

6. Дж. Сорос (George Soros). Алхимия финансов. – М.: Инфра-М, 1996. – 415 с.
7. www.forexite.com.
8. Чекулаев М. Риск – менеджмент: управления финансовыми рисками на основе анализа волатильности – М.: Альпина Паблишер, 2002. – 344 с.
9. Петерс Э. Хаос и порядок на рынках капитала. Аналитический взгляд на циклы, цены и изменчивость рынка: Пер. с англ. – М.: Мир. 2000. – 333с.

Подсолонко Е.А. РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В КРЫМУ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

1. Введение

Известно, что во времена СССР над многими лечебными учреждениями был вывешен лозунг «Здоровье каждого – богатство всех». Этот лозунг в Крыму встречал всех пассажиров, приезжающих сюда на отдых, еще на привокзальной площади. Функция Крыма как всесоюзной здравницы была пронизана идеологией этого лозунга и лежала в основе деятельности более 700 организаций туризма, отдыха и лечения, решавших эти задачи по всему Крыму. Речь здесь шла, прежде всего, о здоровье приезжающих в Крым отдыхающих по путевкам профсоюза. Население Крыма при этом играло роль, в основном, персонала, обслуживающего этих отдыхающих.

В связи с развалом СССР налаженная в Крыму система оздоровления населения страны также была значительно разрушена. Сократилась численность отдыхающих, уменьшились доходы Крыма и его населения, усилилась социальная незащищенность постоянных жителей Крыма, ухудшились показатели их здоровья. Сегодня есть любители утверждать, что в советское время модель охраны здоровья предлагала гражданам общий доступ к базовым услугам охраны здоровья преимущественно в теории. Смакуется тезис, что в те времена эффект наращивания количественных показателей за счет качественных, наблюдавшийся в охране здоровья и других государственных услугах, привел к растрате ресурсов и неэффективности системы [1]. Возможно сегодня через десятилетия видны какие-то недостатки прошлого, хорошо известные и тогда, но пока трудно увидеть какие-то конкретные улучшения за 12 лет самостоятельности Украины в вопросах охраны здоровья. Очевидно не случаен и заголовок цитируемого материала: «Реформирование охраны здоровья как одно из наисложнейших направлений государственной политики». Здесь можно подчеркнуть, что это относится как к государственной политике сегодняшнего дня, так и к политике Украины еще в составе СССР.

К числу актуальных проблем в этой отрасли сегодня отнесены: недостаточное финансирование; неэффективное распределение ресурсов; коррупция и отсутствие прозрачности; структурные проблемы (избыточные инфраструктура и персонал). Пожалуй, во времена СССР, проблемы были такими же. В современных условиях в целях эффективного управления и регулирования системы охраны здоровья ее рассматривают в трех уровнях: первый – базовые услуги; второй – общеспециализированные услуги; третий – узкоспециализированные услуги. Первый уровень предполагает, что базовые услуги наиболее социально значимы. Поэтому они должны быть максимально доступными для широких слоев населения. Здесь речь идет как о физической доступности этих услуг, так и о доступной их стоимости. Предполагается, что основная часть этих услуг будет осуществляться в местах проживания населения, что сельскому населению не придется для получения элементарных медицинских услуг ездить в районы или областной центр, а тем более в столицу или зарубежные клиники.

2. Постановка задачи

Задачей настоящего времени является изучение тенденций изменения состояния здоровья и социальной защищенности постоянного населения Крыма, результативности мер по их нормализации.

Особенностью услуг по охране здоровья населения является невозможность осуществления оперативной оценки результативности этой деятельности. Кроме того, часто на продолжительность жизни населения влияет больше не конкретная медицинская деятельность всех служб здравоохранения, а изменения в социально-экономическом развитии страны и ее регионов. Известно, что имеются различные системы оценки изменений в охране здоровья, которыми пользуются Всемирная организация охраны здоровья (ВООЗ), Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Всемирный банк. В этих методиках используется большое количество количественных и качественных показателей, прямо или косвенно характеризующих результативность деятельности по охране здоровья населения.

Например, Всемирный банк [2] в основных показателях развития стран мира использует такие показатели как «ожидаемая продолжительность жизни при рождении» и «коэффициент детской смертности до 5 лет, на 1 тыс. детей». По этим показателям, приведенным за 1999 г., Украина имеет значения 67 и 17 в сравнении с близкими по климатическим и экономико-географическим условиям Польшей 73 и 10, Францией 79 и 5 и Турцией 69 и 45. Наверное, без сомнения показатели бедности населения косвенно, если не прямо, влияют на два предыдущих показателя. В сравнении с национальной чертой бедности доля населения за чертой бедности в Украине в 1995 г. составляла 31,7%, а в Польше в 1993 г. – 23,8%, во Франции и Турции таковых не было. В сравнении с международной чертой бедности учитываются показатели: доля населения с доходом менее одного доллара в день в %; коэффициент бедности менее 1 доллара в день в %; доля населения с доходом менее 2 долларов в день в %; коэффициент бедности менее 2 долларов в день в %. По этой группе показателей Украина имела в 1999 г. 2,9%, 0,6%, 31%, 8%; Польша в 1998 г. – менее 2%, менее 0,5%, менее 2%, менее 0,5%; Турция в 1994 г. – 2,4%, 0,5%, 18%, 5%; во Франции нет такого населения.

Вместе с тем большое значение для сохранения здоровья населения имеют классические меры по охране здоровья. Ниже на примере Крыма будет рассмотрена результативность этих мер.

3. Результаты деятельности

3.1. Деятельность по охране здоровья человека

Известно, что состояние здоровья населения служит важнейшим показателем социально-экономического развития, условием формирования трудового потенциала страны и эффективности его деятельности. К числу показателей состояния здоровья населения могут быть отнесены: удельный вес населения старше пенсионного возраста в том числе - старше 70 лет; количество больных психически, из них наркоманы и алкоголики, туберкулезом, онкологическими болезнями, производственный и бытовой травматизм.

Вместе с тем состояние здоровья часто зависит от проводимой деятельности по его охране. Поэтому желательно в такой связке их и рассматривать.

По данным официальной переписи населения в 2001 и 1989 гг. в Крыму произошло снижение его численности с 2063,6 до 2033,7 тыс. человек, а постоянного населения – с 2035,2 до 2024 тыс. человек [3]. Это снижение наблюдается практически во всех городах и районах Крыма. Особенностью в этом снижении численности населения является значительное уменьшение младшей группы по его возрасту до 10 лет (313858 чел. в 1989 г. и 177974 чел. в 2001 г.) на 43,3% и увеличение населения в старшей группе – 60 лет и более (307901 чел. в 1989 г. и 407102 чел. в 2001 г.) на 32,2%. Эта последняя группа пожилого пенсионного возраста составляет в общей численности населения на начало 2002 г. 20%. В основном это группа риска в вопросах сохранения здоровья. Поэтому многие сравнения в деятельности по охране здоровья человека следует приводить ориентируясь на эту часть населения. Более того, в этой группе не случайно выделяют еще более старшую группу населения 70 лет и старше, которых в 2001 году было 176008 человек, из них 53957 мужчин и 122051 женщина. И совершенно особого внимания в вопросах здоровья требует группа населения в возрасте 100 лет и старше. На весь Крым их было на конец 2001 г. всего лишь 36 человек, из них всего 4 мужчины и 32 женщины. В Симферополе проживало 6 долгожителей, а в Ялте - только 2. В Джанкое был 1 долгожитель как и в здравнице с мировым именем Евпатории. В Феодосии и Алуште – по 3 долгожителя, а Керчи – 2. В таких степных районах как Нижнегорский, Джанкойский и Кировский насчитывалось по 2 долгожителя.

Следует подчеркнуть, что кроме группы пожилого населения, куда входят и женщины старше 55 лет пенсионного возраста, считающегося не трудоспособным и насчитывающего в итоге в 2001 г. 454921 человек или 22,5%, официально рассматривается группа населения младше трудоспособного населения в 364633 человека и трудоспособное население, численностью 1203789 человек.

Эти группы населения тоже временами подвержены разнообразным заболеваниям и требуют определенной деятельности по охране их здоровья. Например, в 2001 и 2002 гг. в Крыму зарегистрированы по 184 случая детской смертности по различным причинам. При этом динамика коэффициента детской смертности от десятилетия к десятилетию улучшалась. Вместе с тем, если сравнивать количество родившихся в 2002 г. детей на 1000 населения 8 с количеством всех умерших в этот же период также на 1000 населения 14,7, то возникает потребность в анализе причин этой отрицательной разницы.

Приведенные 14,7 человек, умерших в 2002 г., населения (на 1000 человек) представляют собой реально умерших по разным причинам 29,9 тыс. человек. Среди них 18,9 тыс. человек умерли от болезней системы кровообращения, 3,9 тыс. человек от злокачественных новообразований, 1 тыс. человек от заболеваний органов дыхания. Перечисленные причины смерти по заболеваниям естественно требовали лечебной поддержки. За 13 лет приведенной в примере динамики количество умерших от заболеваний системы кровообращения возросло с 13,7 до 18,9 тыс. человек, т.е. на 38%, а в расчете на 100 000 населения - с 553,3 до 935,4 человека или на 69%. Этот прирост требовал прироста в количестве медицинского персонала в регионе. Однако реально такого прироста не происходило ни по лечебному персоналу, ни по лечебной базе.

В период с 1990 по 2002 гг., например, количество врачей всех специальностей сократилось с 12,9 до 10,9 тыс. человек, а в расчете на 10000 населения с 60,7 до 54,2 человек. При этом уменьшилось количество и среднего медицинского персонала с 27,5 до 22,9 тыс. человек, а на 10 000 населения с 129,7 до 114 человек. Количество лечебных организаций сократилось с 127 до 107 единиц, соответственно уменьшилось число больничных коек с 26,3 до 19,1 тысяч, а в расчете на 10 000 населения с 124,3 до 95 коек. Правда, за этот период увеличилось количество лечебных амбулаторно-поликлинических организаций с 270 до 287 и в них возросла плановая емкость посещений за смену с 31,9 до 35,2 тыс., а на 10 000 населения – с 150,7 до 175,3 посещений. Следует подчеркнуть, что этот прирост в основном представляет собой частный платный сектор, недоступный для упомянутых ранее 22,5% пенсионеров и большей части трудоспособного населения, имеющего заработную плату на уровне средней и ниже.

Произошел своеобразный отток медицинского персонала, пока официально не фиксируемый статистикой, из социальной медицины в платную. Общее количество врачей, как уже отмечалось, уменьшилось с 1995 г. по 2002 г. на 10,1%, что осложнило функционирование социальной медицины по отдельным категориям врачей. За последние 7 лет существенно уменьшилось число терапевтов, с 3184 г. в 1995 г. до 2833 в 2002г., невропатологов, с 406 до 330, психиатров и наркологов, с 370 до 347, фтизиатров, с 260 до 216, рентгенологов и радиологов, с 280 до 222. Это снижение произошло во всех городах и районах Крыма. Еще большее снижение по городам и районам произошло в численности среднего медицинского персонала - на 15,6 %.

Объективный развал экономики в стране в последние 12 лет привел к невозможности дальнейшего централизованного финансирования здравоохранения в Украине и сокращению многих видов затрат по медицинскому обслуживанию населения. В этой связи в стране ведется большая работа по реформированию направлений этого обслуживания. Длительность процессов этого реформирования накладывает отпе-

чаток не только на состояние медицинского обслуживания, но и на состояние здоровья населения.

В Крыму нет ни одного города и района, где бы ни было значительного снижения числа больничных мест. Например, в Симферополе количество больничных коек уменьшилось с 2575 в 1995 г. до 1655 в 2002 - на 35,7%, в Керчи – с 1920 до 1305 – на 32%, в Ялте - с 1585 до 1170 – на 26,2%. При этом в Ялте за этот же период повысилась плановая емкость амбулаторно-поликлинических учреждений на 1083 посещения за смену или на 44,7%, в Симферополе – на 133 посещения или на 2,5%, в Евпатории – на 46 посещений или на 3,2%. В остальных городах и районах не было роста этого вида медицинского обслуживания.

Очевидно, что все эти данные подтверждают, что замена амбулаторным лечением стационарного не пошла на пользу болеющему населению и не снизила, а увеличила число смертельных исходов в болезнях населения.

Анализ заболеваний инфекционными болезнями в период с 1995 по 2002 гг. показывает, что по многим их видам произошло снижение количества их случаев. Исключение составляют скарлатина и краснуха, по которой число случаев возросло на 18,9% и 133,4% соответственно. Возможно – в основном этот положительный результат обеспечен сохранением почти постоянным за это время числа врачей санитарно-противоэпидемиологической группы - 2,1 врача на 10 000 населения в 2002 г. против 2 врачей в 1995 г. Возможно, на более активную работу меньшего против 1995 г. числа терапевтов можно отнести увеличение числа диагнозов, установленных впервые по злокачественным новообразованиям, в 2000 и 2001 гг. 7577 и 7466 против 7356, а некоторое уменьшение их в 2002 г. – до 7303, посчитать следствием плодотворной работы предыдущих лет. В какой – то степени такое утверждение подтверждается динамикой роста количества больных, находящихся на учете в медицинских учреждениях. Так, если в 1990 г. их было 30110 человек, а в 1995 г. – 34527, то в 2000 г. – уже 38448, в 2001 г. – 39503 и в 2002 г. – 38800 человек. Правда, число умерших по этому заболеванию в 2002 г. – 3900 человек уменьшает число их на учете.

Отчасти такое же утверждение можно отнести к росту числа больных с диагнозом активного туберкулеза, выявленного впервые. В сравнении с 1990 г. количество таких больных возросло в 2002 г. почти втрое, а в сравнении с 1995 г. – вдвое, составив 1504 человека. Конечно, это значительно меньше, чем больных злокачественными новообразованиями. Даже общее количество больных туберкулезом, состоящих на учете в медицинских учреждениях в 2002 г. – 5938 человек, не сравнимо с 38800 человек, больных злокачественными новообразованиями. Но увеличение их количества в 2002 г. на 45,1% в сравнении с 1995 г. – это весьма тревожная тенденция, особенно для такого курортного региона как Крым. И если число умерших от злокачественных новообразований составляет в 2002 г. 10% от числа больных, находящихся на учете, то число умерших от заболевания органов дыхания в 2002 г. составляет 16,8% от таких больных, находящихся на учете в медицинских учреждениях.

Рассматривая число больных венерическими заболеваниями можно констатировать в сравнении с 1995 г. положительную динамику уменьшения их количества по диагнозу, установленному впервые. Так, число выявленных больных сифилисом в 2002 г. составило 1369 человек в сравнении с 3604 в 1995 г., а больных гонококковой инфекцией – 1213 человек в сравнении с 1805 в 1995. Однако, число больных сифилисом, находящихся на учете в медицинских учреждениях, хоть и снизилось до 13599 человек в 2002г., в сравнении с 14117 в 2000 г., все-таки значительно выше уровня 1995 г. – 9004 человека и тем более 1990 г. – 1049. человек. Возможно, что на это как-то повлияло неустойчивое количество врачей дерматовенерологов в Крыму за последние 7 лет (187 – в 1995 г., 181 – в 2000 г., 190 – в 2001 г., 184 – в 2002 г.), а возможно – изменившиеся условия жизни населения и даже культура взаимоотношений.

Известно, что события 1991 г., связанные с развалом Советского Союза и последовавшим спадом в развитии экономики, оказали влияние на психику многих граждан страны. Региональная статистика по Крыму показывает, что количество больных по расстройству психики и поведения с диагнозом, установленным впервые, в 1995 г. возросло до 3862 в сравнении с 2852 в 1990 г. (на 35,4%). Однако, уже в 2000 г. это число снизилось до 3511 человек (на 9,1%), а в 2002 г. – до 3088 человек (на 20% против 1995 г.) опустившись до уровня 108,3% от 1990 г. Вместе с тем картина по количеству этой категории больных, числящихся на учете в медицинских учреждениях, в этих периодах времени несколько отличалась по пропорциям. Так, в 1995 г. прирост их числа против 1990 г. составил всего лишь 0,3% (в сравнении с 35,4% по первичному диагнозу), зато снижение в 2000 г. против 1995 г. составило 4,1%, а в 2002 г. – 10,6% против 1995 г., составив 89,7% к уровню 1990 г. Вполне возможно, что уменьшение числа психиатров и наркологов с 370 человек в 1995 г. до 347 в 2002 г. оставило свой след в этой динамике.

Вряд ли можно говорить о прямой связи количества врачей этой специальности с динамикой заболеваний по расстройству психики и поведения вследствие употребления психоактивных веществ. Например, среди заболеваний такого рода последствия проявления употребления алкоголя увеличиваются в последние три года по впервые установленному диагнозу, вместе с тем отставая от 1995 г. в 2002 г. на 30% в лучшую для населения сторону, а от 1990 г. – на 44,3%. Врачей стало немного меньше, а число новых алкоголиков уменьшилось значительно. Несколькая тенденция проявилась среди больных с впервые установленным диагнозом наркомании и токсикомании. Если в 1990 г. их было всего 149, то в 1995 г. - уже 523, в 2000 г. – 484, в 2001 г. – 559 и в 2002г. – 549 человек. Еще более четко проявилась тенденция роста числа таких больных, находящихся на учете в медицинских учреждениях. Так, если в 1990 г. их число составляло 1012, то в 1995 г. – 2080, в 2000 г. – 3852, в 2001 г. – 4265 и в 2002 г. – 4717 человек. На этом фоне как утешение можно рассматривать устойчивую тенденцию снижения количества больных алкоголем (алкоголизм и алкогольные психозы). Если в 1990 их число было 30737, то в 1995г. – 28200, в 2000 г. – 23228, в 2001 г. – 22644 и в 2002 г. – 22279 человек. Правда, при этом 500 человек в 2002 г. умерли от отравления алкоголем, тогда как в 1989 г. – только 200 человек. Трудно выявить, сколько в этой тенденции уменьшения количества алкоголиков приходится на взаимосвязь с 700 самоубийств, 200 случайных утопленников и 300 убийств, зарегистрированных в 2002 г., также как определить, как повлиял рост наркома-

нии на число этих смертей.

Достаточно близко к этой группой заболеваний (наркоманией) находятся и заболевания ВИЧ – инфекцией и СПИД. Например, более половины больных, находящихся на учете в медицинских учреждениях по поводу ВИЧ – инфекции или СПИД инфицированы во время употребления наркотиков путем инъекций. В 2000-66%, в 2001 г. – 60%, в 2002 г. – 57,3% по ВИЧ – инфекции. По СПИД – в 2000 г. – 77,5%, в 2001 г. – 73,5%, в 2002 г. – 70%. К сожалению, тенденции этих связанных друг с другом заболеваний примерно одинаковы. Не пытаясь привлекать дополнительные сведения для детального анализа, следует напомнить о тесной связи с этими тенденциями и этой причиной заболевания ВИЧ – инфекцией и СПИД, роста числа больных детей от ВИЧ – инфицированной матери с 72 в 1999 до 159 в 2002 г. по ВИЧ – инфекции и с 1 до 10 по СПИД. В связи с трагедией детей, получающих в наследство от матери неизлечимую болезнь, можно рассматривать и прогрессирующий рост числа таких же заболеваний, полученных половым путем. Если в 1999 г. число ВИЧ – инфицированных половым путем составляло 373, то в 2000 г. – 443, в 2001 г. – 616, а в 2002 г. – 763 человек, а получивших СПИД этим же путем 15, 18, 46 и 63 соответственно. Наверное, здесь не может служить утешением, что удельный вес больных СПИД, получивших заболевание половым путем в 2002 г. составляет только 25,9% в сравнении с 31,2% ВИЧ – инфицированных этим же путем. Абсолютный рекорд среди городов и районов по этим видам заболеваний в Крыму принадлежит по всем рассматриваемым годам Симферополю. Далее идут Феодосия, Ялта, Симферопольский, Джанкойский, Красногвардейский и Красноперкопский районы. Местному руководству здесь есть о чем заботиться.

Особое место в вопросах деятельности по охране здоровья населения занимают вопросы травматизма на производстве. Несмотря на то, что травматизм на производстве является следствием нарушений инструкций по ведению технологических процессов и по организации труда и производства, его последствия сказываются как на результатах развития предприятий и организаций, где они произошли, так и на состоянии здоровья, как правило, виновников этих нарушений. По логике объемы травматизма часто зависят от развития объемов производственной деятельности предприятий и организаций, от численности работающих в них сотрудников. Анализ статистических данных свидетельствует, что количество потерпевших с утратой трудоспособности на один рабочий день и больше в Крыму ежегодно уменьшается за последние рассматриваемые 7 лет. Так, если в 1996 г. их число составляло 882 человека, то в 2002 г. – 652, уменьшившись на 26,1%. На это снижение в 2001-2002 гг. не повлияло некоторое увеличение объемов деятельности и занятости населения в эти же годы в промышленности и других сферах экономической деятельности населения. Однако отмеченная положительная тенденция уменьшения травматизма на производстве в целом по Крыму не повторяется по его отдельным городам и районам. Например, в Симферополе этой тенденции вообще не обнаружено, здесь практически произошел рост травматизма с 168 потерпевших на производстве в 1996 г. до 185 в 2002 г., а в 2001 г. их было еще больше – 195. Аналогичная картина наблюдалась в Евпатории, где травматизм за этот период вырос в абсолютных показателях в 1,95 раза, а в относительных – на 1000 работающих – в 2,25 раза. Вместе с тем, если в Симферополе этот относительный показатель в анализируемом периоде максимально поднимался до 1,3 человек на 1000 работающих, то в Евпатории он составлял 1,8, в Керчи – 2,2, в Феодосии 2,5, а в Армянске – 3,4.

Соответственно и в районах Крыма не везде наблюдалось снижение травматизма в абсолютных и относительных показателях. Например, в Нижнегорском районе травматизм возрос с 11 случаев до 18 (на 63,6%), увеличившись в относительном измерении с 0,6 до 1,8 (в 3 раза). В Советском районе увеличение с 14 до 16 случаев (на 14,3%) происходило также на фоне более значительного роста относительного показателя с 1,3 до 2,5 (на 92,3%). Рекордсменом среди районов Крыма по абсолютному показателю в 1996 г. выступил Красноперкопский район – 75 случаев, снизивший их в 2002 г. до 16. Однако на этом положительном фоне он установил новый рекорд в 2002 г. по относительному показателю – 3 травматических случая на 1000 человек.

Поскольку количество хирургов в Крыму за это время сохранилось на уровне выше 1995 г. и составило в 2002 г. 1240 человек (почти 2 человека на одного травмированного), то можно считать, что они справились успешно с этими больными, имевшими 22726 человеко-дней нетрудоспособности. Поскольку на одного потерпевшего пришлось в 2002 г. 34,9 человеко-дней нетрудоспособности, они обеспечили занятость одного врача примерно на 17 дней. Безусловно, здесь следует еще учесть, что в 2002 г. произошли еще 52 случая травматизма со смертельным исходом, к которым могли привлекаться на какое-то время хирурги. Большинство этих случаев приключились в Симферополе (25 погибших в 2002 г.) и Симферопольском районе (3 случая). Следом за Симферополем по травматизму со смертельным исходом находится Белогорский район с 4 случаями. В других городах и районах было по 1-2 таких случаев.

3.2. Социальная помощь населению

Этот вид услуг населению стал особенно актуальным в условиях политической самостоятельности Украины с 1991 г. В последние годы сформировалась такая социально-экономическая ситуация для населения, в которой рельефно проявилась его незащищенность перед условиями реальной жизни. Так, постоянно стоимость потребительской корзины опережает уровень средней заработной платы населения, который в свою очередь вдвое опережает максимальный размер пенсий. Теоретически стоимость потребительской корзины характеризует минимальный уровень жизни, ниже которого начинается бедность и обнищание населения. Поэтому, максимальный уровень пенсий, фактически меньший вдвое этой стоимости, показывает, что уровень благосостояния таких пенсионеров составляет 0,5 от минимального прожиточного уровня. Однако не все пенсионеры имеют максимальную прожиточную пенсию по возрасту при полном стаже

работы. Более того, среди них есть совершенно нетрудоспособные граждане, которых на конец 2002 г. в Крыму было 77786 человек, из которой в сельской местности проживало 36952 человек.

Таким гражданам оказывалась целевая денежная помощь, средний размер которой составлял 26,42 грн. Эта помощь была дифференцирована. Например, пенсионерам по возрасту с полным стажем работы, численность которых составила 24534 человека, размер помощи составлял 17,72 грн., а при неполном стаже 5176 пенсионерам помощь оказывалась в размере 33,04 грн. Пенсионерам по инвалидности (15305 человек) помощь составляла 25,48 грн., а 18155 пенсионерам в связи с потерей кормильца – 29,43 грн. В отдельную группу были выделены одинокие пенсионеры – 1969 человек, размер помощи которым составлял 18,3 грн. на одного человека. Кроме пенсионеров были взяты на учет 50126 человек из малообеспеченных слоев населения. Этой категории населения оказывалась как денежная (14603 человек), так и натуральная (42790 человек) помощь. В натуральную помощь отнесены продукты питания, горячие обеды, промышленные и хозяйственные товары, частичная оплата стоимости оздоровительных и санаторно-курортных путевок, коммунальных услуг, топлива. Средний размер стоимости натуральной помощи составлял 26,34 грн. на одного человека, а денежной помощи – 45,04 грн. Следует отметить, что здесь население сельской местности составляло 40,1% при денежной помощи и 31,1% - при натуральной.

Как показывает анализ, количество детей в Крыму катастрофически уменьшается. Так, в возрасте до 4-х лет в 2001 г. было 78474 ребенка, в равнении с 158566 в 1989 г. (уменьшение на 50,5%). На 36% уменьшилось число детей в возрасте 5-9 лет. Положение не спасает даже уменьшение числа аборт до 15808 в 2002 г. в сравнении с 39442 в 1995 г. Поэтому государственная помощь семьям с детьми приобретает для Крыма все большую актуальность. В 2002 г. 68853 семьи получили помощь на 86913 детей. Общая сумма этой помощи составила 42153,8 тыс. грн., а средний размер помощи на одну семью составил 612,23 грн. Сюда вошли: помощь 6312 женщинам по беременности и родам в среднем по 338,36 грн. на человека; одноразовая помощь при рождении ребенка для 4973 детей по 201,74 грн. на одну семью; помощь по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет на 24056 детей по 365,05 грн. на каждую семью; помощь малообеспеченным семьям с детьми на 56449 детей в среднем по 889,15 грн. на семью; помощь на детей под опекуном 1132 опекунам по 715,28 грн.

Большое значение для малообеспеченного населения имеет выделение субсидий для частичной компенсации затрат на оплату жилищно-коммунальных услуг и топлива. В 2002 г. по Крыму такие субсидии были выплачены 59330 семьям по жилищно-коммунальным услугам на сумму 1360,1 тыс. грн. и 21063 семьям для оплаты топлива на сумму 5447,7 тыс. грн. Если наибольшее в городах количество семей, получивших субсидии на оплату жилищно-коммунальных услуг, 12009 приходится на Симферополь, то по оплате топлива – на Керчь (1918 семей). Среди районов – в Джанкойском больше всего семей – 5685, получивших субсидии для оплаты жилищно-коммунальных услуг, и 2318 – по оплате топлива.

4. Выводы и предложения

Украина по показателям продолжительности жизни и детской смертности до 5 лет значительно уступает странам Европы и регионам со сходными климатическими и экономико-географическими условиями. Крым как курортный регион служит эталоном для сравнения всех регионов Украины по результативности деятельности по охране здоровья населения.

В Крыму в 2002 году проживало 36 долгожителей в возрасте 100 лет и старше, из которых только 4 – мужчины. 22,5% жителей Крыма – пенсионеры. При положительной динамике уменьшения коэффициента детской смертности уменьшается рождаемость населения и увеличивается его смертность, опережая рождаемость на 6,7 человек на 1000 населения.

Медицинская база по охране здоровья населения за 12 лет сократилась в расчете на 10 000 населения по количеству врачей на 10,7%, по среднему медицинскому персоналу на 12,1%. Изменилась структура медицинского обслуживания. Так, количество больничных коек в расчете на 10000 населения уменьшилось на 23,6 %, а плановая емкость посещения амбулаторно-поликлинических учреждений возросла на 16,3%. Это отставание роста поликлинической емкости от снижения больничной емкости в отдельных городах за последние 7 лет весьма значительно. Так, в Симферополе – в 14 раз, в Евпатории – в 7,4 раза против среднего по Крыму, а в Ялте – опережение 1,9 раза. При этом число умерших на 100 000 населения за 13 лет возросло в 1,5 раза. Возросло число больных туберкулезом в 2002 г. втрое против 1990 года и вдвое против 1995 г., злокачественными заболеваниями – на 28,9% и 12,4%, венерическими – в 13 раз и в 1,5 раза, наркоманией и токсикоманией – в 4,7 раза и в 2,3 раза. Возросло в 2002 г. число больных ВИЧ – инфекцией и СПИД в сравнении с предыдущими годами. Снижается травматизм на производстве в целом по Крыму. Социальная помощь в Крыму оказывается наименее защищенным слоям населения, в частности – пенсионерам, дифференцировано по видам пенсий, а также малообеспеченному населению, в виде денежной и натуральной помощи. Кроме того выплачиваются субсидии в целях компенсации затрат на оплату жилищно-коммунальных затрат и топлива. Отдельное место занимает государственная помощь семьям с детьми.

Основой повышения результативности охраны здоровья является постепенное согласование и разрешение противоречий понимания охраны здоровья как потребительской услуги и как общественного блага. Решить эту проблему можно объединением усилий на уровне регионов, отрасли, страны и разных государств.

Источники и литература:

1. Реформування охорони здоров'я як один з найскладніших напрямів державної політикию Вісник центру. Інформаційний бюлетень Міжнародного центру перспективних досліджень. Число, 201, 29 вересня 2003 року.
2. Создание институциональных основ рыночной экономики. Доклад о мировом развитии 2002 г. Всемирный банк. – М.: Весь Мир. 2002. – 264 с.
3. Автономна республіка Крим в 2002 році. Статистичний щорічник. ГУ статистики в АРК. – Симферополь, 2003 р. – 601 с.

Попов А.С.**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ АПК КРЫМА В КОНТЕКСТЕ РАЗВИТИЯ КУРОРТНО-ТУРИСТСКОЙ ОТРАСЛИ РЕГИОНА**

В период проведения экономических преобразований в стране одной из наиболее серьезных проблем, с которой столкнулись субъекты продовольственного рынка в целом, и предприятия агропромышленного комплекса в частности, оказалась проблема сбыта произведенной комплексом продукции. Ужесточение конкуренции на продовольственном рынке, появление более качественных продуктов питания, производимых иностранными предприятиями - мировыми лидерами продовольственного бизнеса, заставляют отечественные предприятия АПК искать альтернативные каналы сбыта произведенной продукции.

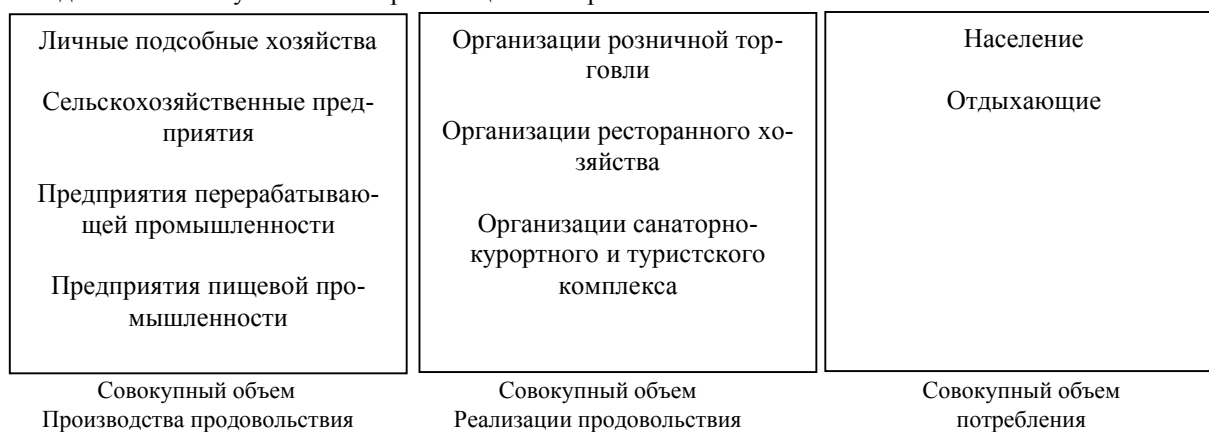
Вместе с этим, большая часть продукции агропромышленного комплекса Крыма производится в летне-осенний период, и наилучшее время и рынок сбыта для товаров отрасли – это отдыхающие. Каждый год в период курортного сезона население Крыма увеличивается более чем в 2 раза, также увеличивается и емкость рынка продовольствия региона. Таким образом, от развития курортно-туристской отрасли Крыма напрямую зависит и эффективность деятельности агропромышленного комплекса региона.

Анализ влияния курортно-туристской отрасли на продовольственный рынок с позиций рекреационно-го хозяйства и туризма рассматривали в своих трудах И.Н. Дышловой, В.Б. Сапрунова, Г.А. Папирян. Интересны работы по исследованию агропромышленного комплекса и продовольственного рынка М.Д. Янков, З.Э. Рыбчинской, В.В. Чепурко, В.А. Павловой, О.В. Дьяконовой.

Вместе с тем, в современной литературе не изучены и не проанализированы вопросы комплексного влияния курортно-туристской отрасли на развитие продовольственного рынка в целом, и на развитие АПК, в частности, не обосновано сотрудничество курортно-туристской, агропромышленной и торговой отраслей на продовольственном рынке Крыма, отсутствует концепция взаимодействия и кооперации участников продовольственного рынка региона в условиях ужесточения конкурентных условий. Все это послужило основой выбора темы проведенного исследования.

Целью исследования является социально-экономическое обоснование повышения эффективности работы субъектов продовольственного рынка Крыма в связи с развитием курортно-туристского комплекса региона.

Проведенные нами исследования основаны на следующей логико – структурной системе отраслевой взаимосвязи продовольственного рынка Крыма: (см. Рис. 1). Как видно из рисунка, субъекты продовольственного рынка в отрасли АПК структурируются в сельскохозяйственные предприятия, предприятия пищевой, перерабатывающей промышленности и в личные подсобные хозяйства. Аналогичным образом складывается совокупный объем реализации и потребления.

**Рис.1.** Отраслевая взаимосвязь продовольственного рынка Крыма

С учетом вышеуказанной логико-структурной схемы нами был проанализирован продовольственный рынок Крыма и получены следующие результаты:

1. Результат корреляции между показателями розничного товарооборота и количеством отдыхающих, посещающих Крым, составляет $T_{xy}=0,69$, что свидетельствует о существовании значительной и тесной взаимосвязи. Анализ результатов корреляции показал, что: в годы успешного курортного сезона,