбелязва и при средните предприятия, където злополуките намаляват с 12,06 %.

Разпределението на трудовете злополуки по работно място за периода 2003 – 2006 г. показва, че най-голям е броят на трудовете злополуки, станали на обичайното работно място – общо 9 709, а възрастовата група, която е най-уязвима в това отношение е в интервала от 45 до 54 години с общо 5 704 злополуки.

Внимание заслужава връзката между броя на трудовете злополуки и продължителността на трудовия стаж в професията. През 2003 - 2006 г. най-много трудови злополуки са станали с работещи, които имат придобит трудов стаж до една година – общо 4501 бр.. Следват работещите със стаж по професията от 10 до 20 години.

Тенденцията, свързана с трудовете злополуки и продължителността на работа в предприятието отчита увеличаване на злополуките при работещите в предприятието от 3 месеца до 1 година, като през 2006 г. броят им се е увеличил с 61% в сравнение с 2003 г..

4. 2. Професионални болести

Професионалните болести са болести, които настъпват изключително или преимуществено под въздействието на вредните фактори на работната среда или трудовия процес върху организма. Те нямат лоша прогноза по отношение на живота, но въпреки това тяхната социална значимост е голяма, поради следните причини:

- засягат лицата в активна трудова възраст и със значителен професионален опит и квалификация (обикновено 35 – 55 г.);
- имат определено място в структурата на заболеваемостта;
- лесно придобиват хронично-рецидивен ход на протичане;
- създават възможност в редица случаи за продължителна временна неработоспособност и дори инвалидизация;

- имат сериозно присъствие като нозология в здравеопазването на развитите индустриални държави;
- могат да генерират значителни загуби за работодатели, работещи и държавата.

По данни, предоставени от Националния център по опазване на общественото здраве, за периода 2004 - 2005 г., общият брой на новорегистрираните (освидетелствани) професионално болни лица е 499, като от тях 262 са мъже, а 237 – жени. Най-голям е делът на професионално болните лица на възраст от 45 до 54 г. (207 случая) и от 55 до 64 г. – 172 случая. И през посочените години най-много случаи на професионална заболяемост се отчита при работниците, които имат придобит трудов стаж от 20 до 30 години, като за 2004 г. те са 126 и намаляват до 91 през 2005 г.. Следват случаите на професионални болести при работещите с общ стаж над 30 до 40 г. – 97 през 2004 г. и 54 през 2005 г.. Статистиката сочи, че при стаж по професията от 10 до 20 години има най-много случаи на професионални болести – общо 183 за разглеждания период, а в интервала над 20 до 30 години стаж по професията – 108.

Икономическите дейности с най-голям брой регистрирани нови случаи на професионални болести за периода 2004 - 2005 г. са: “Преработваща промишленост” – общо 236; “Добивна промишленост” – 106 случая; “Транспорт” – 29 случая; “Строителство” – 25 случая; “Държавно управление, задължително обществено осигуряване” – 24 случая.

Неблагоприятните фактори на работната среда и трудовия процес¹⁴, довели до най-много случаи на професионални болести през разглеждания период са: механични вибрации – общо 111 случая; двигателно-монотонна, репетативна работа – 56 случая; работа с голяма скорост – 54 случая; работни пози – 46 случая; разнообразни движения – 40 случая; прахове – 36 случая; шум – 31 случая; носене и вдигане на тежести – 30 случая.

При отчитането на професионалните болести по групи определящи професии, може да се направи заключение, че най-много случаи на болести има при следните групи професии: подземен миньор, подземен работник, сондьор – общо 93 случая; шивач, конфекционер – 64 случая; стругар, шлосер, шлайфист – 42 случая; шофьор – 31 случая; монтьор, механик, заварчик – 22 случая; предач, плетач – 21 случая; тракторист, багерист, булдозерист – 21 случая.

През разглеждания период 39 случая на професионални болести са довели до 50 - 70.99 % трайно намалена работоспособност, 6 случая – 71 - 90 %, а тези с над 90 % са 3. Случаите с под 50 % трайно намалена работоспособност са 451.

През 2004 и 2005 г. освидетелстваните и преосвидетелстваните професионално болни лица са 2 178, като от тях 1292 са мъже, а 886 – жени. Най-много от тях са на възраст 45 - 54 г. – 931; с общ трудов стаж над 20 до 30 г. – 790; със стаж по професията от 10 до 20 г. – 647 и с трайно намалена работоспособност 50-70.99 % – 579 случая.

IV. ПОЛИТИКА ПО БЕЗОПАСНОСТ И ЗДРАВЕ ПРИ РАБОТА В БЪЛГАРИЯ

Политиката в областта на безопасността и здравето при работа е съобразена: с Лисабонската стратегия за взаимодействието между политиките за постигане на икономически растеж, създаване на качествени работни места, модернизиране на социалната закрила и насърчаване на устойчивото развитие и от тук – за необходимостта от преосмисляне на условията на труд, организацията на труда и възможностите за съвместяване на ученето през целия живот и работа; с Европейската стратегия за безопасност и здраве при работа, която поставя акцент върху насърчаване към осигуряване на “благосъстояние при работа” и Глобалната стратегия на Международната организация на труда, която поставя знака на равенство между достойния труд и безопасния труд и призовава за справедлива глобализация.

Провеждането на целенасочена социална политика за осигуряване на безопасност и здраве при работа е многообразен и сложен процес, свързан с реализиране на съвкупност от законодателни, организационно-икономически, социални, технически и здравни мерки. Целта е повишаване качеството на всеки вид труд и трайно подобряване състоянието на всички елементи на това понятие, както и даване на възможност за дълъг и продуктивен живот на хората в труда.

Приоритетите в тази област са насочени към опазване на здравето, работоспособността и живота на работещите. Предвидени са едновременни действия по всички направления: конкурентоспособност на работодателите, добро качество на условията на живот и труд, обучение и изграждане на култура на превенция.

Активната социална политика на България по отношение на условията на труд е насочена към:

- широкообхватен подход за насърчаване осигуряването на “благосъстояние при работа”;
- повишаване на културата за предпазване на работещите и по-нататъшно развитие на системата за превенция, посредством: усъвършенстване на законодателството,

обучението и образованието, социалния диалог, общата социална отговорност, икономическите инициативи, партньорството между всички участници в труда;

- развитие на конкурентоспособността на българския работодател на основата на провеждане на целенасочена социална политика и реализиране на качеството в дейността за безопасност и здраве при работа;
- насърчаване и популяризиране на новаторски и адаптивни форми на организацията на труда, с оглед подобряване качеството, производителността на работата, здравословните и безопасни условия на труд;
- осъществяване на обхватен и ефективен интегриран контрол по спазване на трудовото законодателство;
- осигуряване на необходимото качество на обучение в областта на безопасните и здравословни условия на труд;
- разширяване на инфраструктурата от служби за консултиране и подпомагане на работодателя и повишаване качеството в тази дейност;
- развитие на осигурителните системи и застрахователната дейност и ефективното им включване в работата за осигуряване и поддържане на безопасни и здравословни условия на труд в предприятията.

Развитието на дейността за безопасност и здраве при работа следва основните насоки и принципи на европейското и международното право за:

- избягване на рисковете;
- оценка на рисковете, които не могат да бъдат избегнати;
- ограничаване на рисковете при източника на възникването им;
- приспособяване на работата към работещия, особено по отношение на проектирането на работните места, избора на работното оборудване, на работните и производствените методи, с цел премахване на монотонната работа, работата с наложен ритъм, както и за намаляване на въздействието им върху здравето на работещия;
- привеждане в съответствие с техническия прогрес;
- замяна на опасното с безопасно или по-малко опасно;

- обозначаване на съществуващи опасности и източници на вредни за здравето и безопасността фактори;
- прилагане на последователна цялостна политика за превенция, обхващаща технологията, организацията на работа, условията на труд, социалните взаимоотношения и въздействието на елементите на работната среда и трудовия процес;
- използване на колективните средства за защита с предимство пред личните предпазни средства;
- даване на съответни инструкции на работниците.

За успешното развитие на дейността по безопасност и здраве при работа със закон¹ са определени основните права, задължения и отговорности на всички участници в трудовия процес: държавата; работодателите; работещите; лицата, които за своя сметка работят сами или в съдружие; както и на други организации и юридически лица. Чрез Закона за здравословни и безопасни условия на труд са въведени изцяло всички изисквания на рамковата Директива на Съвета за въвеждането на мерки за стимулиране подобряването на безопасността и здравето на работниците при работа (89/391/ЕЕС).

Изградена е система от норми, конкретни изисквания и задължения за осигуряване на безопасност и здраве при работа, която създава реална основа за реализиране на принципите на единния европейски пазар.

Регламентирани са минималните изисквания, които работодателите трябва да изпълняват за осигуряване на безопасността и здравето на своите работници и служители. Създадена е основа за управление и планиране на дейността за осигуряване на безопасност и здраве при работа на основата на оценката на професионалните рискове. Задължително е осигуряването на медицинско наблюдение на работниците и служителите, както и предоставянето на необходимата информация и подходящо обучение, съобразени с характера на извършваната работа и квалификацията на работещите.

Въведени са основните изисквания на Европейския съюз и Международната организация на труда за създаване на единен държавен контрол. Цялостният контрол по спазване на трудовото законодателство се осъществява от ИА „Главна инспекция по труда“ към министъра на труда и социалната политика.

За постигане на справедливо разпределяне на осигурителната тежест между отделните работодатели и мотивация към безопасен и здравословен труд е разработена и функционира система за определяне на диференциран размер на осигурителните вноски за трудова злополука и професионална болест, в зависимост от степента на риска в различните сектори от икономиката. Въведено е задължително застраховане на работниците и служителите за риска „трудова злополука“.

1. Капацитет на системата по БЗР

Статистиката отчита най-ниското равнище на трудов травматизъм за последните 10 години. Тази статистика е благоприятна, но и ангажираща за обединяване на усилията и ефективно партньорство при решаване проблемите в областта на безопасността и здравето при работа и търсене на нови форми за мотивация към здравословен и безопасен труд.

Поради ограничените бюджетни средства, необходими за различни мерки и административна издръжка на системата в областта на безопасните и здравословни условия на труд разходите са значително занижени. Ниската финансова осигуреност на административната система позволява нейното функциониране, но не и необходимото съществено развитие.

Все още не е изградена единна национална информационна система в областта на безопасността и здравето при работа, която е от особено значение за провеждането на ефективна политика и реализиране на адекватни мерки за подобряване на условията на труд и защита на работещите. Необходима е информационна система, която да предоставя адекватна и надеждна информация за предприятията, като отчита характера на тяхната дейност, професионалните рискове, нивото и динамиката на травматизма и други.

Съществен проблем е липсата на Национален център по безопасност и здраве при работа, в който да се събира, обобщава и разпространява адаптирана към съвременното развитие на науката, технологиите и практиката информация в областта на БЗР. Да се извършват изследвания, анализи и оценки, на базата на които да се реализират адекватни политики и реално да подпомагат изграждането на култура на превенция у всички участници в труда.

Въпреки отчитаната тенденция към увеличаване броя на предприятията, които реално изпълняват задълженията си за осигуряване на безопасност и здраве на своите работещи, икономическите и социални промени пораждат нови предизвикателства както пред работодателите, така и пред цялата система за осигуряване на безопасност и здраве при работа. Укрепването на капацитета на цялата система за осигуряване на безопасни и

здравословни условия на труд ще повиши качеството и ефективността в работата и ще доведе до осигуряване на реална защита на работната сила.

Необходимо е да се развива капацитета на ИА „Главна инспекция по труда”, социалните партньори и на всички специализирани структури и звена, работещи за осигуряването на безопасните и здравословни условия на труд, за да се гарантира ефективното прилагане на политиките по безопасност и здраве при работа. Стимулирането на инициативи за обучения, квалификации и професионално обучение, отговарящи на предизвикателствата и потребностите на пазара на труда ще повиши качеството на предлаганите услуги и ще осигури по-висока защита на професионалните рискове.

Като слабо развита може да се оцени системата за проучване на потребностите на работодателите от работна сила с определена квалификация, която да служи както за целите на обучението в системата на средното и висше образование, така и за реализирането на здравословен и безопасен труд.

2. Мониторинг на условията на труд

Изпълнителна агенция „Главна инспекция по труда” осъществява мониторинг на условията на труд в страната чрез механизмите на контрол при осъществяване на трудовите правоотношения и осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд. Данни за състоянието на условията на труд по икономически дейности (сектори на икономиката) на национално и областно ниво се предоставят чрез изготвяне на периодични доклади и отчети, обхващащи сферите на контрол.

Националният осигурителен институт чрез Националния регистър на трудовите злополуки изготвя редовни доклади за състоянието на трудовия травматизъм в страната и Годишен статистически справочник за трудовите злополуки.

Докладите и отчетите от мониторинга на условията на труд и трудовия травматизъм отчитат промените на показателите за изпълнение на изискванията на законодателството и на политиките (програми, дейности, мерки) за осигуряване на безопасни и здравословни условия на труд и тяхното развитие.

Системата от показатели се оптимизира и предоставя добри възможности за анализ на състоянието на условията на труд на национално и секторно ниво и в предприятията.

Основните показатели, които се наблюдават от ИА „Главна инспекция по труда” са:

- общ брой предприятия, в т.ч. малки и средни предприятия с констатирани нарушения по безопасни и здравословни условия на труд, трудовоправни отношения и по Закона за насърчаване на заетостта;
- приложени принудителни административни мерки за: спрени проекти и въвеждане в експлоатация; спрени машини, работни места и др.; спряно изпълнение на незаконни нареждания; отстранени от работа лица; въвеждане на специален режим на работа; спиране на предприятие и др.;
- съставени актове;
- влезли в сила наказателни постановления;
- дадени разрешения за приемане на работа на лица ненавършили 18 години;
- регистрирани колективни трудови договора.

Основните показатели, които се наблюдават от Националния осигурителен институт са: общ брой трудови злополуки; среден брой на осигурителите; среден брой на осигурените лица; брой на трудови злополуки, довели до смърт; коефициенти на честота и на тежест; индекси на честота и на тежест и други.

Месечният и годишният мониторинг на дейностите по осигуряване на безопасност и здраве при работа се извършва от специализирани звена в системата на МТСП и НОИ.

В рамките на мониторинга на дейностите за осигуряване на БЗР не се отделя достатъчно внимание върху регионалните различия и структурните промени в икономиката. Не се провеждат систематични проучвания, проследяващи промените в секторните политики за осигуряване на БЗР и съответния травматизъм.

3. Основни предизвикателства

Условията на труд са характеристика, която пряко влияе върху общото представяне на предприятията в реалната икономика.

Анализът на текущото състояние, тенденциите и перспективите за развитие на дейностите по осигуряване на БЗР дава възможност да се изведат някои основни предизвикателства, които ще определят развитието на политиката по безопасност и здраве при работа в периода до 2012 г..

Усилията през последните няколко години са насочени към подпомагане на практическото изпълнение на законодателството в страната. В резултат на целенасочената политика на Правителството и социалните партньори се отчита съществен напредък по

осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд за работещите. Средногодишният ръст на изпълнение на изискванията на законодателството по безопасност и здраве при работа от работодателите е 12 %. Наблюдава се трайна тенденция на намаляване броя на трудовите злополуки в страната.

Към положителните оценки от прилагането на законодателството по безопасност и здраве при работа можем да добавим и следното:

- Голяма част от съдържащите се в Закона за здравословни и безопасни условия на труд изисквания и принципи за осигуряване на безопасност и здраве при работа реално се прилагат в практиката.
- Инспекторите по труда отчитат, че са налице доказателства за общо подобряване дейността по осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд в страната.
- Европейските стандарти за безопасност и здраве при работа са не само цел, но и постижение за голям брой предприятия.
- Непрекъснато се увеличава броят на предприятията, които инвестират в безопасни технологии и работно оборудване.
- Натрупан е значителен опит в изготвянето на оценки на риска и това се отразява на по-доброто им качество; разширява се делът на предприятията, които са реализирали програми за отстраняване и минимизиране на производствения риск.
- В голям брой предприятия са разработени и утвърдени вътрешни нормативни актове – правилници за вътрешния трудов ред, правила и инструкции за безопасна работа, правила за организация на работната заплата, и т.н..
- Значително е разширен кръгът на предприятията, осигурили обслужване на своите работници и служители от служби по трудова медицина.

Очаква се тези положителни тенденции да се запазят.

Независимо от изпълнението на основни направления от политиката за безопасност и здраве при работа, съществуват и редица предизвикателства. На първо място пред страната стоят група от проблеми, които изискват концентриране на усилия и ресурси за непосредственото им решаване. Като такива се открояват:

- новите предизвикателства за защита на работещите, породени от икономическите и социалните промени;

- големият брой малки и средни предприятия, в които знанията за безопасността и здравето при работа са недостатъчни или често липсват; рисковете не са еднакво изразени в големите и в малките предприятия;
- тенденцията към увеличаване на работното време и интензивността на труда, което води до увеличаване на стреса на работното място;
- все още част от българското производство в редица икономически дейности се реализира с остарели машини и оборудване, които не само нямат конкурентна производителност, но и генерират вредности и опасности за работещите;
- неефективните системи за мониторинг и оценка на риска;
- неадекватно професионално-квалификационно равнище на работната сила;
- недостатъчно професионално обучение на заетите лица с оглед осигуряване на безопасност и здраве при работа.

Не могат да бъдат пренебрегнати и предизвикателствата, които поставят демографските промени, застаряването на работещото население, новите тенденции в заетостта, включително нарастването на заетостта чрез самонаемане, аутсорсинг и повишаваща се заетост в МСП пред управлението на безопасността и здравето при работа.

Участието на жените в пазара на труда продължава да нараства. Необходимо е да се обърне по-специално внимание на аспектите за здравето и безопасността, които засягат най-вече жените.

Не на последно място стоят и въпросите, свързани с неефективния държавен контрол в областта на труда, недостатъчната квалификация на контролните органи, недостатъчната ресурсна и информационна обезпеченост (хора, техника, мобилност, информационни системи и други).

4. Стратегията по безопасност и здраве при работа 2008 – 2012 г.

Визията на Стратегията по безопасност и здраве при работа 2008 – 2012 г. е България да стане страна с високо качество и производителност на труда, основано на сигурни и безопасни условия на труд.

Цели и приоритети

Стратегията на Общността за здравословни и безопасни условия на труд за периода 2007 – 2012 г. насърчава страните-членки, да поемат ангажимент за реализиране на мерки,

насочени към продължаващото, устойчивото и равномерно намаляване на трудовите злополуки и професионалните болести.

Основната цел на Стратегията за здравословни и безопасни условия на труд за България е намаляване на трудовите злополуки с 25 %.

За постигане на тази амбициозна цел ще се реализират мерки в следните приоритетни области:

1. Гарантиране на правилното прилагане на законодателството в областта на безопасните и здравословни условия на труд.
2. Насърчаване на развитието и прилагането на секторни стратегии.
3. Управление на професионалните рискове.
4. Насърчаване на промените в поведението на работещите и работодателите към прилагане на подход, насочен към опазване на здравето.

Приоритет: Насърчаване на развитието и прилагането на секторни стратегии.

Успехът на стратегията зависи от това до каква степен ще се разработят и прилагат координирани секторни стратегии, които да определят количествени цели за намаляване появата на трудови злополуки и професионални болести.

Секторните стратегии ще бъдат разработени на базата на задълбочен анализ и оценка на развитието по сектори (браншове), с активното участие и консултации с всички заинтересовани страни, включително и със социалните партньори. С приоритет ще се реализират мерки, насочени към предприятия, показващи отклонения от изискванията за безопасност и здраве при работа, както и към най-често срещаните рискове и най-уязвимите работници.

Секторните стратегии трябва да покриват следните области:

- *превенция на здравните рискове, чрез повишаване на ефективността от наблюдението;*

Условията на работа, които имат неблагоприятен ефект върху здравето могат да бъдат с дългосрочни последици и да причинят по-късни професионални болести и здравословни проблеми дори и след период на 20-годишно експониране на вредни вещества, какъвто е случаят с азбеста. Наблюдението на здравето на работниците е основен инструмент в усилията за предпазване от такива проблеми.

- *мерки за рехабилитацията и реинтеграцията на работещите;*

Необходимо е да се насърчи фонд „Трудова злополука и професионална болест” на Държавното обществено осигуряване да предприеме мерки за разработване на национални отраслови програми (стратегии) за рехабилитация и реинтеграция на работещите, които са принудени да сменят работата си, вследствие на трудова злополука или поради различна степен на трайна загуба на работоспособността, са останали без работа.

– *съобразяване със социалните и демографските промени;*

Предизвикателствата от демографската промяна в работната сила са ясно определени. Адекватна политика за безопасност и здраве на работното място на ниво сектор/бранш може да помогне да се посрещнат тези предизвикателства, главно с по-доброто адаптиране на работното място към индивидуалните нужди и по-доброто прилагане на ергономичните принципи към концепцията за работните места и организацията на работа.

Независимо че трябва да се отговори на нуждите на едно застаряващо активно население, положението и на по-младите работници не трябва да бъде пренебрегвано, особено на тези от тях, които са уязвими от рискове на работното място. Ако този аспект бъде пренебрегнат, това ще доведе до изместване на риска към по-младите възрастови групи и ще създаде условия за бъдещи проблеми.

Приоритет: Управление на новите и все по-големи рискове.

Фундаменталните научни изследвания, както и приложените изследвания, са абсолютно необходими за усъвършенстването на знанията по въпросите на здравето и безопасността на работното място. Те са с особено значение при определяне на въздействието на опасностите, при идентифициране на причините и последиците, и при откриване на превантивни решения и нови технологии.

В научните изследвания следва да се включват психосоциални въпроси, мускулно-скелетни нарушения, опасни вещества, управление на здравето и безопасността, рискове, свързани с няколко преплитачи се фактора (например организация на работата и концепция за работните места, ергономия, комбинирано излагане на физични и химични агенти), както и потенциалните рискове, свързани с нанотехнологиите.

Необходимо е да се изгради Национален център по безопасност и здраве при работа, който да извършва социално-икономически изследвания в областта на иновациите, организационния мениджмънт и производството, технологичния трансфер, новите форми на управленско развитие и др.. Да генерира познание, и да стимулира креативността и иновационните възможности за осигуряване на благосъстояние при работа.

Управлението на професионалните рискове ще се осъществява и чрез:

- оценки за въздействието на опасностите върху професионалния и здравния статус на работната сила;
- разработване и разпространяване на научно-приложни знания и опит;
- разработване на ефективни програми за управление и контрол на професионалните рискове, обвързани с прилагането на нови технологии и технически решения, адаптирани към съвременното развитие на науката и техническия прогрес.

Приоритет: Насърчаване на промените в поведението на работещите и работодателите към прилагане на подход, насочен към опазване на здравето.

Успешното справяне с новите задължения и предизвикателствата, които поставя законодателството в областта на безопасността и здравето при работа, преди всичко е свързано с осъзнаване на значението на тази дейност и изграждането на нова култура за предпазване. Следователно, както работодателите, така и работещите трябва да осмислят ползите от добре функционираща система за безопасност и здраве при работа и свързаните с нея взаимни отговорности. В тази насока е необходимо да се положат допълнителни усилия за увеличаване на процента на предприятията, в които управлението на дейността за безопасност и здраве при работа е интегрирано в общия мениджмънт на фирмата и е елемент на системата за качество.

Предприятията, които инвестират в опазване на здравето на техните работници, чрез активни политики за превенция, ще получат измерими ползи:

- ✓ съкращаване на разходите, дължащи се на чести отсъствия от работа;
- ✓ намаляване на текучеството на персонала;
- ✓ по-висока удовлетвореност на клиентите;
- ✓ повишаване на мотивацията;
- ✓ подобряване на качеството на продуктите и услугите и по-добър имидж на предприятието.

Тези положителни ефекти могат да се засилят чрез насърчаване на работниците да се грижат за своето здраве и безопасност, да усвояват навици и компетентности, които ще подобрят тяхното общо здравословно състояние.

Промяната в поведението, свързано с проблемите на безопасността и здравето при работа, могат да се реализира чрез:

- ✓ дейностите за повишаване на информираността;
- ✓ ефективно и пълно прилагане на правилата за информиране, обучение и участие на работниците в дейностите по осигуряване на БЗР.

Технически правила, сборници с практически правила и ръководни принципи по безопасност и здраве при работа ще са от особено значение за работодателите при изпълнение на задълженията си за осигуряване на безопасни и здравословни условия на труд. Необходимо е да се разработят ръководства, методики, кодекси за „добри практики” и други инструменти, предоставящи алтернативни решения за прилагане на законодателството и адекватни на рисковете за съответните сектори от икономиката, което ще повиши тяхната информираност и мотивация за прилагане на законодателството.

Интегрирането на здравеопазването в безопасността, ученето през целия живот и равенството на половете в бизнес управлението и всички образователни равнища е гаранция за изграждането на културата на превенция, ориентирана към всички слоеве на обществото и достигаща до работното място. Чрез специализирани програми по безопасност и здраве при работа на всички нива от образователния цикъл ще се развива образователния и професионалният профил на работната сила и ще се формира култура, отдаваща значение на превенцията на професионалните рискове. Важна роля има и началното образование, тъй като основните рефлексии за превенция се придобиват още в детството.

Особено внимание ще се обърне на обучението на младите предприемачи в областта на управлението на здравето и безопасността на работното място, както и на обучението на работниците, свързано с рисковете в предприятието, тяхното предвиждане и предотвратяване. Това е от изключително значение за МСП и за работниците-мигранти.

Необходимо е да бъдат усъвършенствани *инструментите на социалния диалог* и да се насърчат социалните партньори:

- ✓ активно да сътрудничат на правителството при разработване на национални програми по безопасност и здраве при работа;
- ✓ да осъществяват инициативи в контекста на секторния социален диалог и да гарантират, че представителите на работниците и служителите участват в системното управление на професионалните рискове;

- ✓ активно да популяризират основните принципи на превенция на работното място в предприятията;
- ✓ да продължат да сътрудничат активно по превенция на новите рискове на работното място, включително и по превенция на психосоциалните рискове;
- ✓ да засилят, както на национално равнище, така и на ниво предприятие, техническата помощ и обучението на представителите на работниците и служителите, които имат отговорности, свързани със здравословните и безопасни условия на труд, както и на други работещи, с особено внимание към малките и средните предприятия.

Очаквани резултати

Очакваните резултати от изпълнението на целите и приоритетите на стратегията са групирани в следните направления:

Наличие на усъвършенствано и опростено законодателство, без да бъдат намалени съществуващите нива на защита за работещите.

Тъй като националното законодателство в областта на безопасността и здравето при работа е изчерпателно, акцентът е поставен върху осъвременяване и опростяване на вече съществуващите законодателни мерки, без да се понижават съществуващите нива за защита. Ползите, генерирани в следствие прилагането на това законодателство, се изразяват основно в намаляване степента на проявление на професионалните рискове и повишаване на защитата на работещите.

Запазването на различията в прилагането на минималните изисквания, заложи в националното законодателство и в директивите на ЕС, би попречило за създаване на еднакво поле за действие за предприятията на пазара на труда в България и в ЕС и би довело до нелоялна конкуренция, основана на ниски стандарти за условията на работа.

Продължаващо, устойчиво и равномерно намаляване на трудовите злополуки и професионалните болести.

Значението на този резултат се показва чрез отчитаното ниво на трудов травматизъм в страната. Последствията от трудовите злополуки и професионалните болести имат както икономическо, така и социално въздействие.

Намаляването на броя на трудовите злополуки и професионалните болести ще доведе до намаляване на:

- размера на загубеното работно време в резултат на отсъствие от работа, поради временна неработоспособност;
- броя на лицата, напускащи предприятията поради лоша работна среда, или преждевременно пенсиониране и неработоспособност (инвалидност);
- разходите, изразходвани от работодателите за съдействие при завръщане на работа (консултации, обучение, приспособяване към работното място и др.);
- производствен капацитет - загубеното производствено време, произведена продукция и неизвършени услуги като следствие от събитие, което завършва с травма;
- осигурителната и застрахователната тежест;
- мъка и страдание и други.

Усъвършенствани методи за управление на професионалните рискове.

Превантивните системи за управление на безопасността и здравето при работа, изградени на основата на: оценка на риска; предоставяне на информация и обучение на работещите; осигуряване на подходяща работна среда и работно оборудване; медицинско наблюдение и други и водят реално до:

- подобряване благосъстоянието и удовлетвореността от работата, вкл. и за уязвимите групи на пазара на труда;
- подобряване качеството на продуктите и услугите;
- повишаване на имиджа на предприятията;
- повишаване на производителността на труда.

Безопасността и здравето при работа играят първостепенна роля за подобряването на конкурентоспособността и продуктивността на стопанската дейност чрез намаляване на цената на злополуките, инцидентите и увреждането на здравето.

Изпълнението на програмата ще допринесе за намаляване на:

- степента на професионалните рискове и повишаване на защита на работещите;
- размера на загубеното работно време в резултат на отсъствие от работа поради временна нетрудоспособност;
- броя на лицата, напускащи предприятията поради лоша работна среда, или преждевременно пенсиониране и неработоспособност (инвалидност);

- разходите, изразходвани от работодателите за съдействие при завръщане на работа (консултации, обучение, приспособяване към работното място и др.);
- загубеното производствено време, произведената продукция и неизвършените услуги, като следствие от събитие, което завършва с травма;
- осигурителната и застрахователната тежест и други.

Статистиката на НОИ за трудовите злополуки показва намаляване на общия брой трудови злополуки за периода от 2008 г. до 2010 г. с 21%. През 2008 г. са регистрирани общо 3 843 бр., през 2009 г. – 2 956 бр., а през 2010 г. – 3 025 бр.. Независимо, че за периода се наблюдава намаляване на броя на смъртните злополуки за периода с 48 %, през 2010 г. се отчита слабо повишаване на техния брой спрямо 2009 г. (от 91 до 94). Намаляване се отчита и при загубените календарни дни от трудови злополуки – 47 %.

Брой трудови злополуки и загубени календарни дни

Година	Трудови злополуки (бр.)		В т.ч. предизвикали (бр.)				Загубени календарни дни (бр.)	
			смърт		инвалидност			
	общо	по чл. 55, ал. 1 на КСО	общо	по чл. 55, ал. 1 на КСО	общо	по чл. 55, ал. 1 на КСО	общо	по чл. 55, ал. 1 на КСО
2008	3 843	3 234	180	151	103	89	298 290	243 762
2009	2 956	2 476	91	69	15	13	158 266	131 150
2010	3 025	2 450	94	80	22	17	158 324	123 981

Разпределението на трудовите злополуки по икономически дейности (КИД-2008) определя секторите с най-висок риск за здравето и безопасността на работещите, както следва:

- “Преработваща промишленост” – 1 265 трудови злополуки през 2008 г., 874 през 2009 г. и 826 през 2010 г.;

- ”Строителство” – 470 трудови злополуки през 2008 г., 369 през 2009 г. и 274 през 2010 г.;
- “Транспорт, складиране и пощи” – 416 трудови злополуки през 2008 г., 346 през 2009 г. и 335 през 2010 г..

В сектора “Преработваща промишленост” през периода 2008 - 2010 г. най-голям е броят на трудовите злополуки в:

- “Производство на метални изделия, без машини и оборудване” – 175 трудови злополуки през 2008 г., 126 през 2009 г. и 102 през 2010 г.;
- “Производство на хранителни продукти” – 159 трудови злополуки през 2008 г., 146 през 2009 г. и 83 през 2010 г.;
- “Производство на основни метали” – 102 трудови злополуки през 2008 г., 59 през 2009 г. и 67 през 2010 г..

Окончателните данни за трудовите злополуки през 2008 г. показват, че показателите за честота (коэффициент на честота - брой трудови злополуки на 1000 осигурени лица) и тежест (коэффициент на тежест - загубени календарни дни от трудови злополуки на едно осигурено лице) на трудовите злополуки през 2008 г. в добивната промишленост са около 4-5 пъти над средните за страната. В сектора са работили 1,36 % от осигурените лица и са регистрирани 266 трудови злополуки или 6,92 % от всички случаи. Следват секторите “Производство и разпределение на електрическа и топлинна енергия, газообразни горива и вода”, “Транспорт, складиране и пощи” и “Строителство”, като в тях са работили около 13,58 % от осигурените лица и са регистрирани общо 984 или 25,6 % от всички трудови злополуки.

В сектор “Преработваща промишленост”, обхващащ 24 икономически раздела на КИД - 2008, през 2008 г. са работили около 24 % от осигурените лица и са регистрирани най-много злополуки като абсолютен брой – 1 265 или 33 % от всички злополуки.

От разпределението на трудовите злополуки по икономически дейности (ниво раздели на КИД - 2008) се отчита най-голям абсолютен брой трудови злополуки в: “Строителство на сгради” – 222; “Държавно управление” – 215; “Сухопътен транспорт” – 198; “Производство на хранителни продукти” – 159 и ”Добив на метални руди” – 156. Трудовите злополуки, отчетени в тези икономически дейности, са 24,72 % от общия брой.

През 2008 г. най-голям брой смъртни злополуки са регистрирани в: “Строителство” – 53; “Преработваща промишленост” – 41; “Транспорт, складиране и пощи” – 31 и “Търговия, ремонт на автомобили и мотоциклети” – 19.

Коефициентът на честота на смъртните трудови злополуки (брой смъртни трудови злополуки на 1000 осигурени) през 2008 г. общо за страната е 0,64. В 24 икономически дейности този коефициент е над общия за страната (от 6,86 до 2,17) – ”Търговия на едро без търговията с автомобили и мотоциклети”; ”Воден транспорт”; ”Производство на превозни средства, без автомобили”; и ”Сухопътен транспорт”. Под средните за страната (от 0,57 до 0,07) са: ”Производство на изделия от други неметални минерални суровини”; ”Събиране, пречистване и доставяне на води”; ”Производство на хранителни продукти”; и ”Производство на облекло”.

Трудовите злополуки с работници и служители, които имат до една година стаж в предприятието през 2008 г. са 28.5 % от всички злополуки, като 35 % са регистрирани при работници и служители с професионален опит до една година. В тази връзка новопостъпилите работници и служители и тези без професионален опит/трудов стаж се очертават като уязвима рискова група.

Делът на трудовите злополуки в малките и средни предприятия през 2008 г. в сравнение с предходната година е намалял с 36 %, като през 2008 г. достига 11 % от общия брой злополуки.

Въпреки очертаните позитивни тенденции за намаляване на трудовия травматизъм и подобряване на условията на труд в предприятията, все още част от производството в редица икономически дейности се реализира с остарели машини и оборудване, които са основен източник на опасности за работещите от една страна, а от друга – намаляват производителността. С оглед създаване на по-качествени и сигурни работни места е необходимо да продължи подкрепата за работодатели, които правят инвестиции за подобряване на условията на труд, вкл. реконструкция и модернизация на предприятията и работните места; внедряване на ново, и реконструкция и модернизация на използваното работно оборудване; изграждане на технически системи за контрол на параметрите на работната среда и др..

Не могат да бъдат пренебрегнати и предизвикателствата, свързани с *повишаване на мотивацията за безопасен и здравословен труд*, като източник на удовлетворение от извършваната работа и възможност за съчетаване на работата и личния живот. В тази връзка фундаменталните научни и приложни изследвания са абсолютно необходими, а усъвършенстването на знанията и непрекъснатото повишаване на квалификацията по здраве и безопасност на работното място е гаранция за превенция на трудовия травматизъм и професионално развитие.

През м. декември 2008 година е приет Регламент (ЕО) №1338/2008 на Европейския парламент и на Съвета относно статистиката на Общността в областта на общественото здраве и здравословните и безопасни условия на труд. Регламентът ще се прилага през 2011 година. В тази връзка е необходимо да се извършат *технически и методологични промени в информационната подсистема „Трудови злополуки” на НОИ*, които да гарантират цялостното прилагане на регламента. Целта е Методологията да осигури подходяща европейска статистическа система, отчитаща различните национални системи и избягва налагането на допълнителна административна тежест. Информацията ще съдържа налични и съпоставими данни за броя, разпределението и показателите на трудовите злополуки, което ще е добра основа за обективна оценка на въздействието и ефективността на планираните и предприети мерки за подобряване на условията на труд и намаляване на злополуките, свързани с трудовия процес.

Необходимо е *усилията да се насочат към изграждането и поддържането на информационна подсистема на професионалните болести* с оглед цялостно проследяване на административната процедура по професионалните болести и връзката между проучени случаи и очаквани решения на органите на медицинската експертиза.

Със Закона за здравословни и безопасни условия на труд е осигурена възможност за реализиране на *програми за диагностика на професионалните болести*. Развитието на програмите за диагностика на професионалните болести е необходима мярка за превенция на здравните рискове чрез повишаване на ефективността от наблюдението. В тази връзка следва да се разработят и други отраслови програми, с които да бъдат обхванати работещите, принудени да сменят работата си вследствие на трудова злополука, или поради различна степен на трайна загуба на работоспособността са останали без работа. Целта е успешната рехабилитация и реинтеграция на тези работещи на работните места.

Подкрепата на социалните партньори за провеждане на ефективна политика за здраве и безопасност при работа е важен ресурс. Превръщането на тази подкрепа в конкретни инициативи е предизвикателство както за държавните институции, така и за социалните партньори. Необходимо е да се развие капацитетът за създаване на партньорства между различните организации за провеждане на ефективен диалог и пълноценно участие в процеса на прилагане на политиката по безопасност и здраве при работа, както на национално и браншово равнище, така и на ниво предприятие.

В резултат от реализирането на всички заложи дейности, програми, проекти и мерки в Националната програма по безопасност и здраве при работа – 2011 година се очаква намаляване на трудовите злополуки на 100 000 заети с 8 %.

Както беше изложено по-горе, здравето на населението в трудоспособна възраст е един от приоритетите на здравната политика и стратегия по света и в България. Ранното откриване на здравните проблеми и рисковите фактори, които ги обуславят, създава реални предпоставки за опазване и възстановяване здравето на работещите.

Прегледът на националните статистически база данни у нас показва, че водещите причини за хоспитализация и смъртност в България са онкологичните заболявания, заболяванията на органите на кръвообращението и дихателните заболявания. Особено тревожен е фактът, че 60% от огромния брой инвалидизирани хора са на възраст от 20 до 60 години, т.е. в работоспособна възраст.

Въпреки тази стряскаща статистика за голямата морална, социална и икономическа тежест на социално-значимите заболявания (СЗЗ), се оказва че в България не съществува проучване за изучаване на въздействието на професионалните рискови фактори върху иницирането и развитието на тези заболявания. През последното десетилетие са провеждани единични изследвания върху определен брой работещи от различни отрасли, като вниманието е било насочено предимно върху професионалната заболяемост и травматизма. В други проучвания на общата популация (а не само на работещите) за изследване на рисковите фактори за развитие на СЗЗ, вредните фактори на работното място въобще не се споменават.

Независимо от тези пропуски в научно-приложните проучвания, всеобщо е мнението за първостепенната роля на профилактиката, т.е. недопускането и ранното диагностициране на заболяванията. Ето защо това е и една от основните функции на службите по трудова медицина - наблюдение на здравното състояние на работещите чрез периодични прегледи от различни специалисти, според спецификата на здравните рискове на конкретното работно място.

Необходимо е, обаче, синтезиране и анализиране на информацията от профилактичните прегледи, извършвани от службите по трудова медицина и тези от общопрактикуващите лекари или дружествата за доброволно здравно осигуряване. Доказано е значението на добре организирани и проведени профилактични прегледи с участие специалисти, според вида на трудовата дейност, за ранно диагностициране на професионални и свързани с труда заболявания. Това в никакъв случай не означава игнориране на профилактичните прегледи, извършвани от общопрактикуващите лекари, чиято цел е диагностициране на социално-значими заболявания. Би трябвало, обаче информацията, която СТМ подават на общопрактикуващите лекари за установени заболявания при работещите и евентуалната им връзка с факторите на работната среда да бъде анализирана и обобщена, за да бъдат насочени

след това пациентите към адекватно и ефективно лечение или рехабилитация. Само по този начин ще се гарантира оптимална профилактична помощ на населението, което ще доведе до подобряване на редица показатели на общественото здраве.

С осигуряването на добро здраве за работещите се създава възможност за пълноценната им реализация, което е от съществено значение за тяхното лично благополучие и полза за цялото общество.

3. МЕТОДОЛОГИЧНИ И МЕТОДИЧНИ ОСНОВИ НА ПРОУЧВАНЕТО

3.1. Цел и задачи на проучването

Цел: Да се анализира здравното състояние на заети в основни икономически отрасли в България, като се проучи въздействието на рисковите фактори на работната среда върху общата и професионална заболеваемост и да се оцени ролята на трудово-медицинското обслужване за подобряване на здравето на работещите.

От така формулираната цел произтичат следните **задачи:**

1. Да се направи преглед на здравното състояние на населението и работещите в Република България и да се идентифицират основните рискови фактори на работното място, водещи до общи и професионални заболявания.
2. Да се проучат и анализират резултатите от профилактични прегледи и данните за временна неработоспособност сред извадка от работещи в основни икономически отрасли в България.
3. Да се проучи зависимостта между общата и професионалната заболеваемост и рисковете на работното място при конкретните изследвани професии.
4. Да се анализира процента на новооткрити социално-значими и професионални заболявания сред работещите като данните се съпоставят с тези от официалната статистика.
5. Да се разработят и предложат програми за управление на здравния риск в изучаваните икономически отрасли.

3.2. Работна хипотеза: Трудово-медицинското обслужване е основен фактор за подобряване на общественото здраве.

3.3. Методика на проучването:

Обект на проучването – здравното състояние на работещи в представителни за икономиката на България в направление „Транспорт” и „Услуги” . Проучването е комплексно. Конкретните научни задачи, обектът, единиците и признаците на наблюдението са свързани със специфичността на разработката. Единият компонент включва изучаване, анализ и оценка на здравното състояние от данните за проведени профилактични прегледи. Вторият компонент е изучаване, анализ и оценка на здравното състояние в резултат на заболеваемостта с временна неработоспособност. Включва 18 289 лица (в т.ч. 5 021 мъже и

13 268 жени), работещи в четири предприятия, включително – 14 902 лица, преминали профилактичен преглед (в т.ч. 3 632 мъже и 11 270 жени).

Единици на наблюдението:

Логическа:

- Работещите, преминали задължителен профилактичен преглед;
- Работещите с временна неработоспособност.

Техническа:

- предприятия от два основни бранша „Транспорт” и „Услуги”.

Признаци на наблюдението – конкретизират се от поставените задачи и вида на единицата.

Време и място на наблюдението:

- Проучването се осъществи в периода 2005 г. до 2010 г..
- Проучването се осъществи на територията на предприятията в цялата страна.

Мотиви за подбор на обекта на проучването:

- многобройност и разнообразие работни места;
- широк спектър от рискови фактори на работното място;
- специфичност на мерките , необходими за управление на здравния риск при работа.

ДОКУМЕНТИ НА ПРОУЧВАНЕТО

Основни документи, които са използвани за набирането на първичната информация са :

1. Данни от Направление „Човешки ресурси” относно броя на работещите и тяхната характеристика по: пол, възраст, професионални групи.
2. Личните здравни досиета на всички лица, в които са регистрирани резултатите от проведените профилактични прегледи.
3. Предоставените болнични листове за временна неработоспособност.
4. Експертни решения на ТЕЛК.

3.4. Методи на проучването

Социологически метод

- документален метод

Епидемиологични методи

- описателна епидемиология
- аналитична епидемиология

Статистически методи

- алтернативен анализ

- вариационен анализ
- корелационен анализ
- непараметричен анализ
- графичен и табличен анализ

Метод за оценка на здравето състояние от данните за проведени профилактични прегледи

Характеристика на работещите

Анализът на здравето състояние се базира на характеристиките на работещите по различни признаци и техните разновидности са:

Пол: мъже, жени

Възрастови групи: до 25 г. (24 г. 11 м. 29 д.)
 25 – 35 г. (34 г. 11 м. 29 д.)
 35 – 45 г. (44 г. 11 м. 29 д.)
 45 – 55 г. (54 г. 11 м. 29 д.)
 над 55 г.

Професионални групи: посочени в раздел „Резултати”- конкретни за проучваните предприятия

При анализа са използвани следните показатели:

$$\text{Относителен дял на мъжете / жените} = \frac{\text{Брой работещи от съответния пол}}{\text{Брой осигурени работещи}} \times 100$$

$$\text{Относителен дял на работещите по възрастови групи} = \frac{\text{Брой работещи от съответна възрастова група}}{\text{Брой осигурени работещи}} \times 100$$

$$\text{Относителен дял на работещите по професионални групи} = \frac{\text{Брой работещи от съответна професионална група}}{\text{Брой осигурени работещи}} \times 100$$

Целта на профилактичните прегледи е да се регистрират заболяванията (стари и нови) за всяко лице и в резултат на това да се вземат съответните оздравителни мерки за тяхното възстановяване, както и да се предотвратят усложненията и влошаването им.

1. Обхват на лицата с профилактични прегледи

Определя се следният показател:

$$\text{Относителен дял на обхванатите с профилактични прегледи (прегледани лица)} = \frac{\text{Брой на прегледаните лица}}{\text{Брой на подлежащите (брой осигурени работещи)}} \times 100$$

Показателят се изчислява общо, по пол, възрастови и професионални групи.

2. Здравно състояние на работещите в резултат на профилактичните прегледи

Използват се следните показатели:

$$\text{Честота на лицата със заболявания} = \frac{\text{Брой лица със заболявания}}{\text{Брой прегледани лица}} \times 100$$

$$\text{Честота на здравите лица} = \frac{\text{Брой лица без заболявания (здрави)}}{\text{Брой прегледани лица}} \times 100$$

$$\text{Относителен дял на регистрираните (стари и нови) заболявания от съответната група по МКБ} = \frac{\text{Брой заболявания от съответната група по МКБ}}{\text{Всички заболявания, открити при профилактични прегледи}} \times 100$$

$$\text{Моментна болестност (честота на заболяванията)} = \frac{\text{Брой заболявания (стари и нови), регистрирани при профилактични прегледи}}{\text{Брой прегледани лица}} \times 100$$

Метод за оценка на здравното състояние от данните за временната неработоспособност

Характеристика на работещите

Анализът на здравното състояние се базира на характеристиките на работещите по различни признаци и техните разновидности, които са:

Пол: мъже, жени

Възрастови групи: до 25 г. (24 г. 11 м. 29 д.)
25 – 35 г. (34 г. 11 м. 29 д.)
35 – 45 г. (44 г. 11 м. 29 д.)
45 – 55 г. (54 г. 11 м. 29 д.)
над 55 г.

Общ трудов стаж: до 5 г. (4 г. 11 м. 29 д.)
5 – 10 г. (5 г.-9 г. 11 м. 29 д.)
над 10 г. (10 г. и над 10 г.)

Специален трудов стаж: до 3 г. (2 г. 11 м. 29 д.)
3 – 10 г. (3 г. - 9 г. 11 м. 29 д.)
над 10 г. (10 г. и над 10 г.)

Професионални групи: посочени в раздел „Резултати”- конкретни за проучваните предприятия

Определени са следните показатели за:

Характеристиката на работещите

$$\text{Относителен дял на мъжете / жените} = \frac{\text{Брой работещи от съответния пол}}{\text{Брой осигурени работещи}} \times 100$$

$$\text{Относителен дял на работещите по възрастови групи} = \frac{\text{Брой работещи от съответна възрастова група}}{\text{Брой осигурени работещи}} \times 100$$

$$\text{Относителен дял на работещите според продължителност на трудовия стаж (общ и специален)} = \frac{\text{Брой работещи от съответна група по общ, специален трудов стаж}}{\text{Брой осигурени работещи}} \times 100$$

$$\text{Относителен дял на работещите по професионална група} = \frac{\text{Брой работещи от съответна професионална група}}{\text{Брой осигурени работещи}} \times 100$$

Оценка на здравето състояние в резултат на заболяемостта с временна неработоспособност.

В анализа на временната неработоспособност са посочени причините, които са я обусловили според приетата номенклатура „Причини за неработоспособност”. Определени са редица показатели. За тяхното изчисляване е необходимо освен данни за случаите, дните и заболяванията и информация за средносписъчния брой работещи, който за съответните показатели е обозначен като „брой осигурени работещи” за едногодишен период.

Основните показатели, които се използват при анализа на заболяемостта с временна неработоспособност са следните:

1. Показатели за временна неработоспособност по „случаи”

„Случай с ВН” – всяко лице, на което е издаден първичен болничен лист за заболяване, обуславящо временна неработоспособност най-малко за един календарен ден.

За анализа на заболяемостта с ВН по случаи са използвани редица показатели.

$$\text{Честота на случаите с ВН} = \frac{\text{Брой случаи с ВН}}{\text{Брой осигурени работещи}} \times 100$$

$$\begin{aligned} \text{Честота на календарните дни,} \\ \text{загубени поради ВН (тежест)} &= \frac{\text{Брой календарни дни, загубени} \\ &\quad \text{поради ВН}}{\text{Брой осигурени работещи}} \times 100 \\ \\ \text{Средна продължителност на 1} \\ \text{случай с ВН} &= \frac{\text{Брой календарни дни, загубени} \\ &\quad \text{поради ВН}}{\text{Брой случаи с ВН}} \end{aligned}$$

Тези основни показатели са определени за различни характеристики на работещите, а именно: пол, възраст, общ трудов стаж, специален трудов стаж, професионални групи и заболявания.

Схемата за оценка на основните показатели на заболяемостта с временна неработоспособност включва сравнение със следните ориентировъчни показатели, представени по-долу.

Оценка	Честота на случаите с ВН (на 100 р.)	Честота на календарните дни с ВН (на 100 р.)
Много ниска	до 60	до 600
Ниска	60 - 80	600 - 800
Средна	80 - 100	800 - 900
Висока	100 - 120	900 – 1 200
Много висока	над 120	над 1 200

За ориентировъчна стойност на показателя средна продължителност на един случай с ВН се приема 10.8 дни (по литературни източници).

2. Показатели за временна неработоспособност по „лица”

„Лице с ВН” – всяко лице, което през годината е със загуба на работоспособност 1 календарен ден или повече, регистриран в Болничните листа (първични и продължения).

По-съществените показатели, които се използват са следните:

$$\text{Честота на лицата, които през годината са с ВН} = \frac{\text{Брой на работещите, които през годината са били с ВН}}{\text{Брой осигурени работещи}} \times 100$$

Този показател е изчислен както общо, така също по възрастово-полови групи, по продължителност на общия и специалния трудов стаж и професионални групи.

Една от съществените характеристики на лицата с ВН е тази на често и дълго боледуващите лица (ЧДБЛ).

Под „Често и дълго боледуващо лице” с ВН (ЧДБЛ) се разбира това, което през годината е имало повече от 3 случая с временна неработоспособност и с продължителност повече от 30 календарни дни.

За често и дълго боледуващи лица (ЧДБЛ) се определят следните показатели:

$$\text{Честота на ЧДБЛ} = \frac{\text{Брой ЧДБЛ с ВН}}{\text{Брой осигурени работещи}} \times 100$$

$$\text{Относителен дял на ЧДБЛ} = \frac{\text{Брой ЧДБЛ с ВН}}{\text{Брой лица с ВН}} \times 100$$

$$\text{Средна продължителност на ВН ЧДБЛ (в дни)} = \frac{\text{Брой календарни дни на ВН при ЧДБЛ}}{\text{Брой ЧДБЛ}}$$

Определените показатели за заболяемост с ВН по лица е съществен за оценка здравето състояние предимно на целогодишно работещите и още повече на тези с продължителен трудов стаж при конкретни трудови условия. Създава се възможност да се оцени влиянието на факторите на работната среда върху здравето.

4. РЕЗУЛТАТИ

4.1. Резултати – описание, анализ и оценка

4.1.1 Резултати от проучването на здравното състояние на фирма за куриерски услуги

I. Характеристика на работещите

За оценка на здравното състояние от значение са някои основни техни характеристики, а това са: пол, възраст, трудов стаж (общ, специален), професионални групи. По данни, предоставени от сектор "Човешки ресурси" на дружеството, през 2005 г. средносписъчният състав на работещите е 14 435 лица. (Таблица 1).

Табл. 1: Характеристика на работещите в куриерска фирма през 2004 г. и 2005 г.

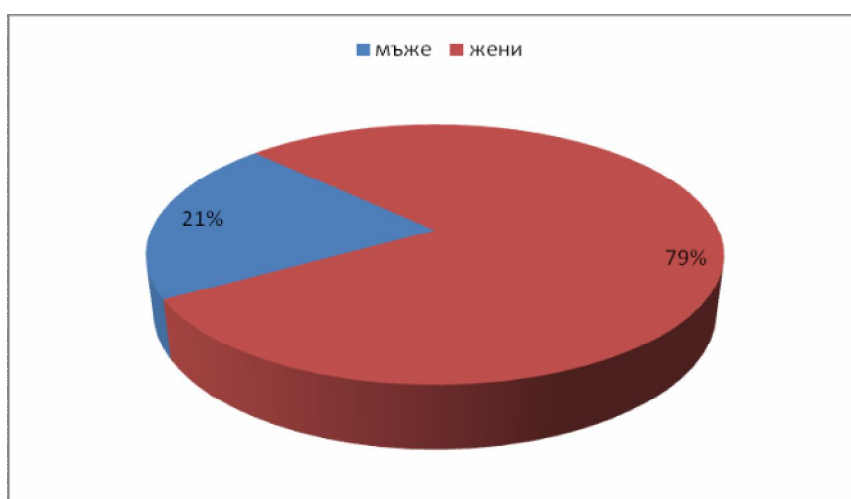
	2004 г.		2005 г.	
	Брой	%	Средно списъчен състав	%
1. Всичко работещи	15 069	100,0	14 435,0	100,0
2. Пол				
мъже	3 285	21,8	2 972,0	20,6
жени	11 784	78,2	11 463,0	79,4
3. Възrastови групи				
До 25 г.	359	2,4	209,0	1,4
25-35 г.	2 373	15,7	2 002,0	13,9
35-45 г.	4 509	29,9	4 267,0	29,6
45-55 г.	5 422	36,0	5 204,0	36,1
Над 55 г.	2 406	16,0	2 753,0	19,0
4. Общ трудов стаж				
До 10 г.	2 000	13,3	1 873,0	13,0
Над 10 г.	1 309	86,7	1 256,0	87,0
5. Специален трудов стаж				
До 10 г.	6 226	41,3	6 141,5	42,5
Над 10 г.	8 843	58,7	8 293,5	57,5
6. Професионални групи				
Администрация	1 684	11,2	1 226,5	8,5
Куриери	7 322	48,6	6 817,0	47,2
Администрация (работещи с ВД), касиери	4 090	27,1	4 250,0	29,4
Шофьори, автобаза, охрана	894	5,9	990,5	6,9
Сортировачи	1 079	7,2	1 151,0	8,0

1. Пол

Известно е, че полът е фактор, който има значение за здравното състояние на всяко лице.

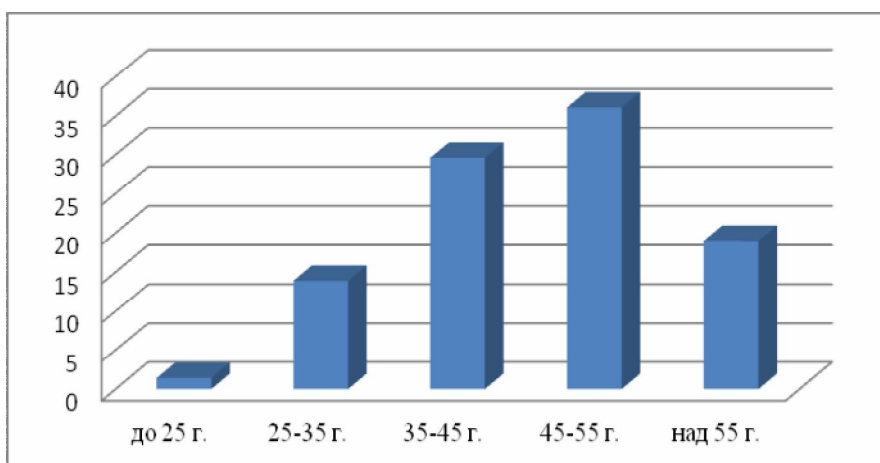
В структурата на работещите основният дял от 79.4% се пада на жените, които са повече от три пъти повече в сравнение с мъжете. Отбелязваме този факт, защото е известно, че има здравни проблеми които са присъщи само за жените и други - само за мъжете. Освен това, най-вече жените са във временна неработоспособност не само поради заболявания, но и поради бременност, майчинство, гледане на болен. (Фигура 1).

Фиг. 1: Структура на работещите по пол (%)



2. Възраст

Фиг. 2: Структура на работещите в куриерска фирма по възрастови групи (%)



По отношение на възрастовата структура повече от половината от работещите (55.1%) са на възраст над 45 години. Следват възрастовите групи 35 -45 г. (29.6%) и групата до 35 г.

(15.3%). В сравнение с 2004 г. се наблюдава застаряване на служителите на Куриерската фирма. (Фигура 2).

Тази възрастова структура и доминирането на жените могат да бъдат предпоставка за по-неблагоприятни здравни показатели, тъй като е известно, че жените и изобщо, лицата в старшите възрастови групи боледуват по-често.

3. Трудово-професионална характеристика

3.1. Основният дял от работещите са тези с продължителен над 10 г. общ трудов стаж (87.0%) и над 10 г. специален трудов стаж – (57.5%) (Таблица 1).

3.2. Работещите са разпределени в пет професионални групи, които се различават съществено по характера на осъществяваните дейности.

Най-голяма е групата “Куриери” (47.2%), следвана от “Администрация (работещи с ВД), касиери” (29.4%).

В тези професионални групи, в които са ангажирани над 75% от служителите на фирмата, заслужава да се отбележат следните професионални вредности:

За “Куриери”:

- Неблагоприятно въздействие на микроклимат;
- Физическо натоварване.

За “Администрация (работещи с ВД), касиери”:

- Нервно-психично и емоционално напрежение;
- Напрежение на зрителния анализатор;
- Натоварване на опорно-двигателния апарат.

3.3. Работещите осъществяват дейността си в голям брой подразделения (32). Пет от подразделенията са базирани в София-град (ЦУ, КИП, СММТ, ФН и СС). В тях работят 24% от служителите на Куриерската фирма.

II. Оценка на здравето състояние въз основа на резултатите от профилактичните прегледи

1. Организация и провеждане на профилактичните прегледи

Съгласно Наредба № 3 на МЗ от 28.02.1987 г за задължителните, предварителни и периодични медицински прегледи на работещите и след преценка на лекар-експерт по трудова медицина, са определени вида и обема от дейности при профилактиката.

Профилактичните прегледи на работещите са извършени от лекарски екип (съгласно методиката за профилактичните прегледи) съставен от:

- Невролог;
- Офталмолог;
- Оториноларинголог.

На служителите са проведени следните изследвания:

- Електрокардиографско изследване;
- Изследване на урина.

2. Обхват

През 2005 г.² с профилактични прегледи са обхванати 12 324 лица, което представлява (85.4 на 100 р.). Това е много висок обхват и дава основание да се направи обективна оценка на здравното състояние. (Таблица 2).

Табл. 2: Резултати от профилактичните прегледи, проведени през 2005 г.

	Обхванати с профилактични прегледи (%)	Лица с открити заболявания (%)	Здрави лица (%)
Всичко	85,4	68,8	31,2
ЦУ	81,7	82,6	17,4
СПС	86,3	70,5	29,5
КИП	88,4	65,5	34,5
СММТ	81,6	73,8	26,2
БФН	82,6	84,2	15,8
Благоевград	73,4	64,1	35,9
Бургас	86,6	85,5	14,5
Варна	61,0	71,1	28,9
В.Търново	93,3	69,6	30,4
Видин	92,7	70,3	29,7
Враца	79,0	75,4	24,6
Габрово	89,2	78,8	21,2
Кърджали	86,6	55,6	44,4
Кюстендил	88,6	63,1	36,9

² В част от подразделенията, профилактичните прегледи са проведени през 2004 г.

Ловеч	78,8	67,2	32,8
Монтана	91,9	81,6	18,4
Пазарджик	91,0	81,6	18,4
Перник	91,9	63,6	36,4
Плевен	88,0	53,9	46,1
Пловдив	90,7	68,4	31,6
Разград	95,6	48,1	51,9
Русе	89,9	56,8	43,2
Силистра	94,1	55,4	44,6
Сливен	88,4	66,4	33,6
Смолян	48,0	68,1	31,9
София-област	61,7	62,3	37,7
Ст.Загора	89,3	63,0	37,0
Добрич	89,2	77,1	22,9
Търговище	85,4	70,5	29,5
Хасково	88,5	64,9	35,1
Шумен	79,6	63,0	37,0
Ямбол	87,1	60,2	39,8

3. Резултати от проведените профилактични прегледи

3.1. Здравно състояние на работещите – обща оценка

В резултат на профилактичните прегледи са открити заболявания при 8 484 лица. Това е (68.8 на 100 прегледани) и този показател е малко по-висок спрямо приетия за ориентировъчен (62.0 на 100). Здравите лица сред прегледаните са (31.2 на 100 прегледани).

Честотата на работещите със заболявания е по-висока при жените (69.9 на 100 прегледани) в сравнение с тази при мъжете (64.7 на 100 прегледани), което се наблюдава в почти всички подразделения на Куриерската фирма.

Потвърди се, че с увеличаване на възрастта нараства и честотата на лицата със заболявания. Тази констатация е логична, тъй като с възрастта нараства и обременеността на лицата със здравни проблеми.

Също така се установява нарастване на честотата на работещите със заболявания с увеличаване на продължителността на общия и специалния трудов стаж.

Интерес представляват данните за честотата на лицата със заболявания, открити при профилактичните прегледи в различните професионални групи.

Честотата на лицата с открити заболявания в резултат на профилактичните прегледи е най-висока при “Сортировачи” (77.3 на 100 прегледани) и при “Администрация

(началници)” (74.4 на 100 прегледани). В най-многобройната група – “Куриери” – лицата с открити заболявания при профилактичните прегледи са най-малко (63.7 на 100 прегледани).

Подразделенията с най-висока (над 80) честота на лица с открити заболявания са:

- София – ЦУ и ФН;
- Бургас;
- Пазарджик.

При 31.2 на 100 от прегледаните не са открити заболявания.

От така представените данни следва, че в резултат на профилактичните прегледи са регистрирани заболявания при около 70% от работещите. Не може да се определи кои от тях са открити за първи път и кои са стари заболявания. В представения анализ са дадени данни за всички заболявания, регистрирани при извършените прегледи.

4. Заболявания, регистрирани при профилактичните прегледи

В резултат на профилактичните прегледи са регистрирани заболявания, които са представени в класове болести по МКБ. (Таблица 3).

В структурата на откритите заболявания с най-голям относителен дял са болестите на органите на кръвообращението – главно хипертония (28.9%). Следват зрителните нарушения (18.2%), болестите на ендокринната система – затлъстяване, диабет и др. (12.6%), болестите на нервната система – радикулити, плексити и др. (9.3%), болестите на опорно-двигателния апарат – артрити, артрози, дископатии и др. (8.0%), на храносмилателната система – язви, колити, холецистит и др. (4.9%), на дихателната система (4.0%) и на пикочо-половата система – камъни в бъбрека, възпаления на пикочните пътища (3.9%), и други (10.2). (Фигура 3).

Табл. 3: Заболявания, открити при профилактичните прегледи през 2005 г.

Заболявания	%	Ранг
I. Някои инфекциозни и паразитни болести	0,1	16
II. Новообразувания	0,4	14
III. Болести на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения	0,6	13
IV. Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	12,6	3
V. Психични и поведенчески разстройства	3,1	9

VI. Болести на нервната система	9,3	4
VII. Болести на окото и придатъците му	1,7	11
VII. Болести на ухото и мастоидния израстък	1,1	12
IX. Болести на органите на кръвообращението	28,9	1
X. Болести на дихателната система	4,0	7
XI. Болести на храносмилателната система	4,9	6
XII. Болести на кожата и подкожната тъкан	0,2	15
XII. Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан	8,0	5
XIV. Болести на пикочо-половата система	3,9	8
XV. Бременност, раждане и послеродов период	–	–
XIX. Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	0,1	16
Зрителни нарушения	18,2	2
Други	2,9	10
Всичко заболявания:	100,0	

4.1. Честота на заболяванията (моментна болестност).

Освен структурата на заболяванията, открити при профилактичните прегледи са определени и показателите за моментна болестност за всички работещи.

Моментната болестност за всички работещи е 124.3 на 100 прегледани. Това означава, че на обхванатите с профилактични прегледи са открити по повече от едно заболяване.

Фиг. 3: Структура на заболяванията, регистрирани при профилактичните прегледи (%)



II. Анализ на временната неработоспособност

През 2005 г. във ВН са били 5 568 лица, регистрирани са 10 428 случая на временна неработоспособност и са загубени 144 657 календарни дни.

Анализът на заболяемостта с ВН е направен по **лица** и **случаи**, което дава една цялостна представа за здравето състояние на работещите. (Таблица 4).

Табл. 4: Заболеваемост с ВН на работещите през 2005 г.

Показатели за ВН	Средно-спис. състав работещи (бр.)	Случаи с ВН (бр.)	Дни с ВН (бр.)	Честота на случаи с ВН (на 100 р.)	Честота на дни с ВН (на 100 р.)	Ср. прод. на 1 случай с ВН
Признаци						
1. Всички работещи	14 435,0	10 428	144 657	72,2	1 002,1	13,9
2. Пол						
мъже	2 972,0	1 853	26 258	62,3	883,5	14,2
жени	11 463,0	8 575	118 399	74,8	1 032,9	13,8
3. Възрастови групи						
До 25 г.	209,0	227	2 142	108,6	1 024,9	9,4
25-35 г.	2 002,0	1 586	19 062	79,2	952,1	12,0
35-45 г.	4 267,0	2 839	32 372	66,5	758,7	11,4
45-55 г.	5 204,0	3 825	56 666	73,5	1 088,9	14,8
Над 55 г.	2 753,0	1 951	34 375	70,9	1 248,6	17,6
4. Професионални групи						
Администрация (началници)	1 226,5	1 027	13 103	83,7	1 068,3	12,8
Куриери	6 817,0	3 513	56 208	51,5	824,5	16,0
Администрация (работещи с ВД), касиери	4 250,0	3 689	45 803	86,8	1 077,7	12,4
Шофьори, автобаза, охрана	990,5	648	9 360	65,4	945,0	14,4
Сортировачи	1 151,0	1 460	12 840	126,9	1 115,6	8,7

1. Заболеваемост с ВН по лица

1.1. Както вече отбелязахме, през 2005 г. 5568 лица са били във ВН. Това представлява (38.6 на 100 работещи). Показателят е на нивото на този за 2004 г. и е по-висок от приетия за среден – (30 на 100 р.).

1.2. При жените показателят е по-висок (39.8 на 100 р.), отколкото при мъжете (33.7

на 100 р.).

1.3. По подразделения честотата на лицата с ВН е много висока – над (50 на 100 р.) в ЦУ, СС, КИП, СММТ и ФН (всички подразделения, базирани в София).

2. Анализ на заболеваемостта с ВН по случаи

Анализът е направен на базата на четири основни показателя. (Таблица 5).

Табл. 5: Заболеваемост с ВН на работещите през 2004 г.

Показатели за ВН	Спис. състав работещи (бр.)	Случаи с ВН (бр.)	Дни с ВН (бр.)	Честота на случаи с ВН (на 100 р.)	Честота на дни с ВН (на 100 р.)	Ср. прод. на 1 случай с ВН
Признаци						
1. Всички работещи	15 069	9 165	144 097	60,8	956,2	15,7
2. Пол						
мъже	3 285	1 660	25 841	50,5	786,6	15,6
жени	11 784	7 505	118 256	63,7	1 003,5	15,8
3. Възрастови групи						
До 25 г.	359	250	3 490	69,6	972,1	14,0
25-35 г.	2 373	1 485	19 654	62,6	828,2	13,2
35-45 г.	4 509	2 510	33 172	55,7	735,7	13,2
45-55 г.	5 422	3 584	61 682	66,1	1 137,6	17,2
Над 55 г.	2 406	1 336	26 099	55,5	1 084,7	19,5
4. Професионални групи						
Администрация (началници)	1 684	1 017	14 669	60,4	871,1	14,4
Куриери	7 322	3 230	59 597	44,2	813,9	18,4
Администрация (работа с ВД), касиери	4 090	3 113	43 297	76,1	1 058,6	13,9
Шофьори, автобаза, охрана	894	560	7 348	62,6	821,9	13,1
Сортировачи, р. с полиграфска техника	1 079	1 237	19 186	114,6	1 778,1	15,5

2.1. Честота на случаите с ВН

Този показател е определен както за всички работещи, така и по отделните характеристики (пол, възрастови и професионални групи, подразделения).

През 2005 г. честотата на случаите в Куриерската фирма е (72.2 на 100 р.), повишен е

в сравнение с 2004 г. и се оценява като **нисък** по ориентировъчната скала за оценка. (Таблица 6 и Таблица 7).

Табл. 6: Оценка на показателите за ВН според скалата на Баткис - Лекарев през 2004 г.

	Честота на случай с ВН		Честота на дни с ВН		Ср.прод.на 1 случай с ВН	
	показател	оценка	показател	оценка	показател	10.8 дни
1. Всичко работещи	60,8	Нисък	956,2	Среден	15,7	>
2. Пол						
мъже	50,5	Мн.нисък	786,6	Нисък	15,6	>
жени	63,7	Нисък	1003,5	Висок	15,8	>
3. Възрастови групи						
До 25 г.	69,6	Нисък	972,1	Среден	14,0	>
25-35 г.	62,6	Нисък	828,2	Среден	13,2	>
35-45 г.	55,7	Мн.нисък	735,7	Нисък	13,2	>
45-55 г.	66,1	Нисък	1137,6	Висок	17,2	>
Над 55 г.	55,5	Мн.нисък	1084,7	Висок	19,5	>
5. Професионални групи						
Администрация (началници)	60,4	Нисък	871,1	Среден	14,4	>
Куриери	44,2	Мн.нисък	813,9	Среден	18,4	>
Администрация (работа с ВД), касиери	76,1	Нисък	1058,6	Висок	13,9	>
Шофьори, автобаза, охрана	62,6	Нисък	821,9	Среден	13,1	>
Сортировачи, р. с полиграфска техника	114,6	Висок	1778,1	Мн.висок	15,5	>

Табл. 7: Оценка на показателите за ВН според скалата на Баткис - Лекарев през 2005 г.

	Честота на случай с ВН		Честота на дни с ВН		Ср.продължителност на 1 случай с ВН	
	показател	оценка	показател	оценка	показател	10.8 дни
1. Всичко работещи	72,2	Нисък	1 002,1	Висок	13,9	>

2. Пол						
мъже	62,3	Нисък	883,5	Среден	14,2	>
жени	74,8	Нисък	1 032,9	Висок	13,8	>
3. Възрастови групи						
До 25 г.	108,6	Висок	1 024,9	Висок	9,4	<
25-35 г.	79,2	Нисък	952,1	Среден	12,0	>
35-45 г.	66,5	Нисък	758,7	Нисък	11,4	>
45-55 г.	73,5	Нисък	1 088,9	Висок	14,8	>
Над 55 г.	70,9	Нисък	1 248,6	Мн.висок	17,6	>
4. Професионални групи						
Администрация (началници)	83,7	Среден	1 068,3	Висок	12,8	>
Куриери	51,5	Мн.нисък	824,5	Среден	16,0	>
Администрация (работещи с ВД), касиери	86,8	Среден	1 077,7	Висок	12,4	>
Шофьори, автобаза, охрана	65,4	Нисък	945,0	Среден	14,4	>
Сортировачи	126,9	Мн. висок	1 115,6	Мн.висок	8,7	>

Честотата на случаите сред мъжете (62.3 на 100 р.) е по-ниска от тази при жените (74.8 на 100 р.), но и за двата пола показателите са повишени в сравнение с 2004 г. и са в групата “ниски” показатели.

По възрастови групи и през 2005 г. най-висок е показателят в групата до 25 г. (108.6 на 100 р.) и е с оценка “висок”. Следва възрастовата група 25 - 35 г. (79.2 на 100 р.) и 45 - 55 г. (79.5 на 100 р.). И двата се оценяват като “ниски”. Нисък е и показателят в групата над 55 г. (70.9 на 100 р.) и това се наблюдава в преобладаващата част от подразделенията. Вероятно тук играят роля и социални фактори, свързани със запазване на работното място.

По професионални групи много висок е показателят при “Сортировачи” – (126.9 на 100 р.). За останалите професионални групи показателите са ниски, а за “Куриери” са много ниски.

По подразделения честотата на случаите е много висока в ЦУ, КИП и ФН, висока – в СС и СММТ и средна – в Пловдив. Ниска е честотата на случаите в Благоевград, Бургас, Варна, Габрово, Кърджали, Кюстендил, Пазарджик, Перник и Ямбол. Много ниска е в останалите 17 подразделения.

2.2. Честота на календарните дни, загубени поради ВН

Това е друга много съществена характеристика на заболяемостта с ВН (Таблица 4).

Общият показател е 1 002.1 на 100 р., повишен е в сравнение с 2004 г. и се оценява като висок.

Много висок е показателят за лицата над 55 г. (1 248.6 на 100 р.). Високи са показателите за професионалните групи “Сортировачи” (1 115.6 на 100 р.), “Администрация (работещи с ВД), касиери” (1 077.7 на 100 р.) и “Администрация (началници)” (1 068.3 на 100 р.), за жените (1 032.9 на 100 р.), възрастовите групи 45-55 г. (1 088.9 на 100 р.) и до 25 г. (1 024.9 на 100 р.).

За останалите групи (по пол, възраст, останалите професионални групи) показателите са с оценка “средни” и “ниски”.

По подразделения честотата на загубените календарни дни е много висока (над 1200 на 100 р.) в ЦУ, СС, КИП, СММТ, ФН, Перник и Ямбол. Високи са показателите за Габрово и Кюстендил.

С много ниски показатели (до 600 на 100 р.) са подразделенията на фирмата в Ловеч, Сливен, Смолян и Добрич.

2.3. Средна продължителност на 1 случай и 1 лице с ВН

Средната продължителност на 1 случай през 2005 г. е 13.9 дни и е по-висока от ориентировъчната – 10.8 дни, но е намалена в сравнение с 2004 г..

Показателите за средна продължителност на 1 случай варират за работещите от отделните групи.

Най-висока е средната продължителност при лицата над 55 г. (17.6 дни) и професионалната група “Куриери” (16.0 дни).

По подразделения средната продължителност на 1 случай е ниска (под 10.8 дни) за ЦУ, КИП, ФН, Пловдив и Сливен. В останалите подразделения показателите са между 10.8 и 20 дни.

Средната продължителност на 1 лице с ВН е 26 дни, като е почти еднаква за мъжете и жените.

По подразделения над 25 дни е средната продължителност на 1 лице с ВН в 17 подразделения (СС, Перник, КИП, Русе, СММТ, Силистра, Бургас, София, Видин, Ст. Загора, Враца, Добрич, Габрово, Търговище, Кюстендил, Ямбол и Монтана). Под 20 дни е в Ловеч, Сливен, Смолян и Хасково.

Данните показват, че работещите в повечето подразделения, ползват отпуск по болест по-рядко, но поради сериозни заболявания, които изискват по-продължително лечение.

2.4. Преглед по професионални групи и подразделения

2.4.1. Професионална група “Администрация (началници)”

Групата се характеризира със средна честота на случаите (83.7 на 100 р.), висока честота на загубените календарни дни (1 068.3 на 100 р.) и средна продължителност на 1 случай над 10.8 дни (12.8 дни).

По подразделения честотата на случаите е “много висока” в КИП, ФН, ЦУ, Враца и Ямбол (над 120 на 100 р.).

Честотата на загубените календарни дни е много висока (над 1200 дни) в ЦУ, КИП, СС, ФН, СММТ и П в Благоевград, Враца, Кърджали, Кюстендил, Перник, Смолян, София и Ямбол.

Средната продължителност на 1 случай е над 20 дни в СММТ и подразделенията в Благоевград, Перник, Смолян и София.

2.4.2. Професионална група “Куриери”

Групата се характеризира с много нисък показател за честота на случаите (51.5 на 100 р.), средна честота на загубените календарни дни (824.5 на 100 р.) и висока средна продължителност на 1 случай (16.0 дни).

По подразделения честотата на случаите е “много ниска” в преобладаващата част от тях (25).

Честотата на случаите е ниска в подразделенията Перник и Габрово, и средна – в СС. Много висока е само в СММТ.

Честотата на загубените календарни дни е много висока в СС, СММТ и Перник. Висока е в Пазарджик и Габрово, и средна – в Бургас, Монтана, Кюстендил, Плевен, Разград, София, Русе и Варна. В останалите подразделения показателят е “нисък” и “много нисък”.

Средната продължителност на 1 случай за всички подразделения е над 10.8 дни, а за подразделенията във Видин, Перник и София е над 20 дни.

2.4.3. Професионална група “Администрация (работещи с ВД), касиери”

Групата се характеризира със средна честота на случаите (86.8 на 100 р.), висока честота на загубените календарни дни (1 077.7 на 100 р.) и малко по-висока от 10.8 дни (12.4) средна продължителност на 1 случай.

С много висока честота на случаите са работещите в ЦУ, КИП и СММТ. С високи показатели са подразделенията в Благоевград, Ямбол, СС и ФН. Много ниски са

показателите за подразделенията в Добрич, Враца, Ловеч, Търговище, Монтана, Хасково, Разград, Русе, Смолян, Габрово и София.

По отношение на загубените календарни дни с много висока честота (над 1 200 дни) са СС, СММТ, КИП, ФН, ЦУ и подразделенията в Русе, Видин, Силистра и Ямбол.

Много ниска (до 600 дни) е честотата на случаите в Кърджали, Ловеч, Разград, Смолян и Хасково.

Средната продължителност на 1 случай е над 20 дни във Видин, София и Русе.

2.4.4. Професионална група “Шофьори, автобаза, охрана”

Групата се характеризира с ниска честота на случаите (65.4 на 100 р.), средна честота на загубените календарни дни (945.0 на 100 р.) и средна продължителност на 1 случай над 10.8 дни (14.4 дни).

Честотата на случаите е “много висока” в СС (над 120 на 100 р.), “висока” – в Габрово и “средна” – в Сливен, Хасково и Ямбол. В останалите подразделения (27) показателите са “ниски” и “много ниски”.

Честотата на загубените календарни дни е много висока (над 1 200 дни) в Кюстендил, Перник, Ямбол, Габрово, СС и СММТ. Висока (1 000 - 1 200 дни) е в поделението в Плевен, а средна – в Бургас и Сливен. В останалите подразделения показателите са “ниски” и “много ниски”.

2.4.5. Професионална група “Сортировачи”

Групата се характеризира с много висока честота на случаите (126.9 на 100 р.), висока честота на загубените календарни дни (1 115.6 на 100 р.) и ниска средна продължителност на 1 случай (8.7 дни).

Честотата на случаите е “много висока” (над 120 на 100 р.) в 11 подразделения, а много ниска – само в 5 (Видин, Смолян, Ст. Загора, Силистра и Габрово).

Честотата на загубените календарни дни е много висока в 16 подразделения, а много ниска – само в 3 (Видин, Смолян и Ст. Загора).

Средната продължителност на 1 случай е над 20 дни в подразделенията в Бургас, Враца, Монтана, Пазарджик, Силистра, Търговище, Перник и Ямбол.

2.5. Заболявания – причини за ВН

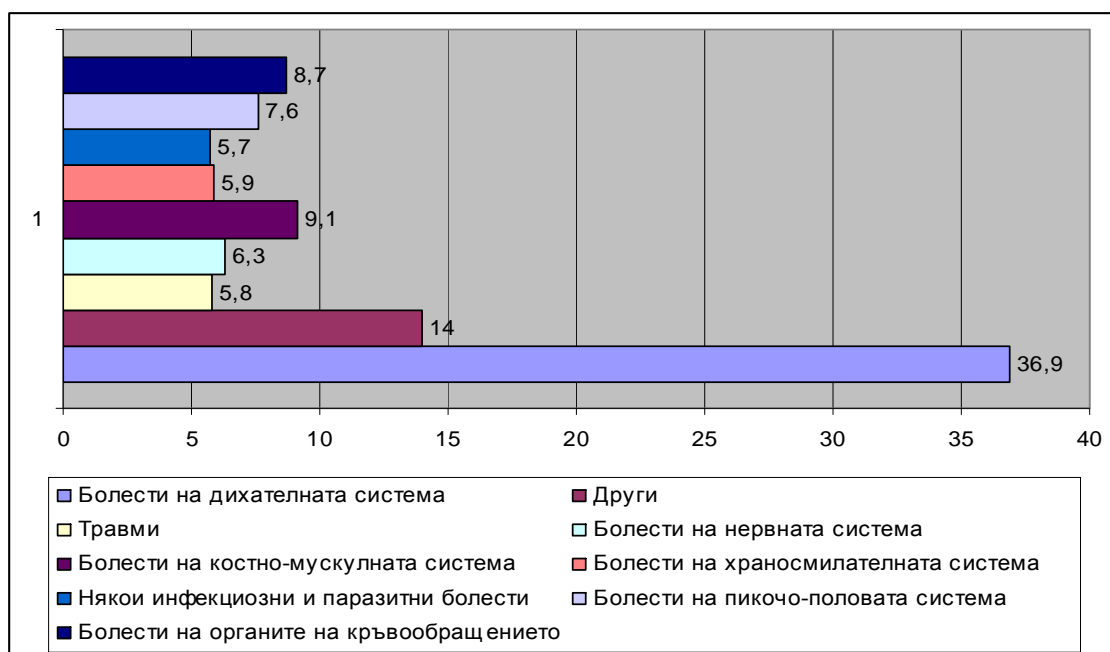
Водещи причини за ВН са болестите на дихателната система (36.9%). В тази група от значение са остри катарни на горни дихателни пътища, ангини, бронхит и пневмония. На

второ място през 2005 г. са болестите на опорно-двигателния апарат (9.1%), следвани от болестите на органите на кръвообращението (8.7%), болестите на пикочо-половата система (7.6%), на нервната система (6.3%) и на храносмилателната система (5.9%). Сериозно място заемат травмите (5.8%) и инфекциозните болести (5.7%). (Таблица 8, Фигура 4).

Табл. 8: Заболявания – причини за временна неработоспособност през 2004 г. и 2005 г.

Заболявания	2004 г.		2005 г.	
	%	Ранг	%	Ранг
I. Някои инфекциозни и паразитни болести	10,8	2	5,7	8
II. Новообразувания	2,7	9	2,3	9
III. Болести на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения	0,4	15	0,6	17
IV. Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	1,6	12	1,5	13
V. Психични и поведенчески разстройства	1,4	13	2,0	10
VI. Болести на нервната система	9,1	4	6,3	5
VII. Болести на окото и придатъците му	–	–	1,4	14
VIII. Болести на ухото и мастоидния израстък	–	–	1,9	12
IX. Болести на органите на кръвообращението	9,7	3	8,7	3
X. Болести на дихателната система	31,5	1	36,9	1
XI. Болести на храносмилателната система	5,5	8	5,9	6
XII. Болести на кожата и подкожната тъкан	2,1	11	2,0	10
XIII. Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан	7,8	5	9,1	2
XIV. Болести на пикочо-половата система	7,2	6	7,6	4
XV. Бременност, раждане и послеродов период	2,6	10	1,2	15
XIX. Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	7,0	7	5,8	7
Други	0,6	–	1,1	–
Всичко заболявания:	100,0		100,0	

Фиг. 4: Структура на заболяванията – причини за ВН



3. Често и дълго боледувачи лица (ЧДБЛ) с ВН

През 2005 г. ЧДБЛ са 898, тяхната честота е 6.2 на 100 р. и е увеличена в сравнение с 2004 г. (5.1 на 100 р.) (Таблица 9).

По подразделения най-висока е честотата на ЧДБЛ с ВН в КИП, СММТ, ФН и подразделенията в Бургас, Видин, Враца, Габрово, Кърджали, Кюстендил, Монтана, Пазарджик, Пловдив, Русе, София и Ямбол. Най-нисък (под 3) е показателят в ЦУ, СС, Ловеч и Смолян.

Таблица 9. Често и дълго боледувачи лица с временна неработоспособност през 2004 г. и 2005 г.

	Брой работещи	Брой ЧДБЛ	Честота на ЧДБЛ с ВН	Случаи с ВН	Дни с ВН	Ср. продължителност на 1 ЧДБЛ
Всичко 2004 г.	15 069	765	5,1	4 922	82 463	107,8
Всичко 2005 г.	14 435,0	898	6,2	2 710	87 515	97,7

При жените показателят е по-висок (6.5 на 100 р. жени) от този при мъжете (5.1 на 100 р. мъже).

От различните показатели, с които е характеризирана заболеваемостта с ВН на ЧДБЛ

заслужава да се отбележи средната продължителност на 1 ЧДБЛ. Тя е намалена в сравнение с 2004 г. и е 97.4 дни (98.3 при мъжете и 96.1 при жените). Висока е средната продължителност на 1 ЧДБЛ (100-120 дни) в подразделенията СС, СММТ, подразделенията във Видин, Бургас, Габрово, Монтана, Плевен, Русе, Смолян, София, Ст. Загора и Перник.

Сред заболяванията – причини за ВН на ЧДБЛ са: болестите на органите на кръвообращението, травмите, болестите на ендокринните жлези (диабет), злокачествените новообразувания, болестите на опорно-двигателния апарат, болестите на нервната система и др.

ЧДБЛ са 16.1% от всички лица, ползвали отпуск по болест. Те обуславят 60.5% от всички загубени календарни дни и 26.0% от случаите.

4. Условно неработили в резултат на ВН

Това е една много съществена характеристика, която позволява да се направи оценка какви икономически последствия обуславя заболяемостта с ВН. Тъй като не се разполага с редица данни, като стойност на извършена дейност, разходите, които се правят за осигуряването, лечението, обезщетението на работещите със загуба на работоспособност, в представения анализ е определен броят на условно целогодишно неработилите поради временна неработоспособност и процентът им от всички работещи.

През 2005 г. условно неработили поради ВН са 396.3 лица. Те представляват 2.7% от всички работещи в организацията.

5. Заболеваемост с трайна неработоспособност (ТН) и трудови злополуки

В куриерската фирма, през 2005 г., 292 работещи са освидетелствани от ТЕЛК (Таблица 10). На 24 от тях е определена над 90% загубена работоспособност. На 50% от освидетелстваните е определена между 50 и 70% загубена работоспособност. Основните причини са болести на органите на кръвообращението, травми, диабет, болести на опорно-двигателния апарат, злокачествени новообразувания и др.

Табл. 10: Лица, освидетелствани от ТЕЛК с определен процент трайна неработоспособност през 2005 г.

% загубена работоспособност	Брой лица	На 1000 работещи	%
до 50%	31	2,1	10,6
50-70%	145	10,0	49,7

70-90%	92	6,4	31,5
над 90%	24	1,7	8,2
Общо:	292	20,2	100,0

Първичната инвалидност е (20.2 на 1 000 р.) и се оценява като висока за контингент в трудоспособна възраст. Най-високи са показателите за СС (56.0 на 1 000), КИП (43.2 на 1 000) и подразделенията в Габрово (31.6 на 1 000), Силистра (36.4 на 1 000), Ст. Загора (30.7 на 1 000).

През 2005 г. са регистрирани 61 трудови злополуки – 4.2 на 1 000 работещи (Таблица 9). Най-висока е честотата на трудовите злополуки при “Куриери” (5.3 на 1 000) и “Сортировачи” (5.2 на 1 000) (Таблица 11).

По подразделения най-висока е честотата на трудовите злополуки в Перник (17.4 на 1 000), ФН (11.0 на 1 000), СС (8.3 на 1 000), Ловеч (6.5 на 1 000).

Табл. 11: Трудови злополуки през 2005 г.

Професионална група	Брой лица	На 1000 работещи	%
Администрация (началници)	2	1,6	3,3
Куриери	36	5,3	59,0
Администрация (работещи с ВД), касиери	14	3,3	23,0
Шофьори, автобаза, охрана	3	3,0	4,9
Сортировачи	6	5,2	9,8
Общо:	61	4,2	100,0

6. Сравнителна оценка на заболяемостта с временна неработоспособност през 2001, 2004 и 2005 г.

Сравняването на основните показатели за 2001, 2004 и 2005 г. показва увеличаване на честотата на случаите (от 46 на 100 р. през 2001 г. до 60.8 през 2004 г. и 72.2 през 2005 г.) и значително увеличаване на честотата на загубените календарни дни (от 689 на 100 р. през 2001 г. до 956.2 на 100 р. през 2004 г. и 1002.1 през 2005 г.). (Таблица 12).

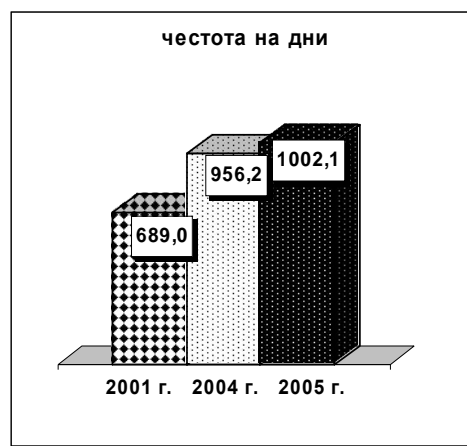
Средната продължителност на 1 случай с ВН леко намалява през 2005 г.

**Табл. 12: Сравнителна таблица за заболяемостта с ВН
през 2001, 2004 и 2005 г.**

	Честота на случаите			Честота на дните			Ср. продължителност на 1 случай		
	2001 г.	2004 г.	2005 г.	2001 г.	2004 г.	2005 г.	2001 г.	2004 г.	2005 г.
Общо:	46	60,8	72,2	689	956,2	1 002,1	15	15,7	13,9
Мъже	35	50,5	62,3	602	786,6	883,5	17	15,6	14,2
Жени	49	63,7	74,8	711	1 003,5	1 032,9	14	15,8	13,8
Професионална група "Куриери"	37	44,2	51,5	615	813,9	824,5	17	18,4	16,0

В най-многобройната професионална група "Куриери" показателите също се увеличават (Фигура 5).

**Фиг. 5: Сравнителна таблица за заболяемостта с ВН
през 2001, 2004 и 2005 г. за професионална група "Куриери"**



7. Сравнителна оценка на заболяемостта с ВН за работещите в Куриерската фирма и Р България

Сравнени с показателите за ВН на работещите в Република България показателите за Куриерската фирма са по-ниски за честотата на случаите и значително по-високи за честотата на загубените календарни дни и средната продължителност на 1 случай. (Таблица 13).

Табл. 13: Сравнителна оценка на показателите за временна неработоспособност през 2005 г.

Ориентировъчни нормативни групи по Баткис-Лекарев	Р България	Дружество
I. Честота на случаите с ВН		
много ниска – до 60 на 100 р.		
ниска – 60-80 на 100 р.		72,2
средна – 80-100 на 100 р.	83,8	
висока – 100-120 на 100 р.		
много висока – над 120 на 100 р.		
II. Честота на дните с ВН		
много ниска – до 600 дни на 100 р.		
ниска – 600-800 дни на 100 р.		
средна – 800-1000 дни на 100 р.	801,9	
висока – 1000-1200 дни на 100 р.		1002,1
много висока – над 1200 дни на 100 р.		
III. Средна продължителност на случай с ВН		
средно ниво – 10.8 дни	9,4	13,9

8. Заключение

В резултат на направения анализ на резултатите от профилактичните прегледи и заболяемостта с ВН здравето състояние на работещите в Куриерската фирма през 2005 г. може да се оцени като **задоволително** с тенденция към влошаване в сравнение с 2001 г. и 2004 г..

IV. Изводи от профилактичните прегледи

От характеристиката на работещите:

Въз основа на данните от характеристиката на служителите, резултатите от проведените профилактични прегледи могат да се направят следните изводи относно тяхното здравно състояние:

От характеристиката на служителите

1. Според представения списък в организацията работят 14 435 лица.
2. Основен дял сред служителите са жените (20.6 на 100 р.), а този на мъжете е (79.4 на 100 р.).
3. Повече от половината от работещите (55.1%) са на възраст над 45 години. Следват възрастовите групи 35 - 45 г. (29.6%) и групата до 35 г. (15.3%).
4. Преобладават служителите с общ трудов стаж над 10 г. (87,0 %) и тези с фирмен стаж над 10 г. (57,5 %).

От профилактичните прегледи

1. Профилактични прегледи са направени на 12 324 служители (85.4 на 100 р.). Това е много висок обхват.

2. Осъществен е пакет от профилактични прегледи и изследвания, които съответстват на изискванията на нормативната уредба, характера на извършвания труд в организацията и състава на служителите по няколко основни признака (пол, възраст, трудов стаж, професионални групи).

3. В резултат на проведените прегледи се установи една висока обремененост на служителите със здравни проблеми (68.8 на 100 прегледани). **„Клинично здравите”** са (31.2 на 100 прегледани) Тази обремененост със здравни проблеми е по-висока при жените (69.9 на 100 прегледани) в сравнение с тази при мъжете (64.7 на 100 прегледани).

4. Показателят **„Моментна болестност”** вследствие всички регистрирани заболявания, включително рефракционните нарушения, е (124.3 на 100 прегледани). Това означава, че не само проблемите на зрителния орган, но също така и други заболявания са установени в резултат на профилактичните прегледи и това са:

- Болести на органите на кръвообращението;
- Болестите на ендокринната система;
- Болести на нервната система;
- Болести на костно-мускулната система.

5. Не може да се твърди, че установените здравни проблеми са единствено свързани и са резултат от конкретните условия на труд и специфичните фактори на работния процес. Това се потвърждава от данните за установените заболявания на служителите по професионални групи.

6. Не трябва да се пренебрегват специфичните фактори на труд като променливи метеорологични условия, физическо натоварване и болести на дихателната, нервна и опорно-двигателна системи. Обръщаме внимание и на честите ендокринни заболявания и

тези на храносмилателната система, за които факторите „стрес“ и „напрежение“ също имат значение.

V. Изводи от анализа на ВН

От така направения анализ на временната неработоспособност на работещите в дружеството могат да се направят следните по-съществени изводи:

От характеристиката на работещите:

1. Според представения списък в организацията работят 14 435 лица.
2. Основен дял сред служителите са жените (20.6 на 100 р.), а този на мъжете е (79.4 на 100 р.).
3. Повече от половината от работещите (55.1%) са на възраст над 45 години. Следват възрастовите групи 35 - 45 г. (29.6%) и групата до 35 г. (15.3%).
4. Преобладават служителите с общ трудов стаж над 10 г. (87,0 %) и тези с фирмен стаж над 10 г. (57,5 %).

От временната неработоспособност:

1. Лицата във ВН през 2005 г. са 5 568 лица, регистрирани са 10 482 случая, загубени са 144 657 календарни дни.
2. През 2005 г. временната неработоспособност на работещите вследствие всички причини се характеризира с **ниски** честота на случаите и честота на дните. Висока е средната продължителност на един случай с ВН.
3. Най-често случаите и загубените дни с ВН на работещите са вследствие следните групи заболявания:
 - ✓ Болести на дихателната система;
 - ✓ Болести на костно-мускулната система
 - ✓ Болести на органите на кръвообръщението
4. През 2005 г. има регистрирани 61 случая на трудови злополуки.
5. Сред работещите с ВН заслужава да се отбележат тези, които са често и дълго боледуващи. През 2005 г. ЧДБЛ са 16.1% от всички лица, ползвали отпуск по болест.
6. От данните за заболяемостта с ВН не може да се направи категоричен извод, че единствено факторите на работната среда. характерни за отделните професионални групи са определящи за заболяванията – причини за загубата на работоспособност. Значение имат както биологични, така и редица психо-социални фактори, които не са свързани с трудовия процес.

7. Направеното сравнение на основните показатели за ВН показва, че през 2005 г. те са с по-високи стойности на честотата на случаите и честотата на загубените календарни дни в сравнение с 2004 г. Средната продължителност на 1 случай с ВН леко намалява през 2005 г.

4.1.2 Резултати от проучването на здравното състояние на фирма за дистрибутиране на товари – 1

I. Характеристика на служителите

За оценка на здравното състояние от значение са някои основни техни характеристики, а това са: пол, възраст, трудов стаж (общ, специален), професионални групи. По данни, предоставени от сектор "Човешки ресурси" на дружеството, броят на служителите е 1 413 лица. (Таблица 14).

Табл. 14: Характеристика на работещите за 2009 г.

Признаци	Брой	%
1.Брой работещи (списъчен състав)	1 413	100,0
2.Пол		
мъже	981	69,4
жени	432	30,6
3.Възrastови групи		
до 25 год.	9	0,6
25 - 35 год.	167	11,8
35 - 45 год.	420	29,7
45 - 55 год.	438	31,0
над 55 год.	379	26,8
4.Общ трудов стаж		
до 5 год.	29	2,1
5 - 10 год.	123	8,7
над 10 год.	1 261	89,2
5.Специален трудов стаж		
до 3 год.	22	1,6
3 - 10 год.	140	9,9
над 10 год.	1 251	88,5
6.Професионални групи		
1.Администрация	457	32,3
2.Техническа поддръжка	297	21,0
3.Товаро-разтоварна дейност	502	35,5
4.Други	157	11,1

Служителите са разпределени в следните професионални групи:

1. „Администрация” - с 40 длъжности;
2. „Техническа поддръжка” - с 34 длъжности;
3. „Товаро-разтоварна дейност” - с 25 длъжности;
4. „Други” - 36 длъжности.

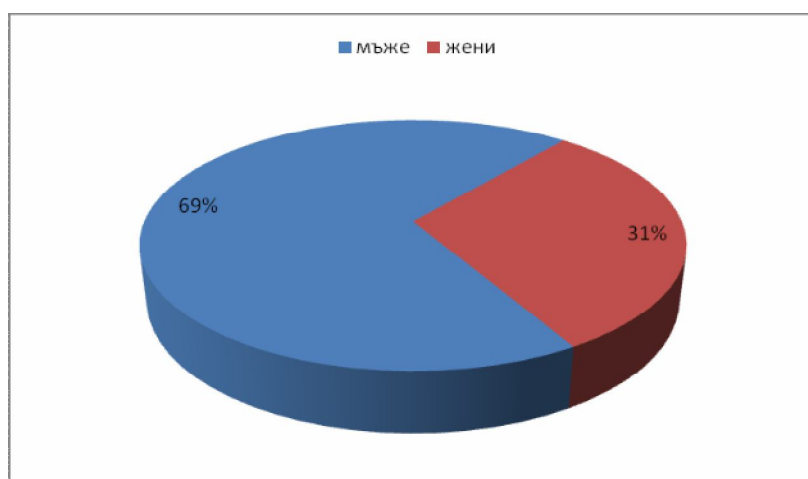
Характеристиката на служителите по някои основни признаци, които са от значение за оценката на здравното им състояние е съответно:

1. Пол

Известно е, че полът е фактор, който има значение за здравното състояние на всяко лице. Има специфични здравни проблеми, характерни за жените и други за мъжете.

Във фирмата основният дял сред служителите са мъжете (69.4 %), докато жените са (30.6 %) (Фигура 6). Тази структура по пол съответства на вида и характера на трудовата дейност.

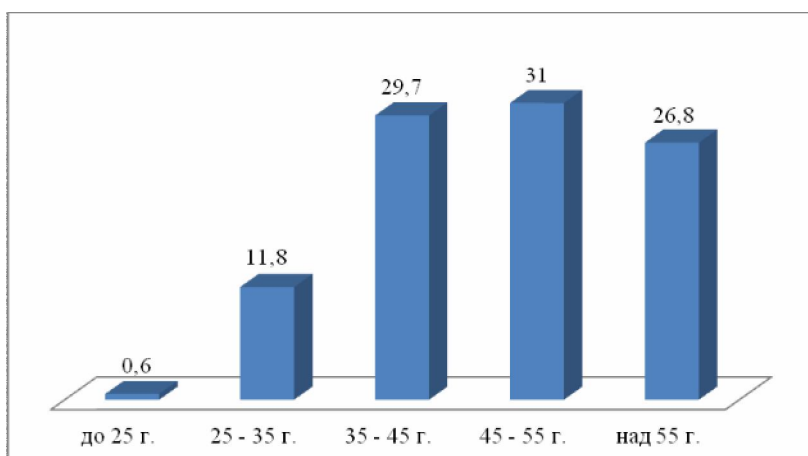
Фиг. 6: Структура на работещите в държавна фирма за дистрибутиране на товари по пол (%)



2. Възраст

Това е другият много съществен биологичен фактор, който се свързва със здравето. С увеличаване на възрастта нараства и обременеността на всяко лице със здравни проблеми. (Фигура 7).

Фиг. 7: Структура на работещите в държавна фирма за дистрибутиране на товари по възрастови групи (%)



Заслужава да се отбележи, че (46.7 %) от работещите са до 45 годишна възраст, която според класификацията на СЗО се отнася към групата “Млади”. Това предполага те да бъдат в добро здраве. Над 45 г. са (53.3 %). Лицата над 55 г. са (18.5 %).

3. Трудов стаж

Този фактор има значение за здравето и в анализа се разглежда продължителността на работещите според общия и специалния (фирмен) трудов стаж.

3.1. Общ трудов стаж

Трябва да се подчертае, че основната част от служителите (87.0 %) са с продължителен общ трудов стаж над 10 г. (дългогодишни работници), 5% от служителите са общ трудов стаж 5 години, а 7.9% са с 5 до 10 години.

3.2. Специален трудов стаж

Специалният трудов стаж дава представа за продължителността на дейността на служителите в конкретните условия на труд, характерни за разглежданата фирма.

Този стаж дава представа за експозицията на работещите на въздействието на факторите на работната среда.

За здравето на всяко лице от значение е не само продължителността на въздействието на факторите на работната среда, но също така техният вид и интензивност.

По отношение на трудовия стаж на служителите във фирмата най-много са тези с продължителен трудов стаж над 10 г. (86.6%). Лицата с най-малък, до 3 г. фирмен трудов стаж, са (3.0 %) от списъчния състав, а от 3 - 10 г. (10.5 %). Това е съществен факт, показващ, че по-голямата част от работещите са с продължителен стаж във фирмата и се касе за добре подготвени и опитни кадри. От друга страна, продължителният фирмен стаж поражда риска от въздействието на специфичните фактори върху здравето на работещите.

4. Специфични фактори на работната среда

В този анализ отбелязваме само най-съществените фактори, с които е свързан работния процес на служителите във фирмата.

Това са:

- Нервно-психично напрежение и отговорности;
- Нервно-сензорно напрежение;
- Работа на открито (променливи климатични условия);
- Работа с товари (физическо натоварване);
- Работа на височина;
- Експозиция на прах от зърнени товари.

Оценката на посочените фактори се дава в направения анализ от експертите по здравословни и безопасни условия на труд.

II. Оценка на здравното състояние въз основа на резултатите от профилактичните прегледи

1. Организация и провеждане на профилактичните прегледи

Съгласно Наредба № 3 на МЗ от 28.02.1987 г за задължителните, предварителни и периодични медицински прегледи на работещите и след преценка на лекар-експерт по трудова медицина, са определени вида и обема от дейности при профилактиката.

През 2008 г. на служителите са проведени профилактични прегледи от следните специалисти:

- Терапевт;
- Невролог;
- Офталмолог;
- Оториноларинголог.

На служителите са проведени следните изследвания:

- Електрокардиографско изследване;
- Изследване на урина.

2. Обхват на служителите с профилактични прегледи

Една от съществените предпоставки за обективна оценка на здравното състояние е обхватът на служителите с профилактични прегледи.

Добър обхват е този, при който са прегледани (75.0%) от списъчния състав.

Обхватът на работещите с профилактични прегледи е оценен в два аспекта:

- по отделни специалисти;
- общо за всички служители.

2.1. Обхват на работещите с профилактични прегледи по специалисти

Всяко лице трябва да има прегледи от всичките специалисти, които са посочени. Поради различни причини (обективни и субективни) някои от служителите са прегледани само от отделни специалисти.

Трябва да се отбележи, че обхватът на служителите с профилактични прегледи **не е висок** - при всички специалисти и особено при невролога и оториноларинголога (Таблица 15). Освен това много е нисък обхватът при жените.

Табл.15: Обхват на служителите с профилактични прегледи през 2008 г. по отделни специалисти

	Подлежащи на профилактични прегледи	Прегледани лица (на 100 р.)				
		брой	Терапевт	Офталмолог	Невролог	УНГ
			%	%	%	%
Всички служители	1 413	44.6	32.6	18.5	29.4	
мъже	981	51.1	41.7	25.8	41.6	
жени	432	29.9	11.8	4.6	1.8	

2.2. Обхват на служителите с профилактични прегледи - общо за цялата организация

През 2008 г. в дружеството са обхванати с профилактични прегледи (44.7 на 100 р.) от подлежащите.

3. Резултати от проведените профилактични прегледи

Резултатите от профилактичните прегледи относно здравето състояние на служителите са представени в два аспекта:

- по отделни специалисти (Фигура 8 и Таблица 16);
- общо за цялата организация.

Фиг. 8: Здраво състояние на служителите по отделни специалисти (%)

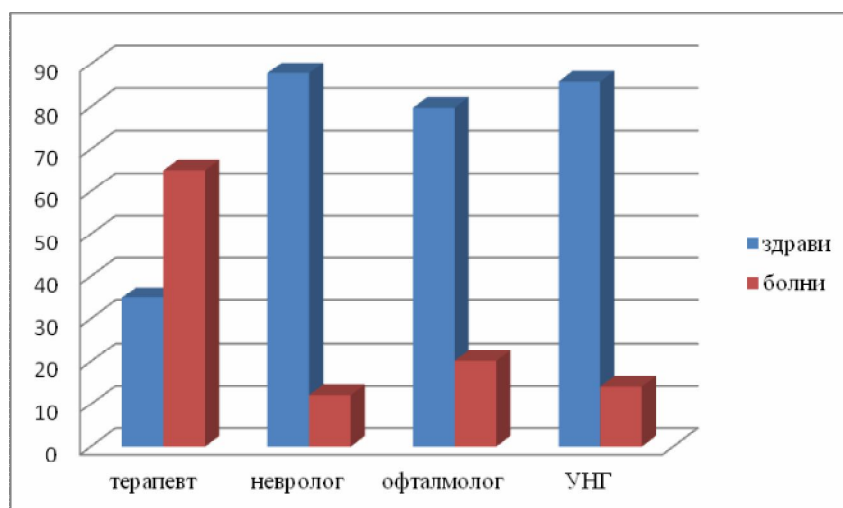


Табл. 16: Здравно състояние на служителите по отделни специалисти (%)

	Терапевт	Невролог	Офталмолог	Оторино ларинголог
Здрави	34.9	87.8	79.8	85.8
Болни	65.1	12.2	20.2	14.2

От електрокардиографското изследване е установено, че при 6.7 от прегледаните са установени отклонения, като при мъжете те са (7.9 на 100 прегледани), докато при жените са (2.3 на 100 прегледани).

3.2. Здравно състояние на служителите – обща оценка

Изхождайки от факта, че има лица, които поради някои причини (обективни и субективни) не са осъществили прегледи при посочените специалисти, за да се направи една обобщена оценка на здравното състояние на целия колектив, се прие да се разбира:

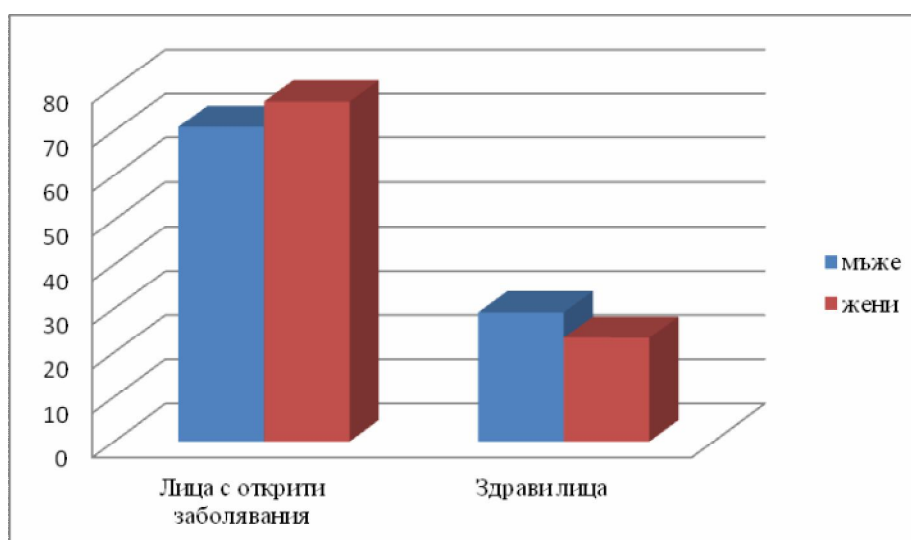
„Здраво лице” е това, на което не е установен проблем от нито един от посочените специалисти;

„Болно лице” е това, на което е установен здравен проблем дори само от един от посочените специалисти.

Установи се, че на повече от половината прегледани (72.1 на 100 прегледани) в резултат на профилактичните прегледи са регистрирани здравни проблеми.

Тази висока обремененост със заболявания при жените е (76.7 на 100 прегледани), докато при мъжете този показател е (70.9 на 100 прегледани). (Фигура 9).

Фиг. 9: Структура на регистрираните случаи по пол (%)



4. Заболявания, регистрирани при профилактичните прегледи

4.1. Общо – всички заболявания

Това е най-съществената част от направения анализ за здравно състояние по пол, възраст, стаж и професионални групи (Таблица 17). Представени са отделните групи и нозологични единици на установените заболявания, съгласно Международната класификация на болестите - 10 ревизия (Фигура 10).

Табл. 17: Здравно състояние на служителите за 2008 г.

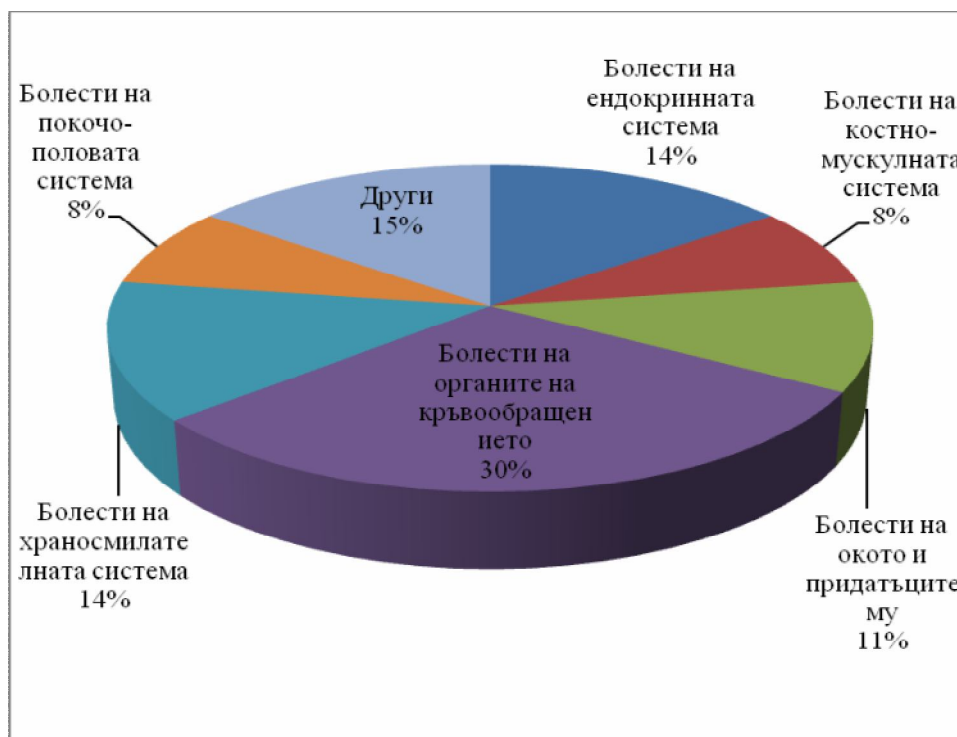
Показатели	Обхванати с профилактични прегледи	Лица с открити заболявания		Здрави лица	
	Брой	Брой	%.	Брой	%
1. Всичко работещи	631	455	72,1	176	27,9
2. Пол					
мъже	502	356	70,9	146	29,1
жени	129	99	76,7	30	23,3
3. Възрастови групи					
до 25 г.	8	0	0,0	8	100,0
25 - 35 г.	124	52	41,9	72	58,1
35 - 45 г.	202	131	64,9	71	35,1
45 - 55 г.	212	191	90,1	21	9,9
над 55 г.	85	81	95,3	4	4,7
4. Общ трудов стаж					
до 5 г.	32	6	18,8	26	81,3
5 - 10 г.	49	21	42,9	28	57,1
над 10 г.	550	428	77,8	122	22,2
5. Специален трудов стаж					
до 3 г.	16	3	18,8	13	81,3
3 - 10 г.	68	25	36,8	43	63,2
над 10 г.	547	427	78,1	120	21,9
6. Професионални групи					
Администрация	41	31	75,6	10	24,4
Техническа поддръжка	96	74	77,1	22	22,9
Товаро-разтоварна дейност	387	267	69,0	120	31,0
Други	107	83	77,6	24	22,4
ОБЩО:	631	455	72,1	176	27,9

Регистрирани са 885 заболявания. Показателят **“Моментна болестност”** е (140.3 на 100 прегледани).

Определена е структурата и честотата на отделните заболявания, които са регистрирани при профилактичните прегледи.

Установи се, че (85.5 %) от всички регистрирани заболявания се отнасят до следните групи:

Фиг. 10: Структура на заболяванията, регистрирани при прегледите



Болести на органите на кръвообращението

Това са заболявания с най-голям относителен дял (31.1 %). Честотата на тези заболявания е (43.6 на 100 р.), което означава, че на всяко второ прегледано лице е регистрирано заболяване от тази група. Заслужава да се отбележат следните диагнози: Есенциална хипертония; Хипертонична болест на сърцето; Стенокардия; Неревматична болест на митралната клапа; Инсулт; Последници от мозъчносъдова болест; Ритъмни нарушения.

Болести на ендокринната система

Това е втора по значение група заболявания. На всяко пето прегледано лице е регистрирано заболяване от тази група. Заслужава да се отбележат следните диагнози:

- Тиреотоксикоза;
- Захарен диабет;
- Затлъстяване.

Болести на храносмителната система

В структурата тези заболявания са (13.6 %). Честотата на случаите е (19.0 на 100 р.). Това означава, че на всяко пето прегледано лице е установено заболяване. Най-чести заболявания са:

- Язва на дванадесетопръстника;
- Гастрит, дуоденит.

Болести на окото и придатъците му

На (10.5 %) от всички регистрирани здравни проблеми са тези на зрителния орган. От всички установени здравни проблеми на зрителния орган най-много са “Нарушенията на рефракцията и акомодацията”.

Известно е, че при своевременно и адекватно коригиране тези нарушения не възпрепятстват осъществяването на трудовата дейност. Посочените здравни проблеми са от съществено значение за работещите с видеодисплей повече от 4 часа дневно.

Болести на костно-мускулната система

Това е петата група заболявания, които са установени при профилактичните прегледи. Най-много са регистрираните случаи с:

- Полиартрози с различни локализации;
- Подагра;
- Анкилозиращ спондилит.

Болести на пикочо – половата система

Заболяванията от тази група са (7.6 %) от всички регистрирани. Най-много са случаите:

- Тубулоинтерстициален нефрит (остър, хроничен)

Други

Отбелязваме и няколко други заболявания, които са единични случаи, но са сериозни по своя характер и протичане:

- Новообразуване;
- Желязодефицитна анемия;
- Множествена склероза;
- Увреждания на нервни коренчета и плексуси;
- Глухота;

- Бронхити (остри, хронични);
- Бронхиална астма.

5. Заболявания, регистрирани при профилактичните прегледи на работещите по професионални групи

Освен общо за всички служители са анализирани заболяванията и по професионални групи. Посочени са най-честите заболявания.

Администрация

„**Моментната болестност**” за служителите от тази група - (139.0 на 100 прегледани).

За отделните най-чести заболявания показателите са:

- ✓ Болести на окото и придатъците му - (43.9 на 100 р.);
- ✓ Болести на органите на кръвообращението - (31.7 на 100 р.);
- ✓ Болести на ендокринната система - (19.5 на 100 р.).

Техническа поддръжка

Показателят “**Моментна болестност**” е (147.9 на 100 прегледани). За работещи в тази професионална група най-чести са следните заболявания:

- ✓ Болести на органите на кръвообращението - (54.2 на 100 р.);
- ✓ Болести на храносмилателната система - (17.7 на 100 р.);
- ✓ Болести на ухото и мастоидния израстък - (17.7 на 100 р.);
- ✓ Болести на ендокринната система - (16.7 на 100 р.).

Товаро-разтоварна дейност

Показателят “**Моментна болестност**” е (131.8 на 100 прегледани). Най-чести са следните заболявания:

- ✓ Болести на органите на кръвообращението - (41.3 на 100 р.);
- ✓ Болести на ендокринната система - (18.3 на 100 р.);
- ✓ Болести на храносмилателната система - (17.6 на 100 р.);
- ✓ Болести на окото и придатъците му - (15.0 на 100 р.).

Други

За прегледаните работещи от тази група показателят “**Моментна болестност**” е (164.5 на 100 прегледани). Той е най-висок за тази професионална група в сравнение с другите. Най-много са следните диагнози:

- ✓ Болести на органите на кръвообращението - (46.7 на 100 р.);
- ✓ Болести на ендокринната система - (36.4 на 100 р.);
- ✓ Болести на храносмилателната система - (25.2 на 100 р.);
- ✓ Болести на костно-мускулната система - (22.4 на 100 р.).

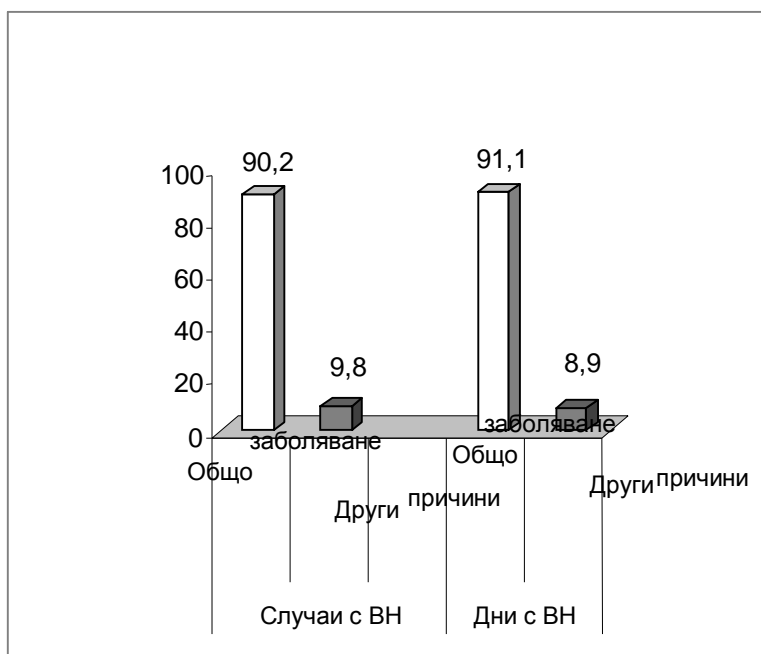
От така представените данни с най-голяма обремененост със здравни проблеми са служителите от група “Други”, “Техническа поддръжка”, на трето място са тези от “Администрация” и с най-ниска честота на заболяванията са “Товаро-разтоварна дейност”. Трябва да се отбележи, че и за четирите професионални групи са характерни едни и същи заболявания. Вариациите в честотата на заболяванията в отделните групи, обаче, насочва към хипотезата за въздействие на факторите на работното място за възникването и утежняването им.

II. Анализ на временната неработоспособност

През разглежданата година са предадени 842 болнични листа за временна неработоспособност, от които първични – 666 броя и продължения – 176 броя. Продължителността на ВН е 10889 календарни дни.

1. Причини за временна неработоспособност

Фиг. 11: Структура на случаите и дните с ВН по причини (%)



Основна причина за временна неработоспособност на работещите от фирмата са **общите заболявания 90.2%**. Това са заболявания, от които са боледували **самите работещи**. Малък е относителният дял на случаите и дните с временна неработоспособност вследствие **други причини** (придружаване и гледане на болен) 9.8% (Фигура 11).

През годината има:

- ✓ 5 болнични листа, 3 случая, 3 лица, продължителност 61 дни вследствие злополука трудова по чл.55. ал. 1.

2. Основни показатели, характеризиращи временната неработоспособност

2.1. Честота на лицата с ВН

✓ Всички работещи

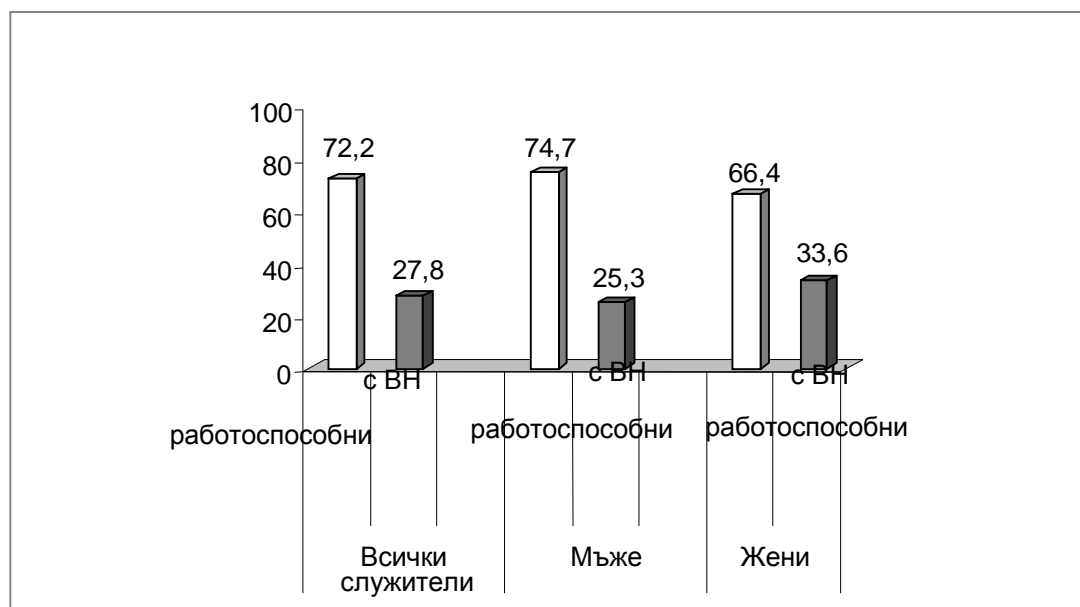
Във временна неработоспособност през 2009 г. са 393 лица. Тяхната честота е (27.8 на 100 р.). Това означава, че през разглежданата година почти една трета от работещите са били временно неработоспособни.

✓ Пол

Честотата на лицата с ВН сред жените е по-висока (33.6 на 100 р.) в сравнение с мъжете (25.3 на 100 р.) (Фигура 12).

Както за всички работещи, така също отделно за мъжете и жените преобладават лицата, които са били работоспособни, т.е. не са били във временна неработоспособност, което е положителен факт.

Фиг. 12: Честота на работещите с ВН по пол (на 100 р.)



✓ Възраст

Сред работещите по възрастови групи най-висока е честотата на лицата с ВН от 25 - 35 г. (34.1 на 100 р.). За работещите в останалите възрастови групи честотата на работещите е над (20.0 на 100 р.), т.е. една пета от работещите са били неработоспособни през годината. Може да се направи извода, че не само възрастта е определящият фактор за загубата на работоспособност, а значение имат и редица други психо-социални фактори. (Табл. 3)

✓ **Общ трудов стаж**

Интерес представлява факта, че с увеличаване продължителността на общия трудов стаж честотата на лицата с ВН е по-ниска. С общ стаж до 5 г. показателят е (41.4 на 100 р.); от 5 - 10 г. е (34.1 на 100 р.) и над 10 г. (26.9 на 100 р.).

✓ **Специален трудов стаж**

По отношение честотата на лицата с ВН според продължителността на специалния трудов стаж показателят варира, но също така по-малко са работещите с ВН, които са с фирмен стаж над 10 г. (26.8%), след тях са тези с продължителност от 3 до 10 г. (35.7%), а с най-много са случаите с ВН на лице със стаж до 3 години (36.4 %).

✓ **Професионални групи**

Освен факторите (пол, възраст, трудов стаж) професията също има значение за работоспособността на работещите.

По отношение на професионалната група случаите на ВН са приблизително с еднаква честота сред четирите изследвани групи: сред администрацията (28.4%); сред техническата поддръжка (25.6%); товаро-разтоварна дейност (27.7%); и други (30.6%).

Във всички професионални групи превес имат лицата, които не са били във ВН през годината, т.е. работоспособните, което е положителен факт. И за трите професионални групи честотата на работещите с ВН е почти една трета от състава, но с най-висока стойност е показателят за групата „Други“.

2.2. Честотата на случаите с ВН

✓ **Всички работещи**

Това е един от най-съществените показатели, който характеризира временната неработоспособност. За всички работещи показателят е (47.1 на 100 р.). Сравнен с приетия за ориентировъчен се оценява като **нисък**. Това означава, че работещите през годината не са били често в отпуск по болест. На едно лице се падат по 1.7 случая.

✓ **Пол**

Трябва да се подчертае, че както за всички работещи така за мъжете и жените показателите са **ниски**. За жените показателят е с по-висока стойност (64.4%) в сравнение с този за мъжете (39.6%) . На един мъж с ВН се падат по 1.6 случая, докато за една жена те са 1.9 случая.

✓ **Възраст**

За работещите от всички възрастови групи честотата на случаите с ВН са **ниски**. Това означава, че работещите през годината не са били често във ВН.

✓ **Общ трудов стаж**

Честотата на случаите с общ трудов стаж намалява с увеличаване на продължителността му, но и те са в границите на ниските:

- до 5 г. – (62.1 на 100 р.);
- от 5-10 г. – (56.9 на 100 р.);
- над 10 г. – (45.8 на 100 р.).

✓ **Специален трудов стаж**

Честотата на случаите с ВН за работещите с различна продължителност на специалния трудов стаж показва, че показателите са **ниски**, но най-малка е стойността на показателя за работещите във фирмата над 10 г. (45.9%), а най-голяма при работещите със специален трудов стаж от 3 до 10 г. (57.9%). Не може да се твърди, че продължителността на специалния трудов стаж има съществено значение за честотата на случаите с ВН.

✓ **Професионални групи**

За работещите от всички професионални групи показателите за честота на случаите също така варират, но са в границите на **ниските**: за 100 р. администрация – 50.3; техническа поддръжка - 38.4; товаро-разтоварна дейност - 46.2; други - 57.3.

2.3. Честота на дните с ВН

✓ **Всички работещи**

През 2009 г. показателят за тежест на временната неработоспособност е (770.3 на 100 р.), който сравнен с ориентировъчните се оценява като **нисък**. Това означава, че работещите не са били много продължително в отпуск по болест.

Интерес представлява този показател разгледан за различни групи работещи по:

✓ **Пол**

Мъжете не са били много продължително във временна неработоспособност (614.1 на 100 р.). За жените показателят е **висок** (1 126.2 на 100 р.). Те са били продължително в отпуск по болест.

✓ **Възраст**

Показателят за тежест на ВН варира. Показателите за честота на дните с ВН са **средни** за работещите от възрастовите групи:

- от 25 - 35 г. – (930.5 на 100 р.);
- над 55 г. – (904.2 на 100 р.).

За работещите от другите възрастови групи показателите са ниски. Така „младите” и „по-възрастните” са били по-продължително в отпуск по болест.

От тези данни не може да се направи категоричен извод, че възрастта е съществен фактор за продължителността на неработоспособността. По-скоро значение имат видът и характерът на заболяванията-причини за ВН.

✓ **Общ трудов стаж**

Този показател е **много висок** за работещите с продължителност на общия трудов стаж от 5-10 г. (1 291.9 на 100 р.) . За работещите с малък общ трудов стаж до 5 г. (428.8 на 100 р.) и продължителен над 10 г. (726.4 на 100 р.) показателите са **ниски**.

✓ **Специален трудов стаж**

Относно показателите за тежест на ВН на работещите според продължителността на специалния трудов стаж се установява същото. **Много висока** е тежестта на ВН за работещите със стаж от 3 - 10 г. (1 213.6 на 100 р.), докато за останалите групи показателите са ниски: (259.1 на 100 р.) със стаж до 3 години, (730.1) - за работещи със стаж над 10 години.

✓ **Професионални групи**

За работещите от професионалните групи „Техническа поддръжка” и „Товаро-разтоварна дейност” показателите за тежест на ВН са **ниски**. За тези от групата „Други” показателят е **много висок (1 324 на 100 р.)**, а за „Администрация” е **среден (840.3 на 100 р.)**.

2.4. Средна продължителност на един случай с ВН

През 2009 г. този показател е 16.3 дни и е по-висок от приетия ориентировъчен за **средно ниво** 10.8 дни.

Заслужава да се отбележи още по-високата средна продължителност на един случай с ВН при:

- ✓ жените – 17.5 дни;
- ✓ лицата над 55 г. – 20.4 дни;
- ✓ с общ трудов стаж от 5 - 10 г. – 22.7 дни;
- ✓ със специален трудов стаж от 3 - 10 г. – 21.0 дни;
- ✓ „Други” – 23.1 дни.

2.5. Средна продължителност на едно лице с ВН

За всички работещи с ВН този показател е 27.7 дни. По-високи са стойностите на показателя за работещите:

- ✓ жени – 33.6 дни;
- ✓ от 45 - 55 г. – 29.8 дни;
- ✓ над 55 г. – 35.0 дни;
- ✓ с общ трудов стаж от 5 - 10 г. – 37.8 дни;
- ✓ със специален трудов стаж от 3 - 10 г. – 34.0 дни;
- ✓ „Администрация” – 29.5 дни;
- ✓ „Други” – 43.3 дни.

Като се изключат посочените групи работещи на всички останали средната продължителност на едно лице с ВН е с продължителност до 1 месец (30 дни), което е в компетентностите и прерогативите на личните лекари свързани с експертизата на работоспособността.

От всички представени данни не може да се твърди, че неблагоприятните показатели за ВН могат да се свържат определено с разгледаните фактори като пол, възраст, трудов стаж и професионалните групи.

През 2009 г. има:

- ✓ 165 случая с продължителност на ВН до 3 дни (24.7% от всички случаи с ВН);
- ✓ 20 лица с повече от 3 случая ВН (5.1% от всички лица с ВН);
- ✓ 87 лица с повече от 30 календарни дни ВН (22.1% от всички лица с ВН).

3. Заболявания–причини за временна неработоспособност

На табл.18 са представени заболяванията - причини за ВН обозначени с код (от 1 до 27 общо заболяване и други причини).

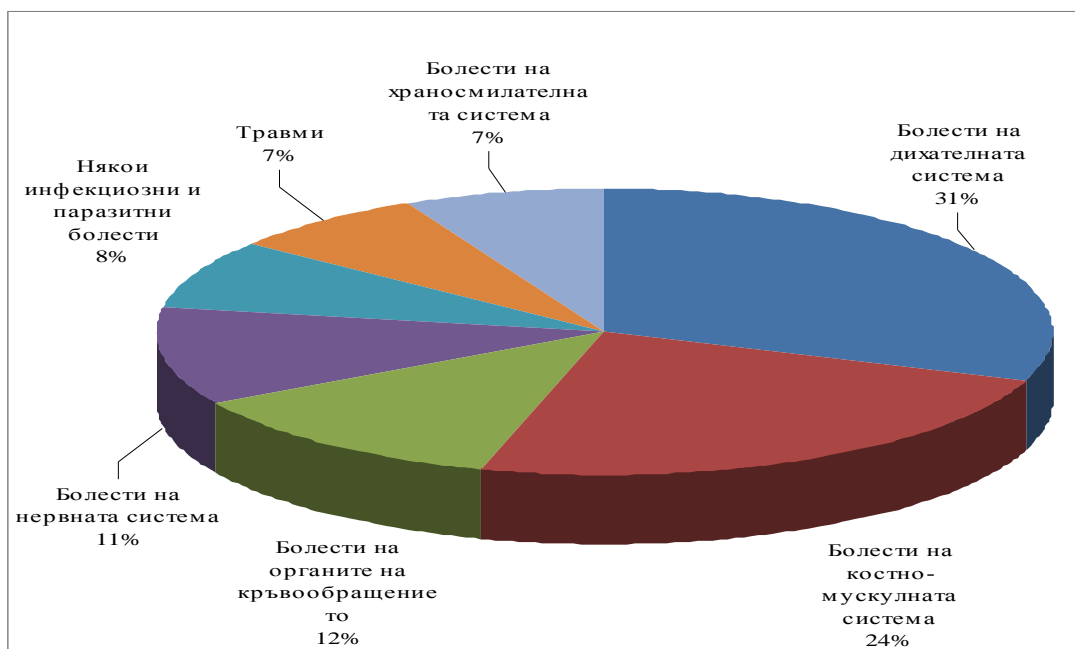
Табл.18: Структурата на случаите и дните по заболявания

Случаи с ВН	%	Дни с ВН	%
Болести на дихателната система	32.3	Болести на органите на кръвообръщението	20.5
Болести на костно-мускулната система	11.3	Болести на дихателната система	11.8
Болести на органите на кръвообращението	11.0	Травми	10.4
Някои инфекциозни и паразитни болести	7.4	Новообразувания	9.9
Болести на храносмилателната система	7.1	Болести на храносмилателната система	9.1
Травми	6.8	Болести на костно-мускулната система	8.9

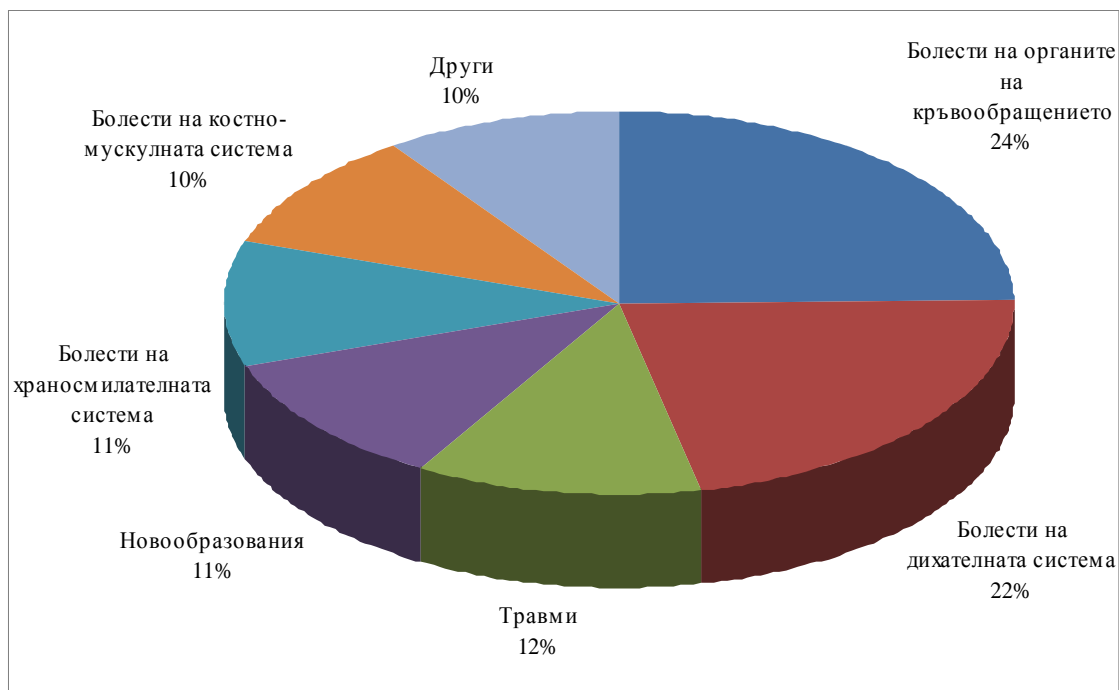
Шест групи заболявания обуславят 76.2% от всички случаи с временна неработоспособност на работещите.

Трябва да се подчертае, че според стойностите на относителния дял едни заболявания имат по голямо значение за случаите, а други за дните с временна неработоспособност. (Фигура 13 и Фигура 14).

Фиг. 13: Структура на случаите по заболявания-причини за ВН (%) (код 1-13)



Фиг. 14: Структура на дните по заболявания-причини за ВН (%) (код 1-13)



Болезни на дихателната система

През 2009 г. са регистрирани всичко 215 случая на ВН с продължителност 1 285 дни. От тях ВН вследствие общи заболявания са 184 случая с 1 149 дни. Средната продължителност на един случай с ВН е 6.2 дни. Тази група заболявания най-често е

причина за загуба на работоспособност, но те не са с голяма тежест на неработоспособност.

Най-чести са следните диагнози на заболявания:

- ✓ Остър тонзилит, ларингит, синусит;
- ✓ Остри инфекции на горните дихателни пътища;
- ✓ Грип;
- ✓ Остър бронхит;
- ✓ Пневмонии;
- ✓ Хроничен бронхит;
- ✓ Плеврален излив;
- ✓ Бронхиална астма.

Тези заболявания са от съществено значение, тъй като работещите извършват своята дейност на открито при условия на променлив микроклимат (t° . влажност).

Болести на органите на кръвообращението

Това са чести заболявания като причина за неработоспособност, но обуславят висока тежест на ВН. Средната продължителност на един случай с ВН е 32.4 дни. Диагнозите, обусловили продължителна загуба на работоспособност са много и редица от тях много сериозни:

- ✓ Есенциална хипертония;
- ✓ Хипертонична болест на сърцето;
- ✓ Ритъмни нарушения;
- ✓ Мозъчен инфаркт;
- ✓ Последици от мозъчно-съдова болест;
- ✓ Остър инфаркт на миокарда;
- ✓ Болести на вените.

Болести на костно-мускулната система

Заболяванията от тази група могат да се свържат както с условията на микроклимата в работните помещения и на открито, така също и с физическото натоварване. Средната продължителност на един случай с ВН е 13.1 дни. По-чести диагнози на заболявания са:

- ✓ Увреждания на междупрешленните дискове;
- ✓ Артрозни заболявания;
- ✓ Заболявания на съединителната тъкан;
- ✓ Увреждания на мускулите.

Травми

От тази група най-съществени са:

- ✓ Травмите (нараняванията) с различна локализация (глава, китка, длан, подбедрица). Това са счупвания, навяхвания, контузии.

От тази група има 3 случая с продължителност на ВН 61 дни вследствие злополука-трудова по чл.55. ал.1 поради Травма на гърдния кош, Открита рана на подбедрицата, Травма на мускулите и сухожилията на подбедрицата.

Новообразувания

Тази група заболявания обуславя не толкова честа, но продължителна загуба на работоспособност. Средната продължителност на един случай с ВН е 75.7 дни. По-чести са следните диагнози, като причини за ВН:

- ✓ Злокачествени новообразувания с различна локализация;
- ✓ Доброкачествени новообразувания;
- ✓ Множествен миелом.

Болести на храносмилателната система

Като общи заболявания от тази група са 43 случая с ВН с продължителност 977 дни. Средната продължителност на един случай с ВН е 22.7 дни. Най-честите диагнози са:

- ✓ Гастрит, дуоденит;
- ✓ Ингвинална херния;
- ✓ Язва на дванадесетопръстника;
- ✓ Болести на черния дроб.

Други заболявания

Временната неработоспособност на работещите е обусловена и от много други заболявания, които не са толкова чести, но са сериозни по своя характер и протичане. Това са:

- ✓ Остър хепатит;
- ✓ Хроничен вирусен хепатит;
- ✓ Тиреотоксикоза;
- ✓ Захарен диабет;
- ✓ Болести на кожата – псориазис;
- ✓ Психични, поведенчески разстройства;
- ✓ Болести на нервната система;

- ✓ Болести на пикочо-половата система;
- ✓ Проблеми, свързани с бременност, раждане.

4. Често и дълго боледуващи лица с временна неработоспособност (ЧДБЛ)

От съществено значение е да се знае колко от всички лица, които са неработоспособни, са често и дълго боледуващи (общи заболявания код 1-13).

През 2009 г. ЧДБЛ са 90 лица. 217 случая с продължителност 7 370 дни отпуск по болест.

Основни показатели на ЧДБЛ с ВН:

- ✓ Честота на лицата с ВН - 4.9 на 100 р.;
- ✓ Честота на случаите с ВН - 12.0 на 100 р.;
- ✓ Честота на дните с ВН - 423.0 на 100 р.;
- ✓ Средна продължителност на 1 ЧДБЛ с ВН - 86.5 дни.

Заболяванията, които са причина за временната неработоспособност са:

- ✓ Болести на органите на кръвообръщението;
- ✓ Болести на костно-мускулната система;
- ✓ Болести на дихателната система;
- ✓ Травми (трудови и битови злополуки);
- ✓ Новообразувания;
- ✓ Болести на храносмилателната система;
- ✓ Болести на пикочо-половата система;
- ✓ Психични и поведенчески разстройства.

5. Временна неработоспособност на работещите по професионални групи

За всяка от професионалните групи, на следващите таблици са представени най-честите заболявания, които са причини за временната неработоспособност (взети са предвид случаите и дните вследствие общи заболявания (код 1-13), т.е. тези от които са боледували самите работещи). (Таблицы 19, 20, 21, 22)

Табл. 19: Структура на дните по заболявания-причини за ВН (%) (код 1-13) за професионална група “Администрация”

Честота на случаите на 100 р. – 39.2	Честота на дните с ВН на 100 р. – 806.2
Болести на дихателната система – 14.9	Новообразувания – 132.2
Болести на органите на кръвообращението – 3.5	Болести на пикочо-половата система – 107.2

Болести на пикочо-половата система – 3.5	Болести на органите на кръвообращението – 92.8
Някои инфекциозни и паразитни болести – 3.1	Болести на дихателната система – 78.8

За работещите от тази професионална група заслужава да се отбележат заболяванията на дихателната система, болестите на органите на кръвообращението, болестите на пикочо-половата система и новообразуванията като причини за временна неработоспособност.

Табл. 20: Структура на дните по заболявания-причини за ВН (%) (код 1-13) за професионална група “Техническа поддръжка”

Честота на случаите на 100 р. – 37.0	Честота на дните на 100 р. – 575.8
Травми – 13.6	Травми – 140.4
Болести на костно-мускулната система – 11.5	Болести на храносмилателната система – 68.0
Болести на дихателната система – 7.4	Болести на костно-мускулната система – 66.3

За работещите от тази професионална група заслужава да се отбележат няколко заболявания, които обуславят продължителна загуба на работоспособност. Това са Травмите, Болести на костно-мускулната, храносмилателната и дихателната системи.

Табл. 21: Структура на дните по заболявания-причини за ВН (%) (код 1-13) за професионална група “Товаро-разтоварна дейност”

Честота на случаите на 100 р. – 45.8	Честота на дните на 100 р. – 642.4
Болести на дихателната система – 14.7	Болести на органите на кръвообращението – 132.3
Болести на костно-мускулната система – 7.2	Болести на костно-мускулната система – 113.9
Болести на храносмилателната система – 4.6	Болести на дихателната система – 107.2
Болести на органите на кръвообращението – 16.3	Болести на храносмилателната система – 103.4
Травми – 4.0	Травми – 73.3

За тази професионална група отбелязваме, че има три случая с ВН на три лица с продължителност 61 календарни дни вследствие злополука-трудова поради:

- ✓ Открита рана на подбедрицата;

- ✓ Повърхностна рана на подбедрицата;
- ✓ Травма на мускулите и сухожилията на ниво подбедрица.

Табл. 22: Структура на дните по заболявания-причини за ВН (%) (код 1-13) за професионална група “Други”

Честота на случаите на 100 р. – 52.2	Честота на дните на 100 р. – 1 215.9
Болести на дихателната система – 12.7	Болести на органите на кръвообръщението – 488.5
Болести на органите на кръвообращението – 11.5	Травми – 179.0
Болести на костно-мускулната система – 3.8	Болести на дихателната система – 90.0
Травми – 3.2	Новообразувания – 76.4
	Болести на храносмилателната система – 47.1

За тази професионална група отбелязваме като съществена причина за временна неработоспособност болестите на органите на кръвообращението, на дихателната система, на костно-мускулната система, травмите и новообразуванията.

На базата на честотата на случаите, дните и средната продължителност на един случай са ранжирани отделните професионални групи по всички причини (код 1-27) и общи заболявания (код 1-13). (Таблица 23 и Таблица 24).

Табл. 23: Временна неработоспособност на работещите по професионални групи

Професионални групи	Всички причини (код 1-27)		
	Честота на случаи с ВН	Честота на дни с ВН	Средна продължителност на 1 случай с ВН
1. Други	57.3	1 324.2	23.1
2. Администрация	50.3	840.3	16.7
3. Товаро-разтоварна дейност	46.2	644.2	13.9
4. Техническа поддръжка	38.4	584.5	15.2

Табл. 24: Временна неработоспособност на работещите по професионални групи

Професионални групи	Общи заболявания (код 1-13)		
	Честота на случаи с ВН	Честота на дни с ВН	Средна продължителност на 1 случай с ВН
1. Други	52.0	1 215.9	23.2
2. Администрация	39.2	672.8	17.1
3. Товаро-разтоварна дейност	45.8	642.4	14.0
4. Техническа поддръжка	37.0	575.8	15.5

6. Сравнителна оценка на здравното състояние на работещите въз основа на заболяемостта с ВН за 2008 г. и 2009 г..

Здравното състояние на работещите се оценява само въз основа на заболяванията на самите тях, които са обусловили временната неработоспособност, за която имат значение факторите на работната среда. (Таблица 25).

Табл. 25: Заболеваемост с ВН за 2008 г. и 2009 г.

Показатели	Година	Случаи с ВН	Дни с ВН	Честота на случаи с ВН	Честота на дни с ВН	Средна продължителност на 1 случай с ВН
Временна неработоспособност – общо (всички причини) код 1-27	2008 г.	976	13 078	68.2	913.3	13.0
	2009 г.	666	10 889	47.1	770.6	16.3
Заболеваемост с ВН вследствие заболявания на работещите (Общо заболяване. злополуки) (код 1-13)	2008 г.	885	11 876	61.8	829.3	13.4
	2009 г.	601	9 918	42.5	701.9	16.5
ВН вследствие заболявания на други причини (Бременност. раждане. гледане на болен) код 14-27	2008 г.	91	1 202	6.3	83.9	13.2
	2009 г.	65	971	4.6	68.7	14.9

За 2009 г.:

✓ Временната неработоспособност вследствие всички причини (общи заболявания и други с код 1-27) се характеризира с **ниски честота на случаите и честота на дните с ВН**. Средната продължителност на един случай с ВН е **висока**.

✓ Временната неработоспособност на самите работещи вследствие общи заболявания с код (1-13) се характеризира с ниски честота на случаите и тежест. Това означава, че работещите не са били често във ВН, но също и не продължително. Средната продължителност на един случай с ВН е висока.

От направеното сравнение определено трябва да се подчертае, че през 2009 г. основните показатели са по-ниски в сравнение с тези през 2008 г.. По-малко са работещите и по-кратка е продължителността на ВН.

Това, което трябва да се има предвид е, че средната продължителност на един случай с ВН е завишена през 2009 г. спрямо 2008 г., което означава, че заболяванията причини за ВН са по-сериозни и периода за тяхното възстановяване е по-дълъг.

7. Заключение

Направеният анализ на заболеваемостта с ВН дава основание здравното състояние на работещите във фирмата да се оцени като **незадоволително**. Въпреки че основните показатели са **добри**, средната продължителност на един случай с ВН е висока. По-същественото е, че има случаи с ВН вследствие трудови злополуки.

IV. Изводи от профилактичните прегледи

От характеристиката на служителите

1. Според представения списък в организацията работят 1 413 лица.
2. Основен дял сред служителите са мъжете (69.4 на 100 р.) и този на жените е (30.6 на 100 р.).
3. Почти наполовина от работещите са тези на възраст до 45 г. (46.7 %) и над 45 г. са (53.3 %). Относителният дял на лицата над 55 г. е (18.5 %).
4. Преобладават служителите с общ трудов стаж над 10 г. (87.0 %) и тези с фирмен стаж над 10 г. (86.6 %). Работещите със стаж до 3 г. във фирмата са (3.0 %).

От прегледите

1. Профилактични прегледи са направени на по-малко от половината служители (44.7 на 100 р.). Това не е висок обхват.

2. Осъществен е пакет от профилактични прегледи и изследвания, които съответстват на изискванията на нормативната уредба, характера на извършвания труд в организацията и

състава на служителите по няколко основни признака (пол, възраст, трудов стаж, професионални групи).

3. В резултат на проведените прегледи се установи една висока обремененост на служителите със здравни проблеми (72.1 на 100 прегледани). **„Клинично здравите”** са (27.9 на 100 прегледани). Тази обремененост със здравни проблеми е почти еднаква за мъжете (70.9 на 100 прегледани) и жените (76.7 на 100 прегледани).

4. Показателят **„Моментна болестност”** вследствие всички регистрирани заболявания, включително рефракционните нарушения, е (140.3 на 100 прегледани).

5. Не може да се твърди, че установените здравни проблеми са единствено свързани и са резултат от конкретните условия на труд и специфичните фактори на работния процес. Това се потвърждава от данните за установените заболявания на служителите по професионални групи.

6. Не трябва да се пренебрегват специфичните фактори на труд като променливи метеорологични условия, физическо натоварване и болести на дихателната, нервна и опорно-двигателна системи. Обръщаме внимание и на честите ендокринни заболявания и тези на храносмилателната система, за които факторите „стрес” и „напрежение” също имат значение.

V. Изводи от анализа на ВН

От така направения задълбочен анализ на временната неработоспособност на работещите в дружеството могат да се направят следните по-съществени изводи:

От характеристиката на работещите

1. Според списъчния състав броят на работещите е 1413. Основен дял сред тях имат: мъжете, превес имат лицата над 45 г. и тези с общ и специален трудов стаж над 10 год. (т.е. дългогодишните).
2. Дейността на работещите в дружеството според характера и условията на труд се реализира в четири професионални групи. С най-голям относителен дял са работещите от професионалната група **„Товаро-разтоварна дейност” (35.6%)** и **„Администрация” (32.3%)**. В останалите професионални групи съставът на работещите е малък.
3. Трудовата дейност се осъществява при условия, за които са характерни следните по-съществени фактори на работната среда:
 - Нервно-психично напрежение;
 - Нервно-сензорно напрежение (работа с видодисплей 4 или повече от 4 ч. дневно);

- Променлив микроклимат;
- Физическо натоварване, прах;

От временната неработоспособност

1. Основният дял (90.2%) от случаите с ВН са вследствие здравни проблеми на самите работещи (общо заболяване). Само (9.8%) са вследствие други причини (раждане, придружаване и гледане на болен), които не са свързани със здравното състояние на работещите.
2. През 2009 г. временната неработоспособност на работещите вследствие всички причини се характеризира с **ниски** честота на случаите и честота на дните. Висока е средната продължителност на един случай с ВН.
3. Временната неработоспособност на работещите вследствие общи заболявания се характеризира с ниски честота на случаите и честота на дните, но също средната продължителност на един случай с ВН е висока. Това означава, че малко лица са били неработоспособни, но заболяванията са сериозни по своя характер и продължителността на един случай е голяма.
4. Най-често случаите и загубените дни с ВН на работещите са вследствие следните групи заболявания:
 - Болести на дихателната система
 - Болести на органите на кръвообръщението
5. През 2009 г. има 3 лица, 3 случая с продължителност 61 календарни дни, на които временната неработоспособност е вследствие трудови злополуки, поради травми.
6. Сред работещите с ВН заслужава да се отбележат тези, които са често и дълго боледуващи. През 2009 г. това са 90 лица с продължителност на отпуск по болест - 7370 дни и това е вследствие:
 - Новообразувания
 - Травми
 - Болести на дихателната система
7. В анализа е представена заболеваемостта с ВН вследствие общи заболявания на работещите по професионални групи. Заболяванията, които причиняват загуба на работоспособност в основни линии са същите, които бяха посочени за целия колектив. Болестите на дихателната и костно-мускулната системи са заболявания, за които трябва да се има предвид, че влияние имат микроклимата, физическото натоварване. По съществено е, че сред работещите „товаро-

разтоварна дейност” има случаи с ВН вследствие злополука трудова по чл.55. ал.1.

8. От данните за заболяемостта с ВН не може да са направи категоричен извод, че единствено факторите на работната среда. характерни за отделните професионални групи са определящи за заболяванията – причини за загубата на работоспособност. Значение имат както биологични, така и редица психо-социални фактори, които не са свързани с трудовия процес.
9. Направеното сравнение на основните показатели за ВН показва, че през 2009 г. те са с по-ниски стойности в сравнение с тези през 2008 г. и остават в границите на ниските, т.е. добрите.

4.1.3 Резултати от проучването на здравното състояние на фирма за дистрибутиране на товари – 2

I. Характеристика на работещите

За оценка на здравното състояние от значение са някои основни техни характеристики, а това са: пол, възраст, професионални групи. По данни, предоставени от Направление "Човешки ресурси" в дружеството, броят на работещите е 116 лица. (Таблица 26).

Табл. 26: Характеристика на работещите за 2009 г.

Признаци	Брой	%
1.Брой работещи (списъчен състав)	116	100,0
2.Пол		
мъже	86	74,1
жени	30	25,9
3.Възrastови групи		
до 25 год.	0	0,0
25 - 35 год.	21	18,1
35 - 45 год.	25	21,6
45 - 55 год.	32	27,6
над 55 год.	38	32,8
4.Професионални групи		
4.1.Административен мениджмънт	13	11,2
4.2.Техническа поддръжка	21	18,1
4.3.Товаро-разтоварна дейност	52	44,8
4.4. Други	30	25,9

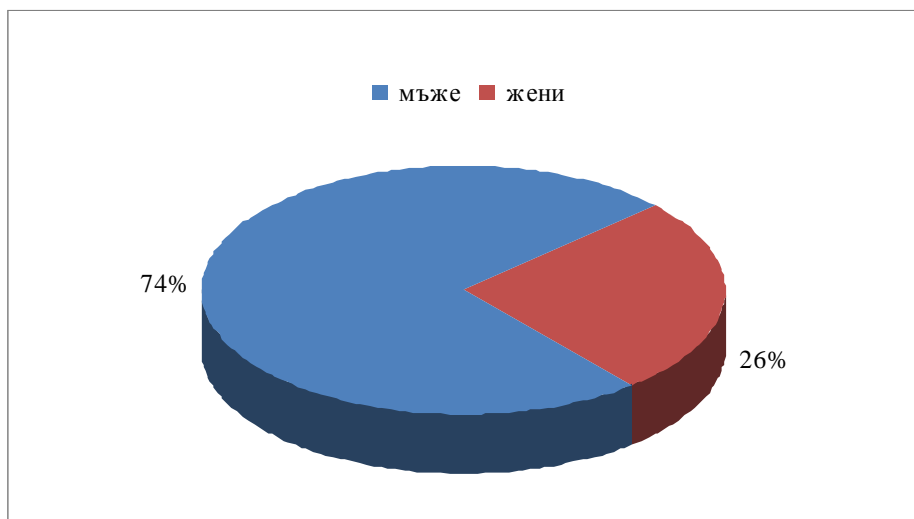
Характеристиката на работещите по някои основни признаци, които са от значение за оценката на здравното им състояние е съответно:

1. Пол

Известно е, че полът е фактор, който има значение за здравното състояние на всяко лице. Има специфични здравни проблеми, характерни за жените и други за мъжете.

Основният дял сред работещите са мъжете (74.1 %), докато жените са (25.9 %), почти една трета. Тази структура по пол е в съответствие със същността и характера на извършваната дейност. (Фигура 15).

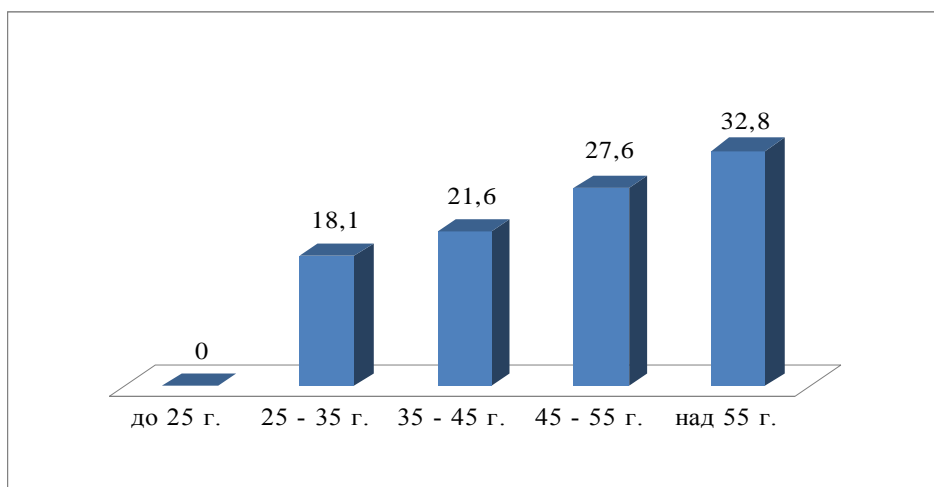
Фиг. 15: Структура на работещите по пол (%)



2. Възраст

Това е другият много съществен биологичен фактор, който се свързва със здравето. С увеличаване на възрастта нараства и обременеността на всяко лице със здравни проблеми. Заслужава да се отбележи, че (39.6 %) от работещите са до 45 годишна възраст, която според класификацията на СЗО се отнася към групата “млади”, а над 45 г. са (60.4 %). По-възрастните, над 55 години, за които е характерно да имат повече заболявания и хронични по своя характер са (32.8 %). (Фигура 16).

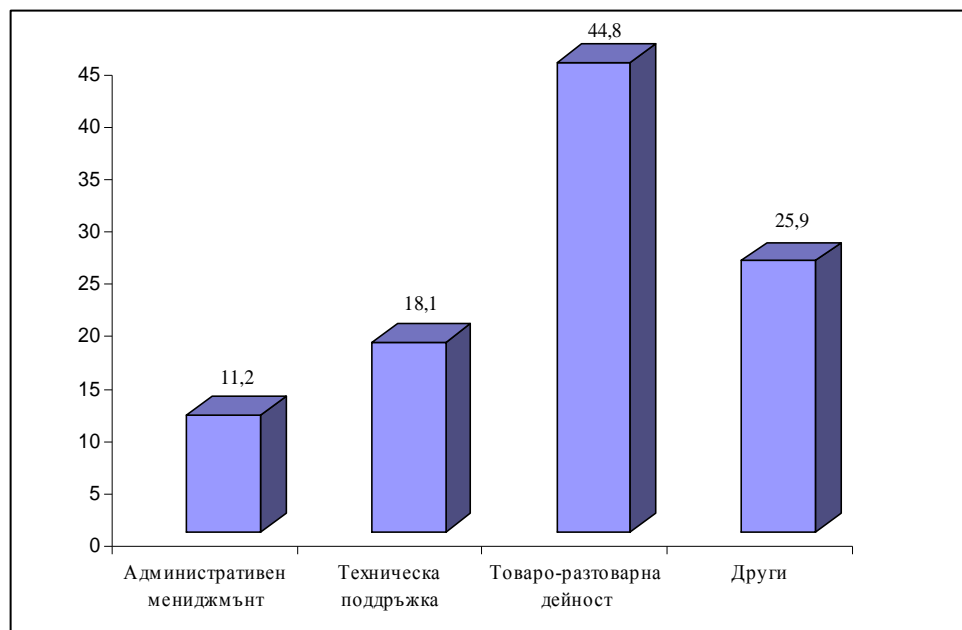
Фиг. 16: Структура на работещите по възрастови групи (%)



3. Професионални групи

С цел да се разкрие доколко факторите на трудовата среда имат значение за здравето на работещите е представена тяхната структура по професионални групи. (Фигура 17).

Фиг. 17: Структура на работещите по професионални групи (%)



На база на заетите длъжности са оформени четири професионални групи. От данните, с които се разполага, работещите с най-голям относителен дял (44.8%) са от групата “Товаро-разтоварна дейност”.

4. Специфични фактори на работната среда

В този анализ отбелязваме само най-съществените фактори, с които е свързан работния процес на работещите във фирмата. Това са :

- Нервно-психично напрежение и отговорности;
- Нервно-сензорно напрежение при работа с видеодисплей повече от 4 часа дневно;
- Работа при променливи климатични условия (на открито);
- Работа с товари;
- Работа на височина.

Оценката на посочените фактори се дава в направения анализ от експертите по здравословни и безопасни условия на труд.

II. Оценка на здравето състояние въз основа на резултатите от профилактичните прегледи

1. Организация и провеждане на профилактичните прегледи

Съгласно Наредба № 3 на МЗ от 28.02.1987 г за задължителните, предварителни и периодични медицински прегледи на работещите и след преценка на лекар-експерт по трудова медицина, са определени вида и обема от дейности при профилактиката.

През 2009 г. на служителите са проведени профилактични прегледи от следните специалисти:

- Терапевт;
- Невролог;
- Офталмолог;
- Оториноларинголог.

На служителите са проведени следните изследвания:

- Електрокардиографско изследване;
- Изследване на урина.

2. Обхват на работещите с профилактични прегледи

Една от съществените предпоставки за обективна оценка на здравното състояние е обхватът на работещите с профилактични прегледи. Добър обхват е този, при който са прегледани (75.0%) от списъчния състав.

Обхватът на работещите с профилактични прегледи е оценен в два аспекта:

- по отделни специалисти;
- общо за всички работещи.

2.1. Обхват на работещите с профилактични прегледи по специалисти

Трябва да се отбележи като положителен факт, че обхватът на работещите с профилактични прегледи е **висок** - при всички специалисти. (Таблица 27).

Табл. 27: Обхват на работещите с профилактични прегледи през 2009

г. по специалисти

	Подлежащи на профилактични прегледи	Прегледани лица на 100 р.			
	бр.	Терапевт	Офталмолог	Невролог	УНГ
Всички работещи	116	96.6	95.7	96.6	95.7

- Електрокардиографско изследване – (96.6 на 100 прегледани.)
- Изследване на урина - (93.9 на 100 прегледани)

2.2. Обхват на работещите с профилактични прегледи - общо за цялата организация

Трябва да се отбележи, че обхватът на служителите с профилактични прегледи е **висок**. През 2009 г. в дружеството са обхванати с профилактични прегледи (96.6 на 100 р.) от подлежащите, което е много добър показател.

Този висок обхват е характерен не само за всички работещи, но и за отделните групи сред тях по: пол, възраст, професионални групи.

Такъв висок обхват с профилактични прегледи е предпоставка за една обективна оценка на здравното им състояние.

Всяко лице трябва да има прегледи от всичките специалисти, които са посочени. Поради различни причини (обективни и субективни) някои от служителите са прегледани само от отделни специалисти.

3. Резултати от проведените профилактични прегледи

Резултатите от профилактичните прегледи относно здравното състояние на работещите са представени в два аспекта:

- по отделни специалисти;
- общо за цялата организация.

3.1. Здравно състояние на работещите.

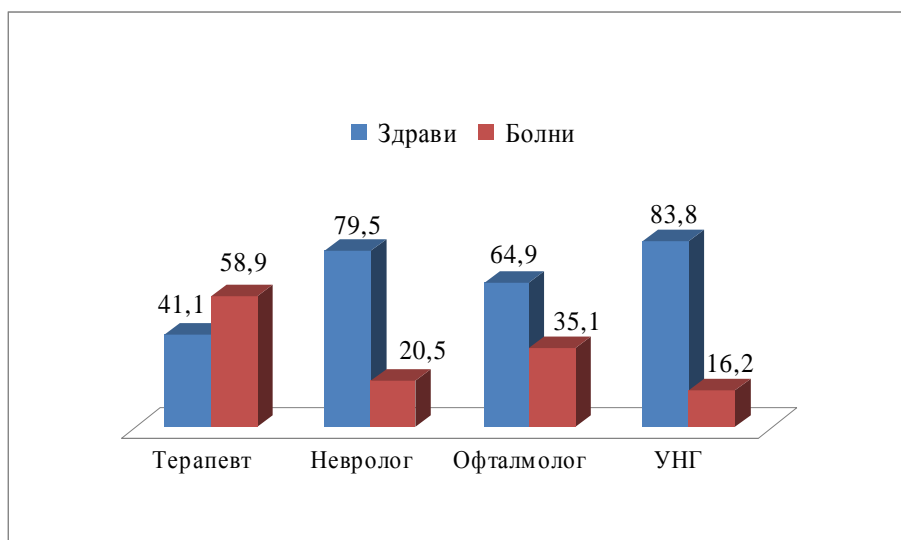
Представено е по специалисти на Таблица 28 и Фигура 18:

Табл. 28: Здравно състояние на работещите по отделни специалисти (%)

	Терапевт	Невролог	Офталмолог	Оториноларинголог
Здрави	41.1	79.5	64.9	83.8
Болни	58.9	20.5	35.1	16.2

От електрокардиографското изследване е установено, че при 15.2 на 100 от прегледаните са установени отклонения, като при мъжете те са (18.1 на 100 прегледани), докато при жените са (6.9 на 100 прегледани).

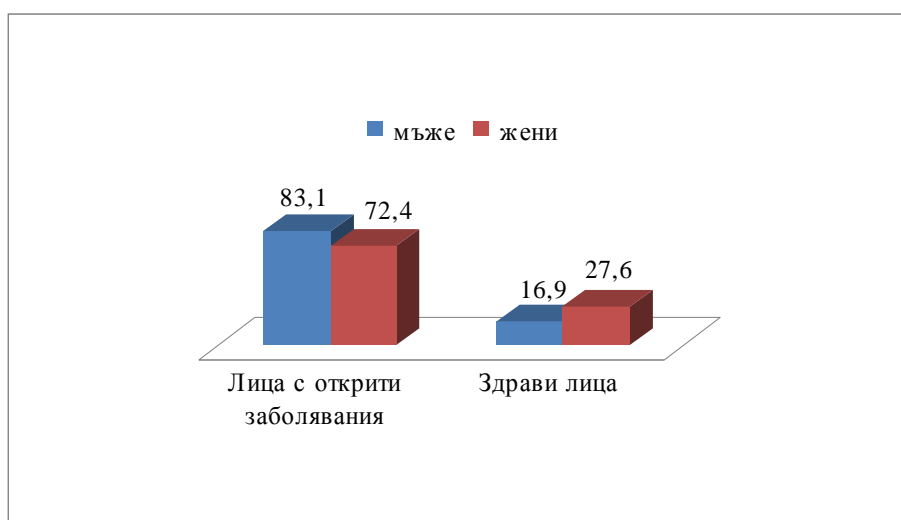
Фиг. 18: Структура на регистрираните случаи по специалисти



3.2. Здравно състояние на работещите – обща оценка

Установи се, че на по-голяма част от прегледаните (**80.4 на 100 прегледани**) в резултат на профилактичните прегледи са регистрирани здравни проблеми. “Клинично здравите” са (18.6 на 100 прегледани). Тази висока обремененост със заболявания е при мъжете (**83.1** на 100 прегледани), като при жените е (72.4 на 100 прегледани). Това означава, че почти на всяко прегледано лице са установени здравни проблеми. (Фигура 19).

Фиг. 19: Структура на регистрираните случаи по пол (%)



Заслужава да се отбележат и останалите групи сред работещите, за които показателите за честота на лицата със здравни проблеми са високи. Работещите над 25 годишна възраст. С увеличаване на възрастта се увеличават лицата със здравни проблеми. Над 55 г. са прегледани 35 лица и на всички са установени здравни проблеми. (Таблица 29).

Табл. 29: Здравно състояние на работещите за 2009 г.

Показатели	Обхванати с профилактични прегледи	Лица с открити заболявания		Здрави лица	
	Брой	Брой	на 100 р.	Брой	на 100 р.
1. Всичко работещи	112	90	80.4	22	19.6
2. Пол					
мъже	83	69	83.1	14	16.9
жени	29	21	72.4	8	27.6
3. Възрастови групи					
до 25 г.	0	0	0.0	0	0.0
25 - 35 г.	21	12	57.1	9	42.9
35 - 45 г.	24	16	66.7	8	33.3
45 - 55 г.	32	27	84.4	5	15.6
над 55 г.	35	35	100.0	0	0.0
4. Професионални групи					
4.1. Административен мениджмънт	13	8	61.5	5	38.5
4.2. Техническа поддръжка	21	20	95.2	1	4.8
4.3. Товаро-разтоварна дейност	50	40	80.0	10	20.0
4.4. Други	28	22	78.6	6	21.4
ОБЩО:	112	90	80.4	22	19.6

От данните за заболяемостта на работещите по професионални групи става ясно, че на повече от половината от прегледаните във всички професионални групи са установени здравни проблеми. (Фигура 20). Подчертаваме, че обременеността със здравни проблеми е много висока за работещите от:

- Техническа поддръжка;
- Товаро-разтоварна дейност;
- Други.

4. Заболявания, регистрирани при профилактичните прегледи

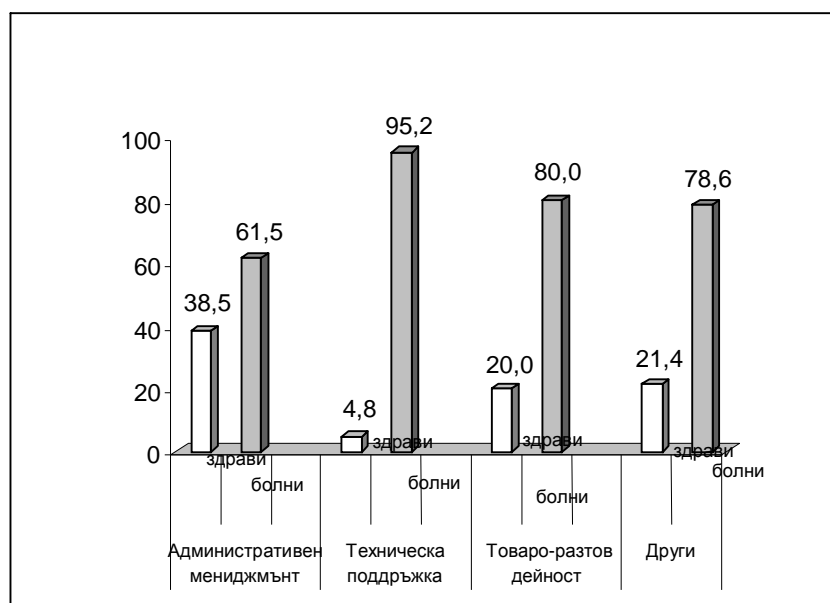
4.1. Общо – всички заболявания

В резултат на проведените прегледи са регистрирани 162 случая на заболявания. Показателят “Моментна болестност” е (144.6 на 100 прегледани), т.е. висок, което означава, че на всяко прегледано лице се пада по повече от едно заболяване.

Определена е структурата и честотата на отделните групи заболявания, които са регистрирани при профилактичните прегледи (Фигура 21).

Установи се, че (93.9 %) от всички регистрирани случаи се отнасят до няколко групи заболявания.

Фиг. 20: Здравно състояние на работещите по професионални групи (на 100 р.)



Фиг. 21: Структура на заболяванията, регистрирани при профилактичните прегледи



Болести на органите на кръвообръщението

Заслужава да се отбележи, че това са чести заболявания за населението в нашата страна, независимо в какви условия се осъществява трудовата дейност. Техният относителен дял е (34.6 %) от всички регистрирани заболявания. Сред заболяванията най-много са случаите с :

- Есенциална хипертония;
- Хипертонична болест на сърцето;
- Стенокардия;
- Други сърдечни аритмии;
- Мозъчен инфаркт.

Болести на окото и придатъците му

От всички регистрирани здравни проблеми (23.5 %) са тези на зрителния орган. От всички установени здравни проблеми на зрителния орган най-много са **“Нарушенията на рефракцията и акомодацията”**.

Известно е, че при своевременно и адекватно коригиране тези нарушения не възпрепятстват осъществяването на трудовата дейност. Посочените здравни проблеми са от съществено значение за работещите с видеодисплей повече от 4 часа дневно. Регистриран е един случай с **“Разстройства на зрението”** – заболяване, което изисква системно лечение и наблюдение.

Болести на нервната система

Относителният дял на тези заболявания е (14.2 %) от всички регистрирани заболявания. Най-много са случаите с:

- Мигрена;
- Увреждания на троичния нерв;
- Увреждане на нервните коренчета и плексуси;
- Полиневропатии;
- Мозъчносъдови синдроми при цереброваскуларни болести.

Болести на ухото и мастоидния израстък

Относителният дял на тези заболявания е (11.1 %). На всяко шесто лице (16.1) от прегледаните е установен здравен проблем. Регистрирани са следните диагнози на заболявания:

- Болести на външното ухо;

- Болести на тъпанчето;
- Други болести.

Болести на ендокринната система

Заслужава да се отбележат заболяванията от тази група. Те съставляват (10.5 %) от всички регистрирани. От тази група има няколко случая, на които е установено:

- Неинсулинозависим захарен диабет;
- Болести на щитовидната жлеза;
- Затлъстяване.

Други заболявания

Макар и не с голям относителен дял, заслужава да се отбележат и някои други заболявания, които изискват осъществяване на системно наблюдение и съответно лечение.

Това са случаите с:

- Болести на храносмилателната система;
- Болести на костно-мускулната система;
- Болести на пикочо-половата система.

4.2. Заболявания на работещите по професионални групи

Направен е анализ и на заболеваемостта на работещите по професионални групи. За всяка професионална група са дадени заболяванията с най – високи стойности на показателя “Моментна болестност” (Таблица 30):

Табл. 30: “Моментна болестност” по професионални групи

	Админ. мениджмънт	Техническа поддръжка	Товаро- разтоварна дейност	Други
Заболявания	Моментна болестност			
Общо	92.3	181.0	132.0	164.3
Болести на окото и придатъците му	38.5	47.6	28.0	32.1
Болести на органите на кръвообращението	15.4	71.4	52.0	46.4
Болести на нервната система	23.1	23.8	12.0	32.1
Болести на ендокринната система	7.7	9.5	12.0	28.6

Болести на ухото и придатъците му	-	19.0	22.0	10.7
-----------------------------------	---	------	------	------

Трябва да се подчертае, че за посочените професионални групи са характерни едни и същи заболявания, но тяхната честота се различава съществено. От така представените данни най-обременени със здравни проблеми са работещите от “Техническа поддръжка“ и “Други”. И за двете професионални групи най-чести са болестите на органите на кръвообращението.

5. Сравнителна оценка на здравното състояние на работещите през 2008 г. и 2009 г.

Направено е сравняване на показателите за “Моментна болестност” на работещите от профилактичните прегледи през посочените две години. Това сравнение позволява да се очертаят какви промени настъпват общо и по отделни групи заболявания, които са характерни за работещите във фирмите (Таблица 31).

Табл. 31: Сравнителна оценка на показателите за “Моментна болестност” за 2008 г. и 2009 г.

	Моментна болестност (на 100 р.)		
	2008г.	2009г.	Изменение
Общо	132.9	144.6	Увеличение
Болести на органите на кръвообращението	43.8	50.0	Увеличение
Болести на окото и придатъците му	43.8	33.9	Намаление
Болести на ендокринната система	4.1	15.2	Увеличение
Болести на нервната система	13.7	20.5	Увеличение
Болести на ухото и мастоидния израстък	20.5	16.1	Намаление
Болести на костно-мускулната система	1.4	0.9	Несъществена промяна
Болести на пикочо-половата система	2.7	5.4	Увеличение

От направеното сравнение се установява увеличаване на показателя “**Моментна болестност**” – общо и по някои от посочените нозологични единици през 2009 г. спрямо 2008 г.:

- Болести на органите на кръвообращението;
- Болести на нервната система;
- Болести на ендокринната система.

Отбелязва се влошаване на здравето състояние на работещите.

II. Анализ на временната неработоспособност

През разглежданата година са предадени 96 болнични листа за временна неработоспособност, от които първични – 77 (80.2 %) и продължения – 19 (19.8 %).

1. Причини за временна неработоспособност

1.1. На работещите от представения списък

Основна причина за временна неработоспособност на работещите от фирмата са **общите заболявания (92.2 %)**. Това са заболявания, от които са боледували работещите. Първичните болнични листа вследствие на други причини (гледане на болен, бременност, майчинство) са (14.3 %).

През разглежданата година са издадени 10 болнични листа за временна неработоспособност с продължителност 242 календарни дни, вследствие злополука – трудова по чл. 55. ал. 1.

В анализа са интерпретирани показателите, които характеризират временната неработоспособност на работещите от представения списък.

2. Основни показатели, характеризиращи временната неработоспособност

На базата на предоставените данни за лица, случаи и дни са определени основните показатели, които характеризират временната неработоспособност на работещите в дружеството през 2009 г..

2.1. Честота на лицата с ВН

✓ Всички работещи

Във временна неработоспособност през 2009 г. са 40 лица. Тяхната честота е (42.1 на 100 р.). Това означава, че през разглежданата година повече от една трета от работещите са били временно неработоспособни.

✓ Пол

Честотата на лицата с ВН сред мъжете е (46.3 на 100 р.), а на жените (32.1 на 100 р.).

✓ **Възраст**

Сред работещите по възрастови групи най-висока е честотата на лицата с ВН от 25 - 35 г. – (64.7 на 100 р.). С увеличаване на възрастта показателят намалява. Заслужава да се отбележи, че противно на очакваното този показател е най-нисък за лицата над 55 г. (26.1 на 100 р.) в сравнение с работещите от предходните възрастови групи. Може да се направи извода, че не само възрастта е определящият фактор за загубата на работоспособност. Значение имат и редица други психо-социални фактори.

✓ **Общ трудов стаж**

Интерес представлява факта, че с увеличаване продължителността на общия трудов стаж честотата на лицата с ВН е по-ниска. Честотата на работещите с ВН със стаж до 5 г. е (58.3 на 100 р.), а на тези със стаж над 10 г. (37.3 на 100 р.).

✓ **Специален трудов стаж**

По отношение на лицата с ВН според продължителността на специалния трудов стаж показателят варира. От представените данни не могат да се правят определени изводи относно значението на работата при конкретните трудови условия във фирмата за временната неработоспособност. Най-малка е честотата на лицата с ВН с над 10 г. трудов стаж във фирмата (28.0%), следват лицата с трудов стаж до 3 години (45.5%) и най-голяма е честотата на работещи със стаж от 3 до 10 години (53.3%).

✓ **Професионални групи**

Освен факторите (пол, възраст, трудов стаж) професията също има значение за работоспособността на работещите.

Във всички професионални групи превес имат лицата, които не са били във ВН през годината, което е положителен факт. Изключение са работещите от групата “Други”, от която във ВН са били (50.0 %) от състава.

2.2. Честотата на случаите с ВН

✓ **Всички работещи**

Това е един от най-съществените показатели, който характеризира временната неработоспособност. За всички работещи показателят е (81.1 на 100 р.), който сравнен с приетия за ориентировъчен се оценява като **среден**. Това означава, че работещите през годината не са били много често в отпуск по болест.

✓ **Пол**

През 2009 г. както за всички работещи (81.1 на 100 р.), така също за мъжете показателите са **средни (83.6 на 100 раб)**. За жените честотата на случаите е **ниска (75.0 на 100р.)**.

✓ **Възраст**

Заслужава да се отбележи, че честотата на случаите за лицата от 25 - 35 г. (141.2 на 100 р.) се оценява като **много висока**. Това означава, че “младите” са били често в отпуск по болест. За работещите от 35 - 45 г. показателят е (85.7 на 100 р.) – оценява се като **среден**. За лицата над 55 г. (43.5 на 100 р.) е **нисък**. Това означава, че възрастните са били по-малко често във ВН в сравнение с тези до 45 г.. От това следва, че възрастта в случая не е определящ фактор за честотата на случаите с ВН.

✓ **Общ трудов стаж**

Честотата на случаите с общ трудов стаж също така намалява с увеличаване на продължителността му. С най-висока стойност е показателят за лицата с общ трудов стаж от 5 - 10 г. (175.0 на 100 р.), който се оценява като **много висок**. За лицата със стаж до 5 г. (116.7 на 100 р.) е **висок**, а за тези над 10 г. е (65.3 на 100 р.) - **нисък**.

✓ **Специален трудов стаж**

Честотата на случаите с ВН за работещите с увеличаване продължителността на специалния трудов стаж също показва намаление. С кратък стаж до 3 г. той е (89.1 на 100 р.) – **среден**, за тези от 3 - 10 г. е **висок** (106.7 на 100 р.) и над 10 г. – **много нисък** (48.0 на 100 р.).

Не може да се направи определен извод за значението на продължителността на специалния трудов стаж за честотата на случаите с ВН.

✓ **Професионални групи**

За работещите в професионални групи „Административен мениджмънт” и „Технически персонал” честотата на случаите е **ниска (съответно 45.5 и 57.1 на 100 р.)**, докато за тези от групите „Товаро-разтоварна дейност” (90.7 на 100 р.) и „Други” (93.8 на 100 р.) този показател се оценява като **среден**.

Така определените показатели за някои от професионалните групи са изчислени за лица и случаи под 30. Те имат информативна стойност за дадената група, а не в сравнителен порядък с другите професионални групи.

2.3. Честота на дните с ВН

✓ **Всички работещи**

През 2009 г. показателят за тежест на временната неработоспособност е изчислен на (1 277.9 на 100 р.), който сравнен с ориентировъчните се оценява като **много висок**. Това означава, че работещите са били продължително в отпуск по болест.

Интерес представлява този показател разгледан за различни групи работещи по:

✓ **Пол**

Мъжете са били продължително в отпуск по болест (1 046.3 на 100 р.), докато жените много по-продължително са били във временна неработоспособност (1 832.1 на 100 р.). Общо за двата пола отсъствията по болест са били (1 277.9 дни на 100 р.).

✓ **Възраст**

Показателят за тежест на ВН намалява с увеличаване на възрастта на работещите.

- За работещите от възрастовите групи 25 - 35 г. (2 005.9 на 100 р.) и 45 -55 г. (1 451.9 на 100 р.) показателите за честота на дните са **много високи**;
- За възрастовата група 35 - 45 г. (1 142.9 на 100 р.) – показателят е **висок**;
- За лицата над 55 г. (700.0 на 100 р.) - показателят е **нисък**.

✓ **Общ трудов стаж**

Този показател е **много висок** за работещите с продължителност на общия трудов стаж:

- До 5 г. – (2191.7 на 100 р.);
- 5 - 10 г. – (3700.0 на 100 р.).

Над 10 г. показателят за честота на дните с ВН е **среден** – (873.3 на 100 р.).

✓ **Специален трудов стаж**

Показателите за тежест на ВН на работещите според продължителността на специалния трудов стаж показва, че с неговото увеличаване, тежестта на ВН също нараства. Най-висока стойност има показателят за работещите със стаж от 3 - 10 г. (2 273.3 на 100 р.), който също е **много висок**. За работещите със стаж над 10 г. показателят е **висок** (1212.0 на 100 р.). Заслужава да се отбележи, че независимо от продължителността на специалния трудов стаж, показателите за честота на дните са високи.

✓ **Професионални групи**

Показателите за тежест на ВН варират в различни граници за отделните професионални групи: за административен мениджмънт - 218.2 дни на 100 р.; за техническа поддръжка - 800.0 дни на 100 р.; за товаро-разтоварна дейност 1 359.3 дни на 100 р.; други - 2 150 дни на 100 р.. Работещите от професионалните групи “Товаро-разтоварна” и „Други” са били много продължително в отпуск по болест.

2.4. Средна продължителност на един случай с ВН

През 2009 г. този показател е 15.8 дни и е по-висок от приетия ориентировъчен за **средно ниво** 10.8 дни.

Заслужава да се отбележи по-високата средна продължителност на един случай с ВН при:

- ✓ жени – 24.4 дни;
- ✓ работещи от 45 - 55 г. – 20.6 дни;

- ✓ с общ трудов стаж до 5 г. – 18.8 дни;
- ✓ с общ трудов стаж от 5 - 10 г. – 21.1 дни;
- ✓ със специален трудов стаж от 3 - 10 г. – 21.3 дни;
- ✓ със специален трудов стаж над 10 г. – 25.3 дни;
- ✓ професионална група “Други” – 22.9 дни.

От тези данни следва, че продължителността на един случай е висока, докато честотата на случаите не е висока. Това означава, че работещите не са често във ВН, но тежестта на всеки отделен случай е висока, което се дължи на сериозни заболявания.

2.5. Средна продължителност на едно лице с ВН

За всички работещи с ВН този показател е 30.4 дни. По-високи са стойностите на показателя за лицата:

- ✓ жени – 57.0 дни;
- ✓ от 45-55 г. – 35.6 дни;
- ✓ с общ трудов стаж от 5 - 10 г. – 59.2 дни;
- ✓ със специален трудов стаж от 3 - 10 г. – 42.6 дни;
- ✓ със специален трудов стаж над 10 г. – 43.3 дни;
- ✓ професионална група „Други” – 43.0 дни.

През 2009 г. има:

- ✓ 26 случая с продължителност на ВН до 3 дни;
- ✓ 2 лица с повече от 3 случая с ВН;
- ✓ 9 лица с повече от 30 календарни дни.

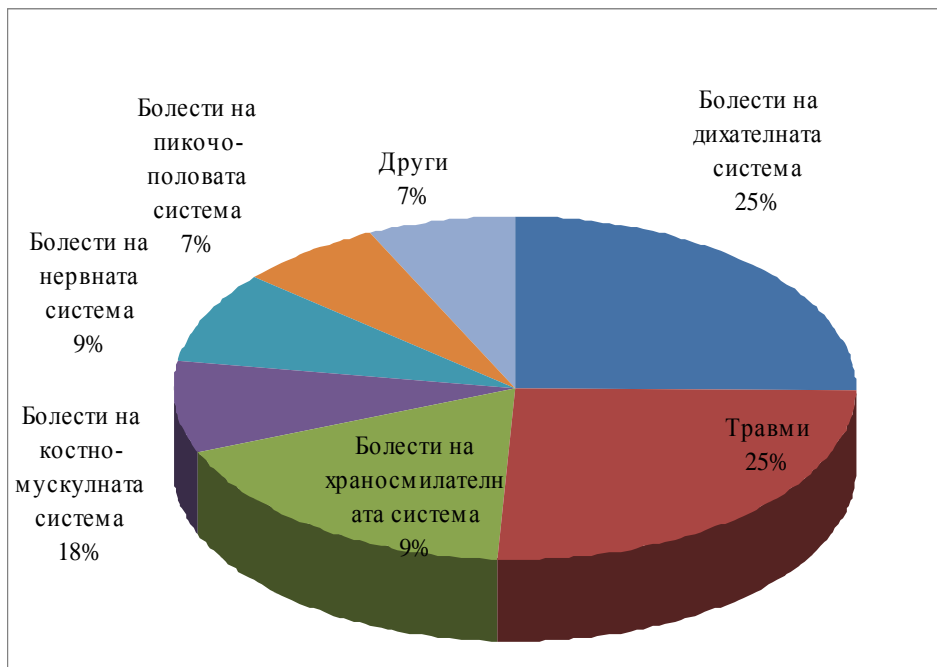
3. Заболявания - причини за временна неработоспособност

Таб. 32: Структура на случаите и дните с Вн по заболявания (%) (код 1 - 27)

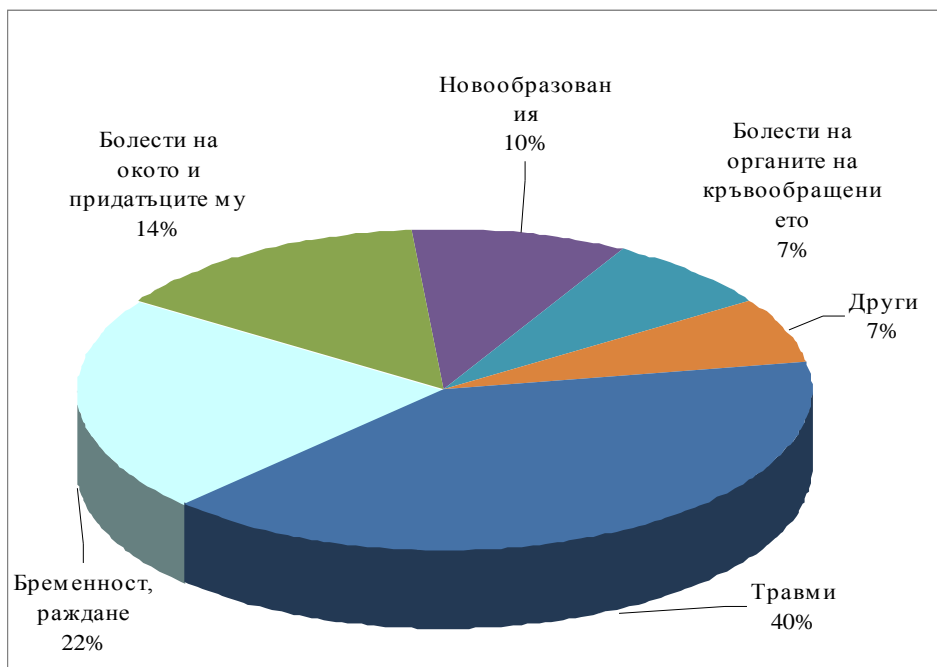
Случаи с ВН	%	Дни с ВН	%
Болести на дихателната с-ма	23.4	Травми	31.3
Травми	16.9	Бременност, раждане	17.9
Болести на нервната система	7.8	Фактори, вкляещи в/у здр. състояние на населението	15.2
Болести на костно-мускулната с-ма	7.8	Болести на окото и придатъците му	7.4

Най-честите диагнози, които са обусловили честотата на случаите и дните с ВН са изброени по-долу. (Фигура 22 и Фигура 23).

Фиг. 22: Структура на случаите с ВН по заболявания-причини (%) (код 1 – 13)



Фиг. 23: Структура на дните с ВН по заболявания-причини (%) (код 1 – 13)



На фигурите са представени структурата на случаите и дните с ВН вследствие общи заболявания (код 1 - 13), тези, от които са боледували самите работещи. Шест групи заболявания обуславят (74.7 %) от всички случаи с временна неработоспособност на работещите.

Болести на дихателната система

Тази група заболявания най-често е причина за загуба на работоспособност, но те не са с голяма тежест. Средната продължителност на един случай с ВН е 3.3 дни. Най-чести са следните диагнози на заболявания:

- ✓ Остър синусит, тонзилит;
- ✓ Остри инфекции на горните дихателни пътища;
- ✓ Остър бронхит;
- ✓ Грип.

Тези заболявания са от съществено значение, тъй като работещите извършват своята дейност на открито при условия на променлив микроклимат (t° , влажност).

Травми

Това са заболявания, които са водеща причина за временната неработоспособност. Средната продължителност на един случай с ВН е 29.2 дни. За тази продължителна загуба на работоспособност отбелязваме следните диагнози:

- ✓ Повърхностна травма на главата;
- ✓ Счупване на костите на крайниците;
- ✓ Изкълчвания и навяхвания;
- ✓ Чуждо тяло във външното око.

От тази група отбелязваме, че през годината има 2 случая, 2 лица с продължителност на ВН 242 дни, вследствие трудови злополуки:

- ✓ Травматична ампутация на китката и дланта;
- ✓ Счупване на костите на подбедрицата.

Болести на пикочо-половата система

От тази група заболяванията са причина за по-честа загуба на работоспособност, но не с голяма продължителност. Отбелязваме следните диагнози:

- ✓ Остър тубулоинтерстициален нефрит;
- ✓ Камък в бъбрека и уретера;
- ✓ Хронична бъбречна недостатъчност.

Болести на костно-мускулната система

Заболяванията от тази група могат да се свържат както с условията на микроклимата в работните помещения и на открито, така също и с известно физическо натоварване. От тази група заболявания най-чести са:

- ✓ Увреждания на междупрешленните дискове;
- ✓ Гонартроза.

Болести на нервната система

Също така за заболяванията на тази система имат значение факторите, свързани с променливите температурни условия – работа на открито. От тази група отбелязваме следните диагнози:

- ✓ Увреждания на троичния нерв;
- ✓ Увреждания на нервните коренчета и плексуси;
- ✓ Преходни церебрални исхемични пристъпи;
- ✓ Разстройства на вегетативната нервна система.

Новообразувания

Като съществена причина за загуба на работоспособност през годината трябва да се има предвид и следната диагноза:

- ✓ Лейомиом на матката.

Болести на органите на кръвообращението

Диагнозите, обусловили загуба на работоспособност, които заслужава да бъдат отбелязани са:

- ✓ Есенциална хипертония;
- ✓ Хипертонична болест на сърцето;
- ✓ Мозъчен инфаркт.

Болести на окото и придатъците му

Касае се за заболявания, които са причина за продължителна загуба на работоспособност. Това са:

- ✓ Старческа катаракта;
- ✓ Други видове катаракта.

4. Често и дълго боледувачи лица с временна неработоспособност (ЧДБЛ)

От съществено значение е да се знае за всички лица, които са неработоспособни, колко често и дълго са боледуващи.

През 2009 г. ЧДБЛ са 11 лица, 26 случая с продължителност 665 дни отпуск по болест.

Основни показатели на ЧДБЛ с ВН:

- ✓ Честота на лицата с ВН – 11.6 на 100 р.;
- ✓ Честота на случаите с ВН – 26.3 на 100 р.;
- ✓ Честота на дните с ВН – 700.0 на 100 р.;
- ✓ Средна продължителност на 1 ЧДБЛ с ВН – 60.5 дни.

Така една малка част от работещите обуславят продължителна загуба на работоспособност вследствие на:

- ✓ Травми;
- ✓ Новообразувания;
- ✓ Болести на нервната система;
- ✓ Бременност, раждане.

5. Временна неработоспособност на работещите по професионални групи

За всяка от професионалните групи са дадени най-честите общи заболявания (код 1-13), които са причини за временната неработоспособност на работещите.

Табл. 33: Структура на дните по заболявания-причини за ВН (%) (код 1-13) за професионална група “Администрация”

Честота на случаите на 100 р. – 45.5	Честота на дните с ВН на 100 р. - 218.2
Болести на храносмилателната система – 27.3	Болести на храносмилателната система – 127.3
Болести на дихателната система – 9.1	Болести на пикочо-половата система – 63.6
Болести на пикочо-половата система - 9.1	Болести на дихателната система – 27.3

За работещите от тази професионална група заслужава да се отбележат заболяванията на пикочо-половата и храносмилателната системи като причини за временна неработоспособност.

Табл. 34: Структура на дните по заболявания-причини за ВН (%) (код 1-13) за професионална група “Техническа поддръжка”

Честота на случаите на 100 р. – 57.1	Честота на дните на 100 р. – 800.0
Болести на костно-мускулната система – 21.4	Болести на окото и придатъците му – 428.6
Болести на окото и придатъците му – 14.3	Болести на органите на кръвообращението – 135.7
Болести на органите на кръвообращението – 7.1	Болести на костно-мускулната система – 121.4
Болести на пикочо-половата система – 7.1	Болести на пикочо-половата система – 78.6

За работещите от тази професионална група отбелязваме няколко заболявания, които обуславят продължителна загуба на работоспособност. Това са:

- **Болести на костно-мускулната система** - Увреждания на междупрешленните дискове;
- **Болести на органите на кръвообращението** - Сърдечна недостатъчност.

Табл. 35: Структура на дните по заболявания-причини за ВН (%) (код 1-13) за професионална група “Товаро-разтоварна дейност”

Честота на случаите на 100 р. – 85.2	Честота на дните на 100 р. – 1 113.0
Болести на дихателната система – 24.1	Травми – 638.9
Травми – 20.4	Бременност, раждане – 163.0
Болести на нервната система - 11.1	Болести на дихателната система – 75.9
	Болести на нервната система -59.3
	Болести на окото и придатъците му – 55.6

За честотата на случаите и дните с ВН са характерни заболяванията на дихателната система и болестите на костно-мускулната система. Съществена причина за ВН са травмите, и най-същественото е, че през годината сред работещите от тази професионална група има два случая с травми – вследствие от трудови злополуки по чл. 55. ал. 1 от КСО:

Табл. 36: Структура на дните по заболявания-причини за ВН (%) (код 1-13) за професионална група “Други”

Честота на случаите на 100 р. – 75.0	Честота на дните на 100 р. – 1 306.3
Болести на дихателната система – 18.8	Новообразувания – 431.3
Болести на органите на кръвообращението – 12.5	Бременност, раждане – 281.3
Травми – 12.5	Болести на органите на кръвообращението – 282.5
	Травми – 218.9

За тази професионална група отбелязваме като съществена причина за временна неработоспособност вследствие Болестите на дихателната система, Болестите на органите на кръвообращението и на Костно-мускулната система, Новообразуванията, Травмите.

Въз основа на показателите за честота на случаите и дните са ранжирани професионалните групи:

Табл. 37: Временна неработоспособност на работещите по професионални групи

Професионални групи	Честота на случаите с ВН	Честота на дните с ВН
Други	75.0	1 306.3
Товаро-разтоварна дейност	85.2	1 113.0
Техническа поддръжка	57.1	800.0
Административен мениджмънт	45.5	218.2

От тези данни следва, че най-неблагоприятни са показателите за ВН на професионалните групи “Други” и “Товаро-разтоварна дейност”, в която има случаи на ВН вследствие трудови злополуки.

6. Оценка здравното състояние на работещите въз основа на заболеваемостта с ВН

Здравното състояние на работещите се оценява само въз основа на заболяванията на самите тях, които са обусловили временната неработоспособност, за която имат значение факторите на работната среда.

Представени на Таблица 38 са основните показатели, които характеризират временната неработоспособност в следните аспекти:

Табл. 38: Заболеваемост с ВН

Показатели	Случаи с ВН	Дни с ВН	Честота на случаи с ВН	Честота на дни с ВН	Средна продължителност на 1 случай с ВН
Временна неработоспособност-общо (всички причини) (код 1 – 27)	77	1 214	81.1	1 277.9	15.8
Временна неработоспособност-(общи заболявания) (код 1 – 13)	71	946	74.7	995.8	13.3

✓ Временната неработоспособност вследствие всички причини (общи заболявания и други с код 1-27) се характеризира със **средна** честота на случаите, **висока** честота на дните и **висока** средна продължителност на един случай с ВН.

Трябва да се има предвид, че всички причини за ВН са вследствие общи заболявания.

✓ Временната неработоспособност вследствие общи заболявания (код 1-13) се характеризира с **ниска** честота на случаите, **средна** честота на дните и **висока** средна продължителност на един случай.

7. Заболеваемост с трайна неработоспособност

Представено е едно експертно решение на ТЕЛК от 2008 г. за преосвидетелстване на мъж, на 43 г. който работи като управител на склад. Определена е трайна загуба на работоспособност 30.0% вследствие общо заболяване поради последици от мозъчно-съдова болест.

8. Сравнителна оценка на заболеваемостта с ВН

Табл. 39: Заболеваемост с ВН за 2007 г., 2008 г. и 2009 г.

Показатели	Честота на случаите с ВН (на 100 р.)			Честота на дните с ВН (на 100 р.)			Средна продължителност на 1 случай с ВН		
	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
ВН общо всички причини (код 1-27)	49.4	58.6	81.1	596.2	1 103.0	1 277.9	12.1	18.8	15.8

ВН вследствие общи заболявания на работещите (код 1-13)	59.4	58.6	74.4	592.4	1 103.0	995.8	9.9	18.8	13.3
---	------	------	------	-------	---------	-------	-----	------	------

От така представените данни се установява:

1. Временна неработоспособност вследствие всички причини (код 1-27):

✓ Увеличаване на **честотата на случаите** с ВН през 2009 г. спрямо предходните години, но те остават в границите на **ниските**. Работещите не са били често във временна неработоспособност.

✓ Увеличаване **честотата на дните** (тежестта на ВН). От нисък през 2007 г. (596.2 на 100 р.) показателят през 2008 г. е **висок** (1103.0 на 100 р.) и през 2009 г. (1277.9 на 100 р.) – **много висок**. Това означава, че работещите са били продължително във ВН.

✓ Увеличаване на **средната продължителност на един случай** с ВН. От (12.1 дни) през 2007 г., този показател за 2009 г. е (15.8 дни), но е по-нисък спрямо този през 2008 г. (18.8 дни).

2. Временна неработоспособност вследствие общи заболявания (код 1-13):

✓ Увеличаване на **честотата на случаите** с ВН през 2009 г. спрямо предходните години;

✓ Намаление на тежестта на ВН през 2009 г. спрямо 2008 г., но е по-висока спрямо 2007 г.;

✓ Намаляване на **средната продължителност на един случай** с ВН през 2009 г. спрямо 2008 г., но тя е по-висока от тази през 2007 г..

Друго съществено е, че през 2009 г. в професионална група “Товаро-разтоварна дейност” има 2 случая с ВН вследствие трудови злополуки.

Това означава, че заболяванията - причини за ВН са сериозни по своя характер и протичане. Това са случаите вследствие:

- Травми;
- Новообразувания;
- Болести на нервната и костно-мускулната системи.

9. Заключение

Направеният задълбочен анализ на заболеваемостта с ВН дава основание здравното състояние на работещите в дружеството да се оцени като **незадоволително**, поради това, че

тежестта и средната продължителност на един случай са **високи** и затова, че през годината има случаи с ВН вследствие трудови злополуки.

IV. Изводи от профилактичните прегледи

Въз основа на данните от характеристиката на работещите, резултатите от проведените профилактични прегледи могат да се направят следните изводи относно тяхното здравно състояние:

От характеристиката на служителите

1. Според представения списък в организацията работят 116 лица.
2. Основен дял сред работещите са мъжете (74.1 на 100 р.) и този на жените е (25.9 на 100 р.).
3. По-висок е относителният дял на работещите на възраст над 45 г. (60.4 %).
Относителният дял на лицата само над 55 г. е (32.8 %).
4. Във фирмата с най-голям относителен дял са товаро-разтоварните работници (44.8 %) и на второ място **“Други”** (25.9 %). Дългогодишните служители със стаж над 10 г. във фирмата са (36.9 %).

От профилактичните прегледи

1. Положително е, че профилактичните прегледи са направени на почти всички работещи (96.6 на 100 р.). Това е предпоставка за една обективна оценка на здравното състояние.
2. Осъществен е пакет от профилактични прегледи и изследвания, които съответстват на изискванията на нормативната уредба, характера на извършвания труд в организацията и състава на служителите по няколко основни признака (пол, възраст, професионални групи).
3. В резултат на проведените прегледи се установи една висока обремененост на работещите със здравни проблеми (80.4 на 100 р.). **„Клинично здравите”** са (19.6 на 100 р.). Тази обремененост със здравни проблеми до голяма степен се дължи не само на **“Нарушенията на рефракцията и акомодацията на зрителния орган”**, но и на заболявания на други органи и системи.
4. Показателят **„Моментна болестност”** вследствие всички регистрирани заболявания включително рефракционните нарушения е (144.6 на 100 р.). Показателят вследствие заболявания на други органи и системи е (89.2 на 100 р.). Това означава, че не само проблемите на зрителния орган, но също така и други заболявания са установени в резултат на профилактичните прегледи и това са:

- Болести на органите на кръвообръщението – (50.0 на 100р.);
 - Болестите на нервната система – (20.5 на 100 р.);
 - Болести на ендокринната система – (15.2 на 100 р.);
 - Болести на ухото и мастоидния израстък – (16.1 на 100 р.).
5. Не може да се твърди, че установените здравни проблеми са свързани и са резултат от конкретните условия на труд и специфичните фактори на работния процес. Това се потвърждава от данните за установените заболявания на работещите по професионални групи. Трябва да се подчертае, че с най-неблагоприятни показатели за **“Моментна болестност”** са работещите от:
- Техническа поддръжка;
 - Други;
 - Товаро-разтоварна дейност.
6. От направената сравнителна оценка на показателите за **“Моментна болестност”** се установява влошаване на здравно състояние на работещите през 2009 г. спрямо 2008 г. и това е вследствие на болести на органите на кръвообращението, болести на нервната система и болести на ендокринната систем. Не може да се твърди, че тези здравни проблеми могат да се свържат единствено с характера и спецификата на трудовата дейност. С подходящо лечение и системно наблюдение на установените заболявания, работещите могат да изпълняват трудовата си дейност.

V. Изводи от анализа на ВН

От така направения задълбочен анализ на временната неработоспособност на работещите в дружеството за 2009 г. могат да се направят следните по-съществени изводи:

От характеристиката на работещите

1. Според списъчния състав броят на работещите е 95. Основен дял сред тях имат мъжете, превес имат лицата над 45 г. (52.6 %) и тези с общ трудов стаж над 10 год. (78.9 %) (т.е. дългогодишните). Повече от половината са работещите със специален трудов стаж до 3 г. (57.9 %). Най-голям е относителният дял на работниците, заети с товаро-разтоварна дейност (56.8 %).
2. Трудовата дейност се осъществява при условия. за които са характерни следните по-съществени фактори на работната среда:
 - Нервно-психично напрежение и отговорности;

- Нервно-сензорно напрежение (работа с видеодисплей 4 или повече от 4 ч. дневно);
- Променлив микроклимат;
- Физическо натоварване, прах.

От временната неработоспособност

1. Основният дял (92.2 %) от случаите с ВН са вследствие здравни проблеми на самите работещи (общо заболяване). Случаи с ВН вследствие други причини (код 14-27) са (14.3 %).
2. През 2009 г. **временната неработоспособност на работещите вследствие всички причини (код 1-27)** се характеризира със **средна** честота на случаите, **много висока** честота на дните и **висока** средна продължителност на един случай.
3. **Временната неработоспособност на работещите вследствие общи заболявания (код 1-13)** се характеризира с **ниска** честота на случаите и **средна** честота на дните.
4. Най-често случаите и загубените дни с ВН на работещите са вследствие следните групи заболявания:
 - Болести на дихателната система;
 - Болести на органите на кръвообращението;
 - Травми;
 - Болести на костно-мускулната система;
 - Болести на нервната систем;
 - Новообразувания.
5. През 2009 г. има 2 случая с временната неработоспособност вследствие **злополуки – трудови**, поради травми.
6. Сред работещите с ВН заслужава да се отбележат тези, които са често и дълго боледуващи. През 2009 г. това са 11 лица с продължителност на отпуск по болест - 665 дни и това е вследствие:
 - Травми;
 - Новообразувания;
 - Болести на дихателната система;
 - Болести на органите на кръвообращението;
 - Болести на костно-мускулната система.
7. В анализа специално внимание е отделено на заболяемостта с ВН на работещите по професионални групи. Заболяванията, които причиняват загуба на

работоспособност в основни линии са същите, които бяха посочени за целия колектив. Болестите на дихателната и костно-мускулната системи са заболявания, за които трябва да се има предвид, че оказват влияние микроклимата, физическото натоварване. С най-неблагоприятни показатели за ВН са работещите от професионални групи “Товаро-разтоварна дейност” и “Други”.

8. От данните за заболяемостта с ВН не може да са направи категоричен извод, че единствено факторите на работната среда, характерни за отделните професионални групи са определящи за заболяванията – причини за загубата на работоспособност. Значение имат както биологични, така и редица психо-социални фактори, които не са свързани с трудовия процес.
9. От направената сравнителна оценка на ВН се установи влошаване на показателите и главно по отношение на тежестта на загубата на работоспособност и средната продължителност на един случай с ВН вследствие на травми и новообразувания.

4.1.4 Резултати от проучването на здравето състояние на фирма за дистрибутиране на горива

I. Характеристика на работещите

За оценка на здравето състояние от значение са някои основни техни характеристики, а това са: пол, възраст, трудов стаж (общ, специален), професионални групи. Според представения списък от отдел „Човешки ресурси”, броят на служителите е 2 325 лица. (Таблица 40).

Табл. 40: Характеристика на работещите за 2010 г.

Признаци	Брой	%
1.Брой работещи (списъчен състав)	2 325	100.0
2.Пол		
мъже	982	42.2
жени	1 343	57.8
3.Възrastови групи		
до 25 год.	445	19.1
25 - 35 год.	1 095	47.1
35 - 45 год.	657	28.3
45 - 55 год.	100	4.3
над 55 год.	28	1.2

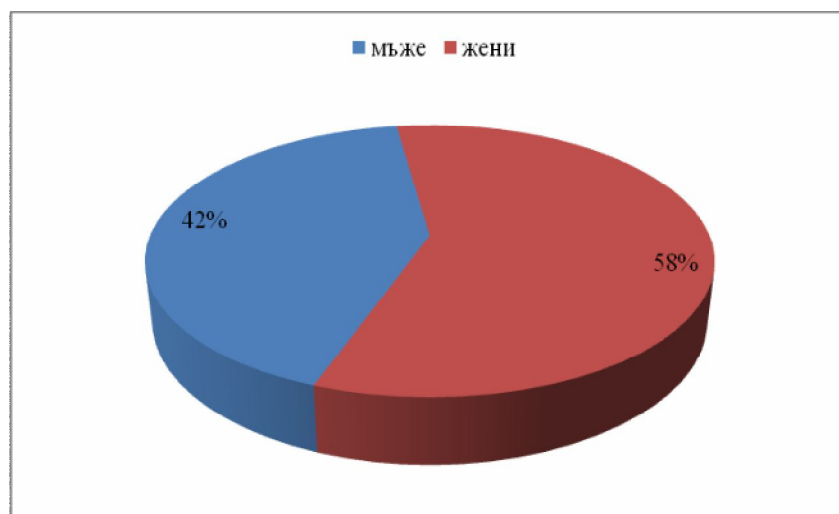
1. Пол

Сред служителите превес имат жените 1 343 лица (58 %), докато мъжете са 982 (42 %). (Фигура 24).

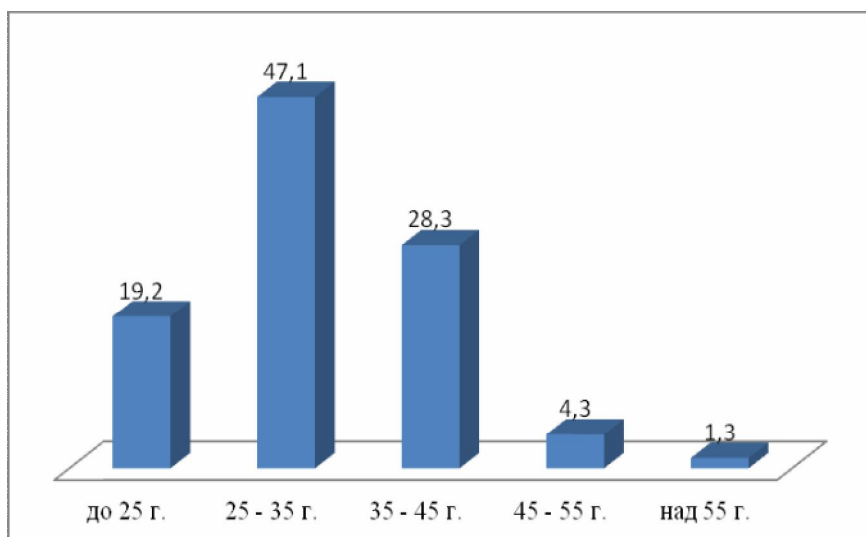
2.Възраст

Друга много съществена характеристика е възрастния състав на служителите. Известно е, че с увеличаване на възрастта нарастват и здравните проблеми. Това най-силно се проявява след 50 годишна възраст. (Фигура 25).

Фиг. 24: Структура на работещите по пол (%)



Фиг. 25: Структура на работещите по възрастови групи (%)



Относно структурата на работещите по възрастови групи трябва да се отбележи, че силно преобладават лицата до 45 годишна възраст - 2 197 човека (94.5%). т.е. „Младите” съгласно класификацията на СЗО. Такава възрастова структура допуска очакването, че служителите трябва да бъдат в добро здраве. Над 45 г. са (5.6%), от тях, лицата над 55 г. са (1.3%).

II. Оценка на здравното състояние на работещите от профилактичните прегледи

1. Организация и провеждане на профилактичните прегледи

Съгласно Наредба № 3 на МЗ от 28.02.1987 г за задължителните, предварителни и периодични медицински прегледи на работещите и след преценка на лекар-експерт по трудова медицина, са определени вида и обема от дейности при профилактиката.

Осъществени са профилактични прегледи в периода май-август, 2010 г. от:

- ✓ Терапевт;
- ✓ Офталмолог;
- ✓ Невролог.

Направени са и следните изследвания:

- ✓ Електрокардиограма;
- ✓ Изследване на кръв;
- ✓ Изследване на урина.

2. Обхват на работещите с профилактични прегледи

За оценка на здравното състояние е от значение какъв е обхватът на работещите с профилактични прегледи. Ако той е повече от 75% прегледани спрямо подлежащи, това дава основание за една обективна оценка на здравното състояние.

Като положителен факт трябва да се отбележи, че от всички 2325 работещи, броя на прегледаните лица е 1 835. Обхватът на всички прегледани лица е (78.9%) от подлежащите на профилактични прегледи, т.е. **висок**.

Заслужава да се отбележи, че този висок обхват е характерен за всички групи работещи – по пол и възрастови групи.

При мъжете обхвата е по-висок (82,28 на 100 р.) в сравнение с този при жените (76.47 на 100 р.).

По възрастовите групи обхвата е най-висок (100.00 на 100 р.) в най-старшата група и най-нисък (75.89 на 100 р.) при младите във възрастовата група от 25 до 35 г.. С нарастване на възрастта се увеличава и обхвата с профилактични прегледи.

От данните представени на следващите таблици става ясно какъв е обхватът на работещите с профилактични прегледи, осъществени от отделните специалисти, както и направените изследвания. (Таблица 41 и Таблица 42).

Табл. 41: Обхват на служителите с профилактични прегледи по отделни специалисти

Подлежащи на прегледи работещи	Интернист	Невролог	Офталмолог
2325	1 835	1 600	1 755
Обхват на 100 р.	78.92	68.81	75.48

Табл. 42: Обхват на служителите с профилактични изследвания по видове

Подлежащи на изследвания работещи	Кръв	Урина	ЕКГ
2325	1 724	1 464	1 740
Обхват на 100 р.	74.15	62.96	74.83

III. Резултати от профилактичните прегледи и изследванията

В представения анализ са дадени резултатите от направените прегледи в два аспекта:

- ✓ по отделни специалисти;
- ✓ общо за всички работещи.

Табл. 43: Здравно състояние на служителите по отделни специалисти

Прегледани работещи	Интернист	Невролог	Офталмолог
БОЛНИ	363	178	407
Болни на 100 прегледани	19.78	11.12	23.19

Фиг. 26: Здравно състояние на служителите по отделни специалисти

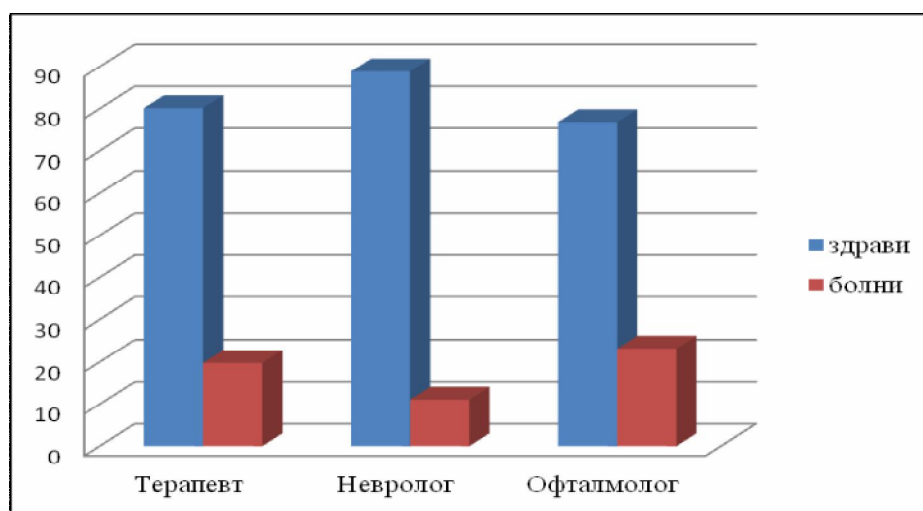


Табл. 44: Здравно състояние на служителите по видове изследвания

Изследвани работещи	Кръв	Урина	ЕКГ
С ОТКЛОНЕНИЕ	227	116	60
С отклонения на 100 изследвани	13.16	7.92	3.44

1. Резултати от профилактичните прегледи по отделни специалисти

➤ Терапевт

От всички подлежащи са прегледани 1 835 лица. Обхватът е (78.9 на 100 р.). Установени са здравни проблеми на 363 лица, което представлява (19.8 на 100 прегледани). Честотата на служителите, които са клинично здрави е (80.2 на 100 прегледани).

➤ **Офталмолог**

Прегледани са 1 755 лица. Обхватът е (75.5 на 100 р.), също много висок. На 407 (23.2) от прегледаните са установени проблеми на зрителния орган и придатъците му.

➤ **Невролог**

И при този специалист обхватът на прегледаните е 1 600 лица, или (68.8 на 100 р.). Установени са здравни проблеми на 178 лица (11.12 на 100 прегледани).

➤ **Изследване на кръв**

Обхватът на прегледаните е (74.15 на 100 р.), или 1 724 лица. С установени отклонения от референтните стойности общо са 227 лица (13.16 на 100 прегледани).

➤ **Изследване на урина**

Обхватът на прегледаните е (62.96 на 100 р.), или 1 464 лица. С установени отклонения от референтните стойности общо са 116 лица (7.9 на 100 прегледани).

➤ **ЕКГ**

На всички 1740 лица, преминали преглед при интернист е направена електрокардиограма. Обхватът на изследваните е висок (74.84 на 100 р.). При 60 служителя са регистрирани отклонения от нормата (3.44 на 100 прегледани).

Броя на лицата, насочени за допълнителни прегледи и изследвания след профилактичните прегледи е 181 (9.9 на 100 прегледани).

Табл. 45: Здравно състояние на служителите по изследвани показатели на кръвта

Показатели	Преминали	Брой случаи с нормални стойности	%	Брой случаи с отклонения	%
ПКК	1 724	1 654	95,9	70	4,1
Холестерол	1 724	1 609	93,3	115	6,7
Кръвна захар	1 724	1 661	96,3	63	3,7

Табл. 46: Здравно състояние на служителите по изследвани показатели на урина

Показатели	Преминали	Брой случаи с отклонения	%
Кръв	1 464	10	0,7
Захар		7	0,5
Белтък		81	5,5
Други		31	2,1

2. Оценка здравното състояние на работещите

Освен по отделни специалисти здравното състояние е представено за всички работещи и групите сред тях.

За оценката на здравното състояние на работещите се прие:

„Здраво лице” е това, на което не е регистрирано заболяване от нито един от посочените специалисти.

„Болно лице” е това, на което е регистрирано заболяване и само от един специалист.

В резултат на профилактичните прегледи със заболявания са 758 лица от всичките прегледани 1 835 работещи.

Честотата на лицата със заболявания е (41.3 на 100 прегледани).

Честотата на здравите лица е (58.7 на 100 прегледани) - 1 077 от всички прегледани работещи.

3. Заболявания – регистрирани при профилактичните прегледи (всички работещи)

В резултат на профилактичните прегледи са регистрирани 1 177 заболявания. Заболяванията са представени по групи съгласно Международната класификация на болестите (10 ревизия). За всяка група заболявания са определени показателите за структура и честота (моментна болестност).

Честотата на заболяванията (Моментна болестност) е (64.14 на 100 прегледани).

Структурата на заболяванията, регистрирани при профилактичните прегледи е представена на Таблица 47 и Фигура 27.

Табл. 47: Структура на регистрираните заболявания

МКБ	Заболявания	Брой случаи	Честота на регистрираните заболявания	Новооткрити	Честота на 100 прегледани
(C00-	II клас. Новообразувания	6	0,51	2	0,33

D48)					
C54	Злокачествено новообразувание на тялото на матката	1	0,08	1	0,05
D04	Карцином in situ на кожата	3	0,25	0	0,16
D35	Доброкачествено новообразувание на други и неуточнени ендокринни жлези	2	0,17	1	0,11
(D50-D89)	III клас. Болести на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения, включващи имунния механизъм	31	2,63	9	1,69
D50	Желязонеодоимъчна анемия	19	1,61	5	1,04
D56	Таласемия	4	0,34	2	0,22
D64	Други анемии	7	0,59	1	0,38
D69	Пурпура и други хеморагични състояния	1	0,08	1	0,05
(E00-E90)	IV клас. Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	139	11,81	5	7,57
E03	Други видове хипотиреоидизъм	1	0,08	1	0,05
E04	Други видове нетоксична гуша	26	2,21	0	1,42
E05	Тиреотоксикоза [хипертиреоидизъм]	6	0,51	1	0,33
E06	Тиреоидит	3	0,25	0	0,16
E07	Други болести на щитовидната жлеза	4	0,34	0	0,22
E10	Инсулинозависим захарен диабет	1	0,08	0	0,05
E11	Неинсулинозависим захарен диабет	11	0,93	3	0,60
E14	Захарен диабет, неуточнен	1	0,08	0	0,05
E22	Хиперфункция на хипофизата	1	0,08	0	0,05
E43	Тежко белтъчно-калорийно недохранване, неуточнено	1	0,08	0	0,05
E66	Затлъстяване	65	5,52	0	3,54
E74	Други разстройства на обмяната на въглехидратите	2	0,17	0	0,11
E78	Разстройства на обмяната на липопротеините и други липидемии	16	1,36	0	0,87
E84	Кистозна фиброза	1	0,08	0	0,05
(F00-F99)	V клас. Психични и поведенчески разстройства	10	0,85	1	0,54
F30	Маниен епизод	1	0,08	0	0,05

F41	Други тревожни разстройства	2	0,17	0	0,11
F48	Други невротични разстройства	7	0,59	1	0,38
(G00-G99)	VI клас. Болести на нервната система	81	6,88	0	4,41
G25	Други екстрапирамидни и двигателни нарушения	1	0,08	0	0,05
G40	Епилепсия	1	0,08	0	0,05
G41	Епилептичен статус	1	0,08	0	0,05
G43	Мигрена	13	1,10	0	0,71
G44	Други синдроми на главоболие	25	2,12	0	1,36
G45	Преходни церебрални исхемични пристъпи [атаки] и сродни синдроми	4	0,34	0	0,22
G52	Увреждания на други черепномозъчни нерви	1	0,08	0	0,05
G54	Увреждания на нервни коренчета и плексуси	6	0,51	0	0,33
G55	Притискане на нервни коренчета и плексуси при болести, класифицирани другаде	1	0,08	0	0,05
G56	Мононевропатии на горен крайник	3	0,25	0	0,16
G57	Мононевропатии на долен крайник	1	0,08	0	0,05
G63	Полиневропатии при болести, класифицирани другаде	1	0,08	0	0,05
G83	Други паралитични синдроми	11	0,93	0	0,60
G90	Разстройства на вегетативната [автономната] нервна система	12	1,02	0	0,65
(H00-H59)	VII клас. Болести на окото и придатъците му	440	37,38	4	23,98
H01	Други възпаления на клепача	2	0,17	0	0,11
H10	Конюнктивит	4	0,34	0	0,22
H17	Цикатрикси и мътнини на роговицата	3	0,25	0	0,16
H18	Други болести на роговицата	1	0,08	0	0,05
H25	Старческа катаракта	1	0,08	0	0,05
H26	Други видове катаракта	1	0,08	0	0,05
H30	Хориоретинално възпаление	1	0,08	0	0,05
H33	Отлепване и разкъсване на ретината	1	0,08	0	0,05
H35	Други болести на ретината	1	0,08	0	0,05
H36	Увреждания на ретината при болести, класифицирани другаде	1	0,08	0	0,05
H40	Глаукома	2	0,17	2	0,11

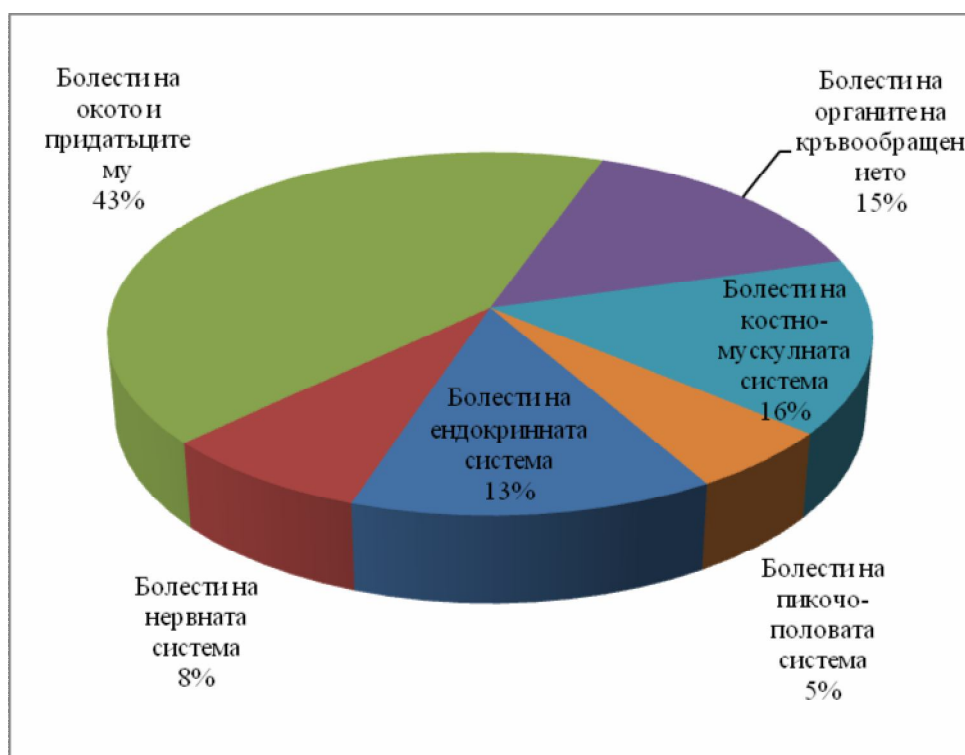
H43	Болести на стъкловидното тяло	1	0,08	0	0,05
H47	Други болести на зрителния [2-я] нерв и зрителните пътища	1	0,08	0	0,05
H50	Други форми на страбизъм	4	0,34	0	0,22
H52	Нарушения на рефракцията и акомодацията	390	33,14	2	21,25
H53	Разстройства на зрението	25	2,12	0	1,36
H57	Други болести на окото и придатъците му	1	0,08	0	0,05
(H60-H95)	VIII клас. Болести на ухото и мастоидния израстък	12	1,02	0	0,65
H81	Нарушение на вестибуларната функция	12	1,02	0	0,65
(I00-I99)	IX клас. Болести на органите на кръвообращението	156	13,25	15	8,50
I10	Есенциална [първична] хипертония	22	1,87	3	1,20
I11	Хипертонична болест на сърцето	74	6,29	8	4,03
I20	Стенокардия	3	0,25	0	0,16
I21	Остър инфаркт на миокарда	1	0,08	1	0,05
I25	Хронична исхемична болест на сърцето	1	0,08	0	0,05
I34	Неревматични болести на митралната клапа	6	0,51	2	0,33
I44	Атриовентрикуларен блок и ляв бедрен блок	4	0,34	0	0,22
I45	Други проводни нарушения	15	1,27	0	0,82
I47	Пароксизмална тахикардия	3	0,25	0	0,16
I49	Други сърдечни аритмии	9	0,76	1	0,49
I69	Последици от мозъчносъдова болест	3	0,25	0	0,16
I73	Други болести на периферните съдове	2	0,17	0	0,11
I83	Варикозни вени на долните крайници	10	0,85	0	0,54
I95	Хипотония	3	0,25	0	0,16
(J00-J99)	X клас. Болести на дихателната система	26	2,21	1	1,42
J20	Остър бронхит	2	0,17	0	0,11
J30	Вазомоторен и алергичен ринит	2	0,17	0	0,11
J32	Хроничен синусит	2	0,17	1	0,11
J37	Хроничен ларингит и ларинготрахеит	1	0,08	0	0,05
J42	Хроничен бронхит, неуточнен	10	0,85	0	0,54
J45	Астма	8	0,68	0	0,44

J65	Пневмокониоза, свързана с туберкулоза	1	0,08	0	0,05
(K00-K93)	XI клас. Болести на храносмилателната система	38	3,23	4	2,07
K21	Гастроезофагеална рефлуксна болест	1	0,08	0	0,05
K25	Язва на стомаха	1	0,08	0	0,05
K26	Язва на дванадесетопръстника	9	0,76	0	0,49
K29	Гастрит и дуоденит	16	1,36	0	0,87
K36	Други форми на апендицит	1	0,08	1	0,05
K51	Улцерозен колит	6	0,51	0	0,33
K52	Други неинфекциозни гастроентерити и колити	1	0,08	0	0,05
K58	Синдром на раздразненото черво	1	0,08	1	0,05
K60	Фисура и фистула на ануса и ректума	1	0,08	1	0,05
K76	Други болести на черния дроб	1	0,08	1	0,05
(L00-L99)	XII клас. Болести на кожата и подкожната тъкан	4	0,34	1	0,22
L04	Остър лимфаденит	1	0,08	1	0,05
L68	Хипертрихоза	1	0,08	0	0,05
L80	Витилиго	2	0,17	0	0,11
(M00 - M99)	XIII клас. Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан	161	13,68	20	8,77
M06	Други ревматоидни артрити	1	0,08	0	0,05
M13	Други артрити	1	0,08	0	0,05
M16	Коксартроза [артроза на тазобедрената става]	1	0,08	0	0,05
M17	Гонартроза [артроза на колянната става]	2	0,17	0	0,11
M19	Други артрози	1	0,08	0	0,05
M21	Други придобити деформации на крайниците	2	0,17	0	0,11
M24	Други специфични увреждания на ставите	1	0,08	0	0,05
M41	Сколиоза	36	3,06	0	1,96
M45	Анкилозираш спондилит	2	0,17	0	0,11
M47	Спондилоза	9	0,76	0	0,49
M50	Увреждания на междупрешленните дискове в шийния отдел	12	1,02	6	0,65
M51	Увреждания на междупрешленните дискове в	65	5,52	14	3,54

	други отдели				
M54	Дорзалгия	25	2,12	0	1,36
M77	Други ентезопатии	3	0,25	0	0,16
(N00-N99)	XIV клас. Болести на пикочо-половата система	57	4,84	4	3,11
N11	Хроничен тубулоинтерстициален нефрит	3	0,25	0	0,16
N13	Обструктивна и рефлуксна нефропатия	4	0,34	0	0,22
N20	Камък в бъбрека и в уретера	45	3,82	2	2,45
N30	Цистит	2	0,17	1	0,11
N39	Други увреждания на отделителната система	2	0,17	1	0,11
N95	Нарушения на менопаузата и други нарушения в периода около менопаузата	1	0,08	0	0,05
(O00-O99)	XV клас. Бременност, раждане и послеродов период	1	0,08	0	0,05
O71	Други акушерски травми	1	0,08	0	0,05
(Q00-Q99)	XVII клас. Вродени аномалии, деформации и хромозомни аберации	3	0,25	0	0,16
Q21	Вродени аномалии на сърдечната преграда	1	0,08	0	0,05
Q24	Други вродени аномалии на сърцето	1	0,08	0	0,05
Q68	Други вродени костно-мускулни деформации	1	0,08	0	0,05
(R00-R99)	XVIII клас. Симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неklasифицирани другаде	5	0,42	0	0,27
R51	Главоболие	3	0,25	0	0,16
R59	Увеличени лимфни възли	1	0,08	0	0,05
R61	Хиперхидроза	1	0,08	0	0,05
(S00-T98)	XIX клас. Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	4	0,34	1	0,22
S04	Травма на черепномозъчните нерви	1	0,08	0	0,05
S83	Изкълчване, навяхване и разтягане на ставите и ставните връзки на коляното	1	0,08	1	0,05
T78	Неблагоприятни въздействия,	2	0,17	0	0,11

	некласифицирани другаде				
(Z00-Z99)	XXI клас. Фактори, влияещи върху здравето състояние на населението и контакта със здравните служби	3	0,25	0	0,16
Z96	Наличие на други функционални имплантати	3	0,25	0	0,16
	Всички заболявания:	1177	100,00	67	64,14

Фиг. 27: Структура на заболяванията, регистрирани при профилактични прегледи



3.1. Болести на окото и придатъците му

Относителният дял на тези заболявания е (37.38 %). От тази група заслужава да се отбележат следните диагнози:

- ✓ Нарушения на рефракцията и акомодацията – това са най-честите заболявания;
- ✓ Разстройства на зрението;
- ✓ Конюнктивит.

3.2. Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан

Относителният дял на тази група заболявания са (13.68 %). Заслужава да се отбележат следните диагнози:

- ✓ Увреждания на междупрешленните дискове в други отдели;

- ✓ Сколиоза;
- ✓ Дорзалгия;
- ✓ Увреждане на междупрешленните дискове в шийния отдел.

3.3. Болести на органите на кръвообращението

Относителният дял на тези заболявания е (13.25 %). Заслужава да се посочат следните заболявания:

- ✓ Хипертонична болест на сърцето;
- ✓ Есенциална хипертония;
- ✓ Други проводни нарушения;
- ✓ Варикозни вени на долни крайници.

3.4. Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата

От всички регистрирани заболявания, тези на ендокринната система са с най – висока честота (11.81 %):

- ✓ Затлъстяване;
- ✓ Други видове нетоксична гуша;
- ✓ Разстройства на обмяната на липопротеините и други липидемии;
- ✓ Неинсулинозависим диабет;
- ✓ Заболявания на щитовидната жлеза.

3.5. Болести на нервната система

Те съставят (6.88 %) от всички заболявания. От откритите заболявания от тази група, с най-висока честота са:

- ✓ Други синдроми на главоболие;
- ✓ Мигрена;
- ✓ Разстройства на вегетативната (автономна) нервна система;
- ✓ Други паралитични синдроми;
- ✓ Увреждания на нервните коренчета и плексуси.

3.6. Болести на пикочо-половата система

Относителният дял на тази група заболявания е (4.84 %). Заслужава да се отбележат следните диагнози:

- ✓ Камък в бъбрека и в уретера;

- ✓ Обструктивна и рефлуксна нефропатия.

3.7. Болести на храносмилателната система

Относителният дял на тази група заболявания са (3.23 %) и заслужава да се отбележат следните диагнози:

- ✓ Гастрит и дуоденит;
- ✓ Язва на дванадесетопръстника;
- ✓ Улцерозен колит.

4. Заключение

Резултатите от профилактичните прегледи дават основание здравното състояние на служителите на фирмата да се оцени като **незадоволително**, поради това, че на повече от прегледаните работещи са открити здравни проблеми, повечето от които са сериозни и хронични по своя характер.

II. Анализ на временната неработоспособност

1. Специфични фактори на работната среда и трудовия процес.

Характеристиката на факторите на работната среда се дава най-подробно в направената оценка на риска. В този анализ само са отбелязани по-съществените фактори, с които е свързана дейността на работещите и това са:

- Нервно-психично напрежение и работа с клиенти;
- Динамичен микроклимат;
- Работа в потенциално експлозивна атмосфера.

2. Брой работещи с регистрирани заболявания по данни от болничните листове и брой случаи (първични болнични листове и продължения).

През 2010 г. са представени 1 705 болнични листове за 721 лица, от които 1 294 са първичните и 411 продължения, календарни дни временна неработоспособност – 31 485 дни.

Основният дял на случаите и календарните дни с временна неработоспособност са вследствие „общо заболяване”, т.е. заболявания на самите работещи. (Таблица 48).

Табл. 48: Временната неработоспособност е в резултат на:

Общо заболяване	1 342 болнични листа (78.7 %)	20 923 дни (66.5%)
Други причини	363 болнични листа (21.3%)	10 562 дни (33.5%)

В анализа са разгледани случаите вследствие всички причини (код 1-27), тъй като има лица които са във временна неработоспособност, както поради заболявания на самите тях, така и по „други причини”. Също така са анализирани отделно случаите с ВН вследствие общи заболявания (код 1-13), което дава представа за заболяванията на самите работещи, а това позволява да се търси връзка доколко факторите на труда ги обуславят като причини за ВН. (Таблица 49).

Табл. 49: Причини за ВН на работещите за 2010 г.

Причини заболявания	Всички болнични листове бр.	Всички първични бр.	в %	Всички продължения бр.	Дни с ВН
Всички заболявания:	1 705	1 294	100.0	411	31 485
Общи заболявания:	1 342	969	74.9	373	20 923
1 - Общо заболяване	1 230	886	68.5	344	19 445
4 - Злополука - трудова по чл. 55. ал. 1	3	1	0.1	2	67
6 - Злополука - нетрудова	101	74	5.7	27	1 339
7 - Изследване поради общо заболяване	2	2	0.2	0	9
12 - Карантина	1	1	0.1	0	7
13 - Аборт	5	5	0.4	0	56
Други причини общо:	363	325	25.1	38	10 562
14 - Бременност	88	82	6.3	6	2 791
15 - Майчинство	140	124	9.6	16	6 824
21 - Санаторно-курортно лечение поради общо заболяване	1	1	0.1	0	14
25 - Придружаване на дете до 3-годишна възраст	7	7	0.5	0	40
26 - Придружаване и гледане на дете до 18-годишна възраст	121	109	8.4	12	777
27 - Придружаване и гледане на болен над 18-годишна възраст	6	2	0.2	4	116

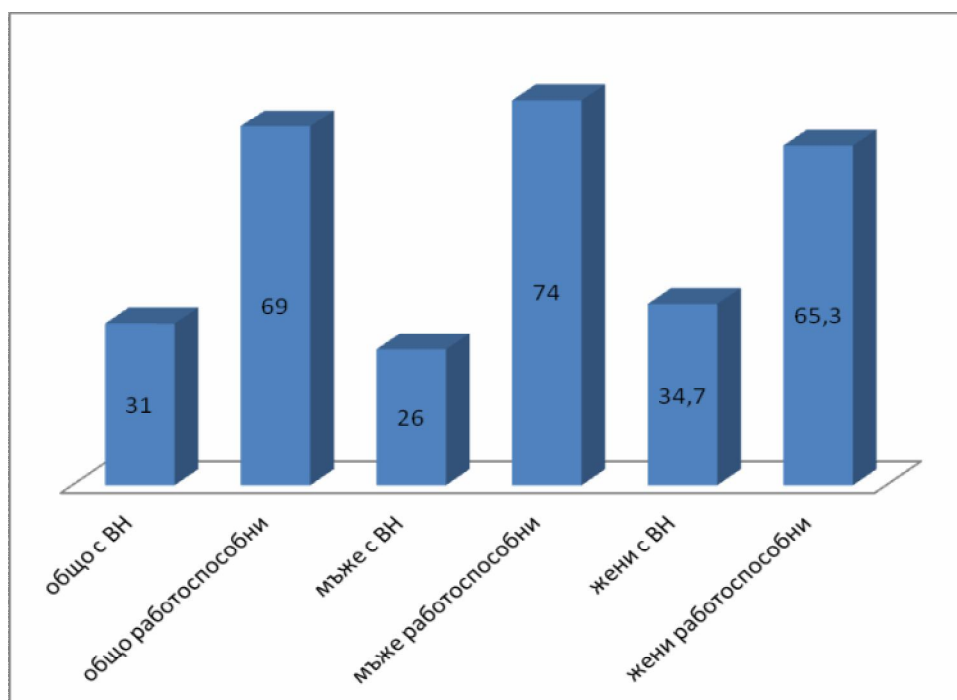
3. Брой случаи с ВН до 3 дни – първични болнични листове

През 2010 г. има 151 случая с продължителност на ВН до 3 дни, като относителният им дял е 11.7% от от всички регистрирани случаи.

4. Честота на лицата с временна неработоспособност

През 2010 г. във временна неработоспособност са били 7 121 лица и честотата на работещите, които са временно неработоспособни е (31.0 на 100 р.), т.е. приблизително 1/3 от всички работещи. Преобладават тези, които през цялата година са били работоспособни. Тенденцията е идентична и за мъжете, и за жените. (Фигура 28).

Фиг. 28: Честота на работещите с ВН по пол (%)



5. Честота на случаите с временна неработоспособност

За целия колектив този показател е (55.7 на 100 р.). Сравнен с ориентировъчните той се оценява като много нисък. Това означава, че през годината работещите не са били често в отпуск по болест. (Таблица 50).

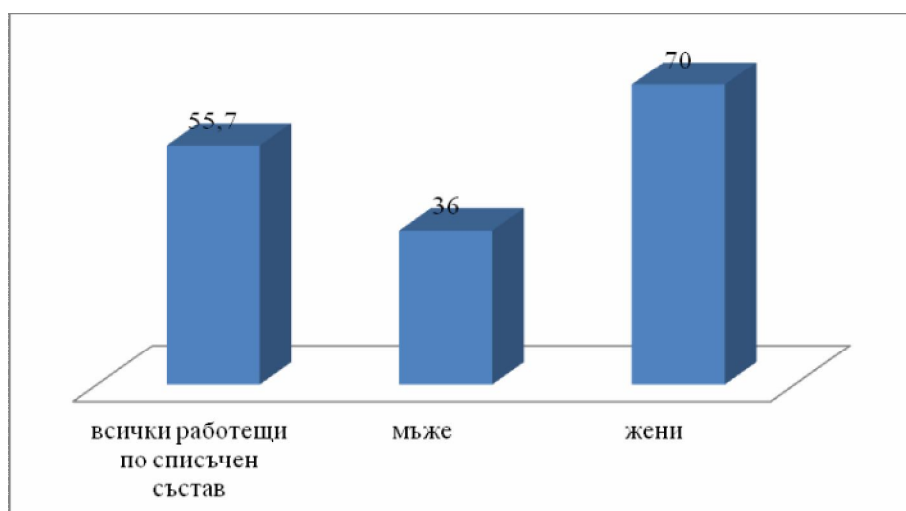
Малко по-високи, с оценка и „ниска, са стойностите на показателя в сравнение с общия за всички работещи за:

- ✓ Жените (Фигура 29);
- ✓ възрастовата група 25-35 г. (Фигура 30).

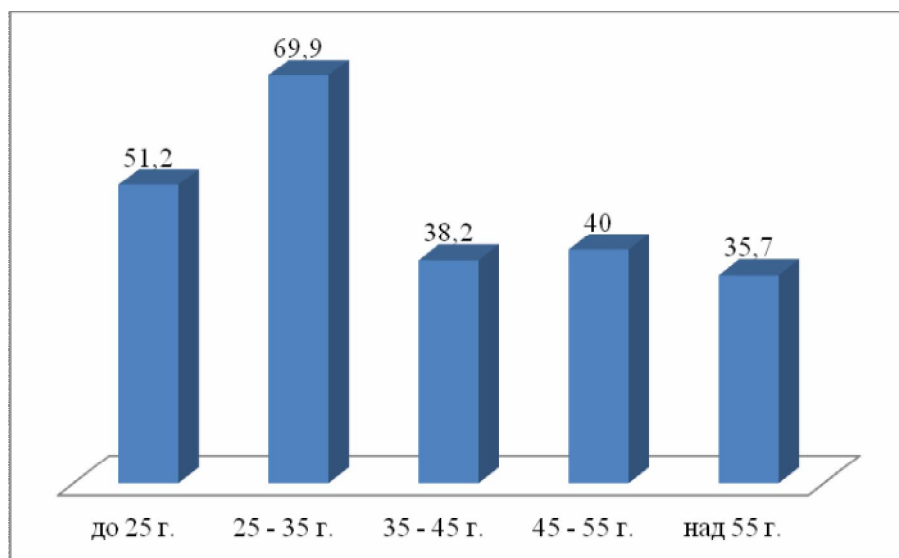
Табл. 50: Временна неработоспособност на работещите през 2010 г.

Показатели за ВН	Спис. състав работещи (бр.)	Лица с ВН (бр.)	Случаи с ВН (бр.)	Дни с ВН (бр.)	Честота на лица с ВН	Честота на случаи с ВН (на 100 р.)	Честота на дни с ВН (на 100 р.)	Сред на прод. на 1 случаяй ВН	Сред на прод. на 1 лице с ВН	Случай с ВН / лица с ВН
Всички работещи по списъчен състав	2 325	721	1 294	3 1485	31.0	55.7	1 354.2	24.3	43.7	1.8
Пол										
мъже	982	255	354	4 710	26.0	36.0	479.6	13.3	18.5	1.4
жени	1 343	466	940	26 775	34.7	70.0	1 993.7	28.5	57.5	2.0
Възрастови групи										
до 25 г.	445	130	228	4 545	29.2	51.2	1 021.3	19.9	35.0	1.8
25 - 35 г.	1 095	392	765	21 278	35.8	69.9	1 943.2	27.8	54.3	2.0
35 - 45 г.	657	160	251	4 761	24.4	38.2	724.7	19.0	29.8	1.6
45 - 55 г.	100	31	40	829	31.0	40.0	829.0	20.7	26.7	1.3
над 55 г.	28	8	10	72	28.6	35.7	257.1	7.2	9.0	1.3

Фиг. 29: Честота на случаите с ВН на работещите по пол (%)



Фиг. 30: Честота на случаите с ВН по възрастови групи (%)



6. Честота на дните с временна неработоспособност (тежест)

Продължителността на временната неработоспособност е 31 485 календарни дни отпуск по болест. Показателят за тежест е (1 354.2 на 100 р.). Той се оценява като много висок, което означава, че временната неработоспособност е продължителна, т.е. работещите са били дълго в отпуск по болест. Трябва да се отбележи, че за работещите от различни групи (пол, възраст), показателите за тежест варират. С по-високи показатели за тежест на ВН са работещите:

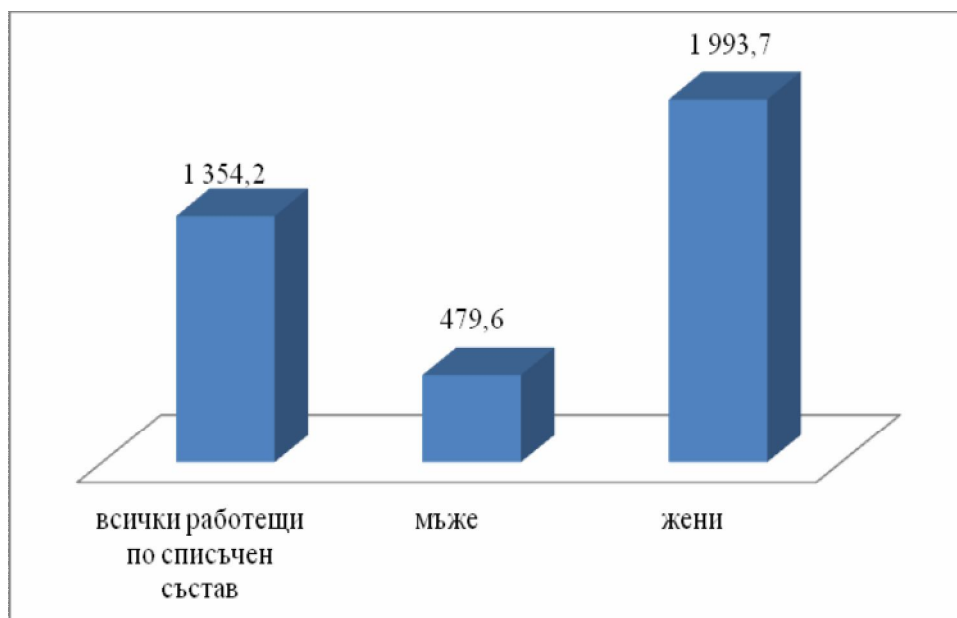
- ✓ жени (Фигура 31);
- ✓ възрастовата група 25-35 г. (Фигура 32).

7. Средна продължителност на един случай и едно лице временна неработоспособност

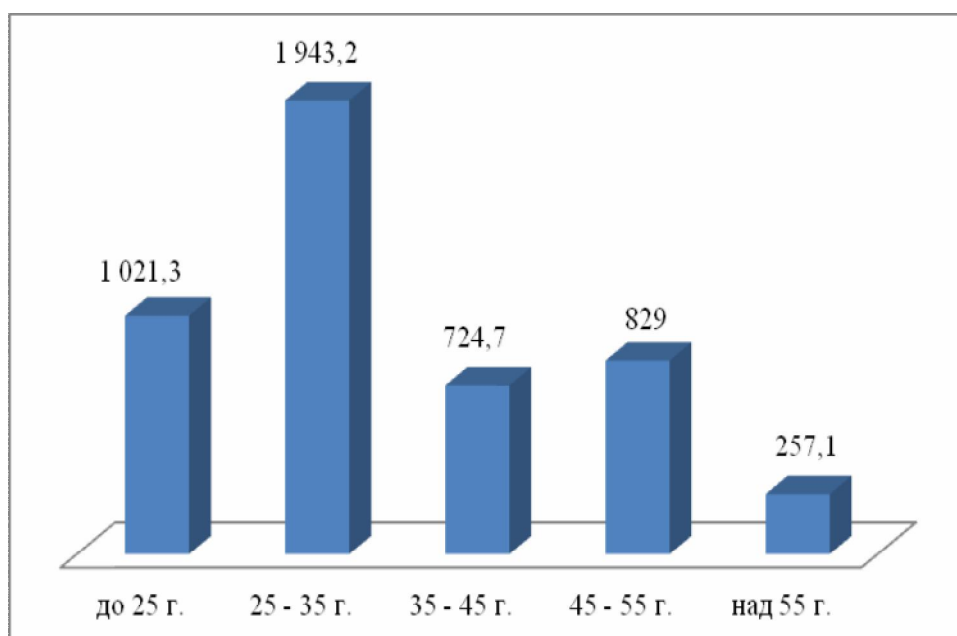
Средната продължителност на един случай е 24.3 дни - показателят е много висок, в сравнение с приетия за ориентировъчен – 10.8 дни.

Средната продължителност на едно лице е 43.7 дни, което е много висока стойност. От всички представени данни не може да се твърди, че показателите за ВН могат да се свържат определено с разгледаните фактори като пол, възраст, трудов стаж.

Фиг. 31: Честота на дните с ВН по пол (%)



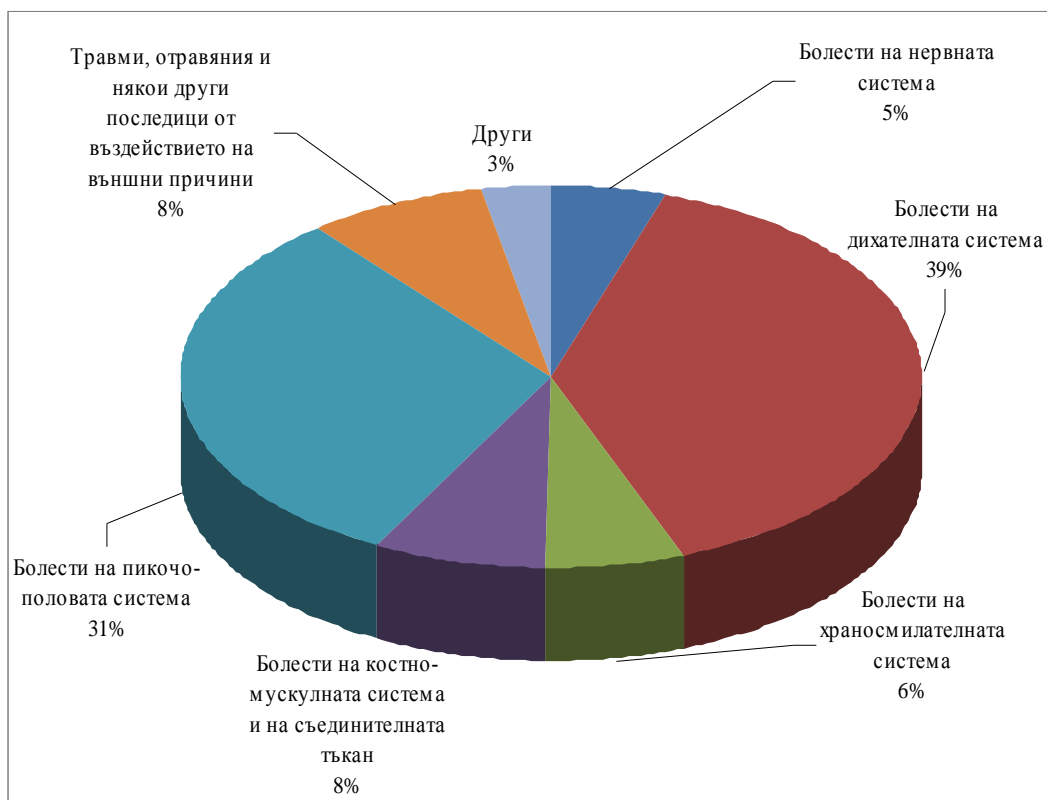
Фиг. 32: Честота на дните с ВН по възрастови групи (%)



8. Заболявания – причини за временна неработоспособност

Това е най-съществената част от анализа, която дава представа кои заболявания са причини за загубата на работоспособност. Взети са предвид заболяванията-причини за ВН, от които са боледували само работещите – т.е. общи заболявания (код 1-13). (Фигура 33 и Фигура 34).

Фиг. 33: Структура на случаите по заболявания-причини за ВН (%) (код 1 – 13)



Фиг. 34: Структура на дните по заболявания-причини за ВН (%) (код 1 – 13)



Четири групи заболявания обуславят по-голямата (60,9 %) част от случаите с временна неработоспособност – болести на дихателната система, болести на пикочо-половата система, травми, болести на костно-мускулната система. При тежестта, обаче,

водещи са на по-предно място излизат травмите. По-високата тежест при другите заболявания се дължи причини „Бременност, раждане и послеродов период”.

За така посочените групи заболявания на (Таблица 51) са дадени и кои са диагнозите, обусловили по-честа и продължителна временна неработоспособност.

Болести на дихателната система

Тази група заболявания обуславят по-честа, но не толкова продължителна временна неработоспособност. От тази група заболявания трябва да се отбележат:

- ✓ Остри инфекции на горните дихателни пътища;
- ✓ Остър бронхит;
- ✓ Остър тонзиллит;
- ✓ Пневмония без уточнен причинител.

Болести на пикочо-половата система

Заболяванията от тази група обуславят не толкова честа, но продължителна загуба на работоспособност. Заболяванията са:

- ✓ Камък в бъбрека и уретера;
- ✓ Бъбречна колика ,неуточнена;
- ✓ Салпингит и оофорит.

Травми

От тази група заслужава да се споменат:

- ✓ Открита рана на подбедрицата;
- ✓ Повърхностна травма на дланта и китката;
- ✓ Счупване на костите на предмишницата.

Други

Те обуславят не толкова честа, но продължителна загуба на работоспособност. От тази група са заболяванията обусловили временна неработоспособност вследствие:

- ✓ Новообразувания;
- ✓ Болести на костно-мускулната система.

Табл. 51: Временна неработоспособност по заболявания на работещите (причини 1-27)

Код по МКБ - 10	Заболяване	Брой случаи	Брой дни	Случаи с ВН (%)	Дни с ВН (%)	Честота случаи	Честота дни
A00-B99	Някои инфекциозни и паразитни болести	87	895	6,7	2,8	3,7	38,5
C00-D48	Новообразувания	20	925	1,5	2,9	0,9	39,8
D50-D89	Болести на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения, включващи имунния механизъм	2	23	0,2	0,1	0,1	1,0
E00-E90	Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	4	179	0,3	0,6	0,2	7,7
F00-F99	Психични и поведенчески разстройства	5	40	0,4	0,1	0,2	1,7
G00-G99	Болести на нервната система	31	496	2,4	1,6	1,3	21,3
H00-H59	Болести на окото и придатъците му	4	33	0,3	0,1	0,2	1,4
H60-H95	Болести на ухото и мастоидния израстък	21	196	1,6	0,6	0,9	8,4
I00-I99	Болести на органите на кръвообращението	23	384	1,8	1,2	1,0	16,5
J00-J99	Болести на дихателната система	387	2 924	29,9	9,3	16,6	125,8
K00-K93	Болести на храносмилателната система	49	784	3,8	2,5	2,1	33,7
L00-L99	Болести на кожата и подкожната тъкан	23	325	1,8	1,0	1,0	14,0
M00-M99	Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан	61	1 232	4,7	3,9	2,6	53,0
N00-N99	Болести на пикочо-половата система	74	1 105	5,7	3,5	3,2	47,5
O00-O99	Бременност, раждане и послеродов период	288	14 903	22,3	47,3	12,4	641,0
Q00-Q99	Вродени аномалии, деформации и хромозомни аберации	1	54	0,1	0,2	0,0	2,3
R00-R99	Симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неклассифицирани другаде	10	68	0,8	0,2	0,4	2,9
S00-T98	Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	80	1 442	6,2	4,6	3,4	62,0
Z00-Z99	Фактори, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните служби	124	5 477	9,6	17,4	5,3	235,6
	Всичко:	1 294	31 485	100,0	100,0	55,7	1 354,2

9. Работещи с професионални болести (честота, брой и диагнози)

В дружеството няма регистрирани професионални болести за 2010 г.

10. Работещи с трудови злополуки (честота, брой и диагнози)

Има регистрирана 1 трудова злополука за 2010 г, по чл, 55, ал, 1 от Кодекса за социално осигуряване. Честота на работещите с трудови злополуки – 0,004 (на 100 р.).

11. Работещи със заболяемост с трайна неработоспособност (честота, брой и диагнози)

Не са представени експертни решения на ТЕЛК.

12. Често и дълго боледуващи с временна неработоспособност (ЧДБЛ)

През 2010 г. 174 лица са ЧДБЛ. Регистрирани са 373 случая и продължителност 16 360 календарни дни, което представлява близо половината от дните за ВН. Основните показатели, които характеризират временната неработоспособност на ЧДБЛ са:

- Честота на лицата – 7,5 на 100 р.;
- Честота на случаите – 16,0 на 100 р.;
- Честота на дните – 703,7 на 100 р.;
- Средна продължителност на един случай – 43,9 дни.

Заболяванията, които са причини за временната неработоспособност на ЧДБЛ са: Болести на дихателната система, Новообразувания, Болести на пикочо-половата система.

13. Заключение

Направеният анализ на заболяемостта с ВН дава основание здравното състояние на работещите в обектите на дистрибутора да се оцени като **задоволително**, поради това, че показателите за временна неработоспособност са по-ниски от общоприетите.

IV. Изводи от профилактичните прегледи

От характеристиката на работещите:

Касае се за трудов колектив с 2 325 служители, в който превес имат жените (57.8 %) спрямо мъжете (42.2 %); групата на работещите до 45 годишна възраст, т.е. “младите” е (94.5 %), от всички представени възрастови групи; с най-голям превес е възрастовата група от 25 - 35 г. – 47.1%.

От резултатите на проведените профилактични прегледи:

1. Обхватът на работещите с профилактични прегледи общо е (78.9 на 100 р.) и се оценява като **висок**.
Този обхват е характерен и за отделните групи работещи по пол, възрастови групи.
2. Съществен е широк пакет от профилактични прегледи, който включва (терапевт, невролог, офталмолог). Направени са електрокардиографско изследване, изследване на кръв и урина.
3. В резултат на профилактичните прегледи се установи, че най-висок е обхвата (на 100 р.) при терапевта. На следващо място са прегледите при офталмолога и невролога.
4. В резултат на профилактичните прегледи се установи, че най-висока е честота на лицата със заболявания, регистрирани от офталмолога. Следващи по честота са заболяванията на костно-мускулната и сърдечно-съдовата системи.
5. На базата на резултатите от профилактичните прегледи от отделните специалисти се определи и контингента на лицата със заболявания и на здравите за всички работещи във фирмата и за отделни групи от тях.
Заслужава да се отбележи, че на около три четвърти от всички прегледани лица (41.3) са регистрирани заболявания.
6. Показателят **“Моментна болестност” е (64.14 на 100 прегледани)**
7. В резултат на профилактичните прегледи се установи, че най-голяма е честота на следните заболявания:
 - ✓ Болести на окото и придатъците му;
 - ✓ Болести на костно-мускулната система;
 - ✓ Болести на органите на кръвообращението;
 - ✓ Болести на ендокринната система;
8. От така посочените групи заболявания заслужава да се отбележат:
 - ✓ Нарушения на рефракцията и акомодацията;
 - ✓ Увреждания на междупрешленните дискове в други отдели;
 - ✓ Хипертонична болест и Есенциална хипертония;
9. В резултат на профилактичните прегледи са диагностицирани 67 нови заболявания.

V. Изводи от анализа на ВН

От така направения анализ на временната неработоспособност на работещите в дружеството могат да се направят следните по-съществени изводи:

От характеристиката на работещите:

1. В обектите според списъчния състав броят на работещите е 2 325. Преобладават мъжете, работещите във възрастова група 25-35 г.

От временната неработоспособност:

1. Основният дял (74,9 %) от случаите с ВН са вследствие здравни проблеми на самите работещи (общо заболяване, злополуки – нетрудови). Само (25,1 %) са вследствие други причини (придружаване и гледане на болен), които не са свързани със здравното състояние на работещите.
2. През 2010 г. временната неработоспособност на работещите вследствие всички причини (код 1-27) се характеризира с много ниска честота на случаите и много висока честота на дните, което означава, че работещите не са боледували често, но са боледували продължително.
3. Временната неработоспособност на работещите вследствие общи заболявания (код 1-13) се характеризира с много ниска честота на случаите и средна честота на дните с ВН. Това означава, че работещите не са били често и не много продължително в отпуск по болест.

4. Най-често случаите и загубените дни с ВН на работещите са вследствие следните групи заболявания:

- ✓ Болести на дихателната система;
- ✓ Травми;
- ✓ Болести на пикочо-половата система;
- ✓ Болести на костно-мускулната система.

Заслужава да се отбележи, че най-голяма тежест на ВН дават случаите с „Бременност, раждане и послеродов период”. Като се пренебрегнат тези причини честотата на случаите с причини 1-13 е 33.2 на 100 р., честотата на дните е 454.6 на 100 р., което прави и този показател много нисък,

5. Сред работещите с ВН заслужава да се отбележат тези, които са често и дълго боледувачи с причини 1-13 без бременност. През 2010 г., това са 146 лица, 200 случая, с продължителност на отпуск по болест – 6 324 дни и това е вследствие:

- ✓ Травми;
- ✓ Болести на пикочо-половата система;
- ✓ Болести на дихателната система;
- ✓ Болести на костно-мускулната система.

6. Условно целогодишно неработили лица поради ВН по всички причини– 86,3 ≈ 86 лица, което е много добър показател.

7. Процент на целогодишно неработили лица поради ВН – 3,6%.

8. От данните за заболяемостта с ВН може да се направи категоричен извод, че факторите на работната среда, характерни за работещите в дружеството, не са определящи за заболяванията – причини за загубата на работоспособност.

4.2. ПРОГРАМИ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВНИЯ РИСК

На основание направените оценка и анализ на здравното състояние, за всяко дружество са изработени и приложени конкретни програми за управление на здравния риск. Профилактичните прегледи са организирани и проведени съгласно принципните предложения в Приложение 1.

ПРОГРАМА ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВНИЯ РИСК

1. Повишаване и укрепване на здравето

За постигане на тази цел е необходимо включването на мероприятия по промоция на здравето на индивида, групата и общността с цел повишаване на здравната култура, отговорността и оптимизиране на здравното поведение на всяко лице. Най-важно в това отношение е формирането на знания, убеждения и умения за здравословен начин на живот, отнасящи се до:

- Рационално и балансирано хранене;
- Борба с вредните навици (тютюнопушене, употреба на алкохол, дроги);
- Управление на стреса и депресиите;
- Активен двигателен режим;
- Рационален режим на труд и почивка.

Чрез:

- Изготвяне на програма за обучение:
 - За предпазване от зависимости;
 - За предпазване от влиянието на други вредни фактори.
- Здравно обучение и възпитание по отношение на рискови фактори:
 - Екзогенни (физични, химични, биологични, психологични и др.);
 - Ендогенни (пол, възраст, генетична обусловеност, хранене, заболяване и др.).
- Здравно обучение за справяне с вредни навици:
 - Тютюнопушене;
 - Злоупотреба с алкохол;
 - Наркомании.
- Наблюдение, съвети, консултация и подкрепа на индивида, групата и общността.

2. Предпазване от възникване на заболявания

За постигане на тази цел от съществено значение е вземането на редица профилактични (специфични и неспецифични) мерки по отношение на трудовата среда и професионалните рискове.

- Минимизиране и предотвратяване на влиянието на рисковите фактори на работната среда и процеса на работа.
- Намаляване на нервно-сензорното и нервно-психичното напрежение чрез въвеждане на правилно оползотворяване на регламентирана по продължителност и ритъм почивка в рамките на работния ден.
- Въвеждане на ергономично оборудване на работни места с оглед предотвратяване възникването и усложненията на болестите на опорно-двигателния апарат.
- Намаляване на обездвижването на работещите с оглед профилактика на болестите на опорно-двигателния апарат и сърдечно-съдовата система.
- В период на епидемична обстановка вследствие на вирусни заболявания, предварително разясняване на работещите (особено на професионалните групи, имащи контакт с много хора), а при възможност и подпомагане при осигуряването на имунна и медикаментозна профилактика.

3. Мерки за лечение и рехабилитация на заболяванията и предотвратяване на усложненията

А. Отнасящи се до целия контингент

- Запознаване на работещите с техните права и отговорности като задължително (вкл. допълнително и доброволно) здравно осигурени лица.

Б. Отнасящи се до често и дълго боледуващите лица и лицата с намалена работоспособност

- Осигуряване на изпълнението на препоръките по отношение на трудоустрояване.
- Мониторинг на рисковите групи.
- При възможност – подпомагане при закупуването на лекарства и осигуряването на балнеолечение/рехабилитация.

4. Общи мерки за ранно откриване на заболявания и отклонения в здравето, отнасящи се до целия контингент

- Контрол на качеството на предварителните прегледи и изследвания.
- Осигуряване на пълен обхват при профилактичните прегледи и изследвания.
- Осигуряване на пълен обхват по видове специалисти и изследвания.
- Разширяване вида и обема на пакета от дейности (прегледи и изследвания).
- Осигуряване на контрол и високо качество на профилактичните прегледи.
- Своевременно информирание на личен лекар и специалист по местоживееене за отклонения в здравния статус, с цел осигуряване на ранна диагностика, подходящо лечение и системно наблюдение.

4.2.1. ПРОГРАМА ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВНИЯ РИСК В КУРИЕРСКА ФИРМА

1. Относно профилактиката на усложненията от социално-значимите хронични заболявания е необходимо да се осъществява:
 - Регулярен контрол на следените показатели (напр. на кръвното налягане, по възможност и на работното място, преди започване на работа).
 - Постоянство при провеждане на терапията.
 - Повишаване на здравните знания свързани с: хранене, активен двигателен режим, борба със стреса.
 - Разширяване на обема изследвания.
2. Във връзка с намаляване на честите причини за ВН вследствие болестите на дихателната система и вирусните заболявания е целесъобразно да се вземат мерки за профилактиката им чрез подпомагане на работещите с осигуряване на витамини и противогрипни ваксини през месеците предхождащи грипните епидемии (ранните пролетни и есенни месеци). Тези мероприятия са препоръчителни преимуществено за работещите, експонирани на динамичен микроклимат, на работещите със сериозни хронични заболявания на дихателната система и с новообразувания. Тези мероприятия са препоръчителни и за работещите на „фронт-офисите”, имащи непосредствен контакт с клиентите.
3. За профилактика на болестите на дихателната система и вирусните заболявания от значение е създаване на благоприятни условия на микроклимат в работните помещения, за които според оценката на риска са установени проблеми. Също така необходимо е осигуряване на подходящата протекция на работещите на открито (променливи климатични условия) – работно облекло, напитки и други според оценката на професионалния риск.
4. За работещите, на които са установени промени в рефракцията и акомодацията (намаление на зрителната острота в сравнение с предходният период) в резултат на проведените профилактични прегледи, е необходимо да се осигурят очила за работа с видеодисплей и да се въведе физиологичен режим на труд и почивка.
5. За работещите с видеодисплеи, задължително седяща работна поза и нервно-психично натоварване да се предоставят условия за изпълнение на специални упражнения и методи, позволяващи прилагането им по време на работа за намаляване на статичното натоварване на опорно-двигателния апарат на горните крайници и

- гърбната мускулатура, зрителната умората и стреса. Обучение за намаляване на умората в очите, при продължителна работа с компютър – борба с компютърен зрителен синдром (CVS).
6. Във връзка с намаляване травматизма се налага провеждане на редовни инструктажи, обучения на работещите за рисковете, свързани с трудовата им дейност. Обучение в умения за самопомощ и помощ при спешни ситуации.
 7. Завишен контрол върху използването на лични предпазни средства.
 8. Въвеждане на ергономично оборудване на работни места с оглед предотвратяване възникването и усложненията на болестите на опорно-двигателния апарат.
 9. Освен посочените мероприятия от съществено значение е да се информират работещите за водещите заболявания, които обуславят тяхната ВН. Необходимо е да имат знания и активно поведение по отношение на тяхното здраве. В тази връзка осъществяването на подходящи здравно-просветни мероприятия, свързани със здравословния начин на живот (хранене, вредни навици, стрес, активен двигателен режим) в условията на труд са от значение.
 10. Предвид това, че на работещите са открити редица хронични по своя характер заболявания, препоръчваме за тези лица да се осъществи не само системно наблюдение, а и адекватно и постоянно лечение. Отговорността е както за съответните специалисти, така и за пациентите. Те е необходимо да проявят високо самосъзнание в процеса на лечението. Това ще предотврати усложненията, а в резултат на това и честата и продължителна загуба на работоспособност.
 11. На лицата, на които при профилактичните прегледи са установени отклонения при прегледите и/или в направените клинично-лабораторни и/или клинично-инструментални изследвания и са получили направления, да се планират контролни прегледи и изследвания в срок, по преценка на съответните лекари – специалисти и под контрол на специалистът по БЗР.
 12. За намаляване честотата на тези заболявания, за които факторите „стрес” и „напрежение” имат съществено значение, се препоръчва намаляване на нервно-сензорното и нервно-психичното напрежение чрез въвеждане на правилно оползотворяване на регламентирана по продължителност и ритъм почивка в рамките на работния ден. Налага се обучение на персонала и таргетните групи в:
 - рационално и балансирано хранене;
 - ограничаване на вредните навици (тютюнопушене, употреба на алкохол, дроги) и умения за преодоляването им;
 - управление на стреса и депресиите;

- активен двигателен режим;
- 13. Разширяване по вид и обем на пакета задължителни профилактични прегледи и изследвания. Периодично изследване на зрението на служителите, работещи с видеодисплей от специалист по очни болести.
- 14. Запознаване на работещите с техните права и отговорности като задължително (вкл. допълнително и доброволно) здравно осигурени лица.
- 15. Осигуряване на изпълнението на препоръките по отношение на трудоустрояване.
- 16. Мониторинг на рисковите групи.
- 17. При възможност – подпомагане при закупуването на лекарства и осигуряването на балнеолечение/рехабилитация.
- 18. Контрол на качеството на предварителните прегледи и изследвания.
- 20. Осигуряване на пълен обхват при профилактичните прегледи и изследвания.
- 21. Осигуряване на пълен обхват по видове специалисти и изследвания;
- 22. Разширяване вида и обема на пакета от дейности (прегледи и изследвания);
- 23. Осигуряване на контрол и високо качество на профилактичните прегледи;
- 24. Своевременно информиране на личен лекар и специалист по местоживеене за отклонения в здравния статус, с цел осигуряване на ранна диагностика, подходящо лечение и системно наблюдение.

4.2.2. ПРОГРАМА ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВНИЯ РИСК ВЪВ ФИРМА ЗА ДИСТРИБУТИРАНЕ НА ТОВАРИ - 1

1. Относно профилактиката на усложненията от социално-значимите хронични заболявания е необходимо да се осъществява:
 - Регулярен контрол на следените показатели (напр. на кръвното налягане, по възможност и на работното място, преди започване на работа).
 - Постоянство при провеждане на терапията.
 - Повишаване на здравните знания свързани с: хранене, активен двигателен режим, борба със стреса.
 - Разширяване по вид и обем на пакета задължителни профилактични прегледи и изследвания.
2. Във връзка с намаляване на честите причини за ВН вследствие болестите на дихателната система и вирусните заболявания е целесъобразно да се вземат мерки за профилактиката им чрез подпомагане на работещите с осигуряване на витамини и противогрипни ваксини през месеците предхождащи грипните епидемии (ранните пролетни и есенни месеци). Тези мероприятия са препоръчителни преимуществено за работещите, експонирани на динамичен микроклимат, на работещите със сериозни хронични заболявания на дихателната система и с новообразувания. Тези мероприятия са препоръчителни и за работещите, подложени на експозицията на физически и химически фактори.
3. За работещите, на които са установени промени в рефракцията и акомодацията (намаление на зрителната острота в сравнение с предходният период) в резултат на проведените профилактични прегледи, е необходимо да се осигурят очила за работа с видеодисплей и да се въведе физиологичен режим на труд и почивка.
4. За работещите с видеодисплеи, задължително седяща работна поза и нервно-психично натоварване да се предоставят условия за изпълнение на специални упражнения и методи, позволяващи прилагането им по време на работа за намаляване на статичното натоварване на опорно-двигателния апарат на горните крайници и гръбната мускулатура, зрителната умората и стреса. Обучение за намаляване на умората в очите, при продължителна работа с компютър – борба с компютърен зрителен синдром (CVS).
5. Периодично изследване на зрението на служителите, работещи с видеодисплеи от специалист по очни болести.

6. За профилактика на болестите на дихателната система и вирусните заболявания от значение е създаване на благоприятни условия на микроклимат в работните помещения, за които според оценката на риска са установени проблеми. Също така необходимо е осигуряване на подходящата протекция на работещите на открито (променливи климатични условия) – работно облекло, напитки и други според оценката на професионалния риск.
7. За намаляване честотата на тези заболявания, за които факторите „стрес“ и „напрежение“ имат съществено значение, се препоръчва намаляване на нервно-сензорното и нервно-психичното напрежение чрез въвеждане на правилно оползотворяване на регламентирана по продължителност и ритъм почивка в рамките на работния ден. Налага се обучение на персонала и таргетните групи в:
 - рационално и балансирано хранене;
 - ограничаване на вредните навици (тютюнопушене, употреба на алкохол, дроги) и умения за преодоляването им;
 - управление на стреса и депресиите;
 - активен двигателен режим.
8. Във връзка с намаляване травматизма се налага провеждане на редовни инструктажи, обучения на работещите за рисковете, свързани с трудовата им дейност. Обучение в умения за самопомощ и помощ при спешни ситуации.
9. Завишен контрол върху използването на лични предпазни средства.
10. Въвеждане на ергономично оборудване на работни места с оглед предотвратяване възникването и усложненията на болестите на опорно-двигателния апарат.
11. Освен посочените мероприятия от съществено значение е да се информират работещите за водещите заболявания, които обуславят тяхната ВН. Необходимо е да имат знания и активно поведение по отношение на тяхното здраве. В тази връзка осъществяването на подходящи здравно-просветни мероприятия, свързани със здравословния начин на живот (хранене, вредни навици, стрес, активен двигателен режим) в условията на труд са от значение.
12. Предвид това, че на работещите са открити редица хронични по своя характер заболявания, препоръчваме за тези лица да се осъществи не само системно наблюдение, а и адекватно и постоянно лечение. Отговорността е както за съответните специалисти, така и за пациентите. Те е необходимо да проявят високо самосъзнание в процеса на лечението. Това ще предотврати усложненията, а в резултат на това и честата и продължителна загуба на работоспособност.

13. На лицата, на които при профилактичните прегледи са установени отклонения при прегледите и/или в направените клинично-лабораторни и/или клинично-инструментални изследвания и са получили направления, да се планират контролни прегледи и изследвания в срок, по преценка на съответните лекари – специалисти и под контрол на специалистът по БЗР.
14. Осигуряване на пълен обхват при профилактичните прегледи и изследвания.
15. Запознаване на работещите с техните права и отговорности като задължително (вкл. допълнително и доброволно) здравно осигурени лица.
16. Осигуряване на изпълнението на препоръките по отношение на трудоустрояване.
17. Мониторинг на рисковите групи.
18. При възможност – подпомагане при закупуването на лекарства и осигуряването на балнеолечение/рехабилитация.
19. Контрол на качеството на предварителните прегледи и изследвания.
20. Осигуряване на пълен обхват при профилактичните прегледи и изследвания.
21. Осигуряване на пълен обхват по видове специалисти и изследвания.
22. Разширяване вида и обема на пакета от дейности (прегледи и изследвания).
23. Осигуряване на контрол и високо качество на профилактичните прегледи.
24. Своевременно информиране на личен лекар и специалист по местоживеене за отклонения в здравния статус, с цел осигуряване на ранна диагностика, подходящо лечение и системно наблюдение.

4.2.3. ПРОГРАМА ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВНИЯ РИСК ВЪВ ФИРМА ЗА ДИСТРИБУТИРАНЕ НА ТОВАРИ - 2

1. Относно профилактиката на усложненията от социално-значимите хронични заболявания е необходимо да се осъществява:
 - Регулярен контрол на следените показатели (напр. на кръвното налягане, по възможност и на работното място, преди започване на работа).
 - Постоянство при провеждане на терапията.
 - Повишаване на здравните знания свързани с: хранене, активен двигателен режим, борба със стреса.
2. Във връзка с намаляване на честите причини за ВН вследствие болестите на дихателната система и вирусните заболявания е целесъобразно да се вземат мерки за профилактиката им чрез подпомагане на работещите с осигуряване на витамини и противогрипни ваксини през месеците предхождащи грипните епидемии (ранните пролетни и есенни месеци). Тези мероприятия са препоръчителни преимуществено за работещите, експонирани на динамичен микроклимат, на работещите със сериозни хронични заболявания на дихателната система и с новообразувания. Тези мероприятия са препоръчителни и за работещите, подложени на експозицията на физически и химически фактори.
3. За профилактика на болестите на дихателната система и вирусните заболявания от значение е създаване на благоприятни условия на микроклимат в работните помещения, за които според оценката на риска са установени проблеми. Също така необходимо е осигуряване на подходящата протекция на работещите на открито (променливи климатични условия) – работно облекло, напитки и други според оценката на професионалния риск.
4. За работещите, на които са установени промени в рефракцията и акомодацията (намаление на зрителната острота в сравнение с предходният период) в резултат на проведените профилактични прегледи, е необходимо да се осигурят очила за работа с видеодисплей и да се въведе физиологичен режим на труд и почивка.
5. За работещите с видеодисплеи, задължително седяща работна поза и нервно-психично натоварване да се предоставят условия за изпълнение на специални упражнения и методи, позволяващи прилагането им по време на работа за намаляване на статичното натоварване на опорно-двигателния апарат на горните крайници и гръбната мускулатура, зрителната умората и стреса. Обучение за намаляване на

умората в очите, при продължителна работа с компютър – борба с компютърен зрителен синдром (CVS).

6. Във връзка с намаляване травматизма се налага провеждане на редовни инструктажи, обучения на работещите за рисковете, свързани с трудовата им дейност. Обучение в умения за самопомощ и помощ при спешни ситуации.
7. Завишен контрол върху използването на лични предпазни средства.
8. Въвеждане на ергономично оборудване на работни места с оглед предотвратяване възникването и усложненията на болестите на опорно-двигателния апарат.
9. Освен посочените мероприятия от съществено значение е да се информират работещите за водещите заболявания, които обуславят тяхната ВН. Необходимо е да имат знания и активно поведение по отношение на тяхното здраве. В тази връзка осъществяването на подходящи здравно-просветни мероприятия, свързани със здравословния начин на живот (хранене, вредни навици, стрес, активен двигателен режим) в условията на труд са от значение.
10. Предвид това, че на работещите са открити редица хронични по своя характер заболявания, препоръчваме за тези лица да се осъществи не само системно наблюдение, а и адекватно и постоянно лечение. Отговорността е както за съответните специалисти, така и за пациентите. Те е необходимо да проявят високо самосъзнание в процеса на лечението. Това ще предотврати усложненията, а в резултат на това и честата и продължителна загуба на работоспособност.
11. На лицата, на които при профилактичните прегледи са установени отклонения при прегледите и/или в направените клинично-лабораторни и/или клинично-инструментални изследвания и са получили направления, да се планират контролни прегледи и изследвания в срок, по преценка на съответните лекари – специалисти и под контрол на специалистът по БЗР.
12. За намаляване честотата на тези заболявания, за които факторите „стрес” и „напрежение” имат съществено значение, се препоръчва намаляване на нервно-сензорното и нервно-психичното напрежение чрез въвеждане на правилно оползотворяване на регламентирана по продължителност и ритъм почивка в рамките на работния ден. Налага се обучение на персонала и таргетните групи в:
 - рационално и балансирано хранене;
 - ограничаване на вредните навици (тютюнопушене, употреба на алкохол, дроги) и умения за преодоляването им;
 - управление на стреса и депресиите;
 - активен двигателен режим.

13. Разширяване по вид и обем на пакета задължителни профилактични прегледи и изследвания.
14. Запознаване на работещите с техните права и отговорности като задължително (вкл. допълнително и доброволно) здравно осигурени лица.
15. Осигуряване на изпълнението на препоръките по отношение на трудоустрояване.
16. Мониторинг на рисковите групи.
17. При възможност – подпомагане при закупуването на лекарства и осигуряването на балнеолечение/рехабилитация.
18. Контрол на качеството на предварителните прегледи и изследвания.
19. Осигуряване на пълен обхват при профилактичните прегледи и изследвания.
20. Осигуряване на пълен обхват по видове специалисти и изследвания.
21. Разширяване вида и обема на пакета от дейности (прегледи и изследвания).
22. Осигуряване на контрол и високо качество на профилактичните прегледи.
23. Своевременно информиране на личен лекар и специалист по местоживеене за отклонения в здравния статус, с цел осигуряване на ранна диагностика, подходящо лечение и системно наблюдение.

4.2.4. ПРОГРАМА ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВНИЯ РИСК ВЪВ ФИРМА ЗА ДИСТРИБУТИРАНЕ НА ГОРИВА

1. Намаляване на честите причини за ВН вследствие болестите на дихателната система и вирусните заболявания. В тази връзка е целесъобразно да се вземат мерки за профилактиката им чрез подпомагане на работещите с осигуряване на витамини и противогрипни ваксини през месеците предхождащи грипните епидемии (ранните пролетни и есенни месеци). Тези мероприятия са препоръчителни преимуществено за работещите, подложени на експозицията на биологични фактори (инфекции), а това са тези, на които работата е свързана с контакти с клиенти, на експонираните на динамичен микроклимат, на работещите със сериозни хронични заболявания на дихателната система и с новообразувания. Тези мероприятия са препоръчителни и за работещите, подложени на експозицията на физически и химически фактори.
2. За работещите, на които са установени промени в рефракцията и акомодацията (намаление на зрителната острота в сравнение с предходният период) в резултат на проведените профилактични прегледи, е необходимо да се осигурят очила за работа с видеодисплей и да се въведе физиологичен режим на труд и почивка.
3. За работещите с видеодисплей, задължително седяща работна поза и нервно-психично натоварване да се предоставят условия за изпълнение на специални упражнения и методи, позволяващи прилагането им по време на работа за намаляване на статичното натоварване на опорно-двигателния апарат на горните крайници и гръбната мускулатура, зрителната умората и стреса. Обучение за намаляване на умората в очите, при продължителна работа с компютър – борба с компютърен зрителен синдром (CVS).
4. За профилактика на болестите на дихателната система и вирусните заболявания от значение е създаване на благоприятни условия на микроклимат в работните помещения, за които според оценката на риска са установени проблеми. Също така необходимо е осигуряване на подходящата протекция на работещите на открито (променливи климатични условия) – работно облекло, напитки и други според оценката на професионалния риск.
5. Във връзка с намаляване травматизма се налага провеждане на редовни инструктажи, обучения на работещите за рисковете, свързани с трудовата им дейност.
6. Въвеждане на ергономично оборудване на работни места с оглед предотвратяване възникването и усложненията на болестите на опорно-двигателния апарат.

7. Освен посочените мероприятия от съществено значение е да се информират работещите за водещите заболявания, които обуславят тяхната ВН. Необходимо е да имат знания и активно поведение по отношение на тяхното здраве. В тази връзка осъществяването на подходящи здравно-просветни мероприятия, свързани със здравословния начин на живот (хранене, вредни навици, стрес, активен двигателен режим) в условията на труд са от значение.
8. Повишен контрол върху издадените документи за ВН - обжалване на издадени болнични листи, решения на ЛКК и експертни решения на ТЕЛК.
9. Предвид това, че на работещите са открити редица хронични по своя характер заболявания, препоръчваме за тези лица да се осъществи не само системно наблюдение, а и адекватно и постоянно лечение. Отговорността е както за съответните специалисти, така и за пациентите. Те е необходимо да проявят високо самосъзнание в процеса на лечението. Това ще предотврати усложненията, а в резултат на това и честата и продължителна загуба на работоспособност.
10. На лицата, на които са установени отклонения в направените изследвания, без диагностицирано заболяване да се планират контролни изследвания след определен период по преценка на съответните лекари – специалисти.
11. Относно профилактиката на усложненията от социално-значимите хронични заболявания е необходимо да се осъществява:
 - Регулярен контрол на следените показатели (напр. на кръвното налягане, по възможност и на работното място, преди започване на работа).
 - Постоянство при провеждане на терапията.
 - Повишаване на здравните знания свързани с: хранене, активен двигателен режим, борба със стреса.
12. Запознаване на работещите с техните права и отговорности като задължително (вкл. допълнително и доброволно) здравно осигурени лица.
13. Осигуряване на изпълнението на препоръките по отношение на трудоустрояване.
14. Мониторинг на рисковите групи.
15. При възможност – подпомагане при закупуването на лекарства и осигуряването на балнеолечение/рехабилитация.
16. Контрол на качеството на предварителните прегледи и изследвания.
17. Осигуряване на пълен обхват при профилактичните прегледи и изследвания.
18. Осигуряване на пълен обхват по видове специалисти и изследвания.
19. Разширяване вида и обема на пакета от дейности (прегледи и изследвания).
20. Осигуряване на контрол и високо качество на профилактичните прегледи.

21. Своевременно информиране на личен лекар и специалист по местоживеење за отклонения в здравния статус, с цел осигуряване на ранна диагностика, подходящо лечение и системно наблюдение.

5. ОБСЪЖДАНЕ И ДИСКУСИЯ

Здравето на населението в трудоспособна възраст е един от приоритетите на здравната политика и стратегия по света и в България.

Ранното откриване на здравните проблеми и рисковите фактори, които ги обуславят създава реални предпоставки за опазване, възстановяване и поддържане на здравето на работещите.

Прегледът на националните статистически база данни у нас показва, че водещите причини за хоспитализация и смъртност в България са онкологичните заболявания, болестите на органите на кръвообращението и на дихателната система. По данни на Националния център по здравна информация, през 2010 г. от различни заболявания са починали 110 165 души или 1 462,2 на 100 000 души население. От тях 67,5% (74 392 души) са починали от болести на органите на кръвообращението, 15,5% - от новообразувания, 1,6% - от ендокринни и метаболитни заболявания, 3,7% - от болести на дихателната система. Освен за смърт, изброените по-горе групи заболявания, са основна причина за инвалидизация на населението. Установено е, че за периода 2001-2009 г. броят на инвалидите у нас нараства от 177 хиляди за 2001 г. до 241 хиляди през 2004 г., и се задържа на сравнително постоянно ниво през следващите години - около 182 хиляди души. Като причини за инвалидизацията се посочват новообразуванията (10-16%), сърдечно-съдовите заболявания (35-39%), болестите на костно-мускулната система (8-14%), ендокринните заболявания (8,0%), болестите на нервната система (4,0%). Особено тревожен е фактът, че от този огромен брой инвалидизирани лица 60% са на възраст от 20 до 60 години, т.е. в работоспособна възраст.

Въпреки статистическите данни и голямата морална, социална и икономическа тежест на социално-значимите заболявания (СЗЗ), се оказва че в България не се изучава въздействието на професионалните рискови фактори върху иницирането и развитието на тези заболявания. През последното десетилетие са провеждани единични изследвания върху определен брой работещи от различни отрасли, като вниманието е било насочено предимно върху професионалната заболеваемост и травматизма. В други проучвания на общата популация (а не само на работещите) за изследване на рисковите фактори за развитие на СЗЗ, вредните фактори на работното място въобще не се споменават.

Независимо от тези пропуски в научно-приложните проучвания, всеобщо е мнението за първостепенната роля на профилактиката, т.е. недопускането и ранното диагностициране на заболяванията. А това е една от основните функции на службите по трудова медицина -

наблюдение на здравното състояние на работещите чрез периодични прегледи от различни специалисти, според спецификата на здравните рискове на конкретното работно място.

В проведеното от нас проучване беше анализирано здравното състояние на извадка от 18 289 работещи от 4 предприятия, представителни за водещи икономически отрасли в България - "Транспорт" и „Услуги”. Бяха идентифицирани следните рискови фактори: Натоварване на опорно-двигателния апарат; Нервно-психично и емоционално напрежение; Напрежение на зрителния анализатор; Физическо натоварване; Неблагоприятно въздействие на микроклимат.

Анализът на моментната болестност сред проучваните работещи показва най-голяма честота на сърдечно-съдови заболявания (до 35,0%), зрителни нарушения (до 23,4%), ендокринни заболявания (до 15%), заболявания на нервната система (14,2%), заболявания на костно-мускулната система (14%). Като се има предвид, че извадката се състои от лица в работоспособна възраст (в част от предприятията – и в млада възраст), то регистрираните проценти са значително по-високи от данните за общото население в страната. Това доказва ролята на конкретните рискови фактори на работното място за инициране и развитие на заболяванията.

Интересен е и фактът, че моментната болестност в три от четири изследвани предприятия е над 100 на 100 работещи, което означава, че при проведените прегледи са регистрирани по повече от едно заболявания на работещ.

Анализът на заболяемостта с временна неработоспособност показва преваляване на дихателни заболявания (до 37%), травми (до 16,9 %), заболявания на костно-мускулната система (11,3%), заболявания на органите на кръвообращението (11%), заболявания на нервната система (7,8%).

Трудно е да бъде изчислен икономическият израз на ефекта от тези заболявания. Приблизителна представа за загубите, обаче, може да се получи като се има предвид, че в резултат на тези заболявания в проучваните предприятия са изгубени 171 938 календарни дни.

При проведените профилактични прегледи, организирани от службите по трудова медицина в изучаваните предприятия са диагностицирани 9 787 случая на общи и професионални заболявания, като болелите работещи са насочени за съответно адекватно лечение и рехабилитация.

Необходимо е интегриране и анализиране на информацията от профилактичните прегледи, извършвани от службите по трудова медицина, тази от общопрактикуващите лекари и от дружествата за доброволно здравно осигуряване. Доказано е значението на добре организирани и проведени профилактични прегледи за ранно диагностициране на

професионални и свързани с труда заболявания с участие на предварително подготвени специалисти според вида на конкретната трудова дейност. Това не игнорира профилактичните прегледи, извършвани от общопрактикуващите лекари, чиято цел е диагностициране на социално-значими заболявания. Би трябвало, обаче информацията, която СТМ подават на общопрактикуващите лекари, за установени заболявания при работещите и евентуалната им връзка с факторите на работната среда да бъде оценена и анализирана, за да бъдат насочени пациентите към последващо адекватно и ефективно лечение и/или рехабилитация. Така се гарантира оптимална профилактична помощ на населението, което ще доведе до подобряване на редица показатели на общественото здраве.

При проучването са разработени и реализирани програми за управление на здравния риск в изучаваните обекти. Мониторингът на риска показва, че в резултат на въведените мерки са подобрени някои от показателите за здравето на работещите (намаляване на случаите и дните на ВН). Други показатели, обаче, показват влошаване (повишена честота на регистрирани заболявания в някои предприятия). Това се дължи както на увеличаване на специализирания трудов стаж на работещите и възрастта им.

Важна предпоставка за увеличения брой на регистрираните здравни отклонения сред работещите е както подобрения достъп, така и повишеното качество на профилактичните прегледи и съответно подобрената диагностика на заболявания, реализирано чрез разработване и въвеждане на точно разписана организация и механизми на реализация на задължителните и периодични профилактични прегледи и изследвания на работещите, съгласно изискванията на Наредба №3/28.02.1987 г. на МЗ. (Приложение 1).

С осигуряването на добро здраве за работещите се създава възможност за пълноценната им реализация, което е от съществено значение за тяхното лично благополучие и полза за цялото общество.

6. ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

Изводи:

1. В България липсват мащабни и задълбочени проучвания за здравето на работещи от различни икономически отрасли. Съществуващите статистически данни се отнасят до професионалните заболявания и трудовия травматизъм сред работещите и до причините за смъртност, хоспитализация и инвалидизация сред общата популация. Липсват проучвания за въздействието рисковите фактори на работното място върху развитието на социално-значими заболявания.

2. При проведеното проучване сред 18 289 души се установи висока моментна болестност сред работещите. С най-голяма честота са сърдечно-съдовите заболявания, зрителните нарушения, ендокринните заболявания, болестите на нервната система, на опорно-двигателния апарат, на храносмилателната и на дихателната система. Тези данни се потвърждават и от резултатите от анализа на заболяемостта с временна неработоспособност.

3. Установена е „доза-отговор” зависимост между експозицията на конкретните рискови фактори при съответните професии и броя на работещи с диагностицирани общи и професионални заболявания.

4. При проведените профилактични прегледи в изучаваните предприятия са диагностицирани 9 787 случая на заболявания. Предвид обстоятелството, че изследваните са в работоспособна възраст, то получените резултати са по-високи от осреднените стойности за заболяемостта на цялата популация.

5. Необходимо е интегриране и анализиране на информацията от профилактичните прегледи, извършвани от службите по трудова медицина, от общопрактикуващите лекари и от дружествата за доброволно здравно осигуряване.

6. При проучването са разработени програми за управление на здравния риск, съобразени с конкретните рискови фактори на работното място. Предварителни наблюдения показват, че въведените мерки са довели до подобряване на редица здравни показатели на работещите. В дългосрочен план това води до закономерно подобряване на общественото здраве.

Препоръки:

1. Към НС :

- Дейността по организирането и провеждането на годишните задължителни профилактични прегледи, попълването и поддържането на стандартната медицинска документация, оценката и анализа на емпиричната информация, както и на тенденциите/динамиката на здравното състояние във времето, да се регламентира и регулира като специализиран пакет от услуги, изпълнявани от доброволните здравноосигурителни фондове.
- Регламент на връзката „СТМ-личен лекар”.

2. Към МЗ:

- Създаване на национален регистър на заболяемостта по браншове.
- Да се обобщава информацията от годишните доклади за здравното състояние на работещите, за да се получи реална представа за броя на страдащите от професионални и социално-значими заболявания.

3. Към МТСП и ИАГИТ :

- Централизиран контрол върху качеството на СТМ – напр. създаване на интегриран специализиран център към ИАГИТ за целенасочено управление на здравното състояние във връзка с повишаване на производителността на труда.
- Разработване на стандарт, чрез приемане на принципи за построяване на техническо задание за обслужване по здравословни и безопасни условия на труд под формата на типови или стандартни програми за управление на здравния риск в рамките на системите за управление на качеството на производството.

4. Към СТМ:

- Разработване и утвърждаване на Единен специализиран софтуер за оценка и анализ на емпиричните данни за здравното състояние с цел осигуряване на сравнимост на резултатите и мероприятията за подобряване на здравето на работещите във връзка с повишаване на производителността на труда.

- Задължително включване на предварителните медицински прегледи при постъпване на работа като предпоставка за своевременна профилактика във връзка с поддържането на оптимално здраве на работещите. Организиране на контрола им. Индивидуализирането им по вид и обем - по преценка на специалистът трудов лекар.

5. Към работодателите:

- Да се внедри стандарт (под форма на типови или стандартни програми) за управление на здравния риск в рамките на системите за управление на качеството на производството.
- Да се използва опита и възможностите на Дружествата за ДЗО за специализирана профилактика, поради доказано по-високия обхват и по-високия процент на диагностицирани заболявания.

Приноси:

Като съобразяваме публикуваното през последните години в специализираната и периодична българска литература по третираните в дисертацията проблеми, отчитаме като приноси следните резултати:

1. Извършен е анализ на здравното състояние на голяма извадка от работещи в различни икономически отрасли.
2. Извършен е анализ на заболяемостта с временна неработоспособност, която е от съществено значение за големите икономически разходи при заболяване на работещите.
3. Идентифицирани са водещите рискови фактори на работната среда в 4 големи предприятия в страната.
4. Предложени и реализирани в практиката са програми за управление на здравния риск, съобразени с конкретните фактори на работното място.
5. Предложени и реализирани в практиката са:
 - Организация и механизми на реализация на задължителните и периодични профилактични прегледи и изследвания на работещите, съгласно изискванията на наредба №3/28.02.1987 г. на МЗ.
 - Методични указания за организиране и провеждане на целеви профилактични медицински прегледи за ранно откриване на рак на гърдата, рак на шийката на матката и рак на простата на работещите.
 - Методични указания за провеждане на задължителните и периодични профилактични прегледи и изследвания на работещите, съгласно изискванията на наредба №3/28.02.1987 г. на МЗ.
6. Резултатите от проучването допринасят за изясняване на въздействието на рискови фактори на работното място върху честотата на социално-значимите заболявания в България.

Използвани съкращения

БВП	Брутен вътрешен продукт
БДС	Брутна добавена стойност
БЗР	Безопасност и здраве при работа
ВД	Видео дисплеи
ВН	Временна неработоспособност
ЕС	Европейски съюз
ЗВН	Заболеваемост с временна неработоспособност
ИАГИТ	Изпълнителна агенция Главна инспекция по труда
КИД	Класификатор на икономическите дейности
КСО	Кодекс за социално осигуряване
МБ	Моментна болестност
МЗ	Министерство на здравеопазването
МКБ	Международна класификация на болестите Ревизия 10
МСН	Мускулно-скелетни нарушения
МСС	Мускулно-скелетни смущения
МТСП	Министерство на труда и социалната политика
НОИ	Национален осигурителен институт
СЗЗ	Социално-значими заболявания
СЗО	Световна здравна организация
СТМ	Служба по трудова медицина
ТЕЛК	Териториална експертна лекарска комисия
ТН	Трайна неработоспособност
ФОЗ	Факултет по обществено здраве
ЧДБЛ	Често и дълго боледуващо лице

7. ЛИТЕРАТУРА

1. Велкова Д., К. Любомирова. Невропсихологични ефекти и усещане за здравен риск при експозиция на химични вредности. Здравен мениджмънт, 2006, бр. 3, с. 49-53.
2. Димитрова Т., Караславова Е., Дончев Н. Рискови фактори при лица с остър инфаркт на миокарда в зависимост от професионалната им принадлежност. Сърдечно-съдови заболявания, 2009, бр. 1, с. 13-16.
3. Любомирова К., Т. Попов, Т. Панев. Промени в липидния статус при лица, експонирани на въглероден дисулфид. Военна медицина, 2006, бр. 2, с. 27-30.
4. Любомирова К. и кол. Нови данни за влиянието на въглеродния дисулфид върху ендокринния статус. Ендокринология, 2006, бр. 3, с. 3-12.
5. Любомирова К., Д. Петков. Превенция и управление на здравния риск (пример от трудово – медицинската практика в предприятие за миещи препарати). Здравен мениджмънт, 2008, бр. 1, с. 20-23.
6. Любомирова К, Н. Цачева, Ж. Павлова. Измерване на икономическия ефект от дейността на службите по трудова медицина. Здравна политика и мениджмънт, 2011, бр. 1, с. 61-64.
7. Любомирова К. Трудова медицина, базирана на доказателства – Здравна политика и мениджмънт, 2012, бр. 1.
8. Любомирова К., Т. Попов, Т. Панев. Промени в липидния статус при лица, експонирани на въглероден дисулфид. Военна медицина, 2006, бр. 2, с. 27-30.
9. Любомирова К. и кол. Нови данни за влиянието на въглеродния дисулфид върху ендокринния статус. Ендокринология, 2006, бр. 3, с. 3-12.
10. Национално изследване на условията на труд. Доклад, София, 2011. Онлайн достъп <<http://bilsp.org/index.php?t=185>>. (23.11.2011).
11. Национална програма по безопасност и здраве при работа, 2010, <<http://www.gli.government.bg/document/624>>. (23.11.2011).
12. Национален център по здравна информация. Хоспитализирана заболеваемост в Република България за периода 2000 – 2009 г. Бюлетин № 10. София 2010.
13. Национален Център по здравна информация. Инвалидност в Република България за периода 2001-2009, Бюлетин № 10. София 2010.
14. Национален Център по здравна информация. Смъртност по основни причини в Република България, Бюлетин № 10. София 2010.

15. Петков В. Мениджмънт на заболяването. Здравен мениджмънт, 2002, бр. 1, с. 18-23.
16. Петков В. Здравни цели. Здравен мениджмънт, 2002, бр. 3, с. 60-62.
17. Петков В. Н. Попов, Т. Златанова. Световното население: Актуални проблеми и тенденции за следващите десетилетия. Социална Медицина, 2005, бр. 3, с. 4-7.
18. Попов Т. и кол. Тютюнопушенето като фактор, увеличаващ професионалната експозиция на полициклични ароматни въглеводороди. Военна Медицина, 2006, бр. 2, с. 41-43.
19. Савова З. Влияние на социалните фактори върху здравословното състояние на хора в напреднала възраст. Проблеми на ендокринологията и геронтологията, 1996, IV, с. 94-97.
20. Сиджимова Д., Ж. Павлова, Е. Дацов. Сравнителен социално-икономически анализ на тютюнопушенето сред жители на София в трудоспособна възраст. Здравна икономика и мениджмънт, 2010, бр. 4, с. 21-28.
21. Цачева Н. и кол. Здравно-икономически аспекти на добрата практика в трудовата медицина и при високоспециализирани медицински дейности. Невросонология и мозъчна хемодинамика, 2011, VII, бр. 2, с. 124-129.
22. Цачева Н., К. Любомирова. Проучване на здравето на работната сила в Европа. Невросонология и мозъчна хемодинамика, 2011, VII, бр. 1, с. 46-51.
23. Цачева Н. Здраве на работната сила в България /трудопомедицински проблеми/. ВМА. С., 2007, с.154.
24. Adnett, N. (1996). European Labour Markets: Analysis and Policy. Longman: London.
25. Arnetz, B. B. & Wiholm, C. (1997). Technological stress: psychophysiological symptoms in modern offices. Journal Of Psychosomatic Research, 43(1), 35-42.
26. Arber, S. & Lahelma, E. (1993). Inequalities in women's and men's ill-health: Britain and Finland compared. Social Science & Medicine, 37(8), 1055-1068.
27. Armstrong-Stassen, M. (1993). Production workers reactions to a plant closing - The role of transfer, stress, and support. Anxiety Stress And Coping, 6(3), 201-214.
28. Arnetz, B. B. (1996). Techno Stress - A prospective psychophysiological study of the impact of a controlled stress reduction program in advanced telecommunication systems-design work. Journal Of Occupational And Environmental Medicine, 38(1), 53-65.
29. Arnetz, B. B. (1997). Technological stress: psychophysiological aspects of working with modern information technology. Scandinavian Journal Of Work Environment & Health, 23(S3), 97-103.
30. Arnetz, B. B., Berg, M. & Arnetz, J. (1997). Mental strain and physical symptoms among employees in modern offices. Archives of Environmental Health, 52(1), 63-67.

31. Aronsson, G., Dallner, M. & Aborg, C. (1994). Winners and losers from computerization: A study of the psychosocial work conditions and health of Swedish state employees. *International Journal of Human Computer Interaction*, 6(1), 17-35.
32. Barrios-Choplin B, McCraty R. & Cryer B. (1997). An inner quality approach to reducing stress and improving physical and emotional well-being at work. *Stress Medicine*, 13(3), 193-201;
33. Berg, M., & Arnetz, B. (1996). An occupational study of employees with VDU-associated symptoms - The importance of stress. *Stress Medicine*, 12(1), 51-54.
34. Bergqvist, U. & Wahlberg, J. E. (1994). Skin symptoms and disease during work with visual display terminals. *Contact Dermatitis*, 30(4), 197-204.
35. Bergqvist, U. *et al.* (1995a). The influence of VDT work on musculoskeletal disorders. *Ergonomics*, 38(4), 754-762.
36. Bergqvist, U. *et al.* (1995b). Musculoskeletal disorders among visual display terminal workers: Individual, ergonomic, and work organizational factors. *Ergonomics*, 38(4), 763-776.
37. Bernard, B. *et al.* (1994). Job task and psychosocial risk factors for work-related musculoskeletal disorders among newspaper employees. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 20(6), 417-426.
38. Bosma, H. *et al.* (1997). Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *BMJ*, 314(7080), 558-565.
39. Boucsein, W. & Thum M. (1997). Design of work/rest schedules for computer work based on psychophysiological recovery measures. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 20(1), 51-57.
40. Carayon, P. (1993). Job design and stress in office workers. *Ergonomics*, 36(5), 463-477.
41. Dimitrova T., A. Penev, I. Zlatarov. (2005). Working time organization and myocardial infarction, *Journal of IMAB Ann Proc*, 1, 33-35, <<http://www.journal-imab-bg.org/statii-05/33-35str-b1-05.pdf>>. (01.12.2011).
42. Dimitrova T., B. Kavaldzhieva. (2006). Comparative study of risk factors among patients with acute myocardial infarction from different professional groups. "Ecology and Health". Proceedings of Scientific – technical conference with international participation, 417-422.
43. Ekberg, K. *et al.* (1995). Psychological stress and muscle activity during data entry at visual- display units. *Work & Stress*, 9(4), 475-490.
44. Elstad, J. I. (1996). Inequalities in health related to women's marital, parental, and employment status a comparison between the early 70s and the late 80s, Norway. *Social Science & Medicine*, 42(1), 75-89.

45. Eriksson, N. *et al.* (1996). Psychosocial factors and the Sick Building Syndrome - A case referent study. *Indoor Air*, 6(2), 101-110.
46. Faucett J. & Rempel D. (1996). Musculoskeletal symptoms related to video display terminal use: An analysis of objective and subjective exposure estimates. *AAOHN Journal*, 44(1), 33-39.
47. Faucett, J. & Rempel, D. (1994). VDT-related musculoskeletal symptoms - Interactions between work posture and psychosocial work factors. *American Journal Of Industrial Medicine*, 26(5), 597-612.
48. Ferrie, J. *et al.* (1998). The health effects of major organisational change and job insecurity. *Social Science & Medicine*, 46(2), 243-254.
49. Fujigaki, Y. (1996). Time series investigation of job-events and depression in computer software engineers. *Industrial Health*, 34(2), 71-79.
50. Gjorgjev, D. *et al.* (1999). Distribution of heavy metals with particular attention to manganese in neighboring of the Ferro-Manganese Production Plant, Makedonski medicinski pregled, 53: (Supplement 34): 85-93.
51. Goldenberg, S. & Kline, T. (1997). Canadian white-collar workers' views of their experience with downsizing or job loss. *Psychological Reports*, 80(3 Pt1), 707-719.
52. Greenlund, K. J. & Elling, R. H. (1995). Capital sectors and workers' health and safety in the United States. *International Journal of Health Services*, 25(1), 101-116.
53. Hales, T. R. *et al.* (1994). Musculoskeletal disorders among visual display terminal users in a telecommunications company. *Ergonomics*, 37(10), 1603-1621.
54. Hamilton, V. L. *et al.* (1993). Unemployment, distress, and coping: a panel study of autoworkers. *Journal of Personality & Social Psychology*, 65(2), 234-247.
55. Hammarstrom, A. (1994). Health consequences of youth unemployment. *Public Health*, 108(6), 403-412.
56. Hardy, G.E., Shapiro, D.A. & Borrill, C.S. (1997). Fatigue in the workforce of national health service trusts: Levels of symptomatology and links with minor psychiatric disorder, demographic, occupational and work role factors. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(1), 83-92.
57. Hardy, M. A. & Quadagno, J. (1995). Satisfaction with early retirement: making choices in the auto industry. *Journals of Gerontology*, 50(4), 217-228.
58. Hayashi, T. *et al.* (1996). Effect of overtime work on 24-hour ambulatory blood pressure. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 38(10), 1007-1011.

59. Heaney, C. A., Israel, B. A. & House, J. S. (1994). Chronic job insecurity among automobile workers: effects on job satisfaction and health. *Social Science & Medicine*, 38(10), 1431-1437.
60. Hedge, A., Erickson, W. A. & Rubin, G. (1996). Predicting Sick Building Syndrome at the individual and aggregate levels. *Environment International*, 22(1), 3-19.
61. Hemingway, H. *et al.* (1997). Sickness absence from back pain, psychosocial work characteristics and employment grade among office workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 23(2), 121-129.
62. Hochandel, C. D. (1995). Computer workstation adjustment - A novel process and large sample study. *Applied Ergonomics*, 26(5), 315-326.
63. Houtman, I., Bongers, P. & Smulders, P. (1994). Psychosocial stressors at work and musculoskeletal problems. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 20(2), 139-145.
64. Isaksson, K. (1997). Patterns of adjustment to early retirement. Reports From the Department of Psychology, U. Stockholm, Jan № 828, 1-13.
65. Jeffery, R. W. *et al.* (1993). Effects of work-site health promotion on illness-related absenteeism. *Journal of Occupational Medicine*, 35(11), 1142-1146.
66. Jeffery, R. *et al.* (1994). Restrictive smoking policies in the workplace: Effects on smoking prevalence and cigarette consumption. *Preventive Medicine*, 23(1), 78-82.
67. Kamienska Zyla, M. & Prync Skotniczny, K. (1996). Subjective fatigue symptoms among computer systems operators in Poland. *Applied Ergonomics*, 27(3), 217-220.
68. Kerr, J. H. & Vos, M. C. H. (1993). Employee fitness programs, absenteeism and general well-being. *Work & Stress*, 7(2), 179-190.
69. Kinnunen, U. & Natti, J. (1994). Job Insecurity in Finland: Antecedents and Consequences. *European Work and Organizational Psychologist*, 4(3), 297-321.
70. Kochubovski, M., Gjorgjev, D., Filjansk, P. (1999). Health effects in one part of school population under the air pollution with lead in urban area. *Makedonski Medicinski Pregled*, №. 1-2, 86-90.
71. Kochubovski M., L. Kolevska, V. Kendrovski, E. Stikova. Air pollution in Skopje with suspended particulate matters-heavy metals and review of their time and space distribution in relation to the health of the exposed population, 5th International Symposium and Exhibition on Environmental Contamination in Central and Eastern Europe, Prague; 2000: 84-92.

72. Kochubovski M., Kendrovski V. Influence of asbestos from Kosovo factory as transboundary air outdoor pollution in the Republic of Macedonia, 3rd International Conference of Balkan Environmental Association (B.E.N.A), Bucharest; 2000: 24.
73. Kosevska E., J. Karadjinska-Bislimovska, M. Spasovski, F. Tozija, M. Kochubovski, V. Kendrovski, S. Cicevalieva, V. Dimitrievska. Health promotion activities in the Republic of Macedonia. A Handbook for teachers, researchers, health professionals and decision makers "Health promotion and disease prevention", Publisher: Hans Jacobs Publishing Company. ISBN 978-3-89918-169-2; Lage; 2007: 176-187.
74. Leana, C. R. & Feldman, D. C. (1995). Finding new jobs after a plant closing: Antecedents and outcomes of the occurrence and quality of re-employment. *Human Relations*, 48(12), 1381- 1401.
75. Lechner, L., de Vries, H., Adriaansen, S. & Drabbels, L. (1997). Effects of an employee fitness program on reduced absenteeism. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 39(9), 827-831;
76. Leodolter, K. M., Lindorfer, M. & Jager, R. (1996). Complaints of employees working with visual display terminals (VDT), depending on duration and conditions of work. [German]. *Zentralblatt Fur Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz Und Ergonomie* , 46(2), 42-48.
77. Levoska, S. & Keinanen Kiukaanniemi, S. (1994). Psychosocial stress and job satisfaction in female office employees with and without neck-shoulder symptoms. *Work & Stress*, 8(3), 255-262.
78. Lim, V. K. G. (1996). Job insecurity and its outcomes - moderating effects of work based and non work based social support. *Human Relations*, 49(2), 171-194.
79. Lim, V. K. G. (1997). Moderating effects of work-based support on the relationship between job insecurity and its consequences. *Work & Stress* , 11(3), 251-266.
80. Lyubomirova, K. Health risk management at occupational exposure to carbon disulfide, Public health and Health Care in Greece and Bulgaria: the challenge of the cross-border collaboration, Papazissis publishers, Athens, 2010, 1159-1166.
81. Marcus, M. & Gerr, F. (1996). Upper extremity musculoskeletal symptoms among female office workers - associations with Video Display Terminal use and occupational psychosocial stressors. *American Journal Of Industrial Medicine*, 29(2), 161-170.
82. Marmot, M. (1994). Work and other factors influencing coronary health and sickness absence. *Work & Stress*, 8(2), 191-201.
83. Marshall, N. L., Barnett, R. C. & Sayer, A. (1997). The changing workforce, job stress, and psychological distress. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2(2), 99-107.

84. Matthews, S., Hertzman, C., Ostry, A. & Power, C. (1998). Gender, work roles and psychosocial work characteristics as determinants of health. *Social Science & Medicine*, 46(11), 1417-1424.
85. Melamed, S., Ben Avi, I., Luz, J. & Green, M. S. (1995). Repetitive work, work underload and coronary heart disease risk factors among blue-collar workers: The Cordis study. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(1), 19-29.
86. Mitchie, S. (1996). Reducing absenteeism by stress management: valuation of a stress counselling service. *Work & Stress*, 10(4), 367-372.
87. Mullarkey, S, Jackson, P. & Wall, T. (1997). The impact of technology characteristics and job control on worker mental health. *Journal of Organizational Behaviour*, 18, 471-489.
88. Murza, G., Annuss, R. & Dickersbach, M. (1994). 'Hab' ein Herz fur Dein Herz' (Have a Heart for Your Heart) - A Worksite Health Promotion Programme on Cardiovascular Risk Factors. *Irish Journal of Psychology*, 15, 1, 191-202.
89. Nelson, A., Cooper, C. L. & Jackson, P. R. (1995). Uncertainty amidst change: The impact of privatization on employee job satisfaction and well-being. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 68(1), 57-71.
90. Nygard, C. H., Huuhtanen, P., Tuomi, K. & Martikainen, R. (1997). Perceived work changes between 1981 and 1992 among aging workers in Finland. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 23 Suppl 1:12-9.
91. Orpen, C. (1994). The effects of self-esteem and personal control on the relationship between job insecurity and psychological well-being. *Social Behavior and Personality*, 22(1), 53-55.
92. Parker, P. A. & Kulik, J. A. (1995). Burnout, self- and supervisor-related job performance, and absenteeism among nurses. *Journal of Behavioral Medicine*, 18(6), 581-599.
93. Parker, S. K., Chmiel, N. & Wall, T. B. (1997). Work characteristics and employee well-being within a context of strategic downsizing. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2(4), 289-303.
94. Peterson, M. & Wilson J. (1996). Job satisfaction and perceptions of health. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 38(9), 891-898.
95. Polanyi, M. F. D. *et al.* (1997). Upper limb workrelated musculoskeletal disorders among newspaper employees: Cross-sectional survey results. *American Journal of Industrial Medicine* , 32(6), 620-628.
96. Poole, C. J. (1997). Retirement on grounds of ill health: cross-sectional survey in six organisations in United Kingdom. *BMJ*, 314(7085), 929-932.

97. Rasanen, K., Notkola, V. & Husman, K. (1997). Perceived work conditions and work-related symptoms among employed Finns. *Social Science & Medicine*, 45(7), 1099-1110;
98. Reitzes, D. C., Mutran, E. J. & Fernandez, M. E. (1996). Does retirement hurt well-being? Factors influencing self-esteem and depression among retirees and workers. *Gerontologist*, 36(5), 649-656.
99. Reynolds, J. R. (1997). The effects of industrial employment conditions on job-related distress. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(2), 105-116.
100. Reynolds, S. (1997). Psychological well-being at work: Is prevention better than cure? *Journal of Psychosomatic Research*, 43(1), 93-102.
101. Riipinen, M. (1997). The relationship between job involvement and well-being. *Journal of Psychology*, 131(1), 81-89.
102. Roskies, E., Louis Guerin, C. & Fournier, C. (1993). Coping with job insecurity: How does personality make a difference? *Journal of Organizational Behavior*, 14(7), 617-630.
103. Samuelsson, M. *et al.* (1997). Suicidal feelings and work environment in psychiatric nursing personnel. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 32(7), 391-397.
104. Sanchez-Roman, F. R. *et al.* (1996). Risk factors for asthenopia among computer terminal operators. [Spanish]. *Salud Publica De Mexico*, 38(3), 189-196.
105. Schaubroeck, J. & Merritt, D. E. (1997). Divergent effects of job control on coping with work stressors: The key role of self-efficacy. *Academy of Management Journal*, 40(3), 738-754.
106. Shaw, J. B., Fields, M. W., Thacker, J. W. & Fisher, C. D. (1993). The availability of personal and external coping resources: their impact on job stress and employee attitudes during organizational restructuring. *Work & Stress*, 7(3), 229-246.
107. Shi, L. (1993). Health promotion, medical care use, and costs in a sample of worksite employees. *Evaluation Review*, 17(5), 475-487.
108. Shi, L. (1993). Worksite health promotion and changes in medical care use and sick days. *Health Values The Journal of Health Behavior, Education and Promotion*, 17(5), 9-17.
109. Shimizu, Y., Makino, S. & Takata, T. (1997). Employee stress status during the past decade (1982-1992) based on a nation-wide survey conducted by the Ministry of Labour in Japan. *Industrial Health*, 35(3), 441-50.
110. Shipkovenska, E., Lyubomirova K. (2007). Preventive Health Care and Disease Prevention. In: *A Handbook for teachers, researchers, health professionals and decision makers "Health promotion and disease prevention"*. ed. Doncho Donev, Gordana Pavlekovic, Lijana Zaletel Kragelj, ISBN 978-3-89918-169-2; pp:354- 362.

111. Sorensen, G., Lewis, B. & Bishop, R. (1996). Gender, job factors, and coronary heart disease risk. *American Journal of Health Behavior*, 20(1), 3-13.
112. Stansfeld , S. A. *et al.* (1997). Work and psychiatric disorder in the Whitehall II study. *Journal of Psychosomatic Research* , 43(1), 73-81.
113. Sternberg, B. *et al.* (1994). The Sick Building Syndrome (SBS) in office workers - A case referent study of personal, psychosocial and building related risk indicators. *International Journal Of Epidemiology*, 23(6), 1190-1197.
114. Sternberg, B. & Wall, S. (1995). Why do women report Sick Building Symptoms more often than men. *Social Science & Medicine*, 40(4), 491-502.
115. Tzacheva N., Lyubomirova K., Dacov E., Evstatieva S., Prodanova Y. (2011). History of the medical training in hygiene and occupational health in Bulgaria. 5 Balkan Congress on the History Ethics of Medicine, Istanbul, 1160-1163.
116. Tzacheva, N. *et al.* (2008). Socially – significant diseases in workers – level, structure and dynamics over a 15 – year period. *Archives*, 29th Balkan medical week, 22.
117. Vahtera, J., Kivimaki, M. & Pentti, J. (1997). Effect of organizational downsizing on health of employees. *Lancet*, 350(9085), 1124-1128.
118. Virtanen, P. (1993). Unemployment, re-employment and the use of primary health care services. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 11(4), 228-233.
119. Wahlstedt, K. G. I., & Edling, C. (1997). Organizational changes at a postal sorting terminal – Their effects upon work satisfaction, psychosomatic complaints and sick leave. *Work & Stress*, 11(3), 279-291.
120. Westlander, G. (1994). The full time VDT operator as a working person - Musculoskeletal work discomfort and life situation. *International Journal of Human Computer Interaction*, 6(4), 339- 364.
121. Wiholm, C. & Arnetz, B. B. (1997). Musculoskeletal symptoms and headaches in VDU users – a psychophysiological study. *Work & Stress*, 11(3), 239-250.
122. Williamson, A. M., Gower, C. G. & Clarke, B. C. (1994). Changing the hours of shiftwork: a comparison of 8- and 12-hour shift rosters in a group of computer operators. *Ergonomics*, 37(2), 287-298.
123. Zeitlin, LR. (1995). Organizational downsizing and stress related illness. *International Journal Of Stress Management*, 2(4), 207-219.

8. ПРИЛОЖЕНИЯ

I. ПРИЛОЖЕНИЕ 1

1. Принципно предложение за Организация и механизми на реализация на задължителните и периодични профилактични прегледи и изследвания на работещите, съгласно изискванията на наредба №3/28.02.1987 г. на МЗ.
2. Принципно предложение за Методични указания за организиране и провеждане на целеви профилактични медицински прегледи за ранно откриване на рак на гърдата, рак на шийката на матката и рак на простата на работещите.
3. Принципно предложение за Методични указания за провеждане на задължителните и периодични профилактични прегледи и изследвания на работещите, съгласно изискванията на наредба №3/28.02.1987 г. на МЗ.
 - 3.1. Задължения на лекаря, извършващ профилактичния преглед.
 - 3.2. Задължителни компоненти на медицинския преглед.

II. ПРИЛОЖЕНИЕ 2

1. Номенклатура причини за временна неработоспособност по код

ПРИНЦИПНО ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕХАНИЗМИ НА РЕАЛИЗАЦИЯ НА ЗАДЪЛЖИТЕЛНИТЕ И ПЕРИОДИЧНИ ПРОФИЛАКТИЧНИ ПРЕГЛЕДИ И ИЗСЛЕДВАНИЯ НА РАБОТЕЩИТЕ, СЪГЛАСНО ИЗИСКВАНИЯТА НА НАРЕДБА №3/28.02.1987 Г. НА МЗ

1. Възложителят и Ръководителя на служба „Трудова медицина” определят контингента, изготвят и предоставят на Изпълнителя списък на подлежащите на прегледи и изследвания лица, съдържащ: трите имена, единен граждански номер, професия, общ и специален трудов стаж, месторабота, рискови фактори на работната среда, име и адрес на личния лекар и други необходими данни.
2. Прегледите се провеждат по график, сведен до знанието на работещите не по-късно от 20 работни дни от началото на прегледите. Желателно е да бъдат предвидени и допълнителни (резервни) дати за прегледи на неуспелите да се явят служители поради отсъствие по болест, платен годишен отпуск или командировка.
3. Изпълнителят, към момента на провеждане на прегледите, иска потвърждение за актуалността на списъците от Възложителя.
4. Преди започване на профилактичните прегледи, Изпълнителя представя на Ръководителя на служба „Трудова медицина” при Работодателя за съгласуване списък на специалистите, които ще извършват прегледите.
5. Възложителят свежда до знанието на всички свои служители графика за профилактичните прегледи и осигурява явяването им. Провежда мероприятие по запознаване на работещите с техните задължения; запознаване с вида и обема на профилактиката и разяснения относно ползите от нея.
6. Изпълнителят организира провеждането на профилактичните прегледи и изследвания на място и във време, удобно за работещите.
7. Преди започване на прегледите, СТМ предоставя информация на медицинските специалисти, извършващи медицинските прегледи, по отношение на идентифицираните опасности и установения риск за здравето и безопасността на работещите във фирмата.
8. СТМ провежда инструктаж на медицинските специалисти, ангажирани за извършване на прегледите. При възможност им предоставя информация за резултатите от предходните прегледи и изследвания на подлежащите работници. Провежда

- мероприятие по запознаване с медицинската документация и инструкции за правилното ѝ попълване; запознаване с вида и обема на профилактиката и “маршрут” на пациента при регистрирано заболяване.
9. Клинико-лабораторните и клинико-инструменталните изследвания се организират от Изпълнителя. Осъществяват се във време, съгласувано с Ръководителя на служба „Трудова медицина” при Работодателя (по време на прегледите или предварително, по график, предоставен от Ръководителя на служба „Трудова медицина” при Работодателя), на място и в рамките на договореното време.
 10. Всеки служител, преминал през клинико-лабораторно изследване, получава лично екземпляр на резултата. Задължително е това да стане с разчитане на показателите от лекар (устно или писмено).
 11. След извършване на клинико-лабораторните и клинико-инструменталните изследвания, лекарите-специалисти ги интерпретират и вписват/прикрепят резултатите в документацията, предоставената от СТМ на Изпълнителя (здравното досие).
 12. Резултатите (диагноза, заключение за годност) от периодичните профилактични прегледи се отразяват на хартиен носител по образец на СТМ на Изпълнителя (здравно досие).
 13. Всеки документ – здравно досие, рецепта, талон и други изискуеми се подписва собственоръчно от лекаря-изпълнител, носи печат и дата.
 14. При необходимост от допълнителни прегледи и изследвания с цел уточнение на здравното състояние на някои от служителите, медицинските специалисти издават направление до личен лекар, а при възможност и до лекар-специалист. Направлението е бланка, предоставена/съгласувана със СТМ. Издава се в два еднообразни екземпляра. Първият екземпляр се дава лично на пациента, а втория (копието) се прикрепя в документацията (здравното досие) на пациента.
 15. Всяко издадено направление съдържа данните на работещият – трите имена, ЕГН, адрес; подпис на лекаря, извършил прегледа; печат на лечебното заведение; дата на издаване; диагноза; и друга изискуема информация.
 16. На всеки работник с издадено направление се дават изчерпателни обяснения относно находката, необходимостта от допълнителните медицински дейности – значимост, вид, обем и очакван резултат.
 17. Диагностичното уточняване, консултациите или болничното лечение трябва да се извършат в установен порядък и срокове, указани от специалистите, извършващи профилактичния преглед.

18. В случаите когато пациентите не са спазили препоръките на лекарите, оторизирано от работодателя лице е необходимо ги търси активно.
19. Диагностичното уточняване трябва да е завършено до един месец от насочването (деня на прегледа) на пациента, лечението да е приключило или поне да е започнало (когато се касае за хронични заболявания или такива с продължителен курс на лечение), а оторизираното от работодателя лице да е получило информация за движението и състоянието на всеки насочен пациент.
20. По време на профилактичния преглед, лекарите провеждат и здравно възпитание, прилагайки както индивидуалния, така и груповия подход.
21. По време на профилактичните медицински прегледи, по преценка на Възложителя, присъства упълномощено, което да контролира процеса на изпълнение.
22. След приключване на възложените дейности по профилактичните прегледи Изпълнителят, с приемно-предавателен протокол, предоставя всички указани документи с резултатите от проведените прегледи на представител на СТМ на Възложителя.

ПРИНЦИПНО ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА МЕТОДИЧНИ УКАЗАНИЯ ЗА ОРГАНИЗИРАНЕ И ПРОВЕЖДАНЕ НА ЦЕЛЕВИ ПРОФИЛАКТИЧНИ МЕДИЦИНСКИ ПРЕГЛЕДИ ЗА РАННО ОТКРИВАНЕ НА РАК НА ГЪРДТА, РАК НА ШИЙКАТА НА МАТКАТА И РАК НА ПРОСТАТА НА РАБОТЕЩИТЕ

1. Възложителят и Ръководителя на служба „Трудова медицина” определят контингента, изготвят и предоставят на Изпълнителя списък на подлежащите на прегледи и изследвания лица, съдържащ: трите имена, единен граждански номер, професия, общ и специален трудов стаж, месторабота, рискови фактори на работната среда, име и адрес на личния лекар и други необходими данни.
2. Прегледите се провеждат по график, сведен до знанието на работещите не по-късно от 20 работни дни от началото на прегледите. Желателно е да бъдат предвидени и допълнителни (резервни) дати за прегледи на неуспелите да се явят служители поради отсъствие по болест, платен годишен отпуск или командировка.
3. Изпълнителят, към момента на провеждане на прегледите иска потвърждение за актуалността на списъците от Възложителя.
4. Преди започване на профилактичните прегледи, Изпълнителя представя на Ръководителя на служба „Трудова медицина” при Работодателя за съгласуване списък на специалистите, които ще извършват прегледите.
5. Възложителят свежда до знанието на всички свои служители графика за профилактичните прегледи и осигурява явяването им. Провежда мероприятие по запознаване на работещите с техните задължения; запознаване с вида и обема на профилактиката и разяснения относно ползите от нея.
6. Изпълнителят организира провеждането на профилактичните прегледи и изследвания на място и във време, удобно за работещите.
7. Преди започване на прегледите, СТМ предоставя информация на медицинските специалисти, извършващи медицинските прегледи, по отношение на идентифицираните опасности и установения риск за здравето и безопасността на работещите във фирмата. Провежда мероприятие по запознаване с медицинската документация и инструкции за правилното ѝ попълване; запознаване с вида и обема на профилактиката и “маршрут” на пациента при регистрирано заболяване.
8. Възложителят и Изпълнителят организират провеждането на целевите профилактични прегледи на подлежащите лица.
9. Изпълнителят провежда мероприятия по подготовка на лекарите, провеждащи специализираните медицински профилактични прегледи – запознаване с общите и

- специфични методични указания; запознаване с медицинската документация и инструкции за правилното ѝ попълване; запознаване с вида и обема на профилактиката и пътя на пациента при регистрирано заболяване.
10. Прегледите се провеждат съгласно разработени и пробирани методични указания.
 11. Всеки лекар и специалист, участващ в провеждането на целевата профилактика получава, при възможност информация за резултатите от предходните прегледи и изследвания на подлежащите работници.
 12. Клинико-лабораторните изследвания се организират от Изпълнителя. Пробовземанията се осъществяват преди или по време на целевите медицински прегледи, по местата на провеждане на профилактиката (лечебно заведение, месторабота), и предварително уточнено работното време.
 13. След изследване на пробите, съответните лекари-специалисти от екипа ги интерпретира.
 14. Всеки изследван служител на Възложителя, без отклонения в изследванията получава лично на хартиен носител оригинала на своя резултат.
 15. Всеки изследван служител на Възложителя, който има отклонение в референтните стойности получава на хартиен носител указания, в индивидуално запечатан и надписан лично плик.
 16. Цитологичните изследвания се организират от Изпълнителя. За повишаване качеството и ефективността на прегледа, по възможност да се ползват възможностите на експресната цитодиагностика.
 17. Пробовземанията се осъществяват по време на целевите гинекологични прегледи.
 18. След изследване на цитологичните проби, лично лекарят, извършил гинекологичния преглед ги интерпретира. При необходимост, изписва рецепта.
 19. При пациентки с висока група по Папаниколау, лекарят, извършил прегледа лично се обажда на служителката и обсъжда с нея предлагания план за диагностично уточняване и лечение.
 20. Всяка изследвана служителка на Възложителя, получава на хартиен носител своя цитологичен резултат, придружен с указания, в индивидуално запечатан и надписан лично плик.
 21. Резултатите от целевите профилактични прегледи се отразяват на хартиен носител (здравно досие).
 22. Всеки документ – здравно досие, рецепта, талон и други изискуеми се подписва собственоръчно от лекарят-изпълнител, носи печат и дата.

23. При необходимост от допълнителни прегледи и изследвания с цел уточнение на здравното състояние на някои от служителите, медицинските специалисти издават направление до личен лекар, а при възможност и до лекар-специалист. Направлението е бланка, предоставена/съгласувана със СТМ. Издава се в два еднообразни екземпляра. Първият екземпляр се дава лично на пациента, а втория (копието) се прикрепя в документацията (здравното досие) на пациента.
24. Всяко издадено направление съдържа данните на работещият – трите имена, ЕГН, адрес; подпис на лекаря, извършил прегледа; печат на лечебното заведение; дата на издаване; диагноза; и друга изисквана информация.
25. По време на профилактичния преглед, лекарите провеждат и здравно възпитание, прилагайки както индивидуалния, така и груповия подход.
26. Диагностичното уточняване, консултациите или болничното лечение трябва да се извършат в установен порядък и срокове, указани от специалистите, извършващи профилактичния преглед.
27. В случаите когато пациентите не са спазили препоръките на лекарите, оторизирано от работодателя лице е необходимо ги търси активно.
28. Диагностичното уточняване трябва да е завършено до един месец от насочването (деня на прегледа) на пациента, лечението да е приключило или поне да е започнало (когато се касае за хронични заболявания или такива с продължителен курс на лечение), а оторизираното от работодателя лице да е получило информация за движението и състоянието на всеки насочен пациент.
29. По време на профилактичните медицински прегледи, по преценка на Възложителя, присъства упълномощено, което да контролира процеса на изпълнение.
30. След приключване на възложените дейности по профилактичните прегледи Изпълнителят, с приемно-предавателен протокол, предоставя всички указани документи с резултатите от проведените прегледи на представител на СТМ на Възложителя.

ПРИНЦИПНО ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА УКАЗАНИЯ ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЗАДЪЛЖИТЕЛНИТЕ И ПЕРИОДИЧНИ ПРОФИЛАКТИЧНИ ПРЕГЛЕДИ И ИЗСЛЕДВАНИЯ НА РАБОТЕЩИТЕ, СЪГЛАСНО ИЗИСКВАНИЯТА НА НАРЕДБА №3/28.02.1987 Г. НА МЗ

1. ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЛЕКАРЯ, ИЗВЪРШВАЩ ПРОФИЛАКТИЧНИЯ ПРЕГЛЕД

Предлаганото от лекарите-специалисти медицинско обслужване трябва да обединява в себе си промоцията, профилактиката, диагностиката, лечението и рехабилитацията, както и биологични, психологични и социални аспекти на здравето на индивида.

Лекарят- специалист трябва:

1. Да се грижи за здравето на пациентите си при спазване принципа на равнопоставеност в отношението си към отделния индивид.
2. Да притежава солидна медицинска подготовка и необходимата практика.
3. Да владее снемането на анамнеза и идентифицирането на рискови фактори.
4. Да отчита индивидуално и конкретно вида и степента на експозиция на рисковите фактори.
5. Да владее физикалните изследвания.
6. Да прави оценка на резултатите от прегледа и изследванията.
7. Да провежда здравно обучение по отношение на начина на живот и да дава указания относно ограничаването на рисковите фактори, които зависят от индивидуалното поведение на болните.
8. Да провежда профилактика и проследяване на предписаната профилактика и лечение.
9. Да насочва пациентите с рискови фактори за специализирана диагностика с допълнителни изследвания и назначаване на лечение.
10. Да използва ефективността на клинично-инструменталните и клинично-лабораторните методи и изследвания и да назначава специфична лабораторна и инструментална диагностика.
11. Да провежда лечение на острите и хронични заболявания.
12. Да насочва навреме и/или регулярно пациентите за консултация с висококвалифицирани специалисти или за хоспитализация при необходимост.
13. Да поема координираща роля в случаите, когато пациентът му е обект на наблюдение и/или лечение, предоставени от други лекари-специалисти.
14. Да попълва коректно медицинската документация, съгласно стандартите.

15. Да използва цялата здравна информация за пациентите си, само за професионални цели и спазва конфиденциалния ѝ характер.

16. Да спазва лекарската тайна и етичния кодекс на съсловието.

Освен това:

1. Съобразно своята специалност, лекарят е длъжен да направи задълбочена епидемиологична оценка на обслужвания контингент с последващ анализ на проблемите, породени от спецификата на труда му, въздействието на рисковите фактори на работната среда, района, екологичните неблагоприятия, рисковете по отношение на територия, образование, култура и етническа принадлежност.

2. Всеки лекар е длъжен, наблюдавайки широк кръг от здравни явления и рискови фактори, свързани с предотвратими заболявания, ефективно да интервенира и организира адекватни превантивни мероприятия като:

- ✓ Здравна профилактика - комплекс от мерки, насочени към намаляване на рисковите фактори за едни или други заболявания и/или към увеличаване на въздействието на факторите, които намаляват възприемчивостта към заболявания. Включва мероприятия и дейности и за намаляване на последиците от вече придобито заболяване.
- ✓ Промоция на здравето - обхваща медицински и извънмедицински подходи и методи (икономически, социални, културни, технически, организационни) за укрепване на здравето. Това са дейности за здравно възпитание и здравословно поведение.
- ✓ Здравната просвета представлява комплекс от мероприятия, насочени към повишаване на здравните знания с цел да се създадат предпоставки и възможности за изява и подкрепяне на доброволно поведение с цел поддържане и подобряване на здравето на индивида, социалните групи и обществото като цяло.

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ КОМПОНЕНТИ НА МЕДИЦИНСКИЯ ПРЕГЛЕД

2.1. ПРОФИЛАКТИЧЕН ТЕРАПЕВТИЧЕН ПРЕГЛЕД

Профилактичният преглед включва:

1. Анамнеза.
2. Общ обективен статус:
 - оглед;
 - палпация;
 - перкусия;
 - аускултация;
3. Обективна оценка на хемодинамични показатели (пулс, артериално налягане).

4. Електрокардиограма с интерпретация на резултата.
5. Интерпретация на клинико-лабораторните резултати.

Анамнеза

Цел – изясняване наличието на рискови фактори:

- сегашно състояние;
- минали заболявания;
- фамилна анамнеза;
- социално-битова анамнеза.

Общ обективен статус

Цел – изясняване наличието на патологични прояви, които биха имали връзка с някои оплаквания и симптоми:

- Оглед - общо състояние, кожа и лигавици, шия, щитовидна жлеза;
- Дихателна система – тип дишане, честота, оглед на гръден кош, палпация, перкусия, аускултация;
- Сърдечно-съдова система – оглед периферни съдове, палпация, перкусия, аускултация, оценка на хемодинамичните показатели - пулс, артериално налягане;
- Храносмилателна система – оглед на устна кухина, език, зъби, тонзили, фаринкс, корем, кожа и лигавици; палпация на корем, черен дроб, слезка, перкусия, аускултация – пересталтика и патологични шумове;
- Урогенитален апарат – оглед, палпация на бъбреци, сукусио реналис;
- Нервна система – менингеални симптоми, ЧМН, двигателни функции, координация и походка, рефлексии, сетивност, вегетативна нервна система, говор;
- Опорно-двигателна система – гръбначен стълб, горни и долни крайници, стави, мускулен тонус, околни тъкани, стойка;
- Анализатори – уши, очи;
- Палпация на регионални лимфни възли;
- Синдроми;
- Друго, по показания.

2.2. ПРОФИЛАКТИЧЕН НЕВРОЛОГИЧЕН ПРЕГЛЕД

Профилактичният неврологичен преглед включва:

1. Анамнеза.
2. Общ клиничен преглед със **снемане на пълен неврологичен статус**.

Анамнеза

Цел – изясняване наличието на рискови фактори:

- сегашно състояние;
- минали заболявания;
- фамилна анамнеза;
- социално-битова анамнеза.

Общ клиничен преглед

Цел – изясняване наличието на патологични прояви, които биха имали връзка с някои оплаквания и симптоми:

- Менингеални признаци – ригидност на врата, горен и долен Брудзински, Керниг, други симптоми;
- Черепномозъчни нерви;
- Двигателни функции – парези, парализи, синкинезии, скованост, координация, мускулен тонус, хиперкинезии, носопоказалечна проба, коленно-стъпална проба, адиадохокинеза, Ромберг, Тома, нистагъм, други;
- Походка;
- Говор;
- Механизъм, възбудимост (Хвостек, Трусо);
- Рефлекси – корнеен, мандибуларен, стилорадиален, бицепс, трицепс, коремен (горен, долен, среден), кремастерен, коленен, ахилов, плантарен, други;
- Патологични рефлексии:
горен крайник – Хофман, Трьомнер, Майер, хват. Рефлекс, орални автоматизми, хоботорефлекс, Маринеску-Радович, други;
долен крайник – Бабински, Опенхайм, Гордон, Шефер, Чадок, Росолимо, Жуковски, Мендел Бехтерев, защитни рефлексии;
- Сетивност – болки, парестезии, повърхностна активност, дълбока сетивност, ставно-мускулен усет, вибрационен усет;
- Афазия, апраксия, агнозия;
- Тазови резервоари;
- Вазомоторни, секреторни и трофични разстройства;
- Синдроми;

- Друго - по показания.

2.3. ПРОФИЛАКТИЧЕН ОФТАЛМОЛОГИЧЕН ПРЕГЛЕД

Профилактичният неврологичен преглед включва:

1. Анамнеза.
2. Общ клиничен преглед.
3. Обучение за намаляване на умората в очите, при продължителна работа с компютър – борба с компютърен зрителен синдром (CVS).

Анамнеза

Цел – изясняване наличието на рискови фактори:

- сегашно състояние;
- минали заболявания;
- фамилна анамнеза;
- социално-битова анамнеза.

Общ клиничен преглед

Цел – изясняване наличието на патологични прояви:

- Оглед на очна ябълка, клепачи, слъзен апарат, конюнктива, роговица, ирис, зеница, - дясно и ляво око;
- Палпация на орбита - дясно и ляво око;
- **КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ** – в зависимост от определения от СТМ пакет.

1. Зрителна острота (дясно око, ляво око) – без корекция, с корекция;

Изследване на зрителната острота е метод, който цели да отхвърли или приеме наличието на рефракционна аномалия. Зрителната острота (visus) най-често се изследва с помощта на зрителни таблици със специфични зрителни знаци (оптотипи), като всяко око се изследва поотделно, с оптична корекция.

2. Офталмоскопия

Офталмоскопията е обективен метод за визуализиране на очното дъно. Очното дъно се изследва традиционно с директен електричен офталмоскоп.

3. Тонометрия

Тонометрията е метод, който индиректно измерва вътреочното налягане. Обективното изследване на вътреочното налягане става с помощта на специални апарати, наречени тонометри, които точно определят нивото на вътреочно налягане.

4. Авторефрактометрия

Авторефрактометрията е прецизен метод, използван за измерване параметрите на зрението на пациента - късогледство, далекогледство, астигматизъм, ос и междузенично разстояние с цел обезпечаване на прецизна корекция на зрениетоофтальмологичен апарат измерва рефракцията на окото, т.е. диоптрите.

5. Цветоусещане

Цветоусещането се изследва със стандартни псевдо-изохроматични таблици, цветни тестове или апаратно - с аномалоскопи. При специализираното изследване на цветоусещането могат да се разграничат придобитите дисхроматопсии от вродените разстройства на цветното зрение.

2.4. ПРОФИЛАКТИЧЕН УНГ ПРЕГЛЕД

Профилактичният преглед включва:

1. Анамнеза.
2. Общ статус с оценка на:
 - глава и шия;
 - лице и лицева кожа;
 - устна кухина и слюнчени жлези;
 - челюстта и темпоромандибуларните стави;
 - фаринкс, ларинкс;
 - ушите и слуха;
 - нос;
 - щитовидната жлеза;
3. Обективна оценка с методите на:
 - оглед;
 - палпация;
 - перкусия;

- отоскопия;
- аудиометрия;

Анамнеза

Цел – изясняване наличието на рискови фактори:

- сегашно състояние – наличие на секрет, шум, световъртеж, болка при натиск, дъвчене; променен глас, хъркане, промяна във вкуса, продължителна кашлица, сухота в устата, отоци, подутини, ограничени движения, кръв в слюнка или храчки, и други насочващи въпроси;
- минали заболявания – наличие и продължителност на травми, операции, дренажи, стоматологични скоби, ортодонтско лечение, терапевтични процедури и други насочващи въпроси;
- фамилна анамнеза – алергия, слухови апарати и други насочващи въпроси;
- социално-битова анамнеза – тютюнопушене, хоби, нестандартно използване на гласа, продължителна професионална експозиция на вредни фактори, носене на ЛПС и други насочващи въпроси.

Общ обективен статус

Цел – изясняване наличието на патологични прояви, които биха имали връзка с някои оплаквания и симптоми:

- Оглед - общо състояние, кожа и лигавици, лица, глава, шия, щитовидна жлеза, скалп и др.; Оглед на всяка отделна единица – ушна мида, ушен канал, език, бузи, зъби, тонзили, назофаринкс, орофаринкс, хипофаринкс,
- Палпация на – параназална област, синуси, челюст, слюнчени жлези, щитовидна жлеза, сънна артерия, супраклавикуларна област, регионални лимфни възли, основа на езика и други;
- Перкусия – синуси, стави, мандибула, зъб, друго;
- Отоскопия – външен слухов меатус, тъпанчева мембрана;
- Аудиометрия – с тестове за изследване на механичното предаване (функция на средното ухо), невронното предаване (cochlear функция), както и централна интеграция:
 - въздушна проводимост;
 - костна проводимост.
- Пробите на Weber и Rinne с камертон (които са по-стари методи);

- Ориентировъчни проби за слухова острота чрез възприемане на шепотна и говорна реч;
- Синдроми;
- Друго, по показания.

2.5. ПРОФИЛАКТИЧЕН ПУЛМОЛОГИЧЕН ПРЕГЛЕД

Профилактичният преглед включва:

1. Анамнеза.
2. Общ обективен статус:
 - оглед;
 - палпация;
 - перкусия;
 - аускултация;
3. Обективна оценка на хемодинамични показатели (пулс, артериално налягане).
4. ФИД с интерпретация на резултата.
5. Интерпретация на клинично-лабораторните резултати.

Анамнеза

Цел – изясняване наличието на рискови фактори:

- сегашно състояние – кашлица, експекторация, диспнея, хрипове;
- минали заболявания – възпалителни, астма;
- фамилна анамнеза – астма, карциноми;
- социално-битова анамнеза – тютюнопушене, професионална експозиция на вредни фактори и продължителност, носене на ЛПС и други насочващи въпроси.

Общ обективен статус

Цел – изясняване наличието на патологични прояви, които биха имали връзка с някои оплаквания и симптоми:

- Оглед - общо състояние, кожа и лигавици, шия, щитовидна жлеза;
- Дихателна система – тип дишане, честота, оглед на гръден кош, симетрия, палпация, перкусия, аускултация;

Особено внимание при пулмологичния статус се обръща на:

- Дихателната честота;
- Дълбочина на вдишване;
- Ползване на дихателните мускули;

- Респираторен дистрес;
 - Аномалии на гръдната стена;
 - Гръдна екскурзия;
 - Диафрагмална екскурзия;
 - Болка в корема, ребрен парадокс;
 - Фремитус;
 - Палпация;
 - Перкусия – за плеврален излив или пневмоторакс;
 - Аускултация - дишане звуци, случайни звуци, предаване на звук.
- Сърдечно-съдова система – оглед периферни съдове, палпация, перкусия, аускултация, оценка на хемодинамичните показатели - пулс, артериално налягане;
 - Храносмилателна система – оглед на устна кухина, език, зъби, тонзили, фаринкс, корем, кожа и лигавици; палпация на корем, черен дроб, слезка, перкусия, аускултация – пересталтика и патологични шумове;
 - Нервна система – менингеални симптоми, ЧМН, двигателни функции, координация и походка, рефлекс, сетивност, вегетативна нервна система, говор;
 - Опорно-двигателна система – гръбначен стълб, горни и долни крайници, стави, мускулен тонус, околни тъкани, стойка;
 - Анализатори – уши, очи;
 - Палпация на регионални лимфни възли;
 - Синдроми;
 - Друго, по показания.

2.6. ПРОФИЛАКТИЧЕН МАМОЛОГИЧЕН ПРЕГЛЕД

Профилактичният мамологичен преглед включва:

1. Анамнеза.
2. Клиничен преглед с оглед и палпация.
3. Ехография на млечна жлеза.
4. При необходимост – цитологично изследване.
5. Обучение в самоизследване.

Анамнеза

Цел – изясняване наличието на рискови фактори за възникване на рак на гърдата:

- фамилна обремененост – наличие на заболели вече родственици, особено ако те са майка, сестра или леля;
- липса на раждане или късна първа бременност;
- ранна първа менструация;
- относително късно навлизане в критическа възраст;
- ползване на хормонални препарати;
- наличие на наднормено тегло, системна консумация на алкохол, диабет, предхождащи доброкачествени заболявания на млечната жлеза.

Клиничен преглед - Оглед

Цел – изясняване наличието промени във вида на млечната жлеза:

- форма, големина, положение на млечната жлеза;
- симетрията на млечната жлеза;
- видът на зърната;
- хлътване на мамилата;
- състоянието на кожата - изглаждане или хлътване на надлежащата кожа, зачервяване и разязвяване;
- състоянието на повърхностната съдова мрежа;
- изтичане на съдържимо от жлезата;
- промяната при повдигане и движение на ръцете.

Клиничен преглед - Палпация

Цел – изясняване наличието на локорегионално засягане на млечната жлеза и регионални лимфни възли:

- съотношение на кожа към подлежащите тъкани;
- определяне на подвижността спрямо съседните тъкани;
- неравности;
- наличие или липса на патологични уплътнения – уплътнения, възли, лобулиране в млечната жлеза;
- симптома на „портокаловата кожа“;
- наличие или липса на уголемени и плътни лимфни възли в аксилата (подмишницата).

Мамологична ехография

Цел – изясняване наличието на начални изменения в млечната жлеза, които не се опипват при изследването с ръка:

- различаване на солидни от кистозни лезии;
- явно суспектни лезии;
- най-вероятно бенигнени лезии;
- единични кисти;
- фиброаденоми;
- дифузни изменения – фиброкистозна мастопатия;
- други типове фокализирани аномалии.

Цитологично изследване

Цел – морфологично потвърждаване на клиничната и образната диагноза или уточняване характера на патологичния процес:

- хистологичен тип;
- диференциация.

Обучение в самоизследване

Цел – овладяване на метода от всички жени с цел намаляване на риска от развитие на карцином:

- в изправено положение пред огледалото;
- изследване на млечните жлези при къпане;
- самоизследване в легнало по гръб положение.

2.7. ПРОФИЛАКТИЧЕН ГИНЕКОЛОГИЧЕН ПРЕГЛЕД

Профилактичният гинекологичен преглед включва:

3. Анамнеза.
4. Общ клиничен преглед.
5. Гинекологичен преглед – външен и вътрешен оглед.
6. Цитологично изследване.
7. Ехографско изследване – трансвагинална ехография на матка и яйчници.

Анамнеза

Цел – изясняване наличието на рискови фактори за възникване на рак на шийката на матката:

- ранна сексуална активност;
- множество и различни партньори;
- инфектиране с ЧПВ (човешки папилома вирус);

- инфекции с други, предавани по полов път микроорганизми – хламидии, генитален херпес и други;
- липса на раждане или ранна първа бременност;
- много бременности;
- наднормено тегло, тютюнопушене;
- ползване на орални контрацептиви.

Общ клиничен преглед

Цел – изясняване наличието на патологични прояви, които биха имали връзка с някои оплаквания и симптоми:

- измерване на кръвно налягане;
- измерване на ръст и тегло;
- оглед и палпация на щитовидна жлеза;
- други, по показания.

Гинекологичен преглед – външен оглед

Цел – оценка на състоянието на външните органи и изясняване наличието на патологични прояви, които при здрави жени не би трябвало да се срещат:

- раздразнени или възпалени участъци;
- болезнени изпъкналости;
- кондиломи (генитални брадавици);
- други патологични промени.

Гинекологичен преглед – вътрешен оглед

Цел – изясняване наличието на възможни нарушения и заболявания в стената на влагалището и шийката на матката:

- обем, положение, консистенция, разтегливост и податливост на стените, ръбове
- раздразнени или възпалени участъци;
- наличие на обемни образувания;
- патологични отделяния (секрети);
- болезненост при палпация;
- други патологични промени.

На този етап от прегледа могат да се проведат и някои диагностични манипулации и вземане на материал за анализ:

Цитологично изследване

Цел – откриване на аномалии в клетъчния състав шийката на матката:

- предкарциномни състояния;
- карциномни състояния.

Гинекологичен преглед – вътрешен (мануално туширане)

- Цел – оценка състоянието на на матка, тръби, яйчници и костите на малкия таз:
- форма, размер, положение, консистенция;
- болезненост при палпация;
- възпалени участъци;
- сраствания;
- наличие на обемни образувания;
- други патологични промени.

Ехографско изследване – трансвагинална ехография на матка и яйчници

Цел – допълване на данните от мануалното туширане:

- размери, положение и състояние на матка, тръби, яйчници.

2.8. ПРОФИЛАКТИЧЕН УРОЛОГИЧЕН ПРЕГЛЕД

Профилактичният урологичен преглед включва:

1. Анамнеза.
2. Клиничен преглед.
3. Ехография на простатна жлеза.

Анамнеза

Цел – изясняване наличието на рискови фактори за възникване на рак на простатна жлеза:

- фамилна обремененост;
- възраст, раса, географска ширина.

Клиничен преглед – ректално туширане

Цел – изясняване размерите, положението и състоянието на простатна жлеза:

- размер, консистенция;
- възможни деформации;

- възпалени участъци;
- сраствания;
- повишение нивото на половите хормони – предимно естрогени при ПК;
- други патологични промени – възли: брой, големина, локализация.

Ехографско изследване

Цел – допълване на данните от ректалното туширане за процеси които не се опипват:

- размери, положение и състояние на простатна жлеза;
- микрокалцификати;
- други типове изменения.

НОМЕНКЛАТУРА ПРИЧИНИ ЗА ВРЕМЕННА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ ПО КОД

КОД №	
ПРИЧИНИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЯВАНЕ НА РАБОТЕЩИТЕ	
1	ОБЩО ЗАБОЛЯВАНЕ
2	ПРОФЕСИОНАЛНА БОЛЕСТ
3	ПРОФЕСИОНАЛНО ОТРАВЯНЕ
4	ЗЛОПОЛУКА - ТРУДОВА - ЧЛ.55, АЛ.1
5	ЗЛОПОЛУКА - ТРУДОВА - ЧЛ.55, АЛ. 2
6	ЗЛОПОЛУКА - НЕТРУДОВА
7	ИЗСЛЕДВАНЕ ПОРАДИ ОБЩО ЗАБОЛЯВАНЕ
8	ИЗСЛЕДВАНЕ ПОРАДИ ТРУДОВА ЗЛОПОЛУКА - ЧЛ.55, АЛ.1
9	ИЗСЛЕДВАНЕ ПОРАДИ ТРУДОВА ЗЛОПОЛУКА - ЧЛ.55, АЛ. 2
10	ИЗСЛЕДВАНЕ ПОРАДИ ПРОФЕСИОНАЛНО ЗАБОЛЯВАНЕ
11	БАЦИЛО (ПАРАЗИТО) НОСИТЕЛСТВО
12	КАРАНТИНА
13	АБОРТ
ДРУГИ ПРИЧИНИ	
14	БРЕМЕННОСТ
15	МАЙЧИНСТВО
16	ТРУДОУСТРОЯВАНЕ - ОБЩО ЗАБОЛЯВАНЕ
17	ТРУДОУСТРОЯВАНЕ - ТРУДОВА ЗЛОПОЛУКА - ЧЛ.55, АЛ.1
18	ТРУДОУСТРОЯВАНЕ - ТРУДОВА ЗЛОПОЛУКА - ЧЛ.55, АЛ. 2
19	ТРУДОУСТРОЯВАНЕ - ПРОФЕСИОНАЛНА БОЛЕСТ
20	ТРУДОУСТРОЯВАНЕ - БРЕМЕННОСТ
21	САНАТОРИАЛНО -КУРОРТНО ЛЕЧЕНИЕ ОБЩО ЗАБОЛЯВАНЕ
22	САНАТОРИАЛНО -КУРОРТНО ЛЕЧЕНИЕ – ТРУДОВА ЗЛОПОЛУКА - ЧЛ.55, АЛ. 1
23	САНАТОРИАЛНО -КУРОРТНО ЛЕЧЕНИЕ – ТРУДОВА ЗЛОПОЛУКА - ЧЛ.55, АЛ. 2
24	САНАТОРИАЛНО -КУРОРТНО ЛЕЧЕНИЕ – ПРОФЕСИОНАЛНА БОЛЕСТ
25	ПРИДРУЖАВАНЕ НА ДЕТЕ ДО 3 г. В БОЛНИЧНО ЗАВЕДЕНИЕ
26	ПРИДРУЖАВАНЕ И ГЛЕДАНЕ ДЕТЕ ДО 18 г.
27	ПРИДРУЖАВАНЕ И ГЛЕДАНЕ БОЛЕН НАД 18 г.