

УДК 614.2.312

## ВВЕДЕНИЕ В ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОМ ТРАНСПОРТЕ УКРАИНЫ

*Икаева О.В.\**, *Пономаренко А.Н.\*\**, *Шафран Л.М.\**

*\*Украинский НИИ медицины транспорта, г. Одесса,*

*\*\*Министерство здравоохранения Украины, г. Киев*

*Впервые поступила в редакцию 29.06.2006 г. Рекомендована к печати на заседании ученого совета НИИ медицины транспорта, протокол № 5 от 30.06.2006 г.*

### Актуальность проблемы

Одним из основных показателей устойчивого развития каждого государства, независимо от общественно-политического строя и особенностей размещения производительных сил является здоровье населения и охрана окружающей среды, которые представляют собой информативные критерии качества жизни и приоритетов в деятельности правительств [1]. Именно в условиях рыночной экономики здоровье становится не только одним из ведущих социальных, но и непосредственно экономическим фактором. В этой, как ни в одной другой сфере, наиболее близко совпадают интересы мирового сообщества, государства, населения и производства [2].

Задачи сохранения здоровья населения, повышения трудового потенциала страны призвана решить реформа системы здравоохранения, проводимая в соответствии с Концепцией развития охраны здоровья населения Украины [3]. Среди решаемых в ходе реформирования проблем одно из центральных мест принадлежит формированию единого медицинского пространства с ликвидацией неоправданного дублирования в деятельности параллельных медицинских служб и учреждений разных ведомств, которые финансируются из государственного бюджета [4]. Наличие в стране 14 ведомственных систем здравоохранения, деятельность которых протекает вне единого медицинского пространства, не согласуется с основными направлениями реформирования медицинской отрасли, не учитыва-

ет изменений в демографических показателях и состоянии трудовых ресурсов, а поэтому не может оцениваться как экономически целесообразная [5].

К числу таких ведомственных служб относится система здравоохранения на железнодорожном транспорте. Ее двойственное положение в системе охраны здоровья работающего населения в бывшем СССР не привлекало к себе пристального внимания ни со стороны транспортного ведомства, ни Минздрава СССР, поскольку, как справедливо указывают О.М. Голяченко с соавт. [6], действующая доктрина подчеркивала, что первичными в деле охраны здоровья являются социальная и медицинская эффективность, а экономическая оставалась вторичной по своей ранговой значимости. Поэтому и проблема совершенствования системы здравоохранения железнодорожного транспорта остается до сего времени не разработанной, в том числе и прежде всего с экономических позиций. Она требует детального анализа, научного обоснования и разработки системы мер по ее эффективному решению.

Учитывая вышеизложенное, **целью настоящего исследования** явилось изучение и анализ данных литературы по экономике трудового потенциала и здоровья работающего населения, основным видам расходов на медицинское обслуживание, сопоставление этих данных с доступными материалами по железнодорожной транспортной отрасли и обоснование некоторых ведущих экономических положений к построению концептуальной схемы фор-

мирования системы медицинского обслуживания и управления здоровьем работников железнодорожного транспорта.

#### Материалы и методы исследования

В работе использованы, наряду с литературными источниками, материалы отчетов, открытые статистические сводки, данные разработки заболеваемости за 2001-2005 гг. Все количественные показатели обработаны статистически с помощью стандартного пакета программ в Microsoft Excel [7].

#### Результаты исследования и их обсуждение

Как показал проведенный анализ, система здравоохранения на железнодорожном транспорте характеризуется, по сравнению с лечебно-профилактическими учреждениями других видов транспорта, наибольшей стабильностью. Это объясняется прежде всего особыми условиями финансирования, дотациями обслуживаемых предприятий и объединений, а также стабильным экономическим состоянием отрасли.

В связи с Европейским выбором Украины происходит формирование принципиально новой системы хозяйствования на железнодорожном транспорте – переход на жесткий хозрасчет с попытками технического переоснащения предприятий, реконструкция и обновление подвижного состава при дефиците финансовых возможностей, преобладание эмпирических методов «проб и ошибок» в экономической деятельности, безрезультатные усилия полного освобождения от социальных пут и др. [8]. Реформа дала свои плоды. Удельный вес железнодорожного транспорта в общем грузообороте всех видов транспорта Украины (без трубопроводного) составляет 89,1%, а в общем пассажирообороте – 62,3%. В 2005 г. чистая прибыль только государственного сектора транспортной отрасли составила 2,38 млрд. грн., из которых 73,9% дала «Укрзалізниця». Ею перевезено 11,8% из 516,4 млн. пассажиров и 76,8% из перевезенных транспортом Украины 584,3 млн. т грузов [9]. Средняя заработная плата работников выросла в 2005 г. по сравнению с 2004 г. на 21%.

Высокие производственные и эконо-

мические показатели позволяют достаточно регулярно производить расходы на социальную сферу, в том числе и на ведомственное здравоохранение. Указанные экономические стимулы успешно используются в кадровой политике отрасли и управлении персоналом [10,11]. Однако к существенным позитивным сдвигам в динамике здоровья работников отрасли, членов их семей это не приводит. Показатели эффективности работы медицинских учреждений остаются низкими, что подтверждает необходимость их реформирования.

Экономические предпосылки перестройки системы управления здоровьем работников отрасли

Проведенный анализ показывает, что для работников транспортной отрасли характерны те же демографические тенденции и негативная динамика состояния здоровья, что и для населения страны в целом: сократилась продолжительность жизни, возросла заболеваемость социально-обусловленными болезнями, растет инвалидизация трудоспособного населения. Нередко эти тенденции сглаживаются при анализе за счет недостатков в статистическом учете и оценке показателей состояния здоровья и заболеваемости, а также отсутствия локальных, региональных (на предприятиях, в управлениях дорог), а, тем более, отраслевых баз данных и информационно-поисковых систем, которые позволяют вести оперативный учет, анализ и синтез данных о динамике показателей здоровья для принятия управляющих решений [12,13]. Поэтому не удивительно, что в отличие от статистических данных медицинских учреждений общегосударственной сети, в отчетах ведомственного здравоохранения и в материалах финансово-экономического анализа деятельности транспортных предприятий показатели состояния, а тем более, динамики здоровья работающих и других обслуживаемых контингентов населения отсутствуют. В лучшем случае, можно найти данные о величине экономического ущерба, обусловленного смертностью, заболеваемостью, травматизмом и другими нарушениями здоровья [14,15]. Столь упрощенный подход вытекает из ставшей

«привычной» констатации положения, согласно которому от 15 до 70% рабочих мест на железнодорожном транспорте не отвечает санитарно-гигиеническим нормам [16,17].

Попробуем проанализировать перечень основных статей, определяющих удельную стоимость (ущерб – У) при возникновении одного случая заболевания с временной утратой трудоспособности. Согласно предложенной еще в 1988 г. модели [18], выраженной уравнением (1), удельная стоимость одного случая заболевания работающего представляет сумму:

$$У = Z_k + Z_{\text{проф.}} + Z_{\text{д.э.}} + Z_{\text{п.к.}} + Z_{\text{м.р.}} + Z_{\text{с.т.р.}}, \text{ руб (1)}$$

где:  $Z_k$  – затраты на контроль условий труда;  $Z_{\text{проф.}}$  – затраты на профилактику;  $Z_{\text{д.э.}}$  – затраты на медицинскую профилактику, диагностику и экспертизу;  $Z_{\text{п.к.}}$  – затраты на выплату пенсий и компенсаций;  $Z_{\text{м.р.}}$  – затраты на медицинскую реабилитацию;  $Z_{\text{с.т.р.}}$  – затраты на социально-трудовую реабилитацию.

Уже сам перечень показателей, включенных в формулу расчета, свидетельствует о том, что анализируемая модель строится не на оценке состояния здоровья (стоимости здоровья как товара в условиях рыночной экономики), а на величине затрат при его частичной утрате. Характерно, что медицинская профилактика понимается главным образом как расходы на диагностику и экспертизу конкретного случая заболевания. Основная тяжесть финансовых затрат приходится на выплату пенсий и компенсаций по болезни, обеспечение слуховыми аппаратами, ортопедическими средствами и другими компонентами социально-трудовой реабилитации (по сути – тоже элемент компенсации). Затраты на собственно медицинскую реабилитацию обычно ограничиваются лечебной физкультурой и санаторно-курортным обеспечением, чаще всего на собственных базах (имеющиеся в системе железнодорожного комплекса профилактории, пансионаты, дома отдыха, санатории). При этом упускается из поля зрения, например, такой важный компонент, как психологическая и психофизиологическая реабилитация, имеющие непосредственное отношение к медицинс-

кой и социально-трудовой реабилитации одновременно.

Даже при профессиональных заболеваниях (наиболее затратных видах патологии работающего населения) расходы на 1 случай по данной схеме составляют 1,5 – 5,0 тыс. грн. (от тугоухости до пылевого бронхита). Не комментируя абсолютную величину суммы затрат, обратим внимание на диапазон различий, который нивелирует значимость профессии и нозологии (вида заболевания) в оценке величины ущерба. Между тем, в общей структуре профессиональной патологии на железнодорожном транспорте доминируют: кохлеарный неврит – 38,5%, заболевания пылевой этиологии (хронические бронхиты – 15,5%, пневмокониозы – 7,5%) и вибрационная болезнь – 22,5%. На работников локомотивных бригад приходится до 90% всех случаев профессиональной патологии [17].

Следует подчеркнуть, что фактические расходы в отрасли в связи с несчастными случаями на производстве и профессиональными заболеваниями существенно выше ранее установленных в Советском Союзе, что определяется прежде всего высокими страховыми тарифами на общеобязательное государственное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, которые вызвали утрату трудоспособности (для работников основных профессий железнодорожного транспорта тариф составляет 1,51% фактических расходов на оплату труда) [15]. Кроме того, работодатели несут и другие расходы во взаимосвязанной со здоровьем работающих социальной сфере.

Приведем типичный пример проанализированного нами соотношения операционных расходов в системе затрат по конкретному железнодорожному объединению за 2001-2005 гг., результаты которого суммированы по основным укрупненным группам и представлены на рис. 1.

Из представленных на рисунке данных видно, что динамика расходов на здравоохранение, профилактические, спортивно-оздоровительные мероприятия и компенсационные выплаты экономически не обоснована ни по структуре рас-

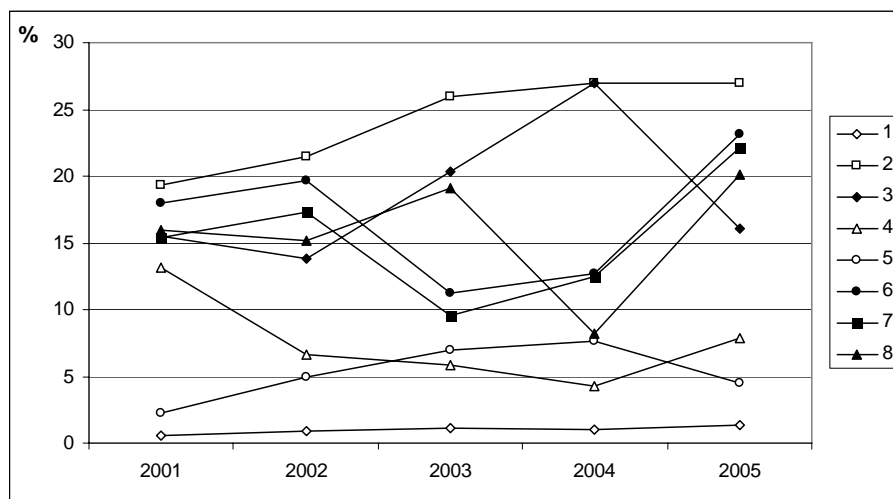


Рис. 1. Структура операционных расходов транспортного предприятия в 2001-2005 гг.

Обозначения: 1 — компенсации в связи с утратой здоровья и временной нетрудоспособностью по болезням и травмам; 2 — коммунальные услуги; 3 — расходы на ведомственное здравоохранение; 4 — помощь детям работников отрасли; 5 — расходы на спортивно-оздоровительные и культурные учреждения и мероприятия; 6 — помощь пенсионерам и инвалидам; 7 — оплата льгот работникам отрасли; 8 — другие расходы.

ходов, ни по их взаимосвязи с показателями состояния здоровья работающих (эти позиции в отчетных формах не фигурируют).

В частности, колебания расходов на систему здравоохранения отличаются в отдельные годы в два раза, что не вытекает из анализа доходной части объединения, не говоря уже о потребностях лечебно-профилактических учреждений. Они в значительной мере покрывались за счет бюджетных средств медицинской отрасли. Профилактические мероприятия часто остаются не востребованными, а затраты на санаторно-курортное лечение и спортивно-оздоровительные нужды — низкими. (Даже в Российской Федерации с более развитой инфраструктурой ведомственных здравниц санаторно-курортное лечение и оздоровление проходят лишь 6,4% нуждающихся в этом виде медицинской помощи железнодорожников [19]). Четких закономерных соотношений при анализе расходов ведомства на связанные со здоровьем работающих, пенсионеров, членов семей социальные мероприятия даже за сравнительно длительный период в масштабах истории нашего независимого государства не выявлено. Это же относится к работникам, перенесшим

те или другие, в том числе и профессионально обусловленные, заболевания.

При этом следует напомнить, что анализ экономических последствий производственной деятельности на здоровье работающих [18] предполагает и оценку эффективности оздоровительных мероприятий в расчете на один усредненный день среднегодовых показателей дней временной нетрудоспособности. Нам представляется, что более информативным является расчет на усредненный случай заболевания

с применением аналогичной цитируемому документу модели (2):

$$E_s = H_i \cdot (C_1 - C_2) \cdot n / 100 \text{ (грн)} \quad (2)$$

Попытки расчета  $E_s$  с использованием полученных нами данных приводят к отрицательным значениям показателя, т.е. говорят об отсутствии эффекта от проводимых мероприятий. Это может объясняться рядом обстоятельств, в частности, тем, что при усреднении показателей временной нетрудоспособности за столь продолжительный период положительный эффект оперативной (краткосрочной) профилактики нивелируется. Показатель «вероятности накопленной заболеваемости» оказался более информативным. Как убедительно показано В.А. Лисобеем [20], у работников железнодорожного транспорта формирование накопленной заболеваемости имеет место уже при стаже 3-5 лет с максимальным накоплением к 6-14 годам. Так, перенапряжение систем регуляции организма у машинистов при стаже до 5 лет определено в 13% случаев, а при стаже 6-15 лет — уже у 65,2% работников. При этом хронические заболевания выявлены у 61,6% обследованных машинистов и у 32,2% монтеров пути. Основная хроническая патология системы кровообра-

щения у машинистов манифестируется гипертонической болезнью (41,2%), а среди заболеваний органов пищеварения – хроническими дуоденитами (38%) и язвенной болезнью (23,1%). Именно для этих классов заболеваний и нозологических форм имеет место положительная корреляционная связь ( $r = 0,7-0,8$  при  $p < 0,05$ ) с профилактическими мерами, т.е. косвенно подтверждается профессионально обусловленный характер этих заболеваний. В то же время использование для интегральной оценки профессионально обусловленной заболеваемости такого широко применяемого в социальной гигиене показателя как «индекс здоровья», оказалось недостаточно информативным для установления взаимосвязи с вредными условиями труда. В основной группе (с наличием профессиональных вредностей) лиц, не обращавшихся за медицинской помощью в течение календарного года, было 61,4 %, тогда как в контрольной группе - 49,0 %. Точно так же в основной группе 34,1% обследованных имели по 1-2 обращения, тогда как в контрольной группе таких лиц было 42,0 %. Лиц с тремя и более обращениями в основной группе было 4,2 %, а в контрольной почти вдвое больше (9,4-7,8 %). Это может объясняться не только эффективностью профессионального отбора для работы во вредных производственных условиях, но и экономическими причинами, в частности, более высокими показателями оплаты труда в указанных группах работников.

#### **Экономическая теория здоровья и системы здравоохранения**

Категория «здоровье» широко рассматривается с философских, социальных и биологических позиций [21], тогда как ее экономические аспекты до сего времени разработаны недостаточно, в том числе и применительно к здоровью работников транспорта. Между тем, как, например, подчеркивается в стратегической программе развития ОАО «РЖД» (Российские железные дороги), социальная политика Компании направлена на сохранение здоровья, обеспечение достойного уровня и качества жизни всех своих работников и членов их семей, в первую очередь с по-

мощью экономических механизмов [22].

Поскольку ведомственное здравоохранение рассматривается как одно из полноправных подразделений отрасли его развитие должно согласовываться с требованиями экономической теории. Одной из отличительных особенностей развития транспортной отрасли в этом плане является перенос акцентов в стратегической парадигме на такие ключевые направления, как:

- внутренний экономический анализ хозяйственной деятельности предприятия (отрасли) не на ретроспективной, а на проспективной основе новейшими способами (системный подход, операционный анализ, оценка рисков, математическое моделирование, использование теорий сетей массового обслуживания, оптимизации и принятия решений, долгосрочного и оперативного прогнозирования) и построение на его основе новых систем управления;
- определение тенденций изменения использования различного рода ресурсов: энергетических, материальных, трудовых, финансовых, сравнение их с нормативными и плановыми, а также передовым национальным и международным опытом наиболее рациональных решений в транспортной и других отраслях хозяйственной деятельности;
- приоритетное внимание, экономический анализ и оптимальное использование человеческого капитала (запаса здоровья, знаний, навыков и умений, способностей, мотиваций, которые целесообразно реализуются в сфере транспортного воспроизводства) как основной производительной силы отрасли и общества в целом в условиях рыночной экономики [23-25].

Перечисленные направления существенно изменяют роль системы здравоохранения на железнодорожном транспорте, его места в сфере общественного (транспортного) производства, основная задача которого состоит в предоставлении отрасли потребительской стоимости в виде индивидуального здоровья каждо-



Рис. 2. Система здравоохранения на транспорте в условиях рыночной экономики: основные взаимосвязи и виды медицинских услуг (обозначения и сокращения — в тексте).

14

го работника отрасли и здоровья популяции (всего контингента работающих) транспортников в целом путем предоставления медицинских услуг на основе разных форм собственности (рис. 2).

На рынке труда взаимодействуют работники, работодатели (транспортная отрасль) и государство, которым система здравоохранения предлагает комплекс медицинских услуг. Она может функционировать как *государственная* (жестко контролируемая властными структурами и практически не имеющая плацдарма для выбора альтернативных вариантов и дальнейшего развития), *ведомственная* (подверженная диктату отрасли и целиком зависящая от ее постоянно меняющихся в рыночных условиях финансовых, технических, кадровых и организационных возможностей), *частная* (непосредственно взаимодействующая с работником при полном отсутствии внешних управляющих, корректирующих действий и системы контроля), *страховая* (сочетающая в оптимальном варианте баланс интересов всех участников рынка при контроле со сторо-

ны общественных организаций и государства).

Основными составляющими рынка медицинских услуг являются: *профессиональный отбор*, включающий медицинский (МО) и психофизиологический (ПФО) отбор и периодические освидетельствования, *профилактика* с гигиенической (Г) и противоэпидемической (Э) составляющими, *клиника* с оказанием амбулаторно-поликлинической (АПП) и стационарной (СТ) видов помощи, *реабилитация* в санаторно-курортных учреждениях (СКУ) и подразделениях лечебной физкультуры (ЛФК). Перечень

оказываемых медицинских услуг может быть существенно расширен и детализирован. Однако экономическая сущность данной позиции при этом существенно не изменится. Важно подчеркнуть, что каждая составляющая и их совокупность в целом присущи всем системам здравоохранения (универсальны, неспецифичны). Но в первых трех вариантах они направлены преимущественно на больного как основного традиционного потребителя медицинских услуг, и только в системе страховой медицины — на здоровое население, ибо речь идет не о повышении эффективности медицинской помощи заболевшим, а о качестве управления “здоровьем здоровых”, как это предусмотрено соответствующей программой ВОЗ [26,27].

Медицинская услуга рассматривается как конечный результат медицинской деятельности. Применительно к задачам и функциям железнодорожной медицины медицинскую услугу следует рассматривать не только в плане оказания медицинской помощи пострадавшему, но и оказа-

ния комплекса других представленных в виде отдельных блоков видов услуг. Их эффективность выражается в качестве (сохранении и укреплении) **профессионального здоровья** работников транспорта на индивидуальном (работник), локальном (предприятие), региональном (железная дорога и/или ее отделение) и национальном (отрасль) уровнях [28].

Представленная на рис. 2 схема отражает концептуальную модель реформирования здравоохранения на железнодорожном транспорте, построенную с учетом основного принципа реформирования транспортной отрасли: от традиционной закрытой (стационарной, равновесной) к открытой (динамической, неравновесной) синергетической сложной социально-экономической системе [29]. Для такой системы характерно не последовательное (плановое), а параллельное многоуровневое управление, как средство быстрой реакции на изменение конъюнктуры. Неравновесность и неустойчивость проявляются в виде отсутствия равновесия между предложением и спросом на транспорте, вызываемых сезонной неравномерностью спроса на перевозки и диспропорцией между долговременно формирующимся уровнем предложения и динамичностью кратковременных колебаний уровня спроса. Эта проблема в здравоохранении обусловлена сезонными и другими колебаниями спроса на медицинские услуги и конкуренцией в условиях рынка. Определяющими факторами решения задачи оптимизации и устойчивого развития объекта управления являются форма собственности, макро- и микроэкономические показатели. Если на макроуровне транспортная отрасль выступает как единое целое, интегрированное в общегосударственный хозяйственный механизм, то в микроэкономике ее инфраструктура (подразделения) формирует рыночные отношения и делает производство товарным. Финансово-экономические показатели характеризуют средства управления потоками и составляют базис системы, ибо параллельное управление требует превышения запаса ресурсов над необходимыми для управляющего воздействия [30].

Железнодорожная медицина участвует в этом процессе путем активного влияния на состояние трудовых ресурсов отрасли (здоровья работающих) за счет предоставления полного комплекса медицинских услуг. Это и лежит в основе деятельности отраслевого здравоохранения, основные задачи которого достаточно четко сформулированы в докладах вице-президента АОА «РЖД» д.м.н. О.Ю. Атькова [31] и зав. кафедрой железнодорожной медицины РАПС проф. А.З. Цфасмана [32]. Среди них такие, как: организация и проведение мероприятий по сохранению и укреплению здоровья работников, медицинское обеспечение безопасного движения поездов, постоянной готовности к проведению мероприятий по ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, сохранение кадрового потенциала отрасли, выполнение задач по мобилизационной подготовке и национальной безопасности на железнодорожном транспорте, организация и проведение научных разработок по проблемам железнодорожного транспорта. Научное обеспечение железнодорожной медицины мыслится при этом в контексте научно-производственного объединения профильных НИИ с практическими учреждениями и службами системы здравоохранения на транспорте, что согласуется с концепцией, отстаиваемой учеными и практиками Украины [33].

Замыкание этой подсистемы в жестких отраслевых рамках (диктат ведомства), как и возврат к формально декларируемой «общегосударственной, плановой, общедоступной» медицинской помощи на всех уровнях здравоохранения ведет не только к экономическому, но и профессиональному кризису и разрушению системы.

Применительно к профессиональному здоровью рассматриваемого контингента это означает, что ни ведомственная, ни государственная системы здравоохранения не могут монопольно обеспечить необходимый уровень эффективного управления объектом для поддержания его состояния близким к оптимальному, так как не обладают необходимыми финансовыми, материальными и человеческими

ресурсами. Поэтому реформирование здравоохранения железнодорожного транспорта является актуальной задачей современности, в том числе и с экономических позиций. Необходим переход к управлению профессиональным здоровьем в едином медицинском пространстве при сохранении разных источников финансирования. При этом под единым медицинским пространством понимают уровень оказания медицинской помощи на единой правовой, социально-экономической, технологической, информационной базе [4]. Оно предполагает сосуществование и кооперативное взаимодействие лечебно-профилактических, санитарно-эпидемиологических и других учреждений медицинского профиля разных форм собственности, деятельность которых строится на основе оценки профессиональных рисков для здоровья работающих, а управление осуществляется по законам рыночной экономики преимущественно на базе страховой медицины [34].

Анализ и оценка эффективности реформирования здравоохранения железнодорожного транспорта требуют дальнейшей разработки и остаются перспективным направлением научных исследований по экономике охраны здоровья работников отрасли.

### Выводы

1. Экономика здравоохранения железнодорожного транспорта характеризуется выраженными особенностями, определяемыми спецификой отрасли, существенными профессиональными различиями и многообразием видов трудовой деятельности обслуживаемых контингентов и оказываемых медицинских услуг, а теоретические положения, критериально-методические подходы и опыт практического применения экономического анализа являются надежной основой реформирования системы управления профессиональным здоровьем, сохранения кадрового потенциала и повышения эффективности использования трудового потенциала отрасли.
2. Управление здоровьем железнодорожников в современных условиях

должно строиться по законам рыночной экономики, что обеспечит системе здравоохранения отрасли сохранение производственной и экономической самостоятельности (обособленности), переход на свободное ценообразование и конкурентные отношения в сфере оказания медицинских услуг.

3. Методологической и методической основой управления здоровьем данного контингента является система оценки профессиональных и медицинских рисков, а определяющим критерием экономической эффективности проводимых профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий – сохранение трудового потенциала и здоровья здоровых.
4. Организационной основой системы здравоохранения отрасли является дорожная (отделенческая) больница, отношения которой с работодателями (транспортными предприятиями и отраслью в целом) строятся на принципах медицинского страхования с учетом не только издержек, связанных с утратой профессионального здоровья (временной, стойкой, полной либо частичной), но и дополнительных доходов, обусловленных сохранением и ростом потенциала здоровья работающих.
5. Реформирование железнодорожной медицины, повышение ее реального вклада в качество работы предприятий отрасли и их экономическую эффективность возможно лишь на основе широкомасштабных фундаментальных и прикладных научных исследований, проводимых учеными профильных НИИ и врачами – практиками в рамках творческой и производственной кооперации на хозяйственной основе в интересах отрасли.
6. Одним из приоритетных направлений научных исследований является совершенствование экономической теории управления здоровьем работников транспорта, разработка более адекватных моделей оценки профессиональных и медицинских рисков для использования в страховой медицине и при анализе финансово-хозяйствен-



ной діяльності підприємств залізничного транспорту.

7. Необхідно активно проводити ознакомительну, роз'яснительну і інші види підготовительних робіт з роботодавцями і працівниками для сприйняття, визнання цілесобразності і практичного здійснення повного переходу підприємств залізничного транспорту на систему медичного страхування як найбільш ефективного виду управління здоров'ям персоналу і надання медичних послуг в умовах ринкової економіки.

### Література

1. Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи / За ред. В.М. Пономаренка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 310 с.
2. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / За ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
3. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України. – К., 2001. – 30 с.
4. Москаленко В.Ф., Картиш А.П., Поляченко Ю.В., Вороненко Ю.В., Ціборовський О.М. Реформування системи охорони здоров'я за роки незалежності // Панорама охорони здоров'я населення України / А.В. Підаєв, О.Ф. Возіанов, В.Ф. Москаленко, В.М. Пономаренко та ін. – К.: Здоров'я, 2003. – С. 115-122.
5. Бутусова Т. «Нужно отбросить все амбиции и работать в едином направлении...» // Газета «Зеркало недели», 2006. - № 28 (607). – С. 14.
6. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. – Тернопіль-Київ – Вінниця: Джура, 1997. – 328 с.
7. Лапач С.Н., Губенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. – К.: МОРИОН, 2000. – 320 с.
8. Кірка Г.М. Віхи історії, сьогодення та майбутнє // Проблеми гігієни та епідеміології на залізничному транспорті. Матеріали першої міжнародної конференції; м. Львів, 23-25 вересня 1998 р. – Львів, 1998. - С. 8-11.
9. Підсумка роботи транспортно-дорожного комплексу та зв'язку за 2005 рік. – К., 2006. – 44 с.
10. Крушельницька О.В., Мелничук Д.П. Управління персоналом: Навчальний посібник. – К.: Кондор, 2003. – 296 с.
11. Костюченко Л.В. Логістичні аспекти управління системою забезпечення підприємств залізничного транспорту // Ж. Залізничний транспорт України, 2005. - № 5-6. – С. 15-17.
12. Шафран Л.М., Мураховская Л.И. Информационно-поисковая система по промышленной экологии на транспорте // Ж. Мед. труда и пром. экология, 1997.-№1.-С. 19-23.
13. Грачева Т.Ю., Пендюк А.И., Чунарев В.Ф. О подходах к созданию информационной сетевой медицинской системы для железнодорожных ЛПУ // Ж. Железнодорожная медицина, 2004. - № 6-7. – Приложение № 1. - С. 7.
14. Профессиональный риск для здоровья работников. (Руководство) / Под ред. Н.Ф. Измерова и Э.И. Денисова. – М.: Тривант, 2003. – 448 с.
15. Соціальний захист працюючих від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань / За загальною ред. Г.Г. Лесенка. – К.: Основа, 2006. – 336 с.
16. Цфасман А.З. Железнодорожная клиническая медицина. Профессиональные болезни. – М.: РАПС, 2000. – 336 с.
17. Кривуля С.Д. Организация и ведение социально-гигиенического мониторинга на железнодорожном транспорте // Ж. Железнодорожная медицина, 2003-2004. - № 6-7. - С. 20-
18. Анализ экономических последствий влияния неблагоприятных условий труда и промышленных загрязнений окружающей среды на здоровье человека и экологической эффективности профилактических мероприятий

- тий: Метод. Рекомендации. – Утв. МЗ СССР 19.08.1988 г. № 4694-88.
19. Бородина Н.Д. Итоги работы и перспективы развития санаторно-курортных учреждений центрального подчинения ОАО «РЖД» // Тезисы докладов 1-го съезда врачей железнодорожного транспорта России. 30 ноября – 2 декабря 2004 г., Москва. – М., 2004. – С. 41-42.
  20. Лисобей В.А. Заболеваемость работников транспорта. – Одесса: Черноморье, 2003. – 262 с.
  21. Нагорна А.М. Здоров'я: фундаментальні і прикладні аспекти. Монографія. – Донецьк: Норд-Прес, 2006. – 336 с.
  22. Якунин В.И. Здоровоохранение ОАО «РЖД» - система социально-экономических мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья железнодорожников // Тезисы докладов 1-го съезда врачей железнодорожного транспорта России. 30.11 – 2.12. 2004 г., Москва. – М., 2004. – С. 1-2.
  23. Гончаров М.Ю. Системний аналіз економічних процесів на транспорті. – К.: Логос, 1999. – 423 с.
  24. Экономика железнодорожного транспорта / Под ред. Н.П. Терешинной. – М.: УМК МПС России, 2001. – 600 с.
  25. Витченко М.Н. Анализ финансово-хозяйственной деятельности предприятий железнодорожного транспорта. – М.: Маршрут, 2003. – 240 с.
  26. Европейская политика по достижению здоровья для всех на двадцать первое столетие // Рабочий документ для консультаций. EUR/ICP/TXCC 01. 07.1997.- 09047/09097.
  27. Helmer R. Occupational Health for All in the third millennium // Proc. International Conf. on Occupational Health in the Third Millennium. – Moscow, 1998. – P. 33.
  28. Шафран Л.М., Тимошина Д.П. Управління професійним здоров'ям у проблемі сталого розвитку транспортної галузі // Ж. Медицина транспорту України, 2005. – № 1 (13). – С. 36-41
  29. Лapidус Б.М. Синергетические подходы к управлению железнодорожным транспортом в период реформ // Системные исследования. Методологические проблемы. Ежегодник 1998. Часть II. / Под ред. Д.М. Гвишиани и др. – М.: Эдиториал УРСС, 2000. – С. 203-207.
  30. Экономическая теория / Под ред. А.И. Добрынина, Л.С. Тарасевича. – СПб.: Изд. «СПбГУЭФ», Изд. «Питер Пабблишинг», 1997. – 480 с.
  31. Атьков О.Ю. Основные принципы развития отраслевого здравоохранения // Тезисы докладов 1-го съезда врачей железнодорожного транспорта России. 30.11 – 2.12. 2004 г., Москва. – М., 2004. – С. 1-2.
  32. Цфасман А.З. Железнодорожная медицина – специальный раздел медицинской науки и практики. - Материалы 1-ой международной конференции «Актуальные вопросы железнодорожной медицины» // Ж. Железнодорожная медицина, 2003-2004. – № 6-7. - С. 22-26.
  33. Гоженко А.И., Шафран Л.М., Пономаренко А.Н. Проблемы теории и практики транспортной медицины // Материалы II-й Международной научно-практической конференции «О мерах по обеспечению взаимодействия контролирующих органов по санитарной охране территории и государственной границы Республики Казахстан»: Сборник научно-практических работ. – Астана, 2006. – С. 178-187.
  34. Підаєв, А.В., Поляченко Ю.В., Євсейв В.І. Економічні проблеми охорони здоров'я. Фінансування галузі. Медичне страхування // Панорама охорони здоров'я населення України / А.В. Підаєв, О.Ф. Возіанов, В.Ф. Москаленко, В.М. Пономаренко та ін. – К.: Здоров'я, 2003. – С. 13-28.

**Резюме**

ПЕРЕДМОВА ДО ЕКОНОМІЧНИХ ОСНОВ  
УДОСКОНАЛЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
НА ЗАЛІЗНИЧНОМУ ТРАНСПОРТІ  
УКРАЇНИ

*Ікаєва О.В., Пономаренко А.М.,  
Шафран Л.М.*

Проведено вивчення та аналіз даних літератури щодо економіки трудового потенціалу і здоров'я робітників, основних видів витрат на медичне обслуговування, співставлення цих даних з доступними матеріалами залізничної транспортної галузі за 2001-2005 рр. І обгрутування деяких ведучих економічних положень до побудування концептуальної схеми формування системи медичного обслуговування і управління здоров'ям робітників залізничного транспорту.

На основі результатів проведених досліджень зроблено висновок про те, що управління здоров'єм залізничників повинно будуватися за законами ринкової економіки, що забезпечить системі охорони здоров'я галузі збереження виробничої і економічної самостійності, перехід на вільне ціноутворення і конкурентні відношення в сфері надання медичних послуг на принципах медичного страхування.

Методологічною основою управління здоров'єм цього контингенту є розробляема на науковій основі система оцінки професійних і медичних ризиків, а основним критерієм, що визначає економічну ефективність профілактичних, лікувальних і реабілітаційних заходів – якість і ступінь збереження трудового потенціалу і здоров'я здорових.

**Summary**

INTRODUCTION IN ECONOMIC BASES OF  
PUBLIC HEALTH SERVICES PERFECTION  
ON THE RAILWAY TRANSPORT OF UKRAINE

*Ikaeva O.V., Ponomarenko A.N.,  
Shafran L.M.*

There were performed studying and the analysis of the literature data on the economic aspects of labour potential and workers' health, the basic charges on health services, comparison of these data to accessible materials on railway transport branch for 2001-2005 and a substantiation of some leading economic situations to create the conceptual model of health services system formation and workers health management on the railway transport.

On the basis of results of the carried out researches it is made a conclusion that the railway workers health management should be build under market economy laws of that will provide to the public health services system of branch preservation of economic independence, transition to free pricing and competitive relations in sphere of the medical services rendering on principles of medical insurance

Methodological basis of the health management of the observed contingent is the system of an estimation of occupational and medical risks developed on a scientific basis, and determining criterion of economic efficiency of spent preventive, medical and rehabilitation actions - quality and a degree of preservation of labour potential and health of the healthy population.