

Статистичний аналіз стану, динаміки та тенденцій розвитку матеріальних ресурсів охорони здоров'я України

*О.В. Виноградов,
здобувач НАДУ при Президентові України,
заступник завідувача секретаріату
Комітету Верховної Ради України
з питань охорони здоров'я*

Ефективність державного управління охороною здоров'я визначається оцінкою стану та аналізом змін основних показників матеріальних ресурсів охорони здоров'я. З цією метою органи державної влади проводять збирання і статистичну обробку інформації, яка надає можливість оцінити динамічні процеси та тенденції, що впливають на забезпечення медичною допомогою населення України. Питання стану та динаміки розвитку ресурсів охорони здоров'я є об'єктом дослідження міжнародних організацій, політиків і науковців. Це пов'язано з тим, що без такого аналізу більшість досліджень з питань функціонування та розвитку системи охорони здоров'я неможливо провести. Водночас відсутність чіткого бачення основних причин та факторів впливу на трансформаційні процеси в охороні здоров'я не дозволяє сформулювати єдині підходи до отримання рішень стосовно розвитку системи охорони здоров'я України.

Розробка шляхів удосконалення державного управління системою охорони здоров'я стала предметом розгляду багатьох науковців. Вагомий внесок у дослідження специфічних особливостей теорії та практики цього наукового напрямку зробили М. Білинська, Ю. Вороненко, З. Гладун, Н. Гойда, М. Голубчиков, О. Голяченко, Т. Грузева, Л. Жаліло, В. Загородній, Б. Криштопа, В. Лобас, В. Москаленко, З. Надюк, В. Пасько, Л. Пиріг, А. Підаєв, Ю. Поляченко, В. Пономаренко, Я. Радиш, І. Солоненко, А. Уваренко, О. Ціборовський, М. Шутов та ін. Однак ще не вистачає робіт узагальнюючого характеру, в яких здійснюється комплексний розгляд питань управління ресурсами охорони здоров'я як у теоретичному, так і в історичному аспектах, порівнюється досвід вирішення організаційно-правових проблем реалізації державно-управлінських функцій у різних країнах світу. Недостатньо уваги приділяється також вивченню об'єктивних причин тих чи інших змін стану ресурсів охорони здоров'я України. Тому наша розробка має певною мірою усунути ці прогалини, допомогти осмислити й узагальнити коло питань, які поки що випадають з поля зору українських дослідників.

Актуальність обраної теми зумовлюється необхідністю удосконалення та реформування державного управління ресурсами охорони здоров'я для забезпечення успішного функціонування системи охорони здоров'я України.

Метою статті є дослідження стану та динаміки розвитку матеріальних ресурсів охорони здоров'я, виявлення основних факторів впливу та взаємозв'язків різних категорій ресурсів у системі охорони

здоров'я України. У статті виконано аналіз основних фондів системи охорони здоров'я, вона є продовженням дослідження аналізу кадрових ресурсів охорони здоров'я України [7]. Дослідження медико-статистичних даних проведено на основі системного підходу з застосуванням методів порівняння та графічного аналізу.

Основні фонди системи охорони здоров'я є специфічною економічною категорією, пов'язаною з формуванням матеріальних фондів суспільства та їх використанням у галузі охорони здоров'я для надання медичних послуг і задоволення потреб населення. Вони є найбільшою складовою матеріальних ресурсів системи охорони здоров'я і поряд з основними фондами інших галузей формують економічний потенціал країни; від їх величини, якості та ефективності використання залежать величини показників національного здоров'я і темпи їх зростання, розвитку системи охорони здоров'я та підвищення матеріального рівня життя народу. Основні фонди системи охорони здоров'я представлені будівлями, земельними ділянками, комунікаціями, обладнанням, ліжками у лікарняних закладах тощо. Для оцінки стану основних фондів використовуються показники структурно-функціональної діяльності системи, серед яких показники мережі лікарняних закладів, ліжкового фонду та забезпеченості населення медичними послугами.

За даними Центру медичної статистики МОЗ України, на 31.12.2005 року в системі МОЗ України функціонувало 23,7 тис. закладів, у тому числі близько 7 тисяч лікувально-профілактичних, 820 санітарно-епідеміологічних закладів, 48 будинків дитини, 15459 фельдшерсько-акушерських пунктів, а також 25 науково-дослідних закладів, вищих навчальних закладів освіти III–IV рівнів акредитації – 18, I–II рівнів акредитації – 116. Із загального числа закладів 974 безпосередньо підпорядковані МОЗ України.

Стационарну допомогу населенню в 2005 році надавали 2636 лікарняних закладів, у тому числі 2353 лікарні та 283 диспансери зі стаціонарами. Загальна потужність ліжкового фонду на кінець року становила 407 464 ліжка, або 87,2 на 10 тисяч населення (табл. 1, за даними [4]).

За останні п'ять років мережа лікарняних закладів зменшилася на 413 од. (13,6%) в основному за рахунок реорганізації малопотужних міських (селищних) та дільничних лікарень у самостійні лікарські амбулаторії [4, с. 128].

За даними Державного комітету статистики України, кількість лікарняних закладів у 2005 році складала 2,9 тис., а кількість лікарняних ліжок – 445 тис. (табл. 2, за даними [9, с. 472]).

ДЕМОГРАФІЧНА ТА СОЦІАЛЬНА СТАТИСТИКА

Таблиця 1

Мережа лікарняних закладів та їх ліжковий фонд

(од.)

Показник за розрізами	Число закладів			± 2005 до 2000 р.	У них ліжок			± 2005 до 2000 р.
	2000 р.	2004 р.	2005 р.		2000 р.	2004 р.	2005 р.	
Всього	3049	2668	2636	-413	434139	412606	407464	-26675
у тому числі:								
- обласні лікарні	25	25	25	-	21695	20922	20862	-833
- дитячі обласні, включаючи "Охматдит"	28	28	28	-	11132	11302	11257	+125
- міські лікарні	592	562	551	-41	110373	108002	107703	-2670
- дитячі міські лікарні	104	100	99	-5	15020	14253	13923	-1097
- центральні районні лікарні	486	473	480	-6	110644	102754	104009	-6635
- районні лікарні	125	142	134	+9	8918	12164	9049	+131
- дільничні лікарні	948	679	668	-280	15165	11047	10486	-4679
- пологові будинки	93	92	89	-4	14440	13916	13276	-1164
- психіатричні та наркологічні лікарні	93	94	92	-	46619	43464	43059	-3560
- диспансери зі стаціонарами	367	291	283	-84	47049	42918	41579	-5470
- інші заклади	63	72	75	+12	15082	15845	15997	+915

Таблиця 2

Основні показники ресурсів охорони здоров'я

Показники \ Роки	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Кількість лікарських закладів, тис.	3,9	3,9	3,3	3,2	3,1	3,0	2,9	2,9
Кількість лікарняних ліжок, тис.	700	639	466	466	465	458	451	445
Кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів, тис.	6,9	7,2	7,4	7,4	7,4	7,6	7,7	7,8
Планова ємність амбулаторно-поліклінічних закладів, тис. відвідувань на 10 тис. населення	173,1	189,0	198,4	203,2	205,0	206,8	209,6	211,7

За даними Європейської бази даних "Здоров'я для всіх", кількість лікарняних закладів в Україні у 2004 році складала 27,9 тис., або 5,94 на 100 000 населення, а кількість лікарняних ліжок – 41 827 тис., або 88,9 на

100 000 тис. населення [8]. Для порівняння наведемо дані окремих країн європейського регіону та ЄС (табл. 3, за даними [6, с. 50; 8]).

Таблиця 3

Кількість стаціонарів і ліжок

(од./100 тис. населення)

Країна	Кількість стаціонарів	Ліжковий фонд	
	2004 р.	1996 р.	2002 р.
Україна	5,94	108,4	88,9
Польща	2,15	62,2	54,9
Росія	6,76	116,3	107,1
Білорусь	7,87	122,7	119,4
Естонія	3,68	79,0	59,5
Європа загалом	4,39	82,1	72,4
ЄС загалом	3,2

Таким чином, досліджуючи динаміку змін у загальному забезпеченні населення України ресурсами охорони здоров'я, ми бачимо стійку тенденцію до скорочення як загальної кількості лікарняних закладів, так і ліжкового фонду. Основні причини такої динаміки полягають, по-перше, у прямому нормативно-правовому регулюванні (так, Постановою Кабінету Міністрів України від 28.06.1997 р. № 640 затверджений нормативний показник забезпеченості ліжками – 80 на 10 тисяч населення); по-друге, в обмеженому фінансуванні галузі; по-третє, у розвитку медичних технологій, що сприяє більш інтенсивному використанню ресурсів системи, і, по-четверте, у недостатці медичних кадрів, що суттєво впливає на стан ресурсів охорони здоров'я в цілому. Як бачимо, Україна досягла більших успіхів на шляху до скорочення ресурсів відповідно до показників розвинених європейських держав, ніж Росія та Білорусь. З іншого боку стан здоров'я населення України, який різко погіршився у 90-х роках ХХ сторіччя, продовжується залишатися незадовільним [10]. Таким чином, можемо констатувати, що скорочення ресурсів системи охорони здоро-

в'я України пов'язане з погіршенням здоров'я населення України.

Інформація, подана Центром медичної статистики МОЗ України, доводить, що кількість диспансерів у цілому (порівняно з 2000 роком) зменшилася на 119, у тому числі зі стаціонарами – на 84, унаслідок об'єднання або реорганізації їх у структурні підрозділи інших лікувальних закладів, переважно міських та центральних районних лікарень. Кількість протитуберкульозних диспансерів за останні 5 років зменшилася на 48 (у тому числі зі стаціонарами – на 34); шкірно-венерологічних – на 38; наркологічних – на 11; психоневрологічних – на 5; ендокринологічних – на 3; лікарсько-фізкультурних – на 8.

Аналізуючи взаємозв'язок скорочення матеріальних ресурсів охорони здоров'я зі зростанням рівня захворюваності на прикладі туберкульозу (tbc), можемо побачити, що зростання рівня захворюваності безпосередньо залежить від скорочення кількості протитуберкульозних диспансерів та протитуберкульозних ліжок (рис. 1, за даними [3]).

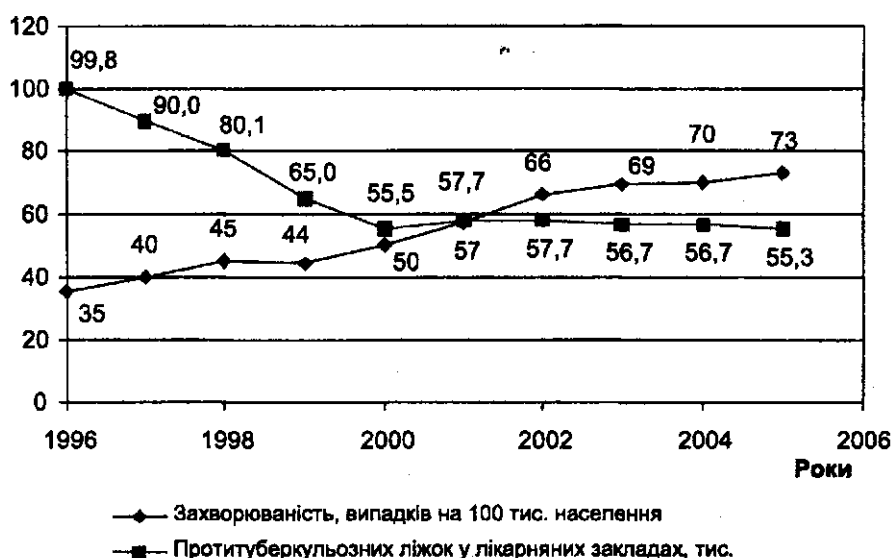


Рис. 1. Залежність зростання захворюваності на туберкульоз від скорочення матеріальних ресурсів

З метою аналізу залежності скорочення ресурсів охорони здоров'я (санаторні та лікарняні протитуберкульозні ліжка) від темпу зростання захворюваності дорослого населення на tbc застосуємо статистичний метод та дослідимо загальноприйнятий статистичний показник – темп приросту (табл. 4).

На прикладі скорочення кількості протитуберкульозних ліжок бачимо, що від'ємний приріст матеріальних ресурсів охорони здоров'я впливає на зростання захворюваності. Крім того, менш інтенсивне скорочення ресурсів за останні роки викликає менш інтенсивне зростання захворюваності. І хоча доведе-

Таблиця 4

Темп приросту захворювань на tbc та кількості протитуберкульозних ліжок

Показник \ Роки	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Темп приросту кількості ліжок	-8,9	-13,3	-15,3	-5,26	2,8	0,1	-1,5	0,2	-2,0	0,3
Темп приросту захворюваності	7,2	12,6	-1,6	10,6	13,9	10,2	2,5	4,3	3,9	1,0

ДЕМОГРАФІЧНА ТА СОЦІАЛЬНА СТАТИСТИКА

но, що захворюваність на тbc значною мірою залежить від соціального благополуччя населення, ми можемо стверджувати, що медична складова у боротьбі з туберкульозом недостатньо ефективна, а заходи щодо скорочення протитуберкульозних ресурсів нанесли значну шкоду здоров'ю населення України.

Узагалі за останні п'ять років у лікарняних закладах, переважно місцевого підпорядкування, скорочено 26 675 ліжок (6,1%), при цьому ліжковий фонд обласних лікарень зменшився на 3,8%, міських лікарень – на 2,4%, центральних районних лікарень – на 6,0%, дільничних лікарень – на 30,8%, пологових будинків – на 8,1%, психіатричних та наркологічних лікарень – на 7,6%, диспансерів – на 11,6% [4], а загальна захво-

рюваність населення та смертність продовжують зростати та перевищують показники Євросоюзу у 2–4 рази [6, с. 15].

Незважаючи на щорічне зменшення обсягу ліжкового фонду, слід очікувати і подальше скорочення основних фондів, оскільки нормативний показник забезпеченості ліжками – 80 на 10 тисяч населення, затверджений уже згаданою Постановою Кабінету Міністрів України № 640, – наразі нижче, ніж наявний рівень. У 2005 році забезпеченість ліжками на 10 тисяч населення становила 87,2 (2000 рік – 88,5) (рис. 2) [4, с. 129]. При цьому відповідний показник для європейського регіону дорівнює 69,1 (2004 рік), а для країн СНД в цілому – 86,7 (2004 рік).

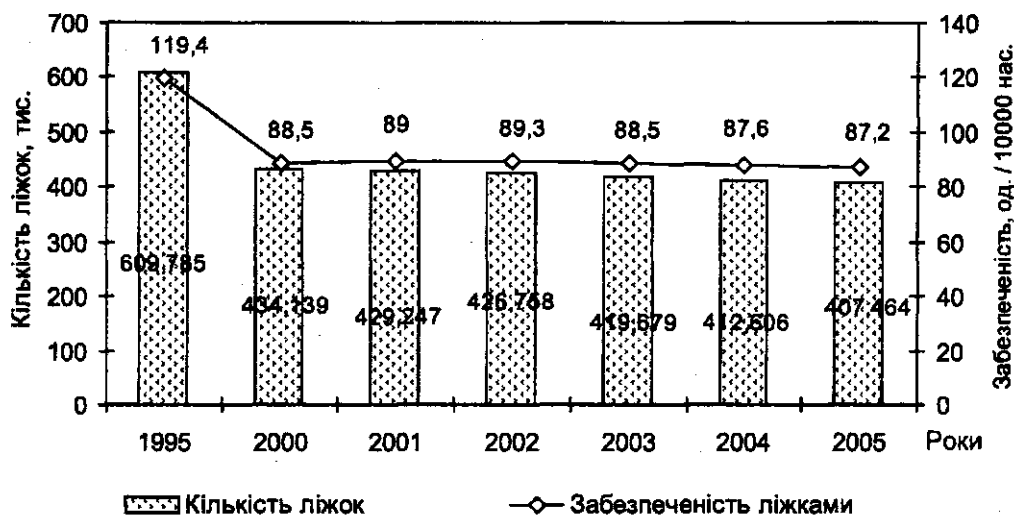


Рис. 2. Ліжковий фонд системи МОЗ та забезпеченість ліжками

Забезпеченість ліжками на 10 тисяч населення сільських адміністративних районів становить 63,0 (2000 рік – 65,9). В усі лікарняні заклади в 2005 році було госпіталізовано 10141,3 тисяч осіб, що на 583,4 тисяч (6,1%) більше, ніж у 2000 році. За останні роки відмічається незначне зростання рівня госпіталізації на 100 жителів з 19,4 у 2000 році до 21,6 у 2005 році, в тому числі міських жителів з 19,9 до 21,8, сільських

жителів – з 18,3 до 21,2 відповідно (рис. 3) [4, с. 130]. При цьому європейський регіон – 18,8 (2004 рік), СНД – 19,7 (2004 рік).

За останні роки відмічається покращання показників використання ліжкового фонду (рис. 4) [4, с. 131] та зберігається тенденція до скорочення середнього перебування хворого на ліжку з 14,9 днів у 2000 році до 13,5 у 2005 році.

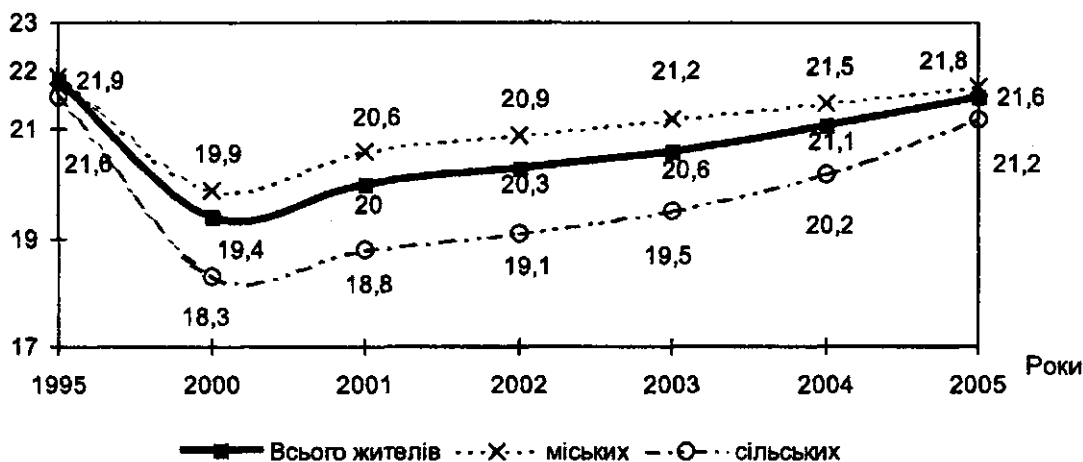


Рис. 3. Рівень госпіталізації на 100 жителів

ДЕМОГРАФІЧНА ТА СОЦІАЛЬНА СТАТИСТИКА

Середнє перебування хворого на ліжку становить: в обласних лікарнях – 11,6 днів (2000 рік – 12,8); міських лікарнях – 11,8 днів (2000 рік – 12,8); центральних районних лікарнях – 11,2 днів (2000 рік – 11,9); дільничних лікарнях – 12,5 днів (2000 рік – 14,0). За даними Європейського регіонального бюро ВООЗ, середнє перебування хворого на ліжку в усіх стаціона-

рах в Європейському регіоні становить 10,9 днів (2004 рік), у СНД – 13,4 дня (2004 рік). У закладах сільських адміністративних районів середнє перебування хворого на ліжку становить 11,6 днів (2000 рік – 12,8), середня кількість днів зайнятості ліжка – 334 (2000 рік – 321). Середня кількість днів зайнятості ліжка збільшилася з 324 у 2000 році до 335 днів у 2004–2005 рр.



Рис. 4. Показники використання ліжкового фонду

Загальна кількість відвідувань в усіх амбулаторно-поліклінічних закладах становить 499,0 млн. (2000 рік – 491,9 млн.) (див. табл. 5 за даними [4]). Кількість відвідувань на одного жителя становить 10,6 (2000 рік – 10,0). Кількість відвідувань на одного жителя в сільських адміністративних районах становить 9,0 (2000 рік – 8,3).

Планова потужність амбулаторно-поліклінічних закладів становить 876 981 відвідування у зміну, або 188 на 10 тисяч населення (2000 рік – 178). Кількість дільничних лікарень зменшилася з 948 у 2000 р. до 668 у 2005 р. (на 29,5%). Крім того, укомплектованість

штатних посад лікарів у цих закладах фізичними особами в цілому становить лише 74,7% (2000 р. – 80,6; 2004 р. – 75,5). Кількість сільських лікарських амбулаторій збільшилася з 2408 у 2000 р. до 3076 (27,7%) у 2005 році (2004 р. – 3026). Протягом останніх років постійно зростає мережа закладів, які мають денні стаціонари, а також збільшується кількість ліжок у них. У 2005 році 4659, або 69,6% від усіх закладів, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу, мали в своєму складі денні стаціонари, в яких було проліковано 2,2 млн. осіб (2000 рік – 1,2 млн.) (рис. 5, за даними [2, с. 133]).

Таблиця 5

Мережа закладів, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу

Роки	2000	2004	2005	± 2005 до 2000
Показники				
Усього закладів, в тому числі:	6456	6660	6692	+236
– самостійні поліклініки та амбулаторії, з них:	2850	3533	3605	+755
♦ сільські лікарські амбулаторії	2408	3026	3076	+668
♦ поліклініки в складі лікарняних закладів	2624	2310	2281	-343
♦ диспансери	491	378	372	-119
♦ стоматологічні поліклініки	320	313	309	-11
♦ лікарські здоров'я пункти	171	126	125	-46
Кількість ФАПів	16113	15526	15459	-654

ДЕМОГРАФІЧНА ТА СОЦІАЛЬНА СТАТИСТИКА

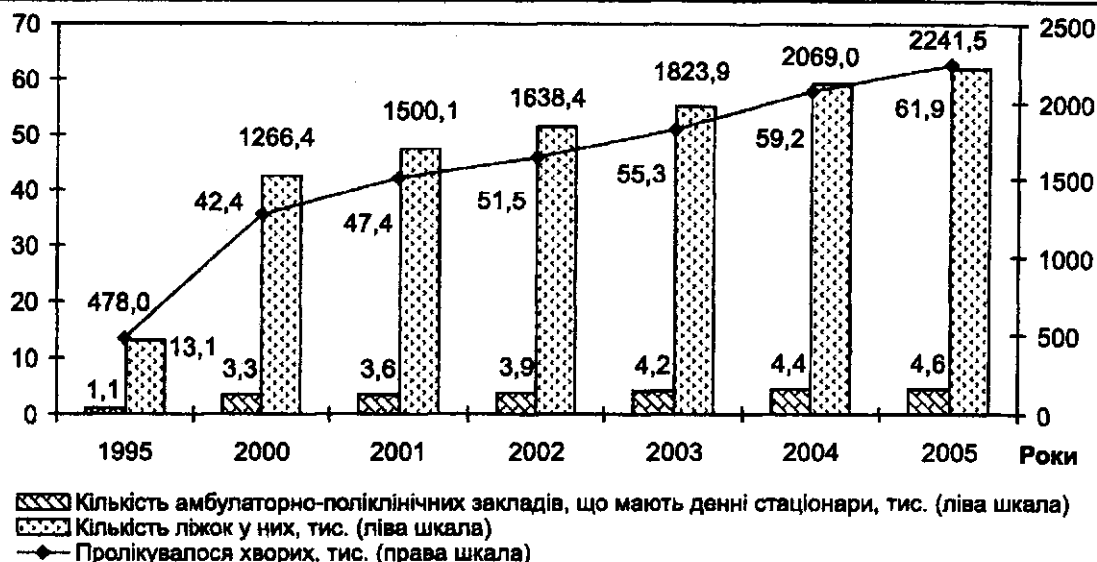


Рис. 5. Кількість денних стаціонарів

Кількість ліжок у денних стаціонарах (порівняно з 2000 роком) збільшилася на 19,5 тисяч і становить 61933 ліжка, кількість ліжок у денних стаціонарах на 10 тисяч населення – зросла з 8,6 у 2000 році до 13,2 у 2005 році, число пролікуваних хворих у денних стаціонарах на 10 тисяч населення збільшилося з 257 до 477 відповідно. Кількість ліжок у стаціонарних закладах України у 2005 році порівняно з 2001 роком зменшилася на 21783, або на 5,1% (2001 р. – 429247 ліжок, 2005 р. – 407464 ліжок). Рівень госпіталізованої захворюваності дорослих і підлітків від усіх хвороб склав в Україні у 2005 році 21,1 на 100 осіб.

Аналізуючи динамічні процеси стану ресурсів охорони здоров'я, можемо визначити, що за останні роки проходило скорочення як лікарняних закладів, так і ліжкового фонду лікувального та санаторного профілів; крім того, за останні роки відбувалися процеси реорганізації, перепрофілювання, відокремлення та об'єднання закладів охорони здоров'я. Так, за рахунок реорганізації лікарняних закладів, у самостійні лікарські амбулаторії (переважно в сільській місцевості) спостерігається тенденція до збільшення амбулаторій сімейних лікарів на фоні фактичного скорочення стаціонарів, диспансерів та фельдшерсько-акушерських пунктів. Поряд з цим, в Україні розвиваються стаціонарозамінюючі форми надання медичної допомоги, зростає інтенсивність використання ресурсів, що проявляється у збільшенні показників госпіталізації, скороченні середнього перебування хворого на ліжку, збільшенні кількості днів зайнятості ліжка та зростанні ефективності його використання (обіговості).

Незважаючи на значні зусилля з боку державної влади, за останні 20 років сімейна медицина не набула необхідного розвитку в Україні, причинами цього є незмінені методи фінансування сімейних лікарів, а також існування більш раціональної поліклінічної форми надання первинної медичної допомоги [2].

Можна було б визнати, що сучасні тенденції розвитку матеріальних ресурсів охорони здоров'я Украї-

ни відповідають світовим тенденціям, якби не загальний стан здоров'я населення України, який погіршується з кожним роком. Тому ми повинні усвідомити, що розвиток інноваційних медичних технологій, удосконалення управління, покращання загального ставлення населення до свого здоров'я не впливають на скорочення основних фондів медичної галузі, як це відбувається в розвинених країнах. Головними причинами скорочення ресурсів в Україні є недостатнє фінансування, обмежена мотивація медичних кадрів щодо праці та недосконале державне управління системою охорони здоров'я України.

Конституцією України (ст. 49) встановлено, що мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я не може бути скорочена. Однак як за даними МОЗ, так і за даними Держкомстату з 1996 року спостерігається тенденція до скорочення абсолютної кількості закладів охорони здоров'я України.

Документом, що регулює забезпеченість населення ресурсами охорони здоров'я, є Наказ МОЗ "Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я" від 23.02.2000 р. № 33 зі змінами та доповненнями. Цим Наказом затверджено штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я обласних та міських закладів охорони здоров'я з населенням понад 25 тис. осіб. Ним встановлюються штатні нормативи посад керівників, лікарів, середнього та технічного медичного персоналу відповідно до кількості ліжок та чисельності населення, а також забезпеченості населення закладами, відділеннями, кабінетами тощо відповідного медичного профілю [5].

Таким чином, нормативно-правовий механізм державного управління є основним у формуванні структури ресурсів охорони здоров'я України. Такий механізм певною мірою відповідає концепції державної системи охорони здоров'я, але з іншого боку – не може еластично відповідати попиту на медичні послуги, який стрімко розвивається за ринковими законами. Такий механізм обмежує можливості оперативного реагування керівників охорони здоров'я на потреби

галузі. Однак не тільки механізм управління впливає на систему, є також інші фактори, що сприяють або

навпаки стримують ефективність використання ресурсів (рис. 6).

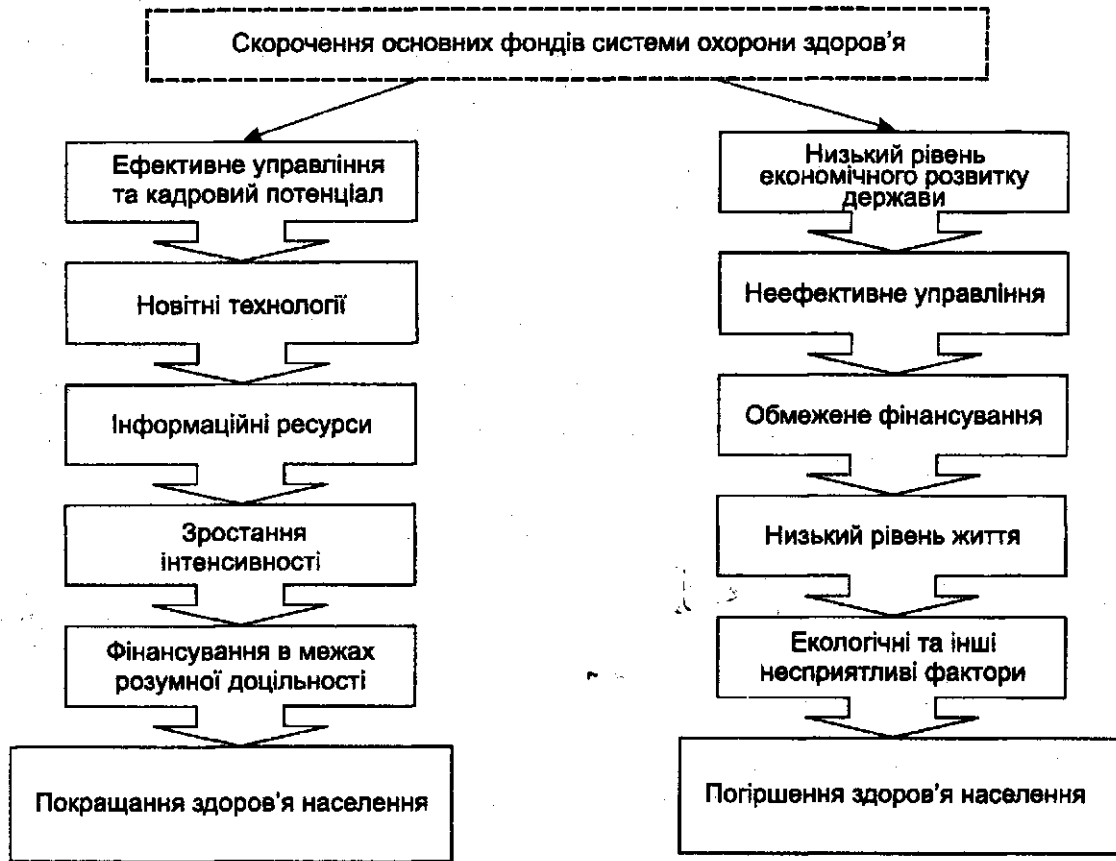


Рис. 6. Фактори, що впливають на стан здоров'я населення за умови скорочення ресурсів охорони здоров'я

Починаючи з 90-х років в Україні відбувалися процеси спаду економіки, значно знизився рівень життя населення, погіршилась екологічна ситуація. До сьогодні управління системою охорони здоров'я не відповідає вимогам ринкової економіки та залишається в адміністративному управлінні, а фінансування не забезпечує потреб галузі. Тільки в останні роки почала зростати інтенсивність надання медичної допомоги, в лікарнях з'являються комп'ютери та нове обладнання, збільшується фінансування. Все це дає надію, що система охорони здоров'я зможе ефективно використати свої обмежені ресурси для покращання здоров'я населення України.

Проведене дослідження дає підстави для таких висновків:

1. Незважаючи на неоднорідність статистичних даних офіційних джерел, динаміка змін матеріальних ресурсів відображає фактичне скорочення основних фондів системи охорони здоров'я України, що порушує Конституцію України та негативно відображається на загальному стані здоров'я населення, зокрема інтенсивне скорочення протитуберкульозних ресурсів країни є однією з причин поширення захворюваності на туберкульоз.

2. Нормативно-правовий механізм державного управління ресурсами охорони здоров'я України не

може еластично відповідати попиту на медичні послуги, а скорочення основних фондів системи охорони здоров'я, яке відбувається через адміністративне регулювання, не враховує фактори, що впливають на підвищення якості та інтенсивності надання медичної допомоги.

3. За останні роки в Україні почала зростати інтенсивність використання ресурсів, що проявляється у збільшенні показників госпіталізації, скороченні середнього перебування хворого на ліжку, збільшенні кількості днів зайнятості ліжка та зростанні ефективності використання ліжка. Проте намітилися позитивні тенденції до збільшення амбулаторій сімейних лікарів, розвиваються стаціонарозамінюючі форми надання медичної допомоги, зростає впровадження новітніх медичних та інформаційних технологій, поступово збільшується фінансування галузі. Ці фактори можуть проявлятися як компенсаторні механізми негативного впливу скорочення ресурсів на загальне здоров'я населення.

Перспективи подальших розвідок полягають у дослідженні ресурсів охорони здоров'я, які мають сприяти розробці єдиних підходів до формування політичних рішень щодо розвитку системи охорони здоров'я України.

Список використаних джерел

1. *Виноградов О.В.* Статистичний аналіз стану, динаміки та тенденцій розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я України // *Статистика України*. – 2007. – № 4. – С. 48–52.
2. *Виноградов О.В.* Роль сімейної медицини в стратегії державного управління // *Державне управління. Теорія та практика: Електронне фахове видання НАДУ*. – 2006. – № 1. – Режим доступу: <http://www.academy.kiev.ua> – Заголовок з екрана.
3. *Туберкульоз в Україні: аналітично-статистичний довідник*. – К.: ЦМС МОЗ України, 2007.
4. *Здоров'я населення та діяльність галузі охорони здоров'я України в 2001–2005 роках / МОЗ України, Центр медичної статистики МОЗ України*. – К.: Вид-во “Полеум”, 2006. – 204 с.
5. *Наказ МОЗ України “Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я” від 23.02.2000 р. № 33*. – Режим доступу: <http://www.nau.kiev.ua/nau10/ukr/doc.php?uid=1039.1760.0>
6. *Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я України / Під заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого*. – К.: Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.
7. *Постанова Кабінету Міністрів України від 28.06.1997 р. № 640*. – Режим доступу: <http://www.nau.kiev.ua/nau10/ukr/doc.php?uid=1058.491.0>
8. *Сайт Всесвітньої організації охорони здоров'я*. – Режим доступу: <http://data.euro.who.int/hfamdb/> – Заголовок з екрана.
9. *Статистичний щорічник України за 2005 рік / За ред. О.Г. Осауленка; Державний комітет статистики України*. – К.: Вид-во “Консультант”, 2006. – 576 с.
10. *Результати діяльності галузі охорони здоров'я України у 2006 році*. – К.: МОЗ України, 2007. – 75 с.

Статистический анализ состояния суицида в Республике Беларусь*

В настоящее время тема демографического кризиса в Беларуси является одной из самых актуальных, так как в стремительном сокращении численности населения видится серьезная угроза национальной безопасности. Снижению смертности отводится приоритетная роль в проекте национальной программы демографического развития республики. Долгосрочное улучшение демографической ситуации в стране невозможно без преодоления сверхсмертности, в том числе по причине суицида.

Суицид – крайняя форма аутодеструктивного поведения человека, которая является индикатором дезинтеграции современного общества [11]. С 1995 г. прошлого столетия суицид занимал первое место в структуре внешних причин смерти населения Республики Беларусь. В 2006 г. суицидальная смертность вышла на второе место после случайных отравлений алкоголем [6].

Научно-исследовательские институты ряда стран проводили изучение зависимости между показателями уровня жизни населения и количеством суицидных случаев. В результате исследования не были получены

однозначные оценки факторов, влияющих на данное социальное явление, следовательно, выделить группы стран, близких по изучаемым характеристикам, оказалось крайне сложно [9; 10]. Отсюда можно сделать вывод, что явление суицида по своей причинно-следственной природе является индивидуальным для каждой страны.

Рассмотрим динамику уровня зарегистрированных суицидных случаев в Беларуси за период 1990–2006 гг. (табл. 1, по данным [4, с. 292; 294; 296]).

Динамика численности суицидных случаев в стране в рассматриваемый период имеет следующие характеристики: среднегодовой темп роста – 101,9%, средний абсолютный прирост за период – +46. Зарегистрированная численность умерших по причине самоубийств превышает показатель численности погибших от преступных посягательств в 3–4 раза. По мнению специалистов, фактический уровень суицида выше официальных цифр в 2–4 раза, так как не все случаи регистрируются системой здравоохранения в силу отсутствия или недостатка улик, доказывающих факт добровольного ухода из жизни [3].

На основе показателей табл. 1 составлена линейная регрессионная динамическая модель количества зарегистрированных суицидных случаев в стране [7]:

И.А. Дауки,
кандидат экономических наук,
доцент кафедры статистики
Белорусского государственного
экономического университета;
Н.Ю. Королева,
кандидат биологических наук,
заведующая кафедрой Управления образования
Государственного института
повышения квалификации и переподготовки
работников и специалистов Министерства торговли
Республики Беларусь

* Друкується мовою оригіналу
© И.А. Дауки, Н.Ю. Королева, 2008