

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ ДЕМОГРАФІЇ ТА СОЦІАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ
ІМЕНІ М.В. ПТУХИ

НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ
ДЕМОГРАФІЧНІ ТЕНДЕНЦІЇ В УКРАЇНІ
у 2002–2019 рр.

Колективна монографія за ред. О.М. Гладуна

КИЇВ – 2020

УДК 314.04(477)"2002/2019"

Н 31

Авторський колектив:

О.М. Гладун (наук. ред.),
С.Ю. Аксьонова, О.К. Гаврилюк, Т.О. Гнатюк,
Б.О. Крімер, І.О. Курило, Н.М. Левчук, І.П. Майданік, О.В. Позняк,
Н.О. Рингач, Л.І. Слюсар, П.Є. Шевчук

Рецензенти:

Лібанова Е.М., д-р екон. наук, проф., академік НАН України,
директор ІДСД ім. М.В. Птухи НАН України
Ковтун Н.В., д-р екон. наук, проф.,
завідувач кафедри статистики та демографії КНУ ім. Т. Шевченка

*Рекомендовано до друку Вченою радою ІДСД ім. М.В. Птухи НАН України
(протокол № 17 від 28 грудня 2020 року)*

Н 31 Населення України. Демографічні тенденції в Україні у 2002–2019 рр.: кол. моногр. / за ред. О.М. Гладуна; НАН України, Ін-т демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи. – Київ, 2020. – 174 с.

ISBN 978-966-02-9585-8 (PDF)

Монографію присвячено аналізу демографічної ситуації в Україні за період 2002–2019 рр. Досліджено тенденції народжуваності, смертності і міграції за цей період. Представлено демографічний прогноз до 2100 р. за різними сценаріями. Визначено основні напрями соціально-демографічної політики.

Для демографів, працівників соціальної сфери, та усіх, хто цікавиться питаннями демографічного розвитку України.

УДК 314.04(477)"2002/2019"

ISBN 978-966-02-9585-8 (PDF)

© Інститут демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України, 2020

© О.М. Гладун, С.Ю. Аксьонова, О.К. Гаврилюк, Т.О. Гнатюк, Б.О. Крімер, І.О. Курило, Н.М. Левчук, І.П. Майданік, О.В. Позняк, Н.О. Рингач, Л.І. Слюсар, П.Є. Шевчук

ЗМІСТ

<i>Передмова</i>	<i>4</i>
РОЗДІЛ 1. Динаміка чисельності та статеві-вікового складу населення України. Демографічне старіння й проблеми депопуляції	11
РОЗДІЛ 2. Шлюбно-сімейна ситуація	19
РОЗДІЛ 3. Народжуваність	29
РОЗДІЛ 4. Смертність і тривалість життя	37
4.1. Загальна характеристика змін у смертності й тривалості життя	37
4.2. Статеві-вікова диференціація смертності.....	43
4.3. Структура причин смерті	49
4.4. Висока передчасна смертність як соціальна проблема	75
РОЗДІЛ 5. Тенденції міграції населення	82
5.1. Внутрішня міграція	82
5.2. Зовнішня міграція.....	91
5.2.1. Міграція, пов'язана із зміною місця проживання	91
5.2.2. Зовнішня трудова міграція	96
5.2.3. Освітня міграція	103
5.2.4. Імміграція в Україну	109
РОЗДІЛ 6. Демографічний прогноз України до 2100 року	112
РОЗДІЛ 7. Соціально-демографічна політика.....	132
7.1. Політика адаптації до умов старіння населення в Україні ..	133
7.2. Сімейна політика	139
7.3. Політика збереження здоров'я	148
7.4. Політика у сфері подовження тривалості життя.....	153
7.5. Політика щодо внутрішньо переміщених осіб, українських трудових мігрантів та іноземців в Україні.....	164
Заключні положення	172

ПЕРЕДМОВА

Усі країни в своїй історії пройшли або проходять період трансформації демографічних процесів, які у демографічній науці отримав назву демографічного переходу. У загальних рисах суть демографічного переходу полягає у зміні рівнів смертності та народжуваності, збільшенні тривалості життя, зміщенню вікової структури у бік старших вікових груп, трансформації репродуктивної та шлюбної поведінки населення, а в певних випадках – і у зміні міграційної активності.

В Україні демографічний перехід розпочався наприкінці XIX століття і досі є незавершеним. На його перебіг вплинули не тільки соціальні катастрофи першої половини XX століття, але й події останніх сорока років. Негативні тенденції у демографічному розвитку України демографи прогнозували ще наприкінці 1960-х – початку 1970-х років. Але передбачити швидкість та глибину кризи тоді було неможливо. У той час ніхто не міг передбачити масштабну соціально-економічну кризу, яка загострилась у середині 1980-х років. Внутрішні протиріччя системи були настільки глибокими, що це по суті розірвало формально федеративну країну на її складові, які стали незалежними державами.

Розвиток незалежної України продовжує бути доволі складним. Соціально-економічна криза то послаблюється, то загострюється, але нікуди не зникає. Це не може не впливати на демографічні процеси. Соціально-демографічні процеси є доволі інерційними: накопичений Україною демографічний потенціал був вичерпаний у перші роки незалежності країни, коли на початку 1990-х чисельність населення перевищила 52 млн осіб. Потім почалось стрімке скорочення чисельності населення – за 30 років Україна втратила біля 20 % населення. У від-

носному вимірі це перевищує втрати населення від таких соціальних катастроф як Голодомор або Друга світова війна. Крім соціально-економічних чинників, на темпи скорочення чисельності населення, безумовно, вплинула військова агресія Російської Федерації.

Демографічна криза має комплексний характер і охоплює усі складові демографічного процесу: народжуваність, смертність та міграцію. У царині народжуваності криза проявляється у стрімкому падінні рівня народжуваності: зараз її рівень є найменшим за увесь період існування українського етносу. Сучасний період характеризується також переходом на західну модель репродуктивної поведінки, яка проявляється у зростанні віку матері при народженні дитини. Процеси смертності характеризуються консервативною структурою причин смерті, високим рівнем передчасної смертності та низькою у порівнянні з розвинутими країнами тривалістю життя. В Україні високий відсоток смертей від серцево-судинних захворювань, високий рівень смертності чоловіків у працездатному віці, тривалість життя чоловіків на менша за тривалість життя жінок на 10 років. За офіційними даними державної статистики за останні півтора десятиліття Україна щороку мала невелике позитивне сальдо зовнішньої міграції. Проте це не повинно вводити в оману. З початку незалежності в Україні почало формуватися таке явище, як зовнішня трудова міграція, яке з кожним роком набувало масштабності. Великі міграційні потоки були спричинені військовою агресією РФ, особливо під час активної фази бойових дій у 2014–2015 рр. Певним чином стимулювало трудову міграцію і отримання Україною безвізового режиму перетину кордону з країнами ЄС. До того ж, потреба європейських країн у робочій силі різної кваліфікації і правова неврегульованість положення трудових мігрантів змусили уряди окремих країн розробити законодавчу базу, яка б регулювала залучення українських трудових мігрантів на ринки праці цих країн. У підсумку, збільшились обсяги такого явища, як перетворення трудової міграції в

постійну. Точно оцінити масштаби цього явища неможливо.

До цього слід додати проблему врахування демографічних процесів на окупованих територіях. Так, чисельність населення Автономної республіки Крим та м. Севастополь виключена із загальної чисельності населення, яку щомісячно оцінює і оприлюднює Державна служба статистики України. Але дані щодо чисельності населення Донецької та Луганської областей включають до себе як підконтрольну, так і не підконтрольну уряду територію. У той же час, реєстрація демографічних подій (народжень, смертей, прибуття, вибуття) відбувається тільки на підконтрольній уряду території. Таким чином, чисельність населення непідконтрольних уряду територій Донецької та Луганської областей практично є «замороженою» станом на 2014 рік.

З точки зору демографічного аналізу це призводить до ситуації, коли для розрахунку окремих відносних та модельних показників необхідно виключати дані щодо Донецької та Луганської областей. Тому при користуванні даними, наведеними у монографії, слід звертати увагу на те, для якої території було проведено розрахунки.

Єдиним рішенням проблеми з якістю демографічних даних є проведення перепису населення. Проте, Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 9 грудня 2020 р. № 1542-р проведення перепису в черговий раз перенесено вже на 2023 рік. Існуюча якість демографічних даних призводить до неможливості адекватного керування соціально-економічними процесами на місцевому рівні.

Тим не менш, демографічна ситуація потребує до себе уваги та проведення аналітичних досліджень навіть при окреслених проблемах з якістю демографічної інформації.

Монографія відкриває цикл періодичних публікацій щодо демографічної ситуації в Україні. Вона охоплює період з 2002 року по 2019 рік. Початковий рік аналізу був вибраний з врахуванням того, що це найближчий до дати першого Всеукраїнського перепису населення

2001 року, критичною датою якого було 5 грудня.

Монографія складається з семи розділів. У першому розділі «Динаміка чисельності та статеві-вікового складу населення України. Демографічне старіння й проблеми депопуляції» проведено аналіз тенденцій народжуваності та смертності з початку цього століття, їх вплив на скорочення чисельності та зміну статеві-вікової структури населення. Значне перевищення кількості смертей над кількістю народжень призвело до зростання масштабів депопуляції в країні, а зміни у віковому складі населення відбуваються у напрямі збільшення частки осіб старших вікових груп. Постаріння населення притаманне багатьом розвинутим країнам, проте у Україні ці процеси відбуваються прискореними темпами. Це обумовлює зростання демографічного, а відтак і економічного навантаження на населення працездатного віку, що, у свою чергу, призводить до загострення соціально-економічної ситуації в країні.

Сучасні світові тенденції трансформації в царині шлюбно-сімейних стосунків не оминули й України (розділ «Шлюбно-сімейна ситуація»). Вони полягають у поширенні позашлюбної народжуваності, зростанні віку вступу до шлюбу, зміні моделі сім'ї. Середній розмір домогосподарства зараз трохи перевищує 2,5 осіб. Менше 40 % домогосподарств мають у своєму складі дітей у віці менше 18 років, при чому три чверті з них мають одну дитину.

Ситуацію з народжуваністю в Україні розглянуто у третьому розділі («Народжуваність»). З початку цього століття тенденція у народжуваності мала хвилеподібний характер: від самих мінімальних значень в історії України на початку століття (сумарний показник народжуваності 1,1 дитина на 1 жінку) підвищення рівня народжуваності відбувалось до 2012 року, після чого знову почалось зменшення. У розділі проаналізовано тенденції збільшення віку при народженні дитини та зміни у черговості народжень та вікових рівнів народжуваності. Аналіз

проведено за типом поселень.

У четвертому розділі («Смертність і тривалість життя») здійснено аналіз ситуації з смертністю і тривалістю життя населення України. Взагалі можна зауважити, що демографічні показники щодо очікуваної тривалості життя та смертності за статеві-віковими групами та причинами є віддзеркаленням соціально-економічного стану суспільства. Вони дають змогу виявити болючі точки у царині екології, медицини, поведінки самої людини тощо. У розділі досліджено тенденції щодо тривалості життя, розглянуто статеві та регіональні відмінності. Проведено аналіз статеві-вікової диференціації смертності: визначено роль різних вікових груп у динаміці тривалості життя, проаналізовано відмінності між чоловіками й жінками щодо структури приросту тривалості життя, зроблено декомпозицію підвищення тривалості життя за статтю та віковими групами, визначено, що з 2014 року темпи позитивних змін у тривалості життя в Україні сповільнилися. У розділі також досліджено структуру причин смерті за причинами за статтю та окремими віковими групами. Особливу увагу приділено аналізу причин смерті дітей віком до 1 року, материнській смертності та причинам смерті у старших вікових групах. Ретельно розглянуто проблему високого рівня передчасної смертності (у віці 0–64 роки), яка в Україні становить майже третину. Окремі показники подані у порівнянні з іншими країнами Європи, частіше це Польща (як країна, яка за багатьма параметрами є доволі схожою до України) та Швеція (як країна, яка за багатьма параметрами щодо тривалості життя та ситуацією зі смертністю є взірцем).

П'ятий розділ «Тенденції міграцій населення» має декілька складових, що обумовлено різними типами міграції населення. При дослідженні внутрішньої міграції досліджено сумарні обсяги внутрішньої міграції в Україні, міграційний оборот внутрішньорегіональної та міжрегіональної міграції, визначено регіони-донори та регіони-ре-

ципієнти. Особливу увагу приділено розміщенню ВПО по території країни та аналізу їх соціально-демографічних характеристик. Зовнішня міграція розглядається за напрямками (еміграція та імміграція) та причинами міграції. Міграцію, пов'язану із зміною місця проживання, проаналізовано за країнами вибуття / прибуття та окремими статевими та віковими групами. Специфіку зовнішньої трудової міграції досліджено за даними трьох раундів загальнонаціональних обстежень з питань трудової міграції (2008, 2012 та 2017 рр.). Це дало змогу виявити регіональну специфіку трудової міграції, визначити основні країни призначення, дослідити статеву, вікову, поселенську та освітню структуру зовнішніх мігрантів. Як окремий вид міграції розглянуто освітню міграцію, причому як української молоді за кордон, так іноземної для навчання в Україні.

Соціально-економічну ситуацію в країні багато в чому обумовлюють демографічні структури, тому нормальне планування розвитку країни неможливе без прогнозу зміни демографічних характеристик населення. Демографічні перспективи України розглядаються у шостому розділі «Прогноз чисельності населення». Прогноз статеві-вікової структури населення до 2100 року було здійснено когортно-компонентним методом в семи варіантах як для всієї території України, так і окремо для неокупованої частини. Багатоваріантність прогнозу обумовлена тим, що було розроблено декілька гіпотез щодо майбутніх тенденцій у народжуваності, смертності та міграції, які було об'єднано у різних комбінаціях.

Логічним завершенням роботи є сьомий розділ, який присвячено соціальній політиці, спрямованій на покращення демографічної ситуації («Соціально-демографічна політика»). Розглянуто актуальні питання сімейної політики; політики адаптації до умов старіння населення в Україні; політики у сфері збереження здоров'я та подовження тривалості життя та політики щодо різних категорій мігрантів (внутріш-

ньо переміщених осіб, українських трудових мігрантів та іноземців в Україні).

Монографія підготовлена під керівництвом та за редакцією члена-кореспондента НАН України, д-ра екон. наук О. Гладуна (передмова, заключні положення) авторським колективом у складі: канд. екон. наук, старш. наук. співроб. С. Аксьонова (3); пров. екон. О. Гаврилюк (5.1, 5.2.1); канд. політ. наук Т. Гнатюк (5.2.3, 7.5); канд. екон. наук, старш. наук. співроб. Б. Крімер (7.2); д-р екон. наук, проф. І. Курило (1, 7.1); д-р екон. наук, старш. наук. співроб. Н. Левчук (4.1, 4.2, 7.4); канд. соц. наук, старш. наук. співроб. І. Майданік (5.2.2); канд. екон. наук, старш. наук. співроб. О. Позняк (5.1, 5.2.1, 5.2.4, 6); д-р наук держ. упр., старш. наук. співроб. Н. Рингач (4.3, 4.4, 7.3); канд. екон. наук, старш. наук. співроб. Л. Слюсар (2); канд. екон. наук, старш. наук. співроб. П. Шевчук (6).

РОЗДІЛ 1

ДИНАМІКА ЧИСЕЛЬНОСТІ ТА СТАТЕВО-ВІКОВОГО СКЛАДУ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ. ДЕМОГРАФІЧНЕ СТАРІННЯ Й ПРОБЛЕМИ ДЕПОПУЛЯЦІЇ

За даними Державної служби статистики на початок 2020 р. чисельність наявного населення України становила 41,9 млн осіб, чисельність постійних жителів – понад 41,7 млн осіб. Майже 70 % населення країни наразі є містянами. Жінок у складі жителів України більше (53,6 %), ніж чоловіків (46,4 %). Загальне скорочення чисельності наявного населення країни за період з 1991 р. (коли вона дорівнювала 51,9 млн осіб) становило 10 млн осіб, з них 2,3 млн осіб країна втратила у 2014 р. унаслідок анексії Криму.

Чисельність населення України протягом періоду її незалежності скорочувалась рекордно високими темпами. Провідним фактором втрат чисельності населення виступала депопуляція. Масштаби депопуляції протягом першого десятиріччя незалежності країни невпинно зростали, на початку нового сторіччя стабілізувалися, а у 2005–2012 рр. депопуляційний розрив навіть скорочувався завдяки як підвищенню народжуваності, так і зниженню смертності. Однак надалі тенденція поглиблення депопуляції в Україні відновилася і триває дотепер. Протягом останніх семи років коефіцієнт природного убутку населення виявляв тенденцію до збільшення переважно під впливом зниження рівня народжуваності, а за двох останніх років – також і деякого підвищення рівня смертності в Україні (рис. 1.1).

У 2019 р. за рахунок природного скорочення населення України зменшилося на 272,3 тис. осіб. Тож обсяг річних депопуляційних втрат

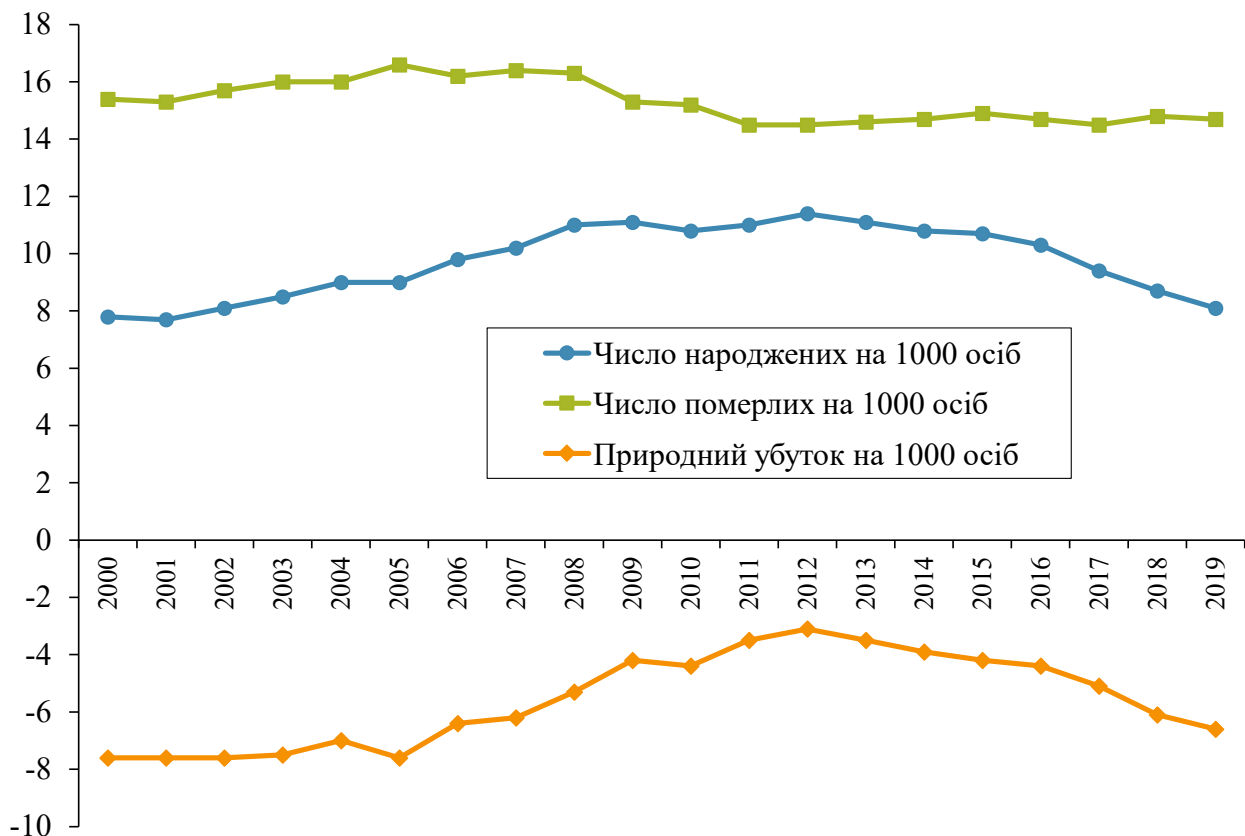


Рис. 1.1. Народжуваність, смертність і природний приріст (убуток) населення, Україна, 2000–2019 рр.¹

Джерело: дані Державної служби статистики України.

нині співставний з чисельністю мешканців такого обласного центра як м. Хмельницький та у 1,9 раза перевищує величину природного убутку населення країни ще в 2012 р. Наразі (як це було і на межі 1990-х та 2000-х рр.) Україна має найнижчий в Європі рівень народжуваності² та, що ще більш показово, критично відстає від розвинутих європейських країн за тривалістю життя: українські жінки живуть у середньому на 6 років, а чоловіки – на 11 років менше, ніж мешканці ЄС. Головним чинником таких відмінностей є висока передчасна смертність: в Україні її

¹ Тут і далі відносні показники за 2014 р. наведені без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та зони проведення антитерористичної операції. Показники за 2015–2018 рр. наведені без урахування даних по Автономній Республіці Крим і м. Севастополь, а також Донецькій та Луганській областях у зв'язку з відсутністю інформації по тимчасово окупованих територіях Донецької та Луганської областей.

² Сумарний коефіцієнт народжуваності в Україні – 1,2 дитини; в середньому у країнах ЄС – 1,56 дитини.

рівень, приміром, більш ніж втричі перевищує такий у Швеції.

Скорочення чисельності населення внаслідок перевищення чисельності померлих над числом народжених та супутнє прискорення демографічного старіння наразі стає однією з найбільш актуальних та гострих демографічних проблем не лише в Україні, а й у багатьох європейських країнах. Явище депопуляції на європейських теренах вже перестало бути екстраординарним: більше третини європейських держав на сьогодні фіксують природний убуток населення. Поява й наростання депопуляційних тенденцій та незворотних змін у віковому складі населення «на користь» частки осіб похилого віку відбувалось пліч-о-пліч з доволі швидким зниженням народжуваності на континенті. Загалом прискорене скорочення чисельності народжених у порівнянні з кількістю смертей в усіх європейських країнах розпочалося ще в 1970-х роках, тоді ж істотно знизився і коефіцієнт природного приросту.

Наразі значна частка європейських країн з найбільш відчутним природним убутком населення представлена саме державами Східної й Центральної Європи та деякими іншими європейськими країнами з пострадянського простору (Латвія, Литва), де загальна соціально-демографічна ситуація в цілому є несприятливою. Україна, поряд Болгарією, Сербією, Хорватією та вищезгаданими країнами Балтії, належить до держав з найвищою інтенсивністю природного убутку населення. Проте частина більш розвинутих європейських держав, в яких нині має місце депопуляція (Австрія, Італія, Німеччина, Португалія та ін.), відзначаються як низькою народжуваністю, так і низькою передчасною смертністю та високим рівнем постаріння населення (в Італії частка осіб, старших 65 років, становить понад 22 %, в Німеччині – понад 21 %, в Португалії – близько 21 %).

Процес старіння є домінантою демографічної динаміки й в Україні наразі та на осяжну перспективу. Цей процес як об'єктивний і закономірний результат еволюції демографічних процесів, неодмінний

атрибут і супутник соціально-економічного прогресу являє собою найістотнішу рису довготривалих змін у віковому складі населення повсюдно в розвинутому світі. Однак при цьому найбільш гострі проблеми депопуляція зумовлює саме в країнах з високим рівнем демографічного старіння. Україна ж належить до тридцятки країн світу з найстарішим населенням (рис. 1.2), що зумовлює як невідворотність масштабної депопуляції в країні, так і гостроту соціально-економічних викликів прогресуючого старіння населення.

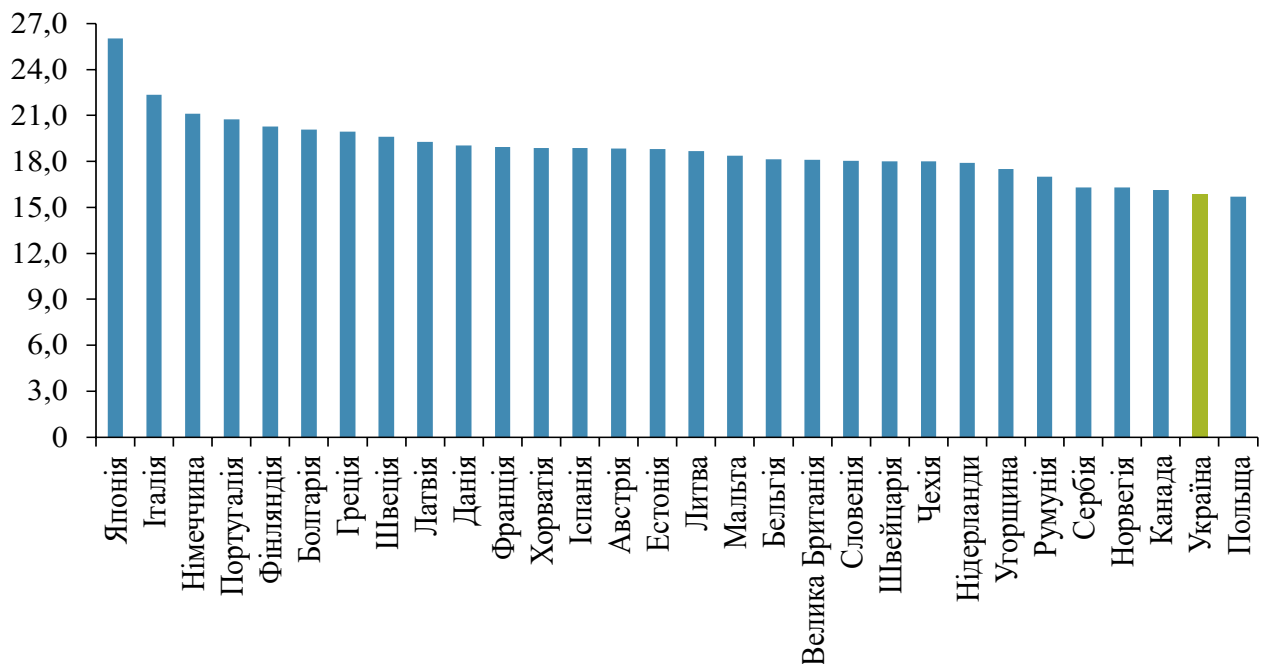


Рис 1.2. Частка населення віком 65 років і старше у країнах світу із найстарішим населенням, %

Джерело: World Population Prospect, 2018.

Станом на початок 2020 р. частка осіб віком 65 років і старше становить в Україні 17,1 % з істотною статевою диференціацією рівня постаріння: якщо серед жінок частка осіб, які перетнули вищезазначений віковий поріг, сягнула 21,2 %, то серед чоловіків – знаходиться на рівні 12,4 %.

Більш високий рівень постаріння населення і нижча частка працездатного контингенту в його складі в Україні традиційно спостері-

гається в сільській місцевості. Це обумовлює тут і вищу інтенсивність депопуляції, ніж у міських поселеннях (–8,7 ‰ проти – 5,5 ‰ у 2019 р.). Затяжна депопуляція в селах України поєднується з довготривалим міграційним відтоком сільського населення в міста.

Неухильний у цілому процес старіння населення в Україні в період незалежності мав свої особливості. Деякі з них зумовлені впливом «демографічних хвиль», тобто перепадів у чисельності окремих поколінь населення, що виникли внаслідок соціальних катаклізмів, на які була багата наша демографічна історія. Так, наприкінці ХХ – у перше десятиліття ХХІ сторіччя суттєвого збільшення чисельності та частки літніх в Україні не спостерігалось, оскільки в цей період лави літніх та старих осіб поповнювали менш чисельні покоління народжених у роки голодоморів, війни, повоєнної розрухи, які зазнали помітних демографічних втрат ще у молодому віці, і при цьому в працездатний вік у цей час вступали порівняно численні контингенти осіб, народжених на початку – у середині 1980-х. Чисельність (і відповідно – питома вага) дітей та молоді віком до 20 років в Україні в роки незалежності неухильно і доволі відчутно зменшувалась.

Наразі ж період, сприятливий щодо демографічних умов формування чисельності працездатного населення, в нашій країні вже завершився, адже у працездатний вік вступають нечисленні покоління народжених у 1990-і роки, а межу працездатного віку перетинають численні покоління народжених наприкінці 1950 – початку 1960-х.

Загальне уявлення про чисельність різних статеві-вікових контингентів міського та сільського населення України дає рис. 1.3.

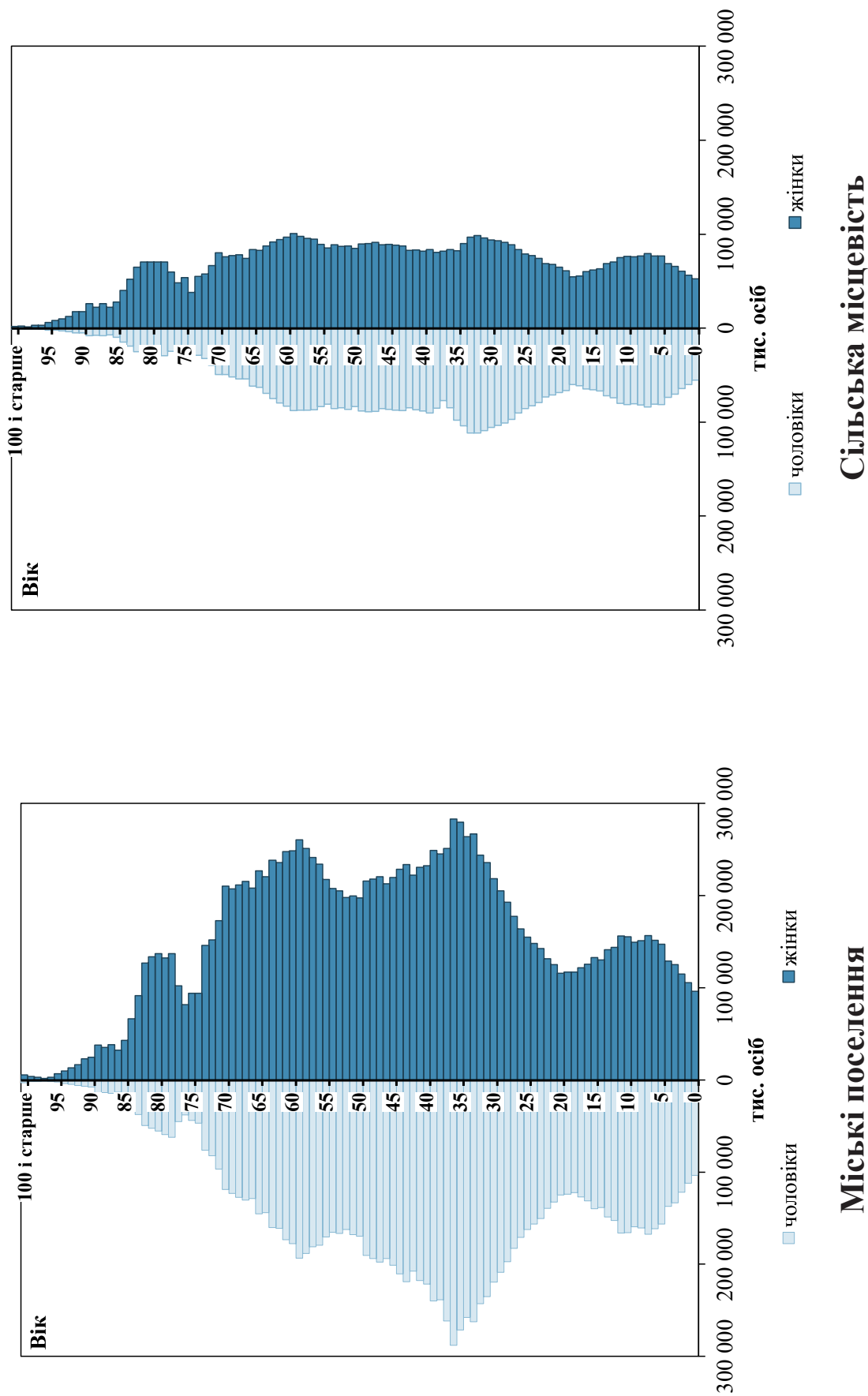


Рис. 1.3. Статеві-вікові піраміди населення України за типом поселення, на початок 2020 року, тисяч осіб

Джерело: побудовано автором за даними Державної служби статистики України.

Останніми роками в Україні збільшується демографічне навантаження на працездатний за віком контингент (16–59 років) (рис. 1.4), воно продовжуватиме зростати у майбутньому. Переважну частину загального демографічного навантаження на працездатних осіб формують саме контингенти осіб старше працездатного віку.

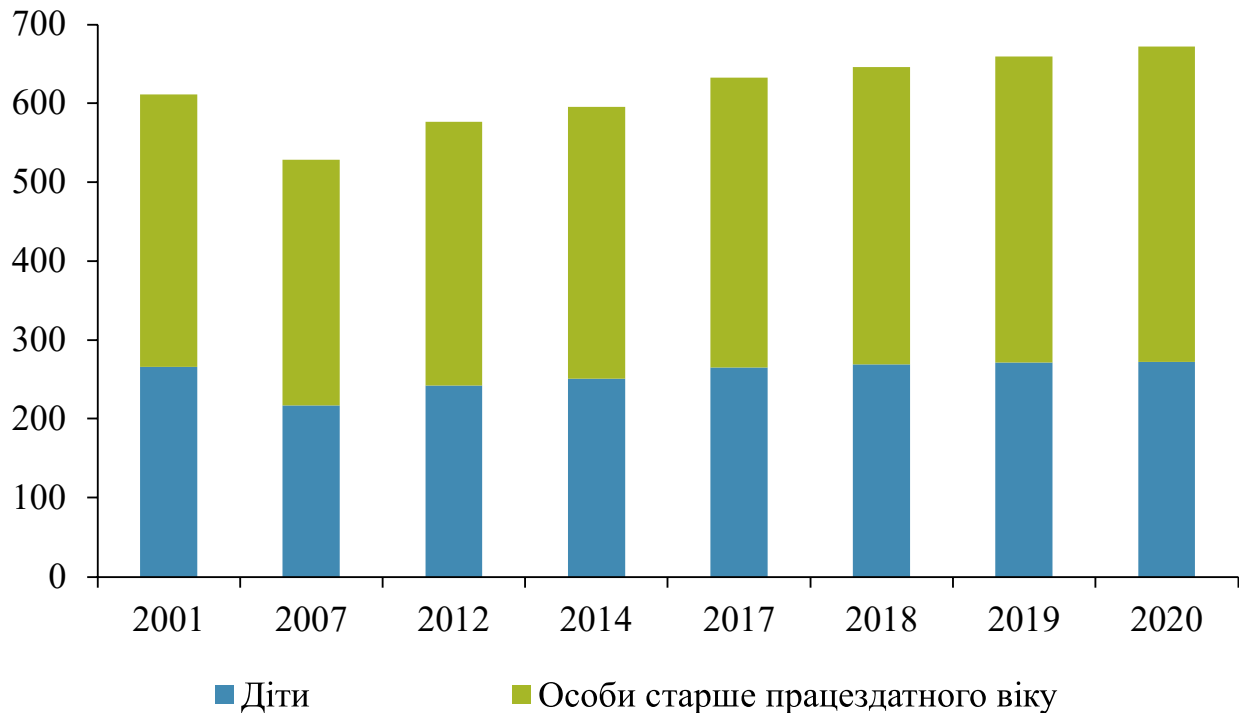


Рис. 1.4. Демографічне навантаження на населення працездатного віку (16–59 років), Україна, 2001, 2007, 2012, 2014, 2017–2020 рр.

Примітка. 2001 р. – за даними перепису населення; 2001, 2007, 2012, 2014 та 2017–2020 рр. – на початок року.

Джерело: розраховано за даними Державної служби статистики України.

Варто зазначити також, що величина навантаження працездатного контингенту непрацездатними в сільській місцевості країни нині істотно перевищує відповідний показник у містах, що є важливим демографічним чинником, який впливає на формування рівня життя населення в містах і селах, а отже – і на інтенсивність демографічних процесів і формування людського потенціалу.

З точки зору соціально-демографічних можливостей та перспектив неабияке значення має також збалансованість складу населення за

статтю, особливо в межах репродуктивного віку. Сучасні статеві співвідношення у складі міського та сільського населення за віковими групами відображає рис. 1.5.

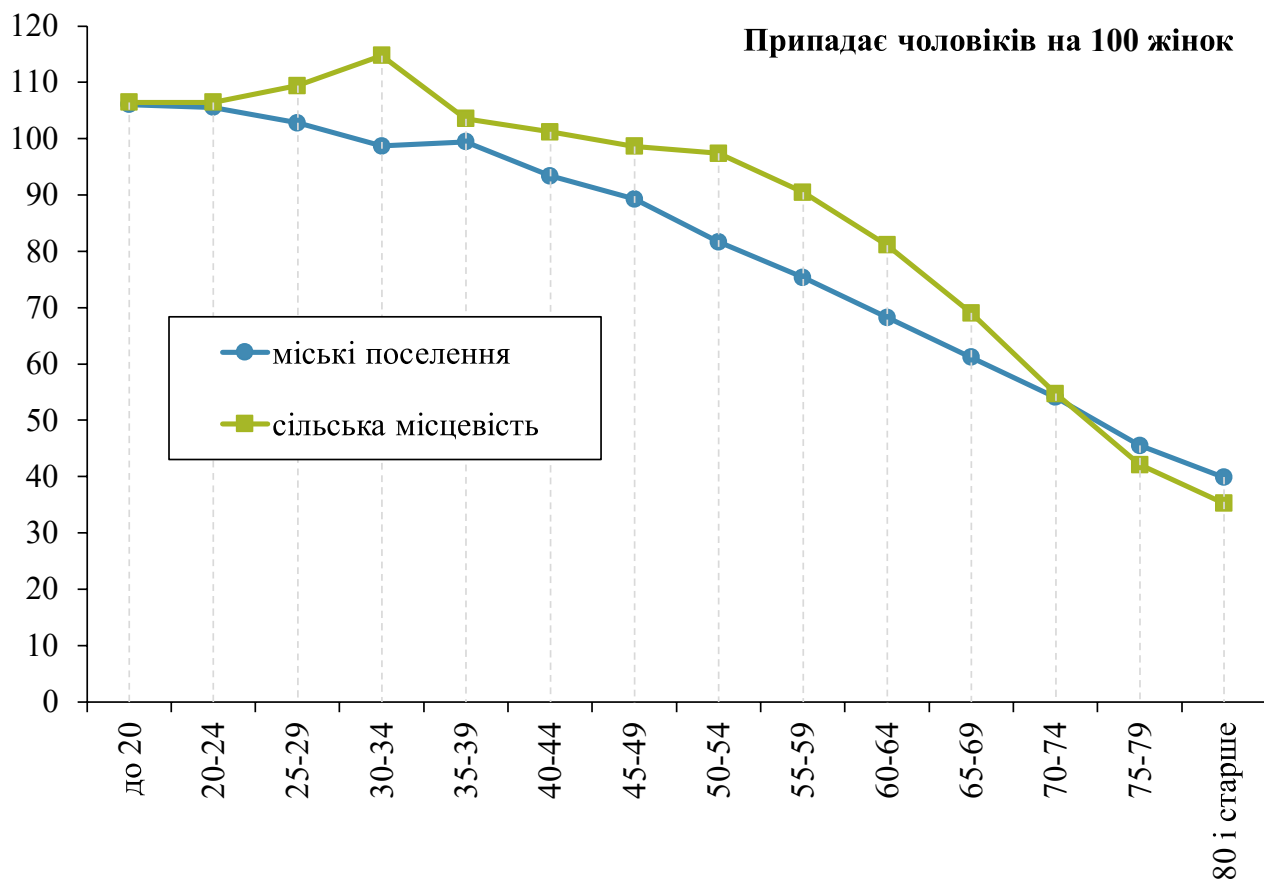


Рис. 1.5. Співвідношення чисельності чоловіків та жінок України за п'ятирічними віковими групами та типом поселення, 2019 р., осіб

Джерело: розрахунки за даними Державної служби статистики України.

Певна чисельна перевага жінок у міському населенні формується, починаючи з віку 35–40 років, і надалі трансформується у вельми значний «дефіцит» чоловіків у старших і найстарших вікових групах (в тому числі й особливо – на селі, де в найбільш активному репродуктивному віці чоловіків навіть «з надлишком», однак із віком він швидко сходить нанівець).

РОЗДІЛ 2

ШЛЮБНО-СІМЕЙНА СИТУАЦІЯ

Сучасна специфіка розвитку сім'ї в Україні обумовлена поєднанням національних традицій, «трансформованих» радянськими типом модернізації, постіндустріальної трансформації інститутів шлюбу і сім'ї, та впливу сучасних умов життєдіяльності населення. Як і в інших країнах Європи, відбуваються складні й неоднозначні зміни моделі шлюбу і сім'ї. Сучасні цивілізаційні особливості організації сімейного життя – плюралізація форм шлюбних стосунків та форм сімейних об'єднань, підвищення віку вступу до шлюбу і дітонародження, поширення позашлюбної народжуваності – спостерігається і в нашій країні, однак міжнародні порівняння свідчать, що українці раніше і частіше реєструють шлюб та народжують дітей у традиційному шлюбі, ніж населення більшості країн Європи. Збережені традиційні національні риси сімейного способу життя: високий рівень шлюбності населення, сімейна солідарність і взаємодопомога поколінь.

Більшість населення України (біля 90 %) проживає у складі сім'ї, найбільш поширені нуклеарні та розширені нуклеарні сім'ї (тобто шлюбна пара з дітьми і досить часто – з одним із батьків або родичів подружжя). За даними вибіркових досліджень Державної служби статистики України, більшість сімей невеликого розміру: станом на 2018–2019 рр. середній розмір індивідуального домогосподарства – 2,58 осіб (у містах – 2,54, сільській місцевості – 2,67), і майже у 80 % домогосподарств мешкало не більше 3 осіб (2018 р. – 78,9 %, 2019 р. – 78,7 %). Кількість великих багатопоколінних сімей є невеликою. У 38 % домогосподарств проживають діти віком до 18 років (табл. 2.1).

Таблиця 2.1.

Характеристика домогосподарств, Україна, 2002–2019 рр.

	2002	2006	2010	2013	2015	2018	2019
Середній розмір домогосподарства, осіб							
всі поселення	2,71	2,60	2,59	2,58	2,59	2,58	2,58
міські поселення	2,63	2,54	2,54	2,53	2,54	2,54	2,54
сільська місцевість	2,89	2,75	2,71	2,70	2,68	2,67	2,67
Частка домогосподарств з дітьми, %							
всі поселення	41,3	37,7	37,8	37,9	38,2	37,8	37,9
міські поселення	42,5	37,5	38,3	38,4	39,7	39,4	39,5
сільська місцевість	38,7	38,3	36,7	36,8	34,9	34,6	34,6

Джерело: Основні соціально-демографічні характеристики домогосподарств України у 2002 році. Статистичний бюлетень. – К.: 2002. – С. 11, 13; Соціально-демографічні характеристики домогосподарств України у 2006, 2010, 2013, 2015, 2018 і 2019 роках. Статистичні збірники. – К.: 2006, 2010, 2013, 2015, 2018 і 2019. – С. 11.

Переважає більшість українських сімей є однодітними. Традиції багатодітності в Україні втрачені давно, масове поширення однодітності почалося ще в радянський період, і в останні десятиліття цей процес поглибився. Поширення однодітності, скорочення чисельності багатодітних сімей відбувається як в міських поселеннях, так і в сільській місцевості, хоча в селах традиційно дітність сімей вища. Однак, якщо у 2002 р. більше половини сільських сімей з дітьми мали двоє і більше дітей, то в 2018–2019 роках таких сімей менше 30 % (табл. 2.2). Станом на 2019 р., за даними вибіркового дослідження, в Україні 74,8 % сімей з дітьми є однодітними, 22,5 % сімей виховує двох дітей, і лише 2,7 % – троє і більше дітей (рис. 2.1).

Таблиця 2.2.

**Розподіл домогосподарств з дітьми за кількістю дітей,
Україна, 2002, 2006, 2010, 2013, 2015, 2016, 2018, 2019 рр., %**

	2002	2006	2010	2013	2015	2018	2019
Усі поселення							
1 дитина	62,4	65,6	73,7	75,6	75,6	75,5	74,8
2 дитини	31,3	29,7	23,1	22,1	21,4	20,9	22,5
3 дитини	4,6	3,7	2,8	2,0	2,4	3,1	2,2
4 і більше	1,7	1,0	0,4	0,3	0,6	0,5	0,5
Міські поселення							
1 дитина	69,2	71,9	79,1	79,2	78,4	77,3	75,8
2 дитини	27,5	25,3	19,3	19,7	19,7	20,1	22,5
3 дитини	2,6	2,3	1,4	1,0	1,5	2,4	1,4
4 і більше	0,7	0,5	0,2	0,1	0,4	0,2	0,3
Сільська місцевість							
1 дитина	46,2	52,0	61,1	67,0	69,1	71,3	72,3
2 дитини	40,2	39,2	31,6	28,0	25,3	22,7	22,5
3 дитини	9,4	6,7	6,1	4,3	4,5	4,8	4,1
4 і більше	4,2	2,1	1,2	0,7	1,1	1,2	1,1

Джерело: Основні соціально-демографічні характеристики домогосподарств України у 2002 році. Статистичний бюлетень. – К.: 2002. – С. 17; Соціально-демографічні характеристики домогосподарств України у 2006, 2010, 2013, 2015, 2018 і 2019 роках. Статистичні збірники. – К.: 2006, 2010, 2013, 2015, 2018 і 2019. – С. 13.

Рівень шлюбності в Україні залишається високим як для європейської країни, однак крива шлюбності має вигляд синусоїди: кількість шлюбів зменшується у високосні роки, що традиційно вважаються несприятливими для укладання шлюбу, і зростає у пред- і після високосні роки. Саме тому після високосного 2016 р. кількість зареєстрованих шлюбів у 2017 р. зросла до 249,5 тис. (6,5 ‰), і хоча зменшилась у 2018 р. до 228,4 тис. (6,0 ‰), у 2019 р. було зареєстровано вже на

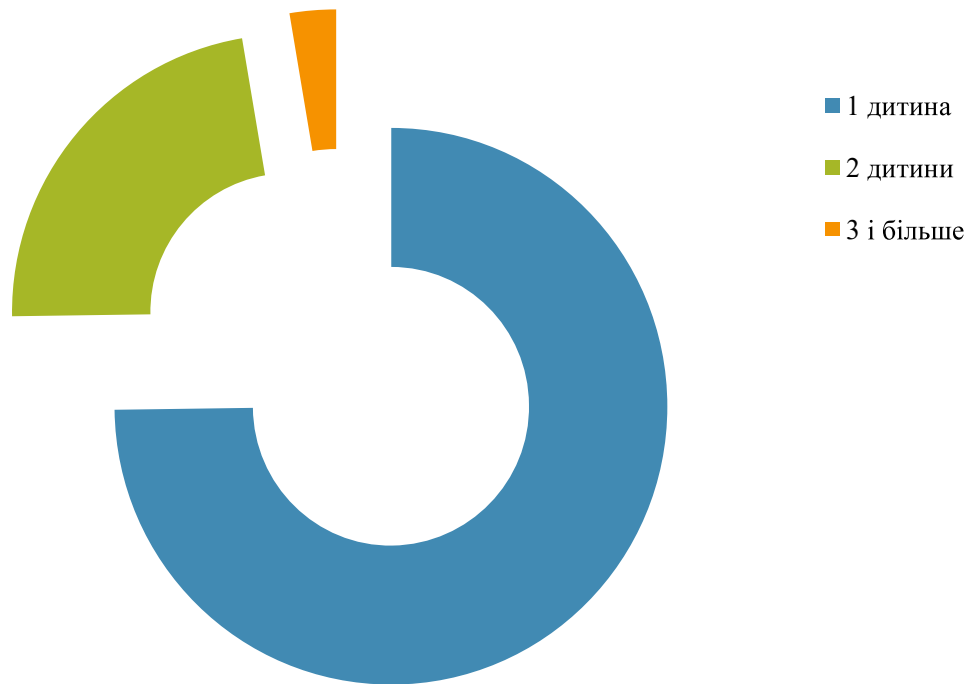


Рис. 2.1. Розподіл домогосподарств з дітьми за кількістю дітей, Україна, 2019 р., %

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України.

9,5 тис. шлюбів більше – 237,9 тис. (6,3 ‰). Однак у 2020 високосному році слід очікувати зниження абсолютних і відносних показників шлюбності. У сільській місцевості рівень шлюбності нижчий, ніж у міських поселеннях, що обумовлено насамперед значним постарінням сільського населення (рис. 2.2).

Рівень шлюбності в Україні залишається високим як для європейської країни, однак крива шлюбності має вигляд синусоїди: кількість шлюбів зменшується у високосні роки, що традиційно вважаються несприятливими для укладання шлюбу, і зростає у пред- і після високосні роки. Саме тому після високосного 2016 р. кількість зареєстрованих шлюбів у 2017 р. зросла до 249,5 тис. (6,5 ‰), і хоча зменшилась у 2018 р. до 228,4 тис. (6,0 ‰), у 2019 р. було зареєстровано вже на 9,5 тис. шлюбів більше – 237,9 тис. (6,3 ‰). Однак у 2020 високосному році слід очікувати зниження абсолютних і відносних показників

шлюбності. У сільській місцевості рівень шлюбності нижчий, ніж у міських поселеннях, що обумовлено насамперед значним постарінням сільського населення (рис. 2.2).

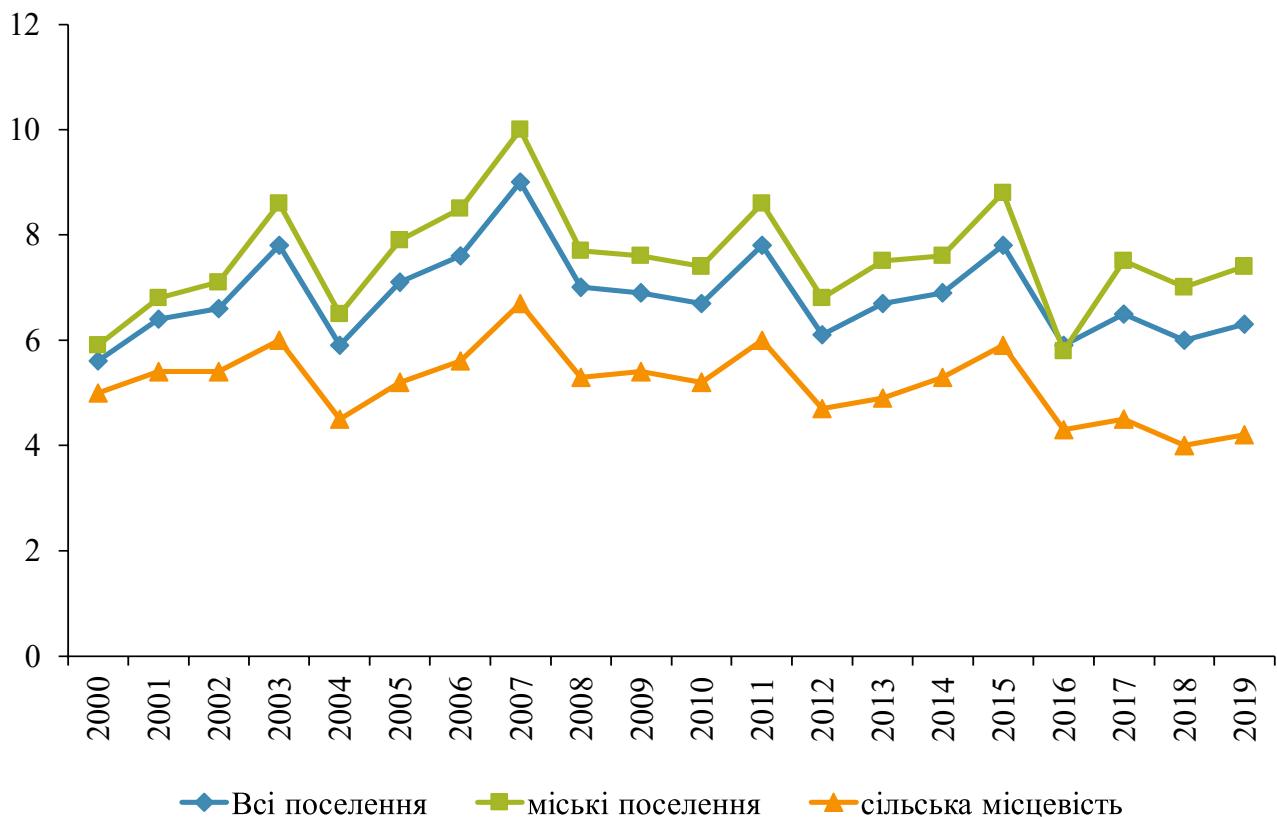


Рис. 2.2. Кількість шлюбів, Україна, 2000–2019 рр., на 1000 населення
Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України.

Сценарій шлюбної поведінки українців поступово змінюється у відповідності до загальноєвропейських тенденцій. Простежується чітка тенденція до підвищення віку реєстрації шлюбу, скорочення ранньої шлюбності. Середній вік вступу до шлюбу жінок підвищився з 26,6 років у 2002 р. до 30,1 у 2019, медіанний – з 22,9 до 27,1; у чоловіків відповідно показники зросли з 29,5 до 32,8 і з 25,8 до 29,6. Вік вступу до шлюбу зростає як у містах, так і у сільській місцевості, хоча зберігається традиція більш «молодих» шлюбів у селах (табл. 2.3). Щодо середнього віку реєстрації першого шлюбу, то у жінок у 2002 р. він дорівнював 22,8 років, у 2018 р. – вже 25,8, у 2019 р. – 26,0; у чоловіків цей показник зріс відповідно з 25,5 до 28,5 і 28,6.

Таблиця 2.3.

**Середній та медіанний вік осіб, які взяли шлюб,
Україна, 2002–2019 рр., років**

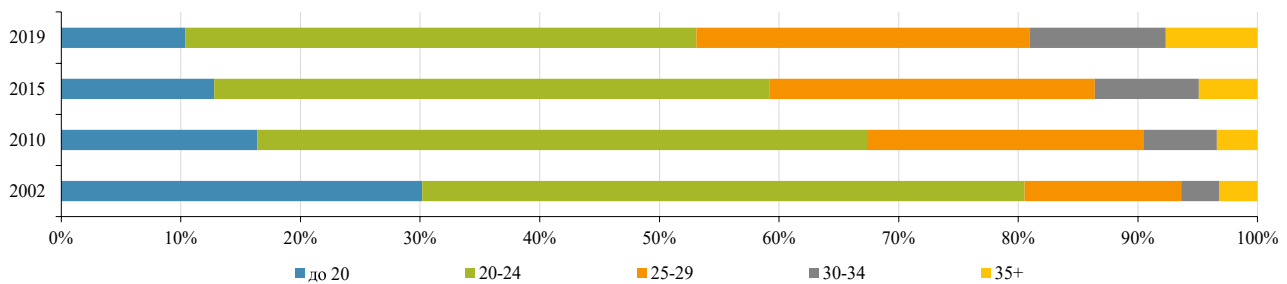
	Всі поселення				Міські поселення				Сільська місцевість			
	Середній вік		Медіанний вік		Середній вік		Медіанний вік		Середній вік		Медіанний вік	
	чол	жін	чол	жін	чол	жін	чол	жін	чол	жін	чол	жін
2002	29,5	26,6	25,8	22,9	30,1	27,2	26,2	23,4	28,1	25,0	24,7	21,4
2007	29,6	26,8	26,3	23,7	30,1	27,2	26,7	24,2	28,2	25,25	25,0	22,1
2012	30,6	27,8	27,5	25,0	31,2	28,4	28,0	25,6	28,9	26,0	25,9	23,0
2015	31,1	28,4	28,1	25,7	31,7	29,0	28,7	26,3	29,6	26,7	26,6	23,6
2016	31,7	28,9	28,6	26,0	32,3	29,5	29,2	26,8	29,9	26,9	26,8	23,7
2017	32,0	29,3	28,9	26,4	32,5	29,8	29,5	27,0	30,4	27,4	27,1	24,1
2018	32,6	29,8	29,4	26,8	33,1	30,4	29,9	27,5	30,9	27,8	27,5	24,4
2019	32,8	30,1	29,6	27,1	33,3	30,7	30,2	27,8	31,0	28,0	27,7	24,6

Джерело: дані Державної служби статистики України та розрахунки за цими даними.

Відповідно змінюється розподіл шлюбів за віком наречених. Серед жінок, які беруть перший шлюб, зменшується частка наречених віком до 20 років (за 2002–2019 рр. з 30,2 % до 10,4 %) і значно збільшується частка 25–29-річних (з 13,1 % до 27,9 %) і 30–34 річних (з 3,2 % до 11,4 %). Чоловіки традиційно беруть перший шлюб у більш старшому віці, і серед них зростає частка осіб віком 25 років і старше: за 2002–2019 рр. з 41,6 % до 69,6 % (рис. 2.3).

Ранні шлюби (нареченим до 18 років) стають все більш рідкісним явищем, що є наслідком загальної модернізації життя українського суспільства. Цей процес прискорило прийняття Верховною Радою України у 2012 р. Закону «Про внесення змін до Сімейного кодексу України щодо підвищення шлюбного віку», яким було підвищено шлюбний вік жінок до 18 років, тобто було встановлено однаковий шлюбний вік

ЖІНКИ



ЧОЛОВІКИ

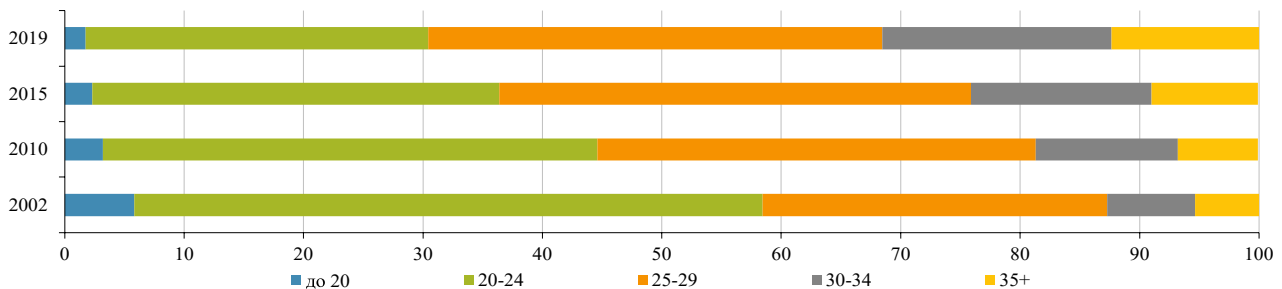


Рис. 2.3. Розподіл жінок і чоловіків, які беруть перший шлюб, за віковими групами, Україна, 2002–2019 рр., %

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України.

для чоловіків та жінок. Починаючи з 2013 р. кількість ранніх шлюбів становить менше одного відсотка загальної кількості зареєстрованих в Україні шлюбів. У 2018 р. 996 дівчат віком до 18 років взяли шлюб (це 0,44 % всіх зареєстрованих шлюбів і 0,62 % перших шлюбів), у 2019 р. – 1016 дівчат (0,43 % всіх шлюбів і 0,61 % перших шлюбів). Дещо більш поширені ранні шлюби у сільській місцевості, однак і там відбувається їх зменшення, і досить швидкими темпами: за 2002–2019 рр. з 9,7 до 0,9 % (рис. 2.4).

Серед хлопців випадки ранніх шлюбів завжди були поодинокими (у 2017 р. – 84 шлюби, 2018 р. – 65, 2019 р. – 56).

Однак слід зазначити, що в Україні шлюб залишається «молодшим», ніж у більшості європейських країн, тобто укладається в більш ранньому віці. Середній вік укладання першого шлюбу жінками в багатьох країнах Європи дорівнює 30 років і старше, а в Україні – 26 років.

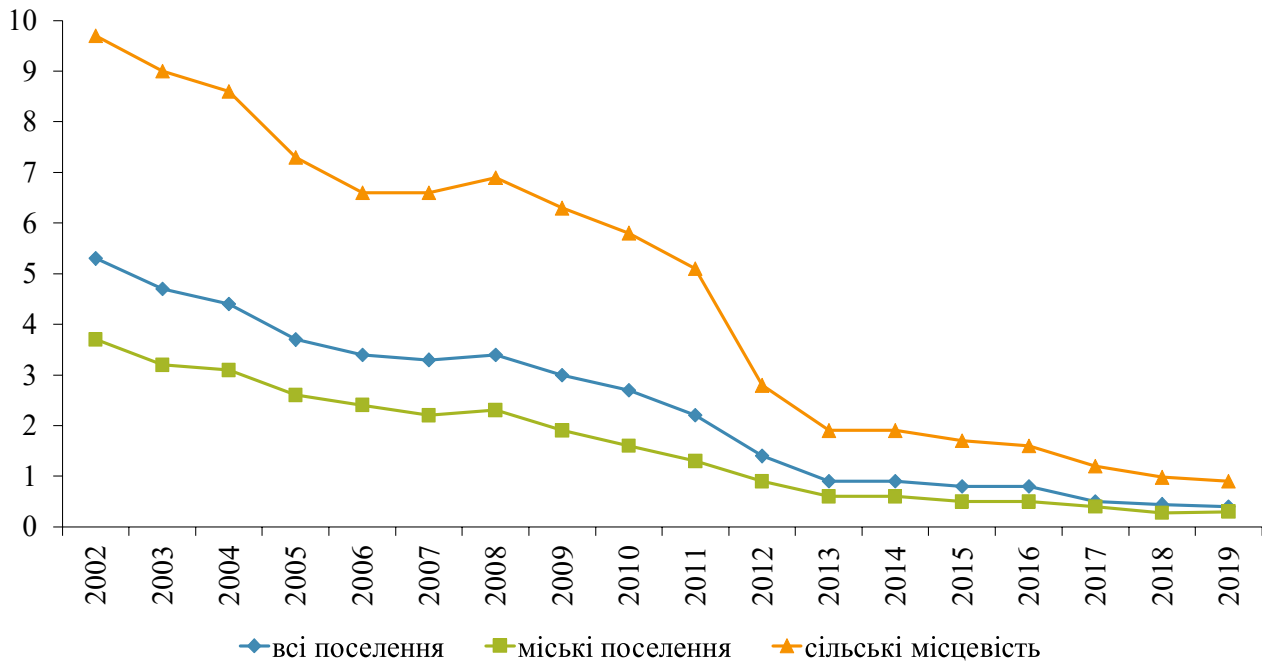


Рис. 2.4. Частка ранніх шлюбів (наречена у віці до 18 років), Україна, 2002–2019 рр., %

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України.

Однією з найбільш гострих проблем української сім'ї вже тривалий час є нестабільність шлюбних відносин, високий рівень розлучуваності. Ця проблема «дісталась у спадок» ще з радянських часів; і в сучасній Україні шлюб залишається нестійким. Однак слід зазначити, що високі показники розлучуваності українського населення є певною мірою наслідком високого рівня зареєстрованої шлюбності: українці легко «беруть шлюб», однак досить легко і розривають шлюбні відносини. З 2000 р. намітилась тенденція до зниження рівня розлучуваності, однак вона непослідовна, спостерігаються річні коливання (рис. 2.5).

У 2014 р., в умовах військово-політичної нестабільності і військової загрози, в усіх областях України зменшилася кількість розлучень, і ця тенденція продовжилася частково у 2015–2017 роках: у 2014 р. було зареєстровано 130,7 тис. розлучень, 2015 р. – 129,4 тис., 2016 р. – 130,0 тис., 2017 р. – 128,7 тис. Однак у 2018 р. кількість розлучень зросла до 153,9 тис., тобто збільшилась на 25,2 тис. – майже на 20 %, а у

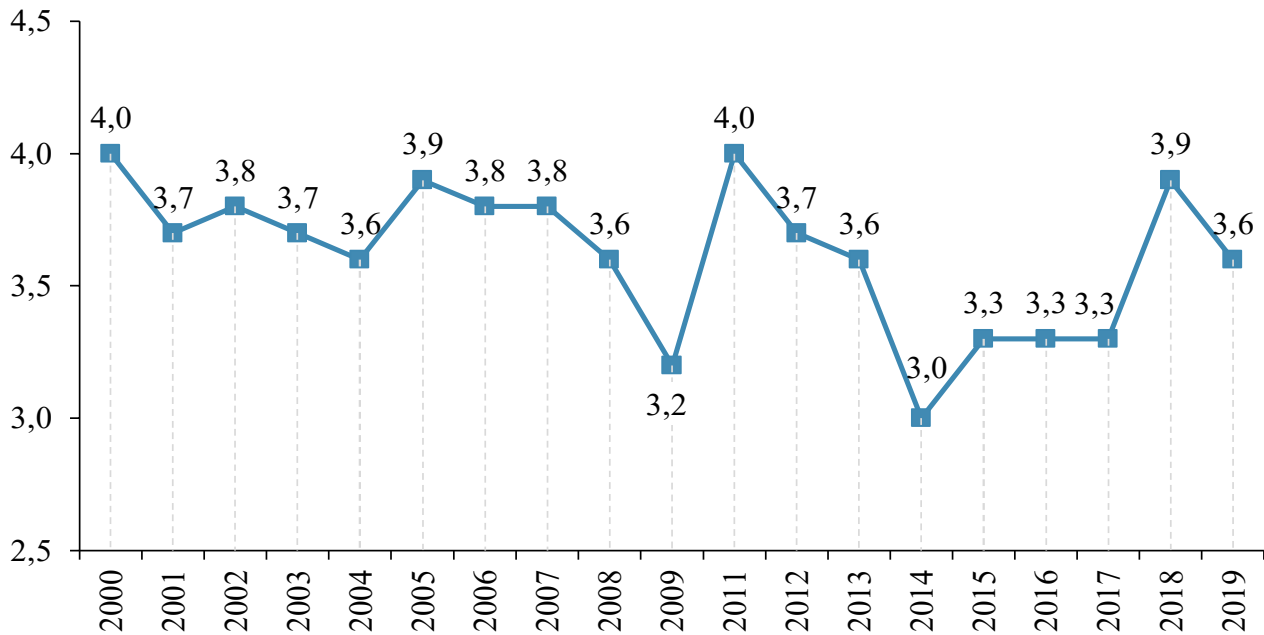


Рис. 2.5. Кількість розлучень, Україна, 2000–2018 рр., на 1000 населення

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України.

2019 р. було зареєстровано 138,0 тис. розлучень (менше на 15,9 тис, ніж у 2018 р., однак більше ніж у 2017 р.) Відповідно загальний коефіцієнт розлучуваності, за розрахунками Державної служби статистики, у 2018 р. дорівнював 3,9 ‰, 2019 р. – 3,6 ‰.

Пояснити причини «сплеску» розлучуваності у 2018 р. складно, однак слід зауважити, що у 2018 порівняно з попереднім роком кількість розлучень за рішенням суду зросла лише менш ніж на 5 %, а «через РАЦСи» – на 62 % (це, відповідно до Сімейного кодексу, розлучення пар без неповнолітніх дітей і без спорів, що потребують судового розгляду). Це зростання відбулось за рахунок подружніх пар з тривалістю шлюбу більше 15 років. Отже, скоріш за все, у 2018 р. відбулись розлучення, відкладені раніше. Також можливо це наслідок погіршення стосунків у подружніх пар, де чоловіки, повернувшись із зони бойових дій, не пройшли кваліфікованої психологічної реабілітації (про можливість збільшення випадків сімейного насилля і ускладнення ситуації в

таких сім'ях попереджали психологи).

Більш ґрунтовний аналіз ускладнений тим, що після зміни у 2010 році процедури реєстрації розлучень, ми не маємо даних щодо віку осіб, які розлучаються через рішення суду, тривалості їх шлюбу та наявності спільних дітей, і це значно зменшує можливості наукового аналізу, оскільки за рішенням суду відбувається переважна більшість розлучень (у 2019 р. – біля 72 %). Відсутня й інформація щодо кількості розлучень у різних типах поселень.

Найбільшу проблему становить розпад сім'ї, у якій проживають неповнолітні діти, адже відбувається руйнація того природного осередку розвитку дитини, якою є повна сім'я з матір'ю та батьком. За наявними статистичними даними щодо 2002–2009 рр., у більш ніж половини шлюбних пар (у 55–60 %), які розлучались у цей період, були спільні діти, і, відповідно, кожен рік тисячі дітей переживали розлучення батьків. Нажаль, починаючи з 2010 р. відсутня інформація щодо характеристик шлюбів, які розпались, у тому числі щодо наявності спільних дітей, оскільки судова система не надає таких даних, а відповідно до Сімейного кодексу України при наявності у сім'ї дітей віком до 18 років розлучення відбуваються тільки через суд.

У 2018 р. для 27,8 % чоловіків і для 29,5 % жінок, які реєстрували шлюб, цей шлюб був повторним, у 2019 р. відповідно для 28,3 % чоловіків і 30,4 % жінок, і в більш ніж у 90 % випадків попередній шлюб розпався через розлучення.

РОЗДІЛ 3

НАРОДЖУВАНІСТЬ

Початок ХХІ тисячоліття в Україні ознаменувався неоднорідною динамікою народжуваності, рівень якої протягом 2002–2009 років зростав, у 2010–2011 рр. підвищення призупинилося, але у 2012 р. рівень народжуваності різко збільшився, досягнувши найвищого значення за останні два десятиріччя. Починаючи з 2014 року в нашій країні має місце стійке зниження народжуваності (рис. 3.1). Якщо у 2012 р. за даними Державної служби статистики України сумарний коефіцієнт народжуваності становив 1,53 дитини у розрахунку на одну жінку, то у 2019 р. цей показник був на рівні 1,23 дитини (без території АР Крим, м. Севастополя та частини тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях). Інтенсивність народжуваності у сільських мешканців вища за притаманну городянам. Втім різниця у показниках поступово зменшується: якщо у 2002 р. рівень народжуваності у сільській місцевості майже у 1,5 рази перевищував рівень у міських поселеннях, у 2012 р. – на 35 %, то у 2019 р. – лише на 16 %.

В 2019 р. чисельність новонароджених в Україні становила 308,8 тис. дітей³, що на 27,1 тис. осіб (або на 8,1 %) нижче за чисельність народжених у попередньому 2018 р., на 157,1 тис. дітей менше, ніж у 2014 р. (або на 33,7 %). Загальний коефіцієнт народжуваності в Україні у 2019 р. становив 8,1 ‰ (у міських поселеннях – 7,9 ‰, у сільській місцевості – 8,5 ‰ (дані Державної служби статистики України з при-

³ Без урахування тимчасово окупованої території АР Крим, м. Севастополя та адміністративних даних частини тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях.

міткою, що відносні показники розраховано без урахування відповідних даних по Донецькій та Луганській областях).

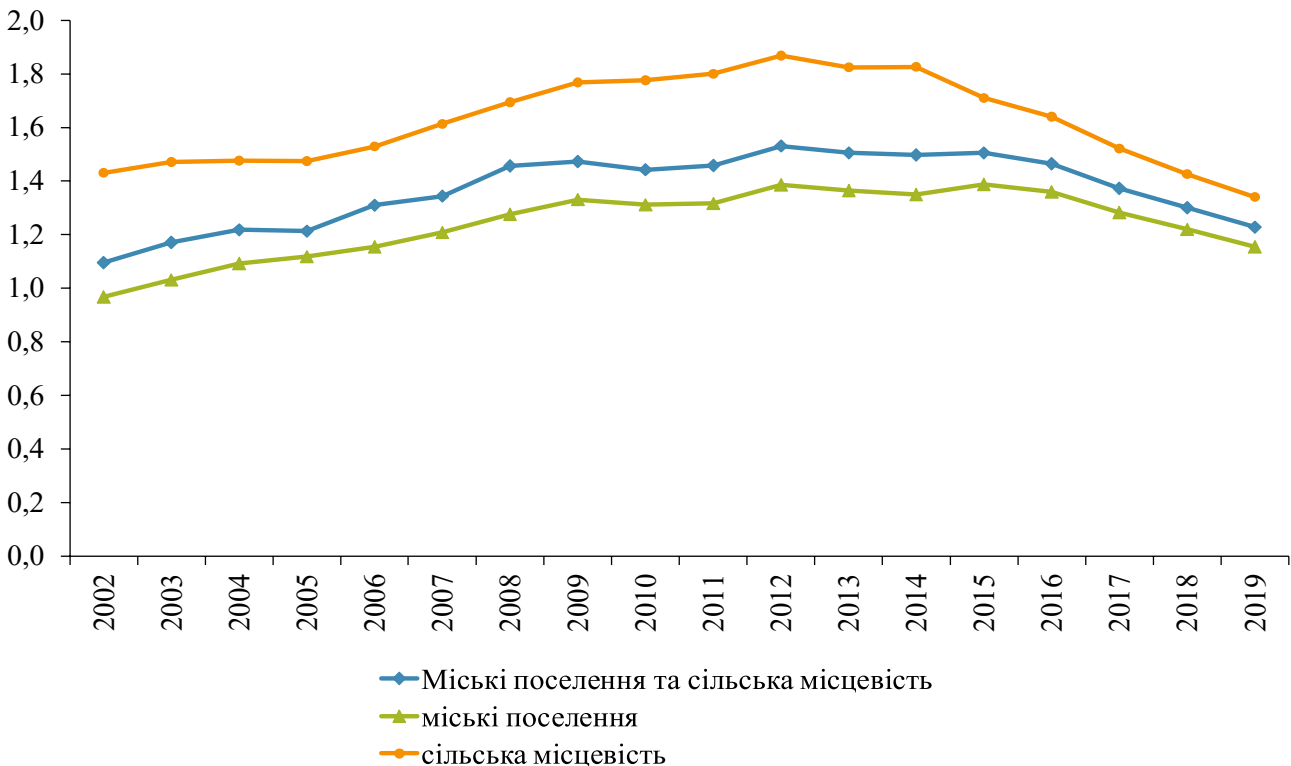


Рис. 3.1. Сумарний коефіцієнт народжуваності за типом поселень Україна, 2002–2019 рр.

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України.

Серед вагомих змін у народжуваності в Україні у новому тисячолітті виокремлюються зміни частки первістків у структурі новонароджених за черговістю народження. Якщо у 2002 р. ця частка досягала майже 60 %, то у результаті зменшення питомої ваги перших народжень та зростання часток народжених другої і наступних черговостей у період підвищення народжуваності, у 2014 р. частка первістків вже становила 46,6 %. Після невеличкого зростання показника у 2015–2016 рр. (до 49,5 %) в останні роки відновилося зменшення питомої ваги первістків і у 2019 р. цей показник становив 46,9 % (табл. 3.1).

Таблиця 3.1.

**Розподіл новонароджених за черговістю народження,
Україна, 2010 та 2019 рр., %**

	Перша	Друга	Третя	Четверта	П'ята та наступна черговість
Міські поселення та сільська місцевість					
2002	59,5	30,3	6,5	1,9	1,9
2010	50,9	35,2	9,3	2,6	2,0
2019	46,9	36,3	10,7	3,1	3,0
Міські поселення					
2002	65,1	28,2	4,6	1,1	1,0
2010	54,4	35,7	7,2	1,6	1,0
2019	49,5	37,1	9,3	2,3	1,8
Сільська місцевість					
2002	49,5	34,0	9,8	3,4	3,3
2010	44,3	34,3	13,1	4,4	3,8
2019	42,0	34,7	13,2	4,8	5,3

Джерело: розраховано за даними Державної служби статистики.

Частка первістків у міських поселеннях, як правило, суттєво перевищує аналогічну частку у сільській місцевості, але міжпоселенські розходження поступово скорочуються. Так, у 2002 р. питома вага первістків у міських поселеннях на 31,5 % перевищувала ту, що мала місце у сільській місцевості, у 2010 р. – на 22,8 %, а в 2019 р. – вже на 17,9 %. У містах стабільно зростає частка дітей другої черговості народження, тоді як у селах цей показник майже не змінюється; натомість зростають частки дітей четвертої, п'ятої і наступних черговостей народження.

У 2019 р. в Україні найактивнішими щодо дітонародження залишаються жінки у віці 25–29 років – 31,3 % всіх народжень у цьому році припадало саме на цю п'ятирічну вікову групу. Нагадаємо, що до

2012 р. в цілому в Україні лідером інтенсивності народжуваності були жінки у віці 20–24 роки. Так, у 2002 р. рівень народжуваності у жінок у віці 20–24 роки майже у 1,5 рази перевищував народжуваність у сусідній старшій п'ятирічній групі (25–29 років).

У 2012 р. рівень народжуваності був однаковим у жінок віком 20–24 роки і 25–29 років, а у 2019 р. коефіцієнт народжуваності у жінок у віці 25–29 років вже на 12 % перевищував цей показник у жінок у віці 20–24 роки. Порівняно з 2002 р. інтенсивність народжуваності у 20–24-річних жінок у 2019 р. зменшилася на 25,4 %, водночас інтенсивність народжуваності у жінок 25–29 років зросла на 22,0 %. Протягом останніх років спостерігається зменшення народжуваності в усіх вікових групах жінок, але в старших дітородних групах воно відбувається повільніше.

Трансформація народжуваності проходить по-різному у міських поселеннях і сільській місцевості (рис. 3.2 і рис. 3.3). Зокрема у селах лідерство щодо дітонародження все ще зберігається за жінками 20–24 роки, інтенсивність народжуваності у яких у 2019 р. у 1,6 рази перевищувала аналогічний показник у містах, а от дітородна активність 25–29-річних жінок у поселеннях різного типу була майже однаковою.

Позитивною тенденцією останнього п'ятиріччя є зменшення інтенсивності народжуваності у наймолодшій дітородній групі жінок. У 2002 р. в Україні коефіцієнт народжуваності у жінок у віці до 20 років становив 29,2 ‰, ще у 2010 р. він досягав 28,8 ‰, але у 2015–2019 рр. відбулося різке зменшення показника і у 2019 р. за даними Державної служби статистики України він був на рівні 16,9 ‰. Чисельність дітей, народжених неповнолітніми дівчатами віком 12–17 років у 2019 р. становила 3700 осіб і була відчутно меншою за чисельність у попередньому 2018 р., коли досягала 4234 осіб. Втім, частка дітей, народжених неповнолітніми дівчатами серед усіх новонароджених майже не змінилася і становить 1,2 % та майже 26 % серед дітей, народжених жінками

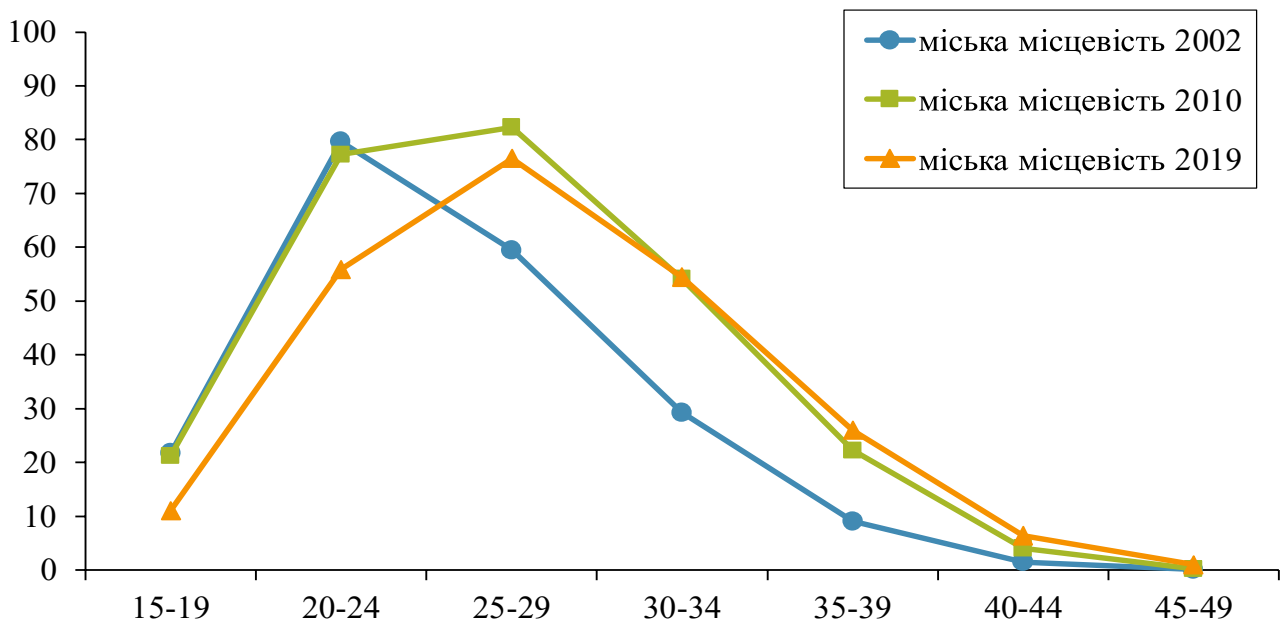


Рис. 3.2. Вікові коефіцієнти народжуваності, Україна, міські поселення, 2002, 2010 і 2019 рр., на 1 000 жінок відповідного віку

Примітка. 2019 рр. – без урахування тимчасово окупованої території АР Крим, м. Севастополя та даних по Донецькій та Луганській областях.

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України.

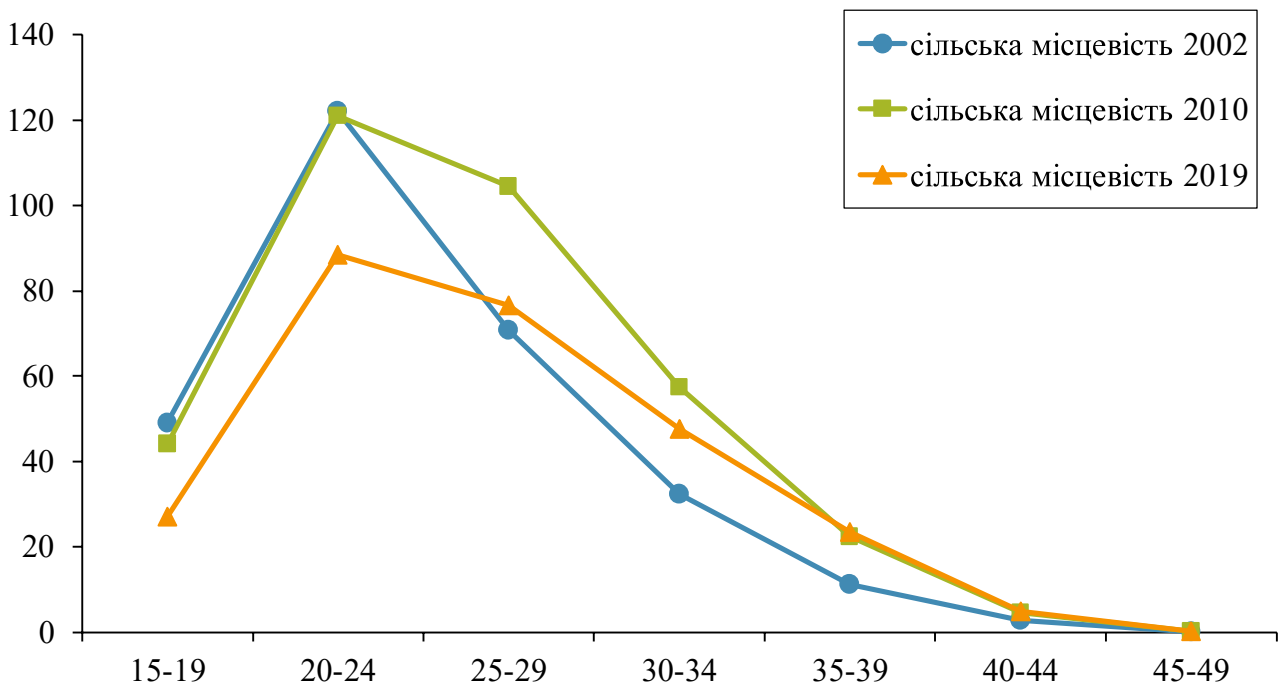


Рис. 3.3. Вікові коефіцієнти народжуваності, Україна, сільська місцевість 2002, 2010 і 2019 рр., на 1 000 жінок відповідного віку

Примітка. 2019 рр. – без урахування тимчасово окупованої території АР Крим, м. Севастополя та даних по Донецькій та Луганській областях.

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України.

віком до 20 років. У міжнародних порівняннях аналізують народжуваність у жінок у віці 15–19 років. Незважаючи на доволі вагомні зміни коефіцієнта народжуваності у цій групі жінок, в Україні у 2018 р. цей показник вдвічі перевищував середній коефіцієнт для ЄС-28, був у 2,7 рази вищий за середній показник для ЄС-19, у 4,3 рази вищий, ніж у Швеції, у 7,8 – ніж у Швейцарії. Також необхідно зауважити, що у сільській місцевості в Україні дітородна активність жінок у віці 15–19 років вдвічі перевищує ту, що характерна городжанкам цієї вікової групи.

Ще однією ключовою характеристикою народжуваності в Україні є зростання середнього віку матері при народженні дитини: з 25,4 років у 2002 р. до 27,9 років у 2019 р. Середній вік матері при народженні першої дитини в Україні впродовж двох останніх десятиліть також поступово зростає: у 2002 р. цей показник становив 23,2 року, а у 2019 р. – 25,7 років. Залишаються міжпоселенські контрасти розвитку процесу так званого «постаріння» материнства: середній вік матері при народженні першої дитини у містах у 2019 р. становив 26,5 років, тоді як у селах – 23,9 років (середній вік матері при народженні дитини (усі черговості) відповідно 28,5 і 26,9 років).

Підтвердженням постаріння материнства є й зростання частки народжених у матерів у віці 35 років і старші серед усіх народжених (рис. 3.4). У роки найнижчої в Україні народжуваності – 2000–2002 рр. ця частка була близько 5 %, та, поступово зростаючи у новому тисячолітті, в 2019 р. вона досягала 15,7 %. Причому в останнє десятиріччя зміни відбувалися стрімкіше, ніж до цього. Якщо наприкінці 1990-х рр. – на початку 2000-х рр. різниця між цим показником у міських поселеннях і сільській місцевості була зовсім незначною, то вже в 2015 р. частка дітей народжених жінками у віці 35 років і старші у міських поселеннях на 47,3 % перевищувала аналогічну частку у сільській місцевості, а в 2018–2019 рр. таке перевищення досягнуло 65,6 %, що вкотре вказує на повільніші темпи перебудови моделі народжуваності у

сільській місцевості.

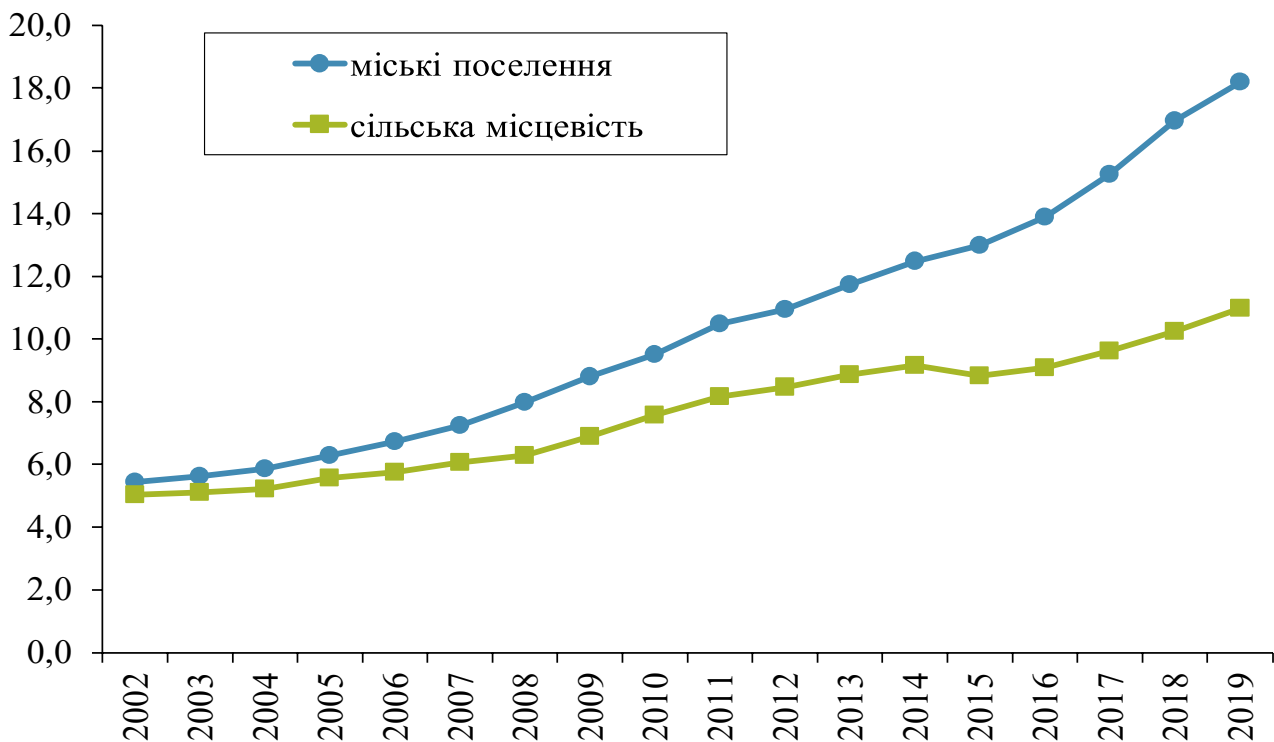


Рис. 3.4. Частка дітей, народжених жінками у віці 35 років і старше серед усіх народжених за типом поселення, Україна, 2019 р., %

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України.

В Україні кожна п'ята дитина народжується у матерів, які не перебувають у офіційно зареєстрованому шлюбі (у 2019 р., як й у 2018 р., частка таких народжень становила 20,5 %, у тому числі у міських поселеннях – 19,5 %, у сільській місцевості – 22,5 %). Кількість народжених у матерів, які не перебували в зареєстрованому шлюбі, у 2019 р. становила 63,4 тис. осіб. У сукупності молодих жінок (у віці до 35 років) частка позашлюбних народжень була 19,7 % усіх народжень в цій групі жінок та досягали 81,0 % усіх випадків позашлюбних народжень.

У цілому в Україні продовжується зменшення дітородної активності, і, зважаючи на суттєві економічні, політичні, соціальні проблеми у нашій країні, а також епідеміологічну небезпеку, вряд чи варто очікувати на корінний перелом цієї тенденції (хоча й не заперечується можливість короткочасного незначного підвищення рівня народжува-

ності через 0,9–1,5 року після завершення епідемії коронавірусу). Також продовжується процес зміщення народжуваності на старший вік жінок, що підтверджується не тільки зростанням середнього віку матері при народженні дитини (як стосовно усіх черговостей народження, так й щодо первістків), а й зміщенням лідерської позиції щодо інтенсивності дітонародження від жінок у віці 20–24 роки до старших жінок у віці 25–29 років, і підвищенням частки дітей народжених у жінок середнього і старшого репродуктивного віку. Поряд з цим відбувається зниження народжуваності у жінок у віці 15–19 років.

РОЗДІЛ 4

СМЕРТНІСТЬ І ТРИВАЛІСТЬ ЖИТТЯ

4.1. Загальна характеристика змін у смертності й тривалості життя

Тривалість життя є інтегральним індикатором стану здоров'я населення, його благополуччя, а також підсумовуючою оцінкою умов життєдіяльності населення та мірилом ефективності охорони здоров'я. Тобто, цей показник не лише кількісно вимірює довжину (середнє число років) майбутнього життя для пересічної особи, але й може слугувати індикатором якості життя населення. Починаючи із 1960-х рр. і дотепер багатьом країнам Європейського регіону вдалося досягнути значного поступу у показниках дожиття населення. Хоча, в останні два десятиріччя у країнах з дуже високою тривалістю життя темпи цього росту дещо загальмувалися. Тривалість життя тут продовжує зростати, але значно повільніше, що свідчить про необхідність пошуку нових резервів та можливостей стосовно зниження смертності населення, насамперед, серед груп підвищеного ризику. Натомість в Україні демографічна ситуація упродовж тривалого часу характеризується несприятливими явищами у сфері життєзбереження. Тривалість життя є низькою; втім її показники зазнали помітних коливань за останні два десятиріччя.

Динаміка тривалості життя в Україні у 2002–2019 рр. була досить нестабільною й відзначалася різноспрямованими тенденціями. Досліджуваний період можна умовно розділити на три частини: 1) 2002–2007 рр. – стагнація у тривалості життя; 2) 2008–2013 рр. – стійке підвищення тривалості життя, яке пригальмувалось з початком військового

конфлікту на сході країни у 2014 р.; 3) з 2014 р. і донині триває період нестабільної динаміки з коливаннями у бік то деякого підвищення, то зниження тривалості життя.

У підсумку з 2002 по 2019 рр. очікувана тривалість життя при народженні в Україні підвищилась на 4,8 року у чоловіків та 3,3 року у жінок і становила в 2019 р. 66,9 та 77,0 років для чоловіків і жінок відповідно. Однак, зважаючи на те, що йдеться про 18-річний період, це підвищення не виглядає значним досягненням, і Україна все ще залишається одним із аутсайдерів за рівнем тривалості життя у Європейському регіоні. Лише в Росії та Молдові показники дожиття є гіршими, ніж в Україні. Порівняно з розвинутими країнами тривалість життя в Україні нижча в середньому на 10–12 років для чоловіків та 6–7 років для жінок (рис. 4.1). У сусідній Білорусі тривалість життя при народженні вища на 2,6–2,7 року, ніж в Україні, а у Польщі – на 5–7 років.

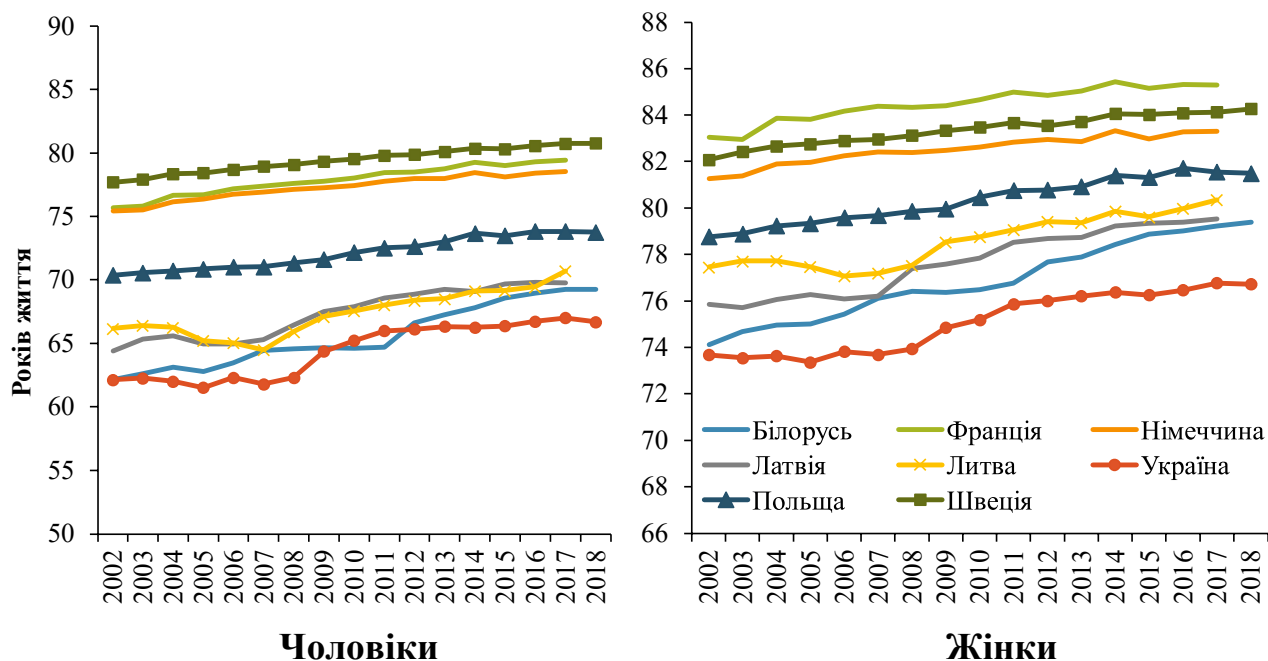


Рис. 4.1. Очікувана тривалість життя при народженні, Україна та окремі європейські країни, 2002–2018(2019) рр., років

Примітка. 2015–2019 рр. – без урахування Луганської та Донецької областей, АР Крим та м. Севастополь.

Джерело: Україна 2002–2013 рр. – оцінки ІДСД НАНУ; Україна 2014–2019 рр. – дані Державної служби статистики України; інші країни – онлайн база даних по смертності (Human Mortality Database).

Найбільший середньорічний приріст тривалості життя в Україні за досліджуваний період відбувся у 2009 р. порівняно з попереднім 2008 роком, коли тривалість життя чоловіків підвищилась на 2,1 року, а жінок – на 0,9 року. У 2019 р. порівняно з 2018 р. вона виросла лише на 0,2–0,3 року. Слід зазначити, що показники за 2014–2019 рр. розраховані без урахування даних про смертність у Донецькій та Луганській областях, АР Крим та м. Севастополь. При цьому слід також зважати на ймовірні проблеми з якістю статистичних даних (зокрема, щодо чисельності й складу населення), зумовлені довготривалою відсутністю перепису населення в Україні та масштабними внутрішніми переміщеннями населення внаслідок військового конфлікту на сході країни, що значно ускладнило статистичний облік населення.

Темпи змін у тривалості життя відрізняються поміж чоловіками й жінками. Зокрема, темпи приросту тривалості життя у 2008–2013 рр. були вищими у чоловіків, аніж у жінок, хоча після 2014 р. ці відмінності скоротилися. Незважаючи на позитивну динаміку, в Україні упродовж тривалого часу й дотепер зберігається значний розрив у тривалості життя за статтю: чоловіки живуть в середньому на 10–12 років менше, ніж жінки (рис. 4.2). Такий розрив помітно перевищує існуючі відмінності у показниках дожиття в розвинутих європейських країнах, де він становить лише 3,5–5,0 років.

Назагал, у містах живуть довше, ніж в селах. Упродовж досліджуваного періоду ця різниця становила в Україні в середньому 2,0–2,5 року для чоловіків та 1,0–1,2 року для жінок на користь міських жителів. Як видно із рис. 4.3, міжпоселенські відмінності у тривалості життя мали тенденцію до посилення: якщо в 2002 р. тривалість життя у містах України була вищою, ніж в селах, в середньому на 0,8 року у чоловіків та 0,4 року у жінок, то в 2014 р. – на 2,6 та 1,5 року відповідно. Це відбулося за рахунок більшого приросту тривалості життя у городян. Зокрема, у 2002–2019 рр. очікувана тривалість життя чоловіків

Смертність і тривалість життя

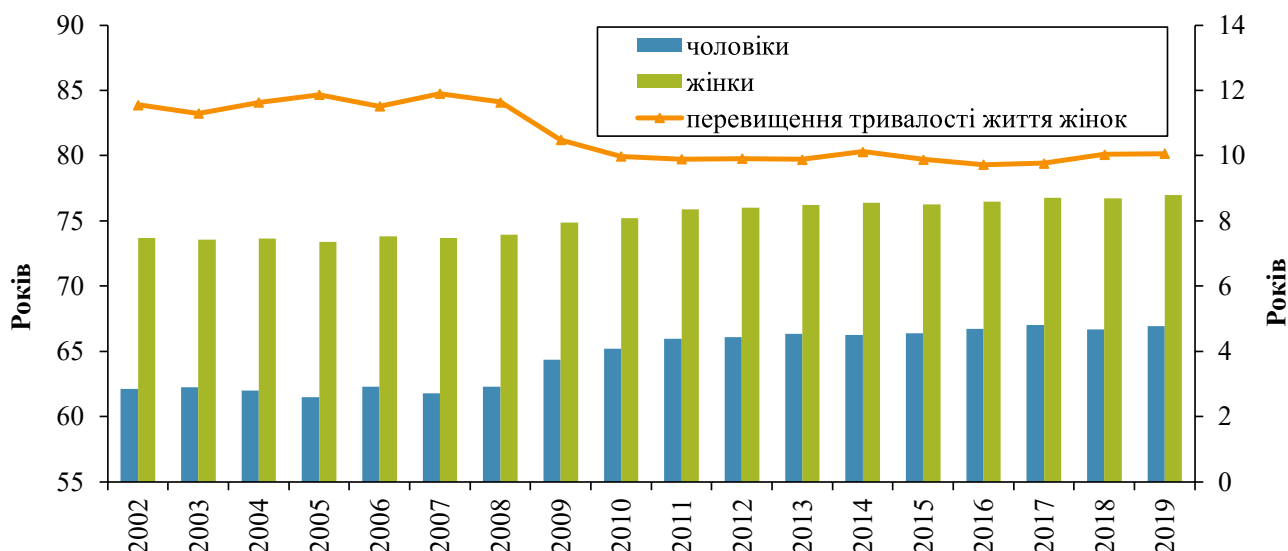


Рис. 4.2. Очікувана тривалість життя за статтю та перевищення тривалості життя жінок над чоловіками, Україна, 2002–2019 рр., років

Примітка. 2015–2019 рр. – без урахування Луганської та Донецької областей, АР Крим та м. Севастополь.

Джерело: 2002–2013 рр. – оцінки ІДСД НАНУ; 2014–2019 рр. – дані Державної служби статистики України.

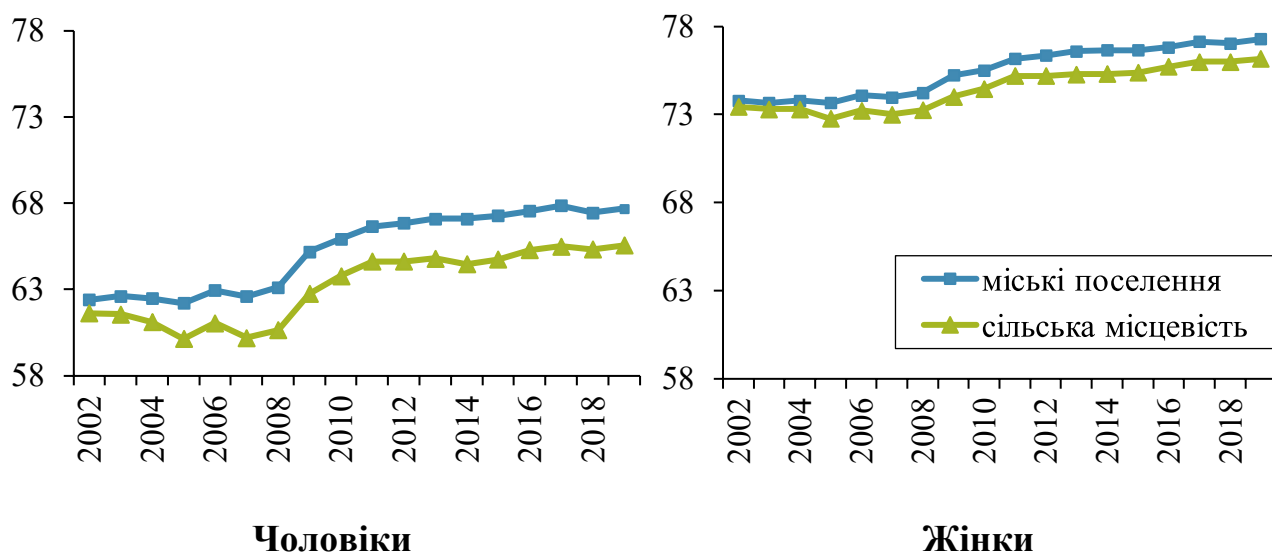


Рис. 4.3. Очікувана тривалість життя при народженні за типом поселення, Україна, 2002–2019 рр., років

Примітка. 2015–2019 рр. – без урахування Луганської та Донецької областей, АР Крим та м. Севастополь.

Джерело: 2002–2013 рр. – оцінки ІДСД НАНУ; 2014–2019 рр. – дані Державної служби статистики України

підвищилась на 5,3 року у містах та 4 роки в селах, а у жінок – на 3,5 та 2,8 року відповідно. При цьому у містах статеві відмінності виражені сильніше, ніж на селі. Ще однією особливістю України є досить виражена регіональна диференціація у показниках тривалості життя. Регіони України відрізняються між собою за рівнем індустріального розвитку, господарською спеціалізацією, ступенем забруднення навколишнього середовища, а також і за ментальними установками та поведінковими практиками населення. Ця регіональна специфіка суспільного середовища знайшла своє відображення і у демографічних процесах (рис. 4.4 і 4.5).

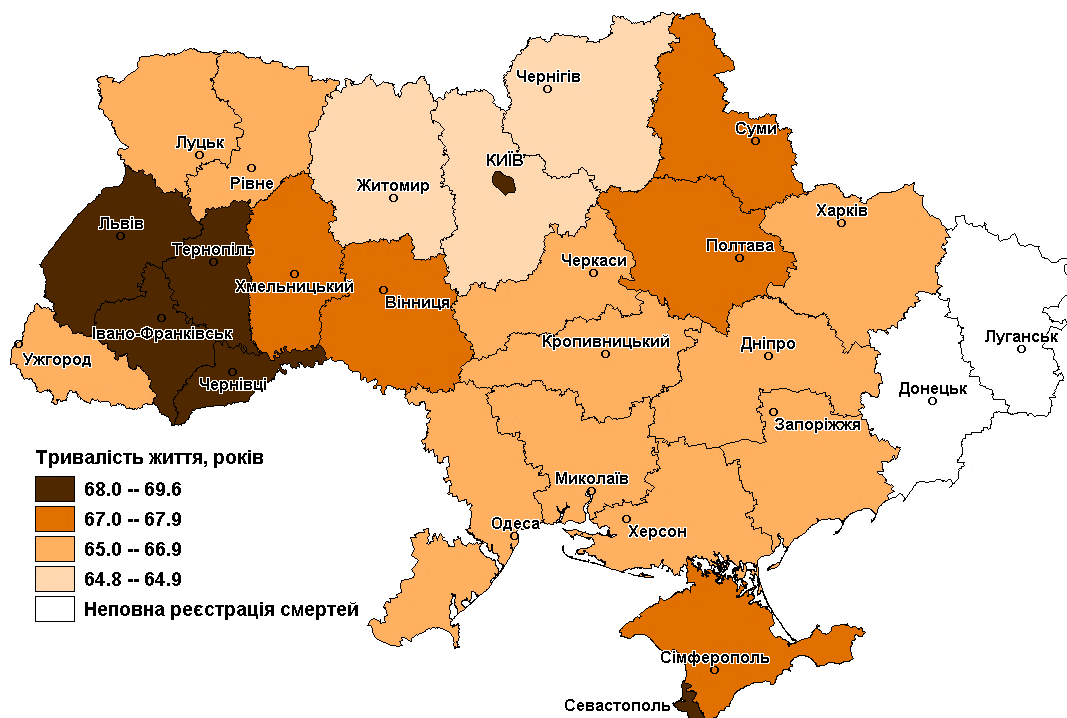


Рис. 4.4. Очікувана тривалість життя при народженні, чоловіки, Україна, 2019 р., років

Джерело: дані Державної служби статистики України; для АР Крим та м. Севастополь – дані Кримстату.

В Україні історично сформувалась ситуація, коли західні регіони відзначаються вищою тривалістю життя, а східні – нижчою. Лідерами за рівнем тривалості життя є Чернівецька, Тернопільська, Івано-Франківська й Львівська області. Так, у 2019 р. серед усіх жителів України

саме жінки-мешканки Галичини (Івано-Франківська й Тернопільська області) та чоловіки-жителі Буковини (Чернівецька область) мали шанси прожити найдовше: 78,7 року та 69,5 року відповідно. Однак, навіть ці області з максимальними для України показниками відстають від сусідньої Польщі в часі майже на 20 років, оскільки такі показники тривалості життя було досягнуто у Польщі ще на початку 2000-х років. Розрив між областями з мінімальним і максимальним значеннями тривалості життя у 2019 р. становив в Україні 4,7 року для чоловіків і 3,5 року для жінок.

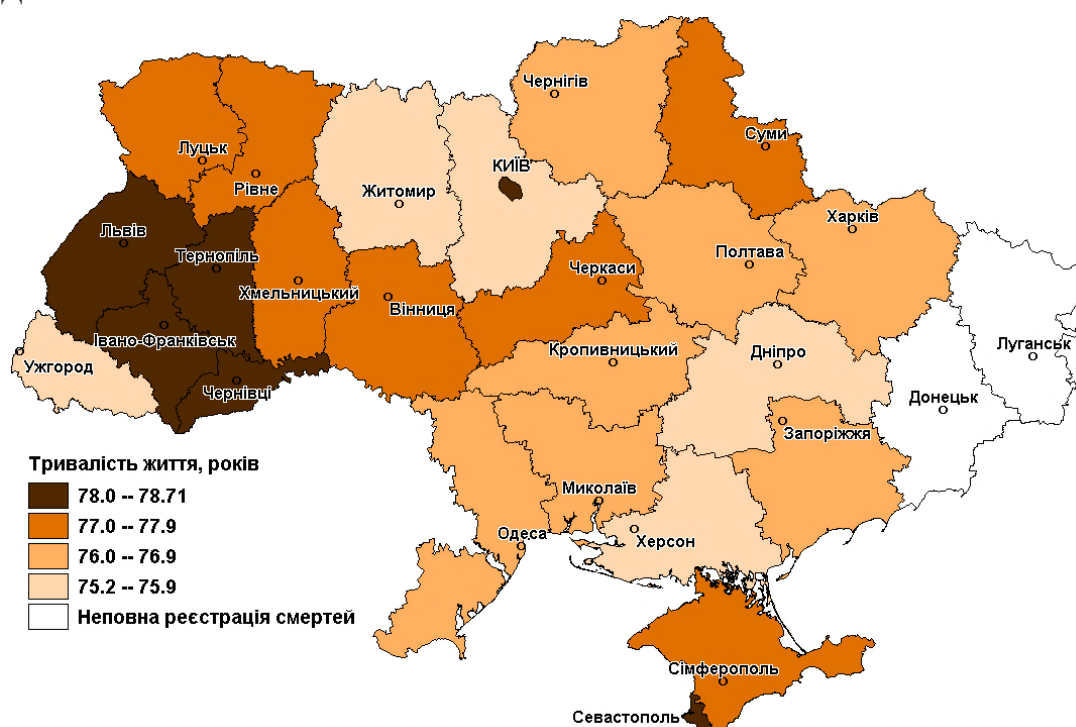


Рис. 4.5. Очікувана тривалість життя при народженні, жінки, Україна, 2019 р., років

Джерело: дані Державної служби статистики України; для АР Крим та м. Севастополь – дані Кримстату.

Починаючи із середини 2000-х років традиційний західно-східний градієнт у регіональному розподілі тривалості життя почав поступово «розмиватися». Через погіршення ситуації у трьох північних областях сформувався новий осередок низької тривалості життя, який включає Житомирську, Київську й Чернігівську області. Водночас у

центральної смузі ситуація, навпаки, покращується. До неї належать Хмельницька, Вінницька, Полтавська, Харківська й Сумська області. Нині регіони України можна об'єднати умовно у чотири великі групи: 1) Захід, який був і залишається лідером за показниками дожиття населення, але він вже не є таким «монолітним»: у його двох областях, Волинській та Рівненській, ситуація відчутно погіршилася; 2) Центр-Схід з підвищеною відносно середньої тривалістю життя (за винятком Кіровоградщини), який «підтягується» до рівня Заходу, і дві смуги аутсайдерів з низькою тривалістю життя; 3) Північ та 4) Південь. Така регіональна диференціація у загальних рисах характерна і для чоловіків і для жінок, але у жінок є певні особливості. Поміж двох осередків низької тривалості життя, Півночі й Півдня, у чоловіків гірша ситуація спостерігається на Півночі, тоді як у жінок – на Півдні. Окрім цього, у жінок упродовж тривалого часу є ще третій, локальний осередок низької тривалості життя – Закарпаття.

4.2. Статеві-вікова диференціація смертності

Вікова модель смертності в Україні упродовж тривалого часу відрізнялась значною смертністю у дорослому віці і доволі високою смертністю немовлят у віці до 1 року. Зміна цих показників у досліджуваний період відбувалася з різною інтенсивністю. Доволі помітним є зниження смертності немовлят в 1,3–1,6 рази, особливо серед хлопчиків. Якщо у 2002 р. серед 1000 новонароджених до досягнення 1 року вмирало 12 хлопчиків та 8 дівчаток, то останніми роками – близько 7–8 хлопчиків та 6 дівчаток (рис. 4.6).

Найбільш гострою проблемою України залишається висока передчасна смертність у працездатному віці, особливо серед чоловіків. Її рівень суттєво перевищує відповідні показники розвинутих країн (табл. 4.1).

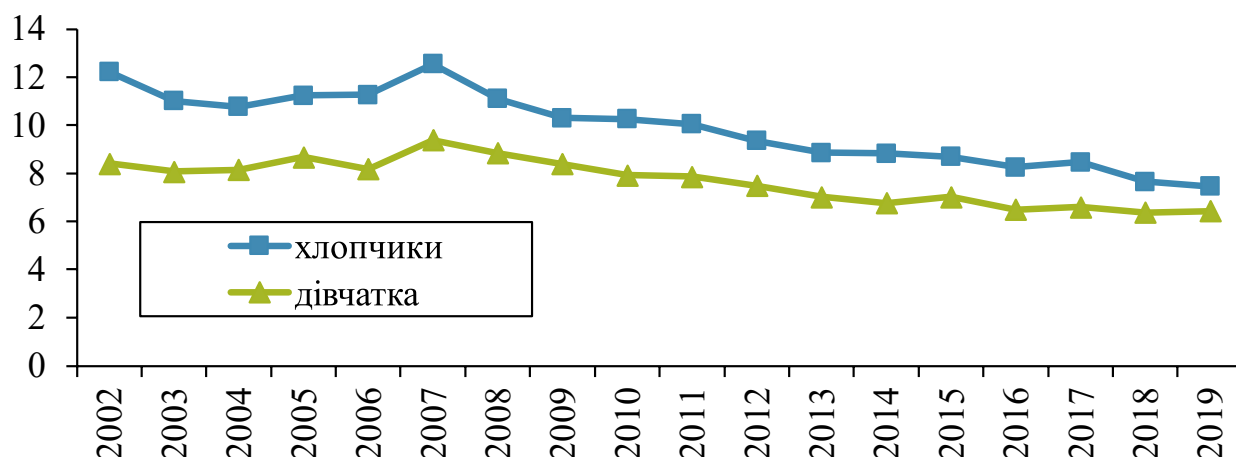


Рис. 4.6. Ймовірність померти у віці до 1 року, Україна, 2002–2019 рр., на 1000 живонароджених

Примітка. 2015–2019 рр. – без урахування Луганської та Донецької областей, АР Крим та м. Севастополь.

Джерело: 2002–2013 рр. – оцінки ІДСД НАНУ; 2014–2019 рр. – дані Державної служби статистики України.

Таблиця 4.1.

Стандартизовані показники смертності за віковими групами, Україна, Польща та Швеція, 2015 р., на 100 тис. населення

Вікові групи, років	Україна	Польща	Швеція	Перевищення, разів	
				Україна/ Польща	Україна/ Швеція
Чоловіки					
Усі, в тому числі:	1400,7	971,0	586,3	1,4	2,4
0–14	88,0	46,0	29,4	1,9	3,0
15–29	143,7	86,1	60,2	1,7	2,4
30–44	521,5	215,6	87,9	2,4	5,9
45–59	1382,7	887,0	310,5	1,6	4,5
60–74	4133,0	2799,0	1332,9	1,5	3,1
Жінки					
Усі, в тому числі:	731,6	518,8	413,0	1,4	1,8
0–14	88,0	46,0	29,4	1,9	3,0
15–29	47,6	22,7	23,0	2,1	2,1
30–44	174,5	69,2	46,4	2,5	3,8
45–59	465,3	342,3	199,9	1,4	2,3
60–74	1741,4	1253,4	886,6	1,4	2,0

Джерело: База даних ВООЗ по смертності в Європейському регіоні (European mortality database) <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-mortality-database/>

Особливо різючим є розрив у показниках смертності у віці від 30 до 60 років. Зокрема, чоловіки віком 30–44 роки вмирають у нашій країні у 2,4 раза частіше, ніж у Польщі, та майже у 6 разів частіше, ніж у Швеції. Значними є також відмінності у смертності в інтервалі передпенсійного віку (45–59 років), в якому чоловіки-українці мають ймовірність померти в 1,6 раза вищу, ніж поляки, і в 4,5 раза вищу, ніж шведи. У жінок це перевищення також є суттєвим, але меншим порівняно з чоловіками.

Саме висока надсмертність чоловіків середнього й зрілого працездатного віку є основною причиною низької тривалості життя в Україні і не дає змоги досягнути відчутного прогресу у царині збереження й подовження людського життя. Рис. 4.7 ілюструє потенційну сумарну кількість людино-років життя, прожити у певних укрупнених вікових інтервалах, у розрахунку на одну особу. Цей показник життєвого потенціалу стосується тих, хто дожив до початку кожного вікового інтервалу. Він розрахований для чоловіків України, Польщі та Швеції на основі чисел тих, що живуть у стаціонарному населенні, взятих із відповідних таблиць смертності. Віковими інтервалами обрано 0–19, 20–39, 40–59 та 60–79 років, у кожному з яких можна максимально прожити 20 років, але реально ті, хто доживає до початку інтервалу, мають шанси прожити меншу кількість людино-років.

Порівняльний міжкраїнний аналіз свідчить про виразні відмінності в обчислених показниках життєвого потенціалу. Так, у Швеції у віці 0–19 та 20–39 років показники майже співпадають і становлять 19,8–19,9 людино-років життя у розрахунку на одного чоловіка. Близькими є значення життєвого потенціалу і для вікової групи 40–59 років, і лише останньому з досліджуваних вікових інтервалів (60–79 років) кількість людино-років суттєво скорочується і становить 16–17 людино-років на одну особу, яка дожила до віку 60 років.

Смертність і тривалість життя

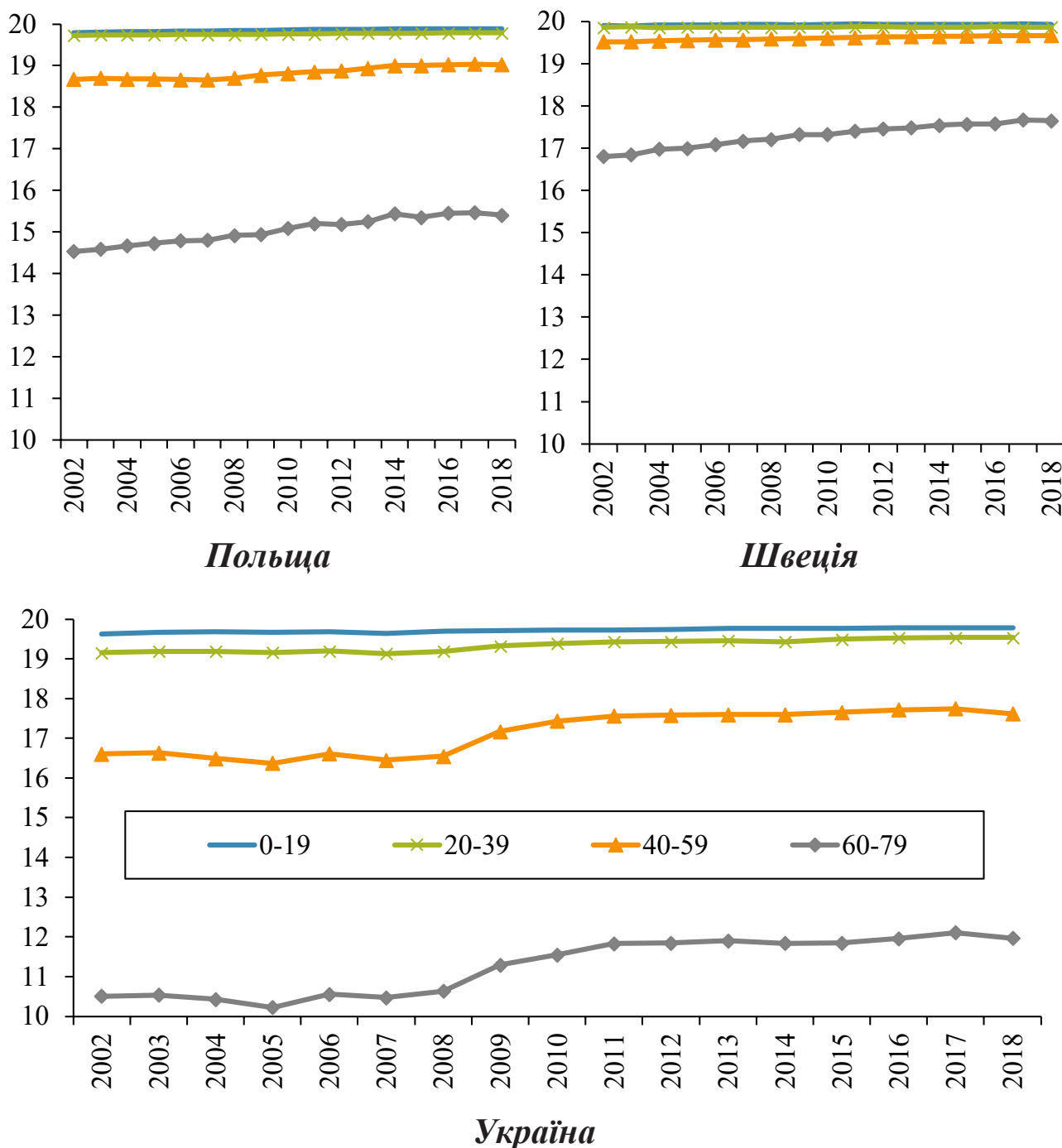


Рис. 4.7. Сумарна кількість людино-років життя, прожита в вікових групах 0–19, 20–39, 40–59, 60–79 років, Україна, Польща та Швеція, 2002–2018 рр., у розрахунку на одну особу, чоловіки

Примітка. Розраховано на основі чисел тих, що живуть у стаціонарному населенні взятих із відповідних таблиць смертності. Максимальна кількість прожитих людино-років в кожному 20-річному віковому інтервалі становить 20.

Джерело: Україна – оцінки ІДСД НАНУ та дані Державної служби статистики України; Польща, Швеція – онлайн база даних по смертності (Human Mortality Database).

У Польщі у віці 0–19 та 20–39 років обчислені показники життєвого потенціалу чоловіків є досить подібними до таких у Швеції, однак у віці 40–59 та 60–79 років відрізняються і становлять близько 18 та 14–15 людино-років відповідно. В Україні показники для усіх вікових інтервалів є нижчими, ніж у Польщі та Швеції, проте для інтервалу віку 0–19 років ці відмінності є незначними, тоді як у віці 40–59 та 60–79 років часовий потенціал життя є значно коротшим. Зокрема, у віці 40–59 років потенційно кількість років людино-років життя серед чоловіків в Україні становить 16–17 років замість 20, а у віці 60–79 років – 10–12 людино-років.

Певні позитивні зрушення у віковій смертності населення України за останні роки є, але поки що вони недостатні і відбуваються досить повільно. Доволі помітний та швидкий приріст тривалості життя у 2009 р. відносно 2008 р. відбувся внаслідок зниження смертності у всіх вікових групах населення, проте найбільше смертність знизилась у віці 40–54 роки у чоловіків та 35–55 років у жінок. Як вже зазначалось, у підсумку за період 2002–2019 рр. очікувана тривалість життя при народженні виросла у чоловіків та жінок на 4,8 року та 3,3 року відповідно. Рис. 4.8 побудований за результатами розрахунків декомпозиції цього приросту за віком і дає уявлення про те, яким є внесок змін у віковій смертності (за статтю).

По-перше, роль дитячої смертності у цей період не є головною; найвагомішу роль у динаміці тривалості життя в 2002–2019 рр. відіграли зрушення у смертності в дорослому віці. По-друге, існують виразні відмінності між чоловіками й жінками щодо структури приросту тривалості життя. Якщо у чоловіків основний внесок належить скороченню смертності у молодому й середньому працездатному віці, то у жінок цей приріст був забезпечений, насамперед, за рахунок зниження смертності в похилому віці. Зокрема, у чоловіків зменшення смертності у віці 20–39 років забезпечило 1,4 року або 29 % сумарного приросту

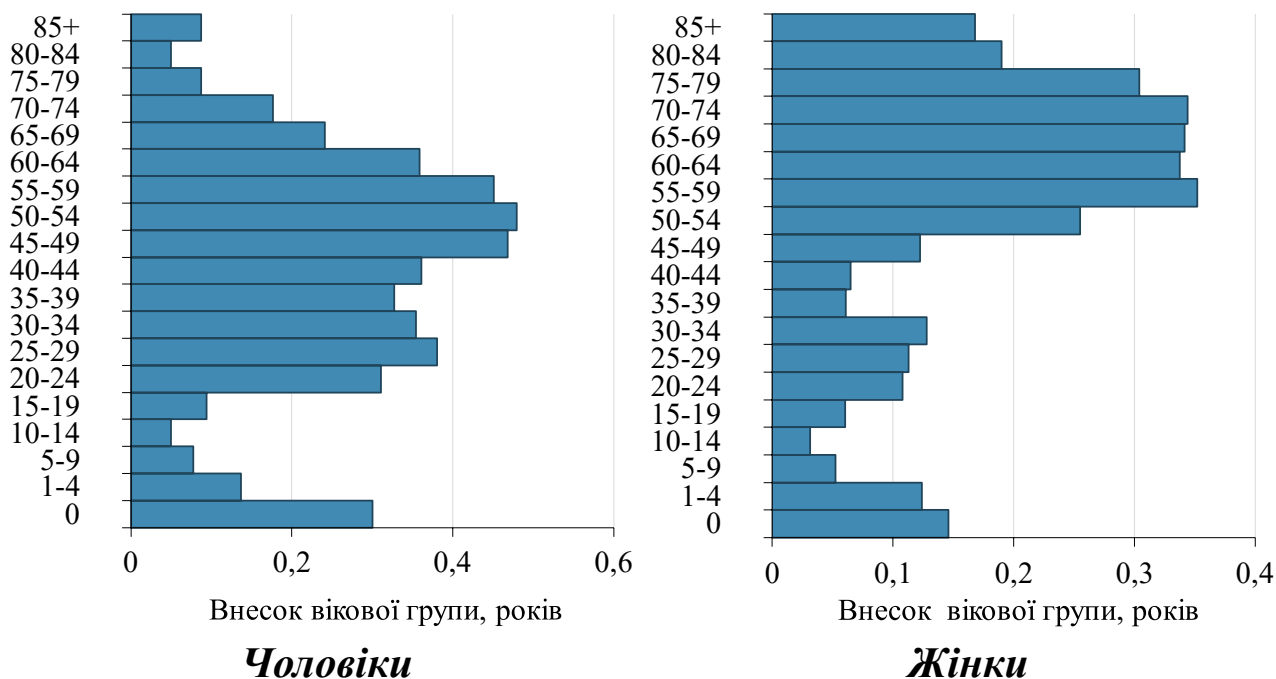


Рис. 4.8. Декомпозиція підвищення тривалості життя у 2019 р. порівняно з 2002 р. за статтю та віковими групами, Україна, років

Джерело: авторські розрахунки за даними ІДСД НАНУ та дані Державної служби статистики України.

тривалості життя при народженні; у віці 40–59 років – 1,8 року або 37 %, тоді як у віці 60–79 років – лише 0,9 року, що становить 18 %. Натомість у жінок скорочення смертності серед стариків (60–79 років) забезпечило 1,3 року або 40 % росту у тривалості життя; у віці 40–59 років – 0,8 року або 24 %, а віці 20–39 років – лише 0,4 року або 12 %.

З 2014 року темпи позитивних змін у тривалості життя в Україні сповільнилися. За офіційними даними Держстату України у 2014–2019 рр. від військових дій загинуло 5770 осіб, з яких 89 % це чоловіки. Водночас Управління Верховного комісара ООН з прав людини оцінює загальну кількість жертв військового конфлікту в Донбасі за період з 14 квітня 2014 р. до 15 лютого 2020 р. у 41–44 тис. осіб, з яких 13–13,2 тис. загиблими та 29–31 тис. пораненими⁴. При цьому за неповними даними

⁴ Report on the human rights situation in Ukraine 16 November 2019 to 15 February 2020. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, p. 8.

загинуло за цей час щонайменше 3350 цивільних осіб, 4100 військових Українських збройних сил та 5650 учасників збройних угруповань. У 2019 р. серед цивільного населення було вбито 27 осіб та 140 поранено, у попередньому 2018 р. – 55 вбито та 226 поранено.

Подальші перспективи й резерви підвищення тривалості життя в Україні пов'язані зі зниженням: а) високої передчасної смертності чоловіків в трудоактивному віці, особливо у віці 30–44 роки, тобто смертності чоловіків, які перебувають на піку своєї трудової активності; б) смертності жінок як середнього, так і передпенсійного віку; в) дитячої смертності.

4.3. Структура причин смерті

Порівняно з минулими роками абсолютна кількість смертей зменшилась за всіма основними причинами смерті, однак за числом смертей у 2019 році, як і у попередні, лідирують хвороби системи кровообігу (табл. 4.2). Останній рік, за яким представлено повну звітність по Україні – 2013, з 2014 року аналіз структури смертності за причинами смерті обмежено даними з підконтрольних уряду територій країни.

Останніми роками структура смертності за основними класами причин смерті не зазнає істотних змін: як і раніше, чільне місце посідають серцево-судинні захворювання, новоутворення та зовнішні причини смерті. Наступні за значущістю у топ-п'ятірці основних причин смерті – хвороби органів травлення та хвороби органів дихання (рис. 4.9).

Звертає на себе увагу досить значна кількість (24 677, або 4,2 %) смертей, віднесених у 2019 році до Класу XVIII «Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних і лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках». Майже половина з них (43 %) – це старість, решта – інші неуточнені та невідомі причини

Таблиця 4.2.

**Кількість померлих за основними причинами смерті,
Україна, 2002, 2005–2019 рр., тис. осіб**

Рік	Всього	За окремими причинами:					
		хвороби системи кровообігу	ново-утворення	зовнішні причини	хвороби органів травлення	хвороби органів дихання	деякі інфекційні та паразитарні хвороби
2002	754,9	465,3	95,1	76,3	23,3	31,8	12,9
2005	782,0	488,8	91,8	70,0	31,7	28,0	17,2
2006	758,1	480,8	90,4	64,6	30,2	24,7	16,3
2007	762,9	480,6	90,0	66,0	33,6	25,1	16,8
2008	754,5	480,1	89,0	61,4	35,2	23,3	17,3
2009	706,7	460,6	88,6	48,9	30,1	21,1	15,1
2010	698,2	465,1	88,8	44,0	26,8	19,5	14,6
2011	664,6	440,3	89,0	42,4	25,2	17,9	14,1
2012	663,1	436,4	92,9	41,7	27,7	17,1	13,9
2013	662,4	440,4	92,3	40,3	28,0	16,5	12,9
2014	632,3	425,6	83,9	40,1	25,2	14,8	11,0
2015	594,8	404,6	79,5	34,6	22,8	14,0	9,9
2016	583,6	392,3	79,0	31,7	22,0	13,8	9,3
2017	574,1	384,8	78,3	31,2	22,0	12,2	8,7
2018	587,7	392,1	78,6	30,9	24,5	13,0	9,0
2019	581,1	389,3	78,2	30,0	24,1	12,5	8,1
Зменшення 2013 / 2019, %	12,3	11,6	15,3	25,6	13,9	24,2	37,2

Примітка. 1) З 2005 року Україна перейшла до кодування смертності у відповідності до Міжнародної статистичної класифікації хвороб Десятого перегляду (МКХ-10).

2) Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополь та частини Донецької та Луганської областей.

Джерело: дані Державної служби статистики України.



Рис. 4.9. Структура причин смерті населення, Україна, 2019 р., %

Примітка. Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополь та частини Донецької та Луганської областей.

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України.

смерті (13 939, з яких більшість (7 991) – смерті чоловіків⁵. В межах цього класу зазвичай згруповані недостатньо визначені стани, симптоми й результати клінічних (або інших процедур дослідження), які не відповідають нормі, але для яких не встановлено конкретного діагнозу, що давало б змогу віднести смерть до будь-якої іншої рубрики Міжнародної класифікації хвороб. До цього класу потрапляють ті ознаки й симптоми, які можуть вказувати більш ніж на одну систему організму, та визначені як “не уточнені в будь-якому відношенні”, “невідомої етіології” або “тимчасові”. Вважається, що зростання частки цієї групи причин смерті зазвичай свідчить про погіршення якості даних. Певне

⁵ Природний рух населення України за 2019 рік : статистичний збірник. – К.: Державна служба статистики України, 2020. [Електронний ресурс] Режим доступу: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2020/zb/06/zb_prn_2019.pdf

«розширення» цього класу викликає занепокоєння (у 2002 р. частка таких смертей була нижчою: 3,8 % проти 4,2 % у 2019 році).

Статеві відмінності. Якщо розглянути розподіл абсолютного числа померлих за основними причинами смерті для кожної статі окремо, то можна спостерігати певні структурні відмінності (табл. 4.3). Так, досить помітна різниця за основною причиною смерті – хворобами системи кровообігу, що у чоловіків мають меншу значущість. Можна пояснити це досить істотним переважанням чисельності жінок (в цілому і, більшою мірою, у старших вікових групах, які формують переважну кількість смертей), а також вищою вагою внеску інших патологій. Частка смертей українських чоловіків внаслідок зовнішніх причин більш ніж учетверо вища за таку у їх співвітчизниць. Також частка хвороб органів дихання у структурі смертності чоловіків є понад у два з половиною рази вагомішою, ніж у жінок, приблизно у стільки ж більшим виявляється і внесок інфекційної патології.

Рис. 4.10 та 4.11 демонструють істотну відмінність смертності внаслідок хвороб системи кровообігу, які зумовлюють значно більшу частину (74,2 %) смертей українських жінок, ніж чоловіків (59,6 %). Внесок другої з основних причин, новоутворень, дещо більш істотній у чоловіків (15,2 % проти 11,8 % у жінок). Частка смертей українських чоловіків внаслідок всіх зовнішніх причин становила 8,4 %, жінок же – лише 2,0 %. Частка хвороб органів травлення у структурі смертності чоловіків також є вагомішою, ніж для жінок (5,2 і 3,1 % відповідно).

Смерті, зареєстровані за класом «Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних і лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках», сформували у 2019 р. досить близькі за значенням структурні частки для чоловіків (3,7 %, або 10,57 тис. смертей) і жінок (4,8 %, або 14,11 тис. відповідно). Більш різноманітності можна спостерігати у розподілі смертних випадків усередині цього класу: якщо для жінок вони майже пропорційне розподілились

Таблиця 4.3.

**Структурні відмінності за основними причинами смерті,
Україна, 2019 р.**

Причини смерті	Обидві статі		Чоловіки		Жінки	
	Осіб	%	Осіб	%	Осіб	%
Всі причини, в т. ч.:	581 114	100	287 513	100	293 601	100
КЛАС I. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	8 120	1,4	5 815	2,0	2 305	0,8
КЛАС II. Новоутворення	78 223	13,5	43 598	15,2	34 625	11,8
КЛАС IV. Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	2 237	0,4	938	0,3	1 299	0,4
КЛАС VI. Хвороби нервової системи	4 615	0,8	2 946	1,0	1 669	0,6
КЛАС IX. Хвороби системи кровообігу	389 348	67,0	171 487	59,6	217 861	74,2
КЛАС X. Хвороби органів дихання	12 504	2,2	9 107	3,2	3 397	1,2
КЛАС XI. Хвороби органів травлення	24 144	4,2	14 975	5,2	9 169	3,1
КЛАС XIV. Хвороби сечостатевої системи	2 495	0,4	1 311	0,5	1 184	0,4
КЛАС XVIII. Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних і лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	24 677	4,2	10 568	3,7	14 109	4,8
КЛАС XX. Зовнішні причини смертності	30 009	5,2	24 064	8,4	5 945	2,0

Примітка. Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополь та частини Донецької та Луганської областей.

Джерело: розраховано за даними Державної служби статистики України

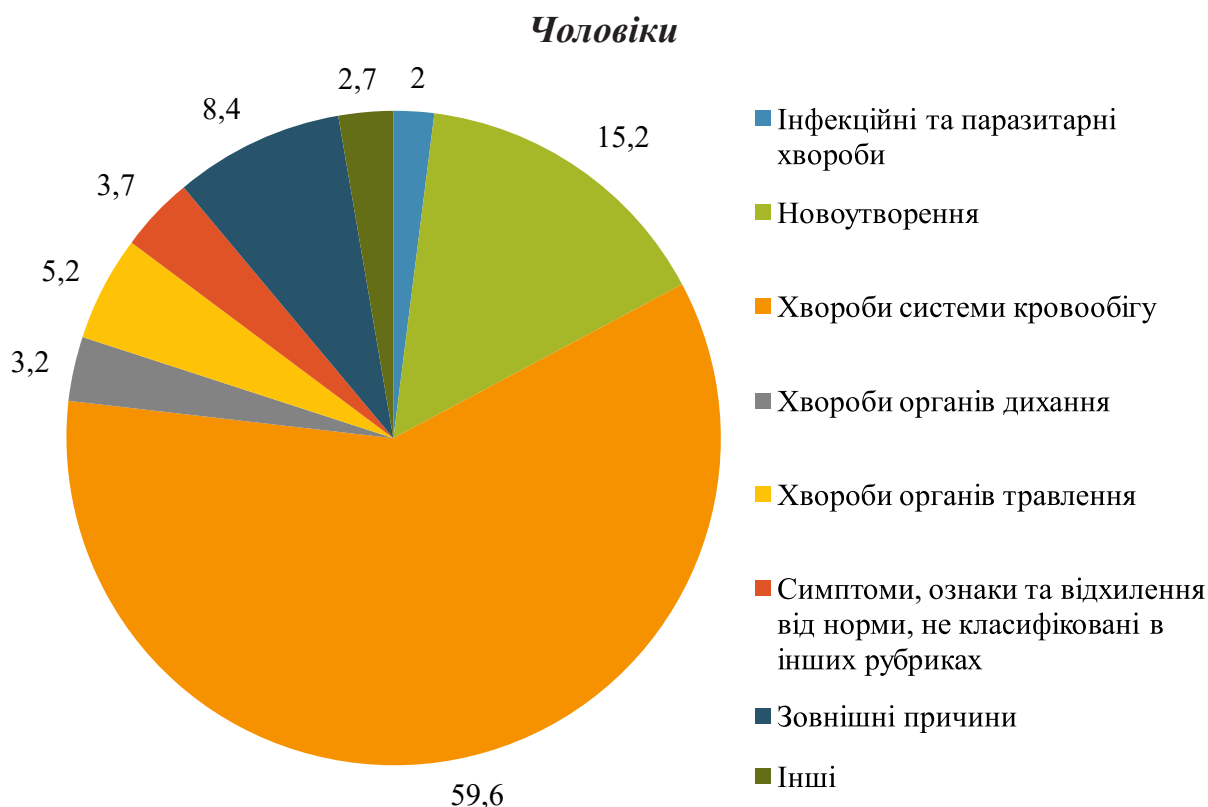


Рис. 4.10. Структура причин смерті чоловіків, Україна, 2019 р., %

Примітка. Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополь та частини Донецької та Луганської областей.

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України.

між старістю (57,6 %) та іншими неуточненими та невідомими причинами смерті (42,2 %), то для чоловіків було характерним значне переважання (75,6 %) неуточнених та невідомих причин смерті, що опосередковано може свідчити про меншу точність встановлення причини смерті та нижчу якість даних про смертність саме для чоловіків.

Щодо такої виключно «жіночої» причини смерті як стани, пов'язані з дітонародженням, то у 2019 році зареєстровано 45 смертей, віднесених до Класу XV. «Вагітність, пологи та післяпологовий період». За останні роки число випадків материнської смертності зменшилось (для порівняння, у 2002 – 85, 2013 – 65 смертей), однак певною мірою



Рис. 4.11. Структура причин смерті жінок, Україна, 2019 р., %

Примітка. Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополь та частини Донецької та Луганської областей.

Джерело: розраховано за даними Державної служби статистики України.

це пояснюється і зниженням рівня народжуваності, і зменшенням чисельності населення внаслідок окупації Криму та браком даних з неконтрольованої урядом території Донбасу. Однак відносний показник, кількість випадків материнської смерті на 100 тис. народжених живими, у 2019 році зріс⁶, відповідно, збільшився розрив із цільовим орієнтиром, встановленим на 2020 рік, індикатором досягнення одного з завдань Цілей сталого розвитку (3.1. Знизити материнську смертність), що становив 11,8 на 100 тис. народжених живими (рис. 4.12).

У 2019 році, як і у попередні роки, грубі показники смертності від основних причин істотно варіювали залежно від віку (табл. 4.4).

⁶ Природний рух населення України за 2019 рік. Статистичний збірник. – К.: Державна служба статистики України, 2020. – С.128.

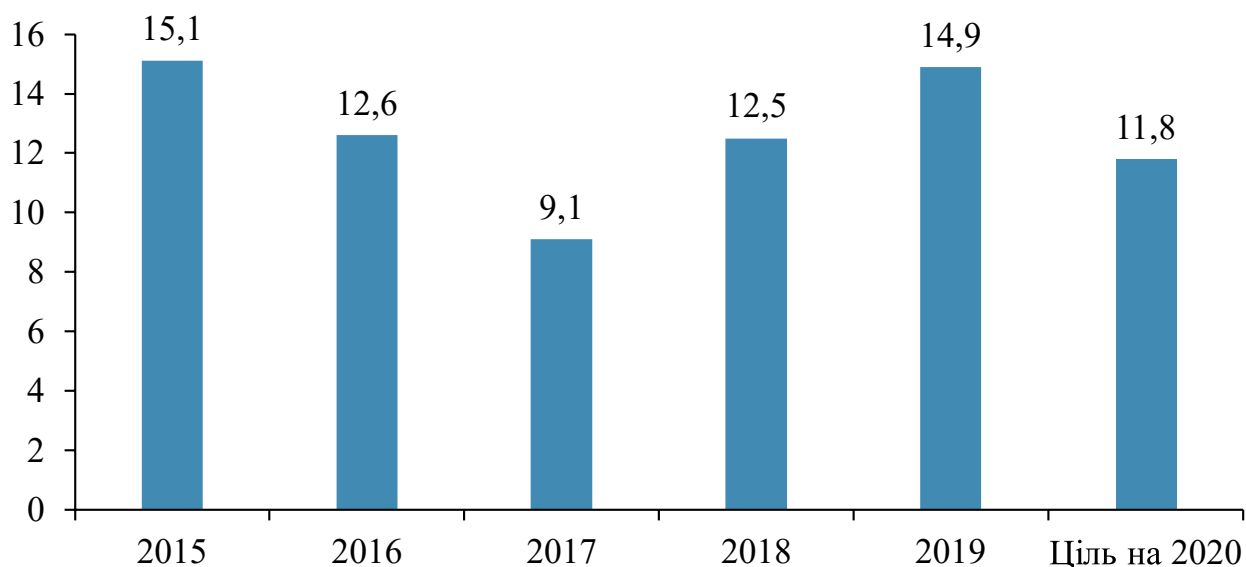


Рис. 4.12. Материнська смертність, Україна, 2015–2019 рр., на 100 тис. народжених живими

Примітка. Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополь та частини Донецької та Луганської областей

Джерело: дані Державної служби статистики України.

Таблиця 4.4.

Показники смертності за основними причинами смерті та укрупненими віковими групами, Україна, 2019 р., на 100 тис. відповідної групи населення

Вікова група, років	Всі причини	Ново-утворення	Хвороби системи кровообігу	Хвороби органів травлення	Зовнішні причини	Симптоми, ознаки та відхилення від норми
0–15	54,7	3,6	1,3	0,5	9,3	1,3
чоловіки 16–59 та жінки 16–54	486,4	81,3	163,4	58,2	94,0	12,2
чоловіки 60 і старше та жінки 55 і старше	4455,7	575,8	3375,3	105,8	88,3	163,7

Примітка. Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополь та частини Донецької та Луганської областей.

Джерело: дані Державної служби статистики України.

Якщо розглянути укрупнені вікові групи, то видно, що окрім зростання з віком значущості хронічних неінфекційних захворювань як причин смерті, можна спостерігати вже згадане зростання частоти реєстрації такої причини як «Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних і лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках» для старших осіб, та надзвичайно високий рівень смертності внаслідок зовнішніх причин у інтервалі працездатного віку.

Рис. 4.13 ілюструє особливості смертності від основних причин у різному віці. Продемонстровано стрімко зростаючу вагу хвороб системи кровообігу, частка якої є максимальною у віці старше 85 років, а також коливання значущості зовнішніх причин з локалізацією максимальних рівнів смертності внаслідок них у віці від 15 до 30 років. Спостерігається хвилеподібна зміна смертності через новоутворення з двома «піками» у дитячому віці та у зрілому від 55 до 65 років.

Слід зауважити, що у віці до досягнення 5 років вагомість категорії «інші» в зумовлена значущістю таких притаманних дитячому віку причин смерті, як «Окремі стани, що виникають в перинатальному періоді», та «Природжені вади розвитку» (див. далі).

Якщо проаналізувати структуру смертності, базуючись на обчисленні стандартизованих за віком показників смертності (що є особливо важливим для України з її негармонійною статеві-віковою пірамідою і істотним переважанням жінок у старших вікових групах), то з'ясується, що співвідношення рівнів смертності у порівнюваних групах населення дещо змінюються, однак переважання чоловічої смертності, насамперед, внаслідок зовнішніх причин, хвороб органів дихання та інфекційної патології очевидне (рис. 4.14).

Порівнюючи стандартизовані за європейським стандартом показники смертності, спостерігаємо, що з 2013 р., тобто коли ще були наявні дані зі всієї території країни (табл. 4.5), рівні її незначно зросли для

Смертність і тривалість життя

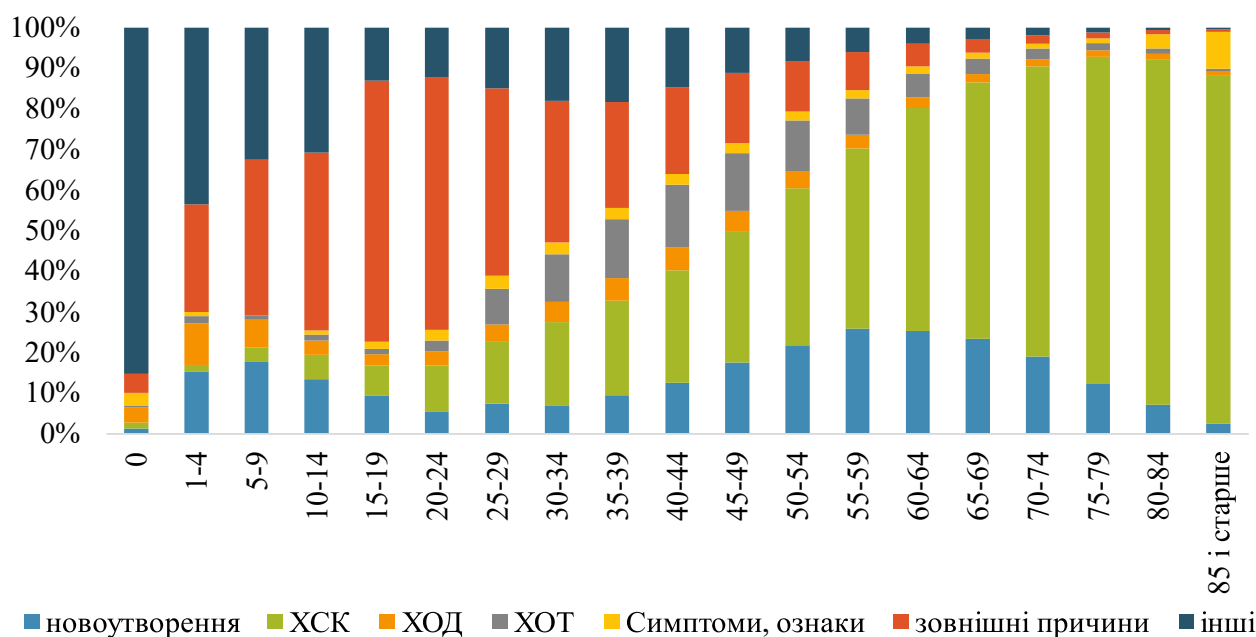


Рис. 4.13. Структура причин смерті за віковими групами, обидві статі, Україна, 2019 р., %

Примітка. Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополь та частини Донецької та Луганської областей.

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України.

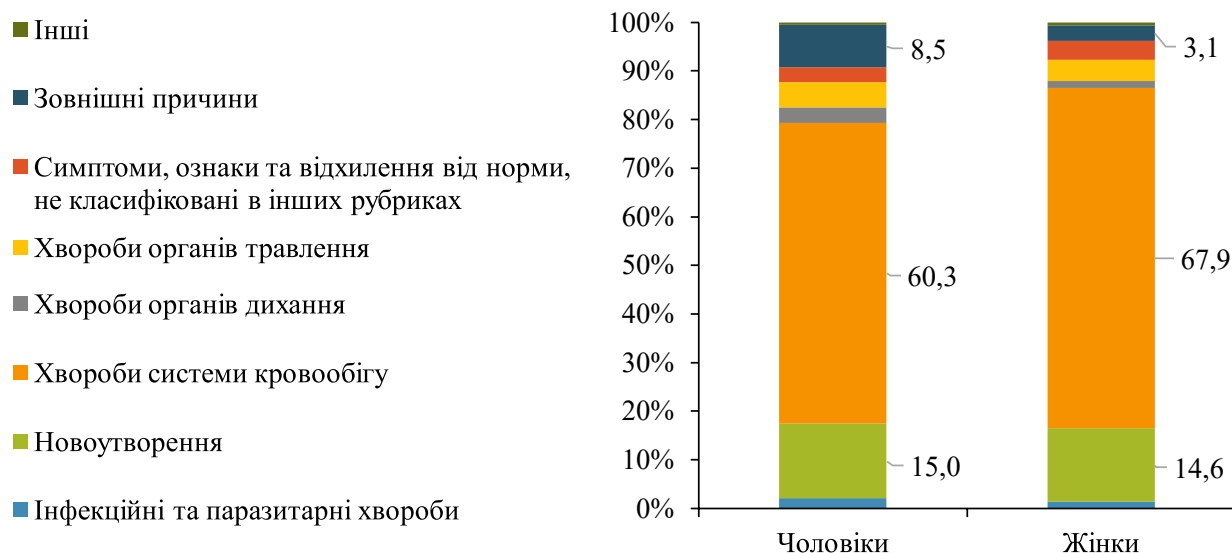


Рис. 4.14. Структура причин смерті, чоловіки та жінки, Україна, 2019 р., стандартизований показник за європейським віковим стандартом, на 100 тис. відповідної статі, %

Примітка. Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополь та частини Донецької та Луганської областей.

Джерело: розраховано за даними Державної служби статистики України

чоловіків, однак знизились для жінок.

Таблиця 4.5.

**Смертність за статтю та причинами смерті, Україна,
2013, 2019 рр., стандартизований показник
за європейським віковим стандартом**

Причини смерті	Чоловіки, на 100 тис.		Жінки, на 100 тис.		Чоловіки, %	Жінки, %
	2013	2019*	2013	2019*	2019/2013	2019/2013
Всі причини	1430,9	1479,8	787,2	762,4	103,4	96,8
Інфекційні та паразитарні хвороби	42,7	29,4	13,4	10,2	68,9	76,1
Новоутворення	238,5	222,3	118,4	111,4	93,2	94,1
Хвороби системи кровообігу	831,3	891,8	531,0	517,6	107,3	97,5
Хвороби органів дихання	44,4	46,7	12,4	11,2	105,2	90,3
Хвороби органів травлення	80,7	75,1	33,0	32,3	93,1	97,9
Симптоми, ознаки та відхилення від норми, не класифіковані в інших рубриках	20,8	43,7	18,1	28,1	210,1	155,2
Зовнішні причини	125,6	125,6	30,4	23,8	100	97,5

Примітка. Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополь та частини Донецької та Луганської областей.

Джерело: дані Державної служби статистики України.

Відносно менше було зареєстровано смертей через інфекційні і паразитарні хвороби, проте чи не найбільші зміни відбулися за класом «Симптоми, ознаки та відхилення від норми, не класифіковані в інших рубриках». Так, порівняно з довоєнним часом, більш ніж удвічі частіше вони фігурували як причина смерті чоловіків, і у понад півтора рази — у жінок.

Смертність дітей у віці до одного року за причинами смерті.

Всього до досягнення першого року життя в країні померло 2 189 дітей, з них 1450 – до одного місяця. Ця кількість дещо менша, ніж у попередньому році (2018 р. – 2 397 осіб). Для порівняння, у 2002 році померло 4 024 дитини, або 10,3 на 1000 народжених живими, у 2012 р. – 4 371 немовля, або 8,5 на 1000 народжених живими. З всіх померлих у минулому році 1 208 були хлопчиками, решта (901) – дівчатка. Рівень смертності немовлят становив 7,0 на 1 000 народжених живими (6,4 у міських поселеннях та 8,3 на 1 000 народжених живими у сільській місцевості).

Найбільше число смертей немовлят зареєстровано у Дніпропетровській області (185) та м. Києві (182). Слід зазначити, що така ситуація може відображати роль великих міст (Дніпро і Київ) як центрів висококваліфікованої медичної допомоги і функціонування спеціалізованих установ, у яких концентрується значна частина складних випадків і дітонароджень у вагітних з важкими патологіями і високим ризиком для здоров'я майбутньої дитини (що може закінчуватись смертю).

Попри позитивну динаміку за останні роки рівнів дитячої смертності, вони все ще перевищують світові стандарти. За цим показником Україна достроково виконала взяті на себе зобов'язання у рамках Декларації Тисячоліття у сфері зниження дитячої смертності та досягла національної цілі щодо зменшення як рівня смертності немовлят, так і дітей до 5 років, вони залишаються у 2–4 рази вищими порівняно з розвинутими європейськими країнами⁷.

Структура смертності у віці до року в Україні істотно відрізняється від такої для всього населення, адже інші причини формують масив смертей. Майже 80 % припадало на дві основні причини: «Окремі стани, що виникають в перинатальному періоді» (1 189) та «Природжені

⁷ Рингач Н. О. Оцінка досягнення Цілі Розвитку Тисячоліття щодо зниження дитячої смертності // Демографія та соціальна економіка. – 2013. – №2 (20). – С. 25–36.

вади розвитку» (рис. 4.15), тоді як основна причина для всього населення – хвороби системи кровообігу – спричинили лише за один відсоток смертей немовлят.



Рис. 4.15. Структура причин смертності дітей до року, Україна, 2019 р., %

Примітка. Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополь та частини Донецької та Луганської областей.

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України.

Серед станів, що виникають в перинатальному періоді, можна виділити такі, як геморагічні й гематологічні порушення у плода та новонародженого; внутрішньоутробна гіпоксія та асфіксія під час пологів; бактеріальний сепсис та дихальний дистрес у новонародженого, що сумарно складають майже половину (43 %) смертей внаслідок цього класу. Ще 11 % – це смерті через розлади, пов'язані з тривалістю вагітності та ростом плода. Слід зазначити, що частину з цих випадків можна було б попередити при належному нагляді за вагітністю, вчасному діагностуванню і ефективному втручанню при дітонародженні, а також завдяки відповідальному ставленню до батьківства з боку жінки та її родини. Спектр природжених вад віддзеркалює дефекти розвитку всіх систем і органів, однак половина тих, що викликали смерть до досягнення одного року – вади серця і судин.

Табл. 4.6 демонструє розподіл кількості смертей немовлят від основних причин та відповідні рівні смертності. Позитивним є те, що зареєстрована лише одна смерть, класифікована як хвороба, спричинена вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), що засвідчує певні успіхи у запобіганні вертикальної трансмісії ВІЛ.

Таблиця 4.6.

**Розподіл померлих дітей віком до одного року
за причинами смерті, Україна, 2019 р.**

Причини смерті	Померло	
	осіб	на 10 000 народжених живими
Всього померлих	2 189	70,028
Клас I. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	56	1,743
Менінгококова інфекція	11	0,333
Септицемія	26	0,821
Клас II. Новоутворення	27	0,843

Продовження табл. 4.6

Причини смерті	Померло	
	осіб	на 10 000 народжених живими
Клас III. Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	16	0,502
Клас IV. Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин	22	0,699
Клас VI. Хвороби нервової системи	49	1,529
Клас IX. Хвороби системи кровообігу	31	0,983
Клас X. Хвороби органів дихання	81	2,537
Пневмонія	47	1,478
Клас XI. Хвороби органів травлення	7	0,221
Клас XIV. Хвороби сечостатевої системи	2	0,062
Клас XVI. Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	1 189	38,377
Розлади, пов'язані з тривалістю вагітності та ростом плода	139	4,496
Пологова травма	11	0,356
Внутрішньоутробна гіпоксія та асфіксія під час пологів	118	3,808
Дихальний розлад у новонародженого (дистрес)	110	3,557
Природжена пневмонія	60	1,943
Інші респіраторні стани у новонародженого	63	2,037
Бактеріальний сепсис у новонародженого	141	4,540
Омфаліт новонародженого з незначною кровотечею або без неї	0	0,000
Геморагічні й гематологічні порушення у плода та новонародженого	236	7,626
Інші стани, що виникають у перинатальному періоді	311	10,013
Клас XVII. Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	540	17,212
Природжена гідроцефалія та spina bifida	17	0,535

Закінчення табл. 4.6.

Причини смерті	Померло	
	осіб	на 10 000 народжених живими
Інші природжені вади розвитку нервової системи	25	0,778
Природжені вади розвитку серця	131	4,172
Інші природжені вади розвитку системи кровообігу	50	1,596
Синдром Дауна та інші хромосомні аномалії	24	0,762
Інші природжені вади розвитку	293	9,370
Клас XVIII. Симптоми, ознаки і відхилення від норми, що виявлені при лабораторних та клінічних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	70	2,204
Синдром раптової смерті немовляти	70	2,204
Клас XX. Зовнішні причини захворюваності та смертності	98	3,085
Транспортні нещасні випадки	4	0,124
Випадкове утоплення та занурення у воду	0	0,000
Інші нещасні випадки із загрозою диханню	57	1,804
Шкідлива дія диму, вогню, полум'я	1	0,030
Випадкове отруєння та дія отруйних речовин	1	0,032
Напад	9	0,286
Всі інші зовнішні причини смерті	26	0,808

Примітка. Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополь та частини Донецької та Луганської областей.

Джерело: дані Державної служби статистики України.

В 2019 р. 98 дітей у віці до одного року загинули через неприродні причини. Причиною смерті 57 з них стали нещасні випадки із загрозою диханню. До них включаються удушення та удавлення, пов'язане з: постільною білизною, тілом матері (зокрема, молочною залозою), подушкою, тобто те, що у побуті називається «присипання дитини»; удушення внаслідок аспірації вмісту шлунку; закупорення дихальних шляхів відригнутою їжею або блювотою, мокротинням або будь-яким

предметом, окрім їжі чи блювотних мас, які потрапили через ніс або рот для дитинки. Зазвичай це іграшки або інші предмети, якими бавиться немовля (гудзики, батарейки, прикраси тощо). Підкреслимо, що смертність дітей внаслідок зовнішніх причин може і повинна бути попередженою за наявності належного догляду за дитиною.

Якщо за одними причинами число смертей немовлят розподіляється приблизно порівну між дітьми обох статей, наприклад, внаслідок новоутворень або серцево-судинних хвороб, тоді як в результаті інфекційних та паразитарних хвороб спостерігається помітне переважання смертей хлопчиків (що характерно і для старших представників сильної статі). Так, у півтора разу частіше хлопчики помирали від септицемії (табл. 4.7). Хвороби нервової системи також відносно частіше спричинювали смерті хлопчиків, як і окремі стани, що виникають у перинатальному періоді. Так, показник смертності від такої причини як бактеріальний сепсис у новонародженого для немовлят чоловічої статі у 1,6 раза вище, ніж для дівчаток, внутрішньоутробна гіпоксія та асфіксія під час пологів – у 1,4 раза, природжена пневмонія – у 1,3 раза відповідно.

Таблиця 4.7.

Розподіл померлих хлопчиків і дівчат віком до одного року за причинами смерті, Україна, 2019 р.

Причини смерті	Хлопчики		Дівчата	
	Число померлих, осіб	На 10 000 народжених живими	Число померлих, осіб	На 10 000 народжених живими
Всього померлих	1208	74,718	981	65,001
Клас I. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	35	2,117	21	1,343

Продовження табл. 4.7.

Причини смерті	Хлопчики		Дівчата	
	Число померлих, осіб	На 10 000 народжених живими	Число померлих, осіб	На 10 000 народжених живими
Менінгококова інфекція	7	0,413	4	0,246
Септицемія	16	0,977	10	0,654
Клас II. Новоутворення	14	0,852	13	0,834
Клас III. Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	9	0,544	7	0,459
Клас IV. Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин	13	0,794	9	0,598
Клас VI. Хвороби нервової системи	31	1,866	18	1,169
Клас IX. Хвороби системи кровообігу	17	1,049	14	0,912
Клас X. Хвороби органів дихання	44	2,660	37	2,405
Клас XI. Хвороби органів травлення	4	0,240	3	0,201
Клас XIV. Хвороби сечостатевої системи	1	0,063	1	0,062
Клас XVI. Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	671	41,859	518	34,643
Розлади, пов'язані з тривалістю вагітності та ростом плода	67	4,183	72	4,831
Пологова травма	6	0,375	5	0,336
Внутрішньоутробна гіпоксія та асфіксія під час пологів	70	4,371	48	3,204
Дихальний розлад у новонародженого (дистрес)	56	3,500	54	3,618
Природжена пневмонія	35	2,190	25	1,678
Інші респіраторні стани у новонародженого	35	2,190	28	1,873

Закінчення табл. 4.7.

Причини смерті	Хлопчики		Дівчата	
	Число померлих, осіб	На 10 000 народжених живими	Число померлих, осіб	На 10 000 народжених живими
Бактеріальний сепсис у новонародженого	89	5,550	52	3,456
Геморагічні й гематологічні порушення у плода та новонародженого	134	8,366	102	6,833
Інші стани, що виникають у перинатальному періоді	179	11,133	132	8,813
Клас XVII. Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	283	17,455	257	16,951
Природжена гідроцефалія та spina bifida	10	0,606	7	0,459
Інші природжені вади розвитку нервової системи	11	0,644	14	0,923
Природжені вади розвитку серця	71	4,389	60	3,937
Інші природжені вади розвитку системи кровообігу	29	1,790	21	1,387
Синдром Дауна та інші хромосомні аномалії	11	0,683	13	0,845
Інші природжені вади розвитку	151	9,342	142	9,401
Клас XVIII. Симптоми, ознаки і відхилення від норми, що виявлені при лабораторних та клінічних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	34	2,064	36	2,355
Клас XX. Зовнішні причини захворюваності та смертності	52	3,156	46	3,009
Напад	3	0,183	6	0,397

Примітка. Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополь та частини Донецької та Луганської областей.

Джерело: дані Державної служби статистики України.

Особливості структури смертності у старшому віці. Зрозуміло, що з віком, як правило, ризик захворіти, особливо на хронічні неінфекційні захворювання, зростає, спектр захворювань і патологічних станів також розширюється, що мало б відбиватися на розширенні зареєстрованих причин смерті у цьому віці. Однак, якщо розглянути причини смерті людей поважного віку (старше 70 років), виявляється, що понад 80 % смертей у 2019 р. (як і у попередні роки) в Україні було віднесено лише до серцево-судинних (рис. 4.16). Виникає закономірне запитання: невже вони не страждали на інші хвороби, які теж могли б спричинити смерть? Наприклад, хоча б на рак – але, виявляється, частка осіб у віці старше 70 років, померлих від новоутворень, істотно менша, ніж для всього населення. Натомість у Швеції у інтервалі 70–74 роки, наприклад, 41 % смертей зумовлені саме новоутвореннями, що є більш правдоподібним, адже ризик онкологічної патології збільшується з віком.



Рис. 4.16. Структура причин смерті осіб у віці старше 70 років, Україна, 2019 р., %

Примітка. Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополь та частини Донецької та Луганської областей.

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України.

Рутинна практика постановки старшим людям звичної причини смерті «Ішемічна хвороба серця, атеросклеротичний кардіосклероз», з одного боку, певним чином відповідає дійсності (адже важко знайти абсолютно здорове серце і судини у літнього чоловіка), з іншого – спотворює реальну картину і зумовлює недооблік інших патологій, що спричинили конкретний смертний випадок.

Розглянувши розподіл померлих найстарших вікових груп (80 і старше) за вибраними (з виключенням хвороб системи кровобігу) причинами смерті в Україні, бачимо, як зростає з віком частка такої причини смерті як старість (з 2,2 до 16,9 %), і зменшується кількість смертей від таких вікозалежних патологій, як новоутворення (з 7,1 до 0,4 %) та залишається стабільно мізерним (0,2–0,3 %) хвороби нервової системи (табл. 4.8). Натомість стабільно надвисокою є частка смертних випадків, зареєстрованих як смерть від серцево-судинних захворювань (понад 80 %).

Міжнародні порівняння. Польща є сусідньою державою, близькою за природними і кліматичними умовами, з переважно слов'янським населенням, подібними харчовими вподобаннями і традиціями вживання міцних алкогольних напоїв. Також Польща є країною колишнього соціалістичного табору, що пройшла складний період трансформації соціально-економічного ладу, як і Україна. Для Польщі характерні прогресування постаріння населення, посилене міграційним відтоком молоді і трудоактивного населення середнього віку у більш привабливі країни (що стало значно легшим після приєднання до Європейського Союзу). Тому можна було б очікувати і схожого розподілу смертей за причинами. Однак, як видно (табл. 4.9), основна причина смерті – серцево-судинні захворювання – мають у Польщі меншу значущість, детермінуючи менше половини (40,5 %) смертних випадків. Натомість частка новоутворень вдвічі вагоміша, ніж в Україні. Навряд чи це засвідчує гіршу епідеміологічну ситуацію

Таблиця 4.8.

Розподіл померлих у віці 80 років і старше за віковими групами та причинами смерті, Україна, 2019 р., осіб

	Вікова група, років				
	80–84	85–89	90–94	95–99	100 років і старше
Всі причини	105 597	61 937	39 572	7 714	710
КЛАС II. Новоутворення	7 539	2 020	644	64	3
КЛАС VI. Хвороби нервової системи	239	155	111	13	2
КЛАС IX. Хвороби системи кровообігу	88 709	53 081	33 336	6 491	568
КЛАС XVIII. Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних і лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	4 683	4 826	4 600	1 042	129
Старість	2 271	3 514	3 801	936	120

Примітка. Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополь та частини Донецької та Луганської областей.

Джерело: дані Державної служби статистики України.

щодо онкозахворювань, скоріше, це результат кращої діагностики і якіснішого визначення причини смерті. Набагато менша частина людей гине внаслідок інфекційних захворювань, зате більшим є внесок хвороб органів дихання (6,7 %).

Другою країною для порівняння структурних відмінностей обрано Швецію, що стабільно утримує місце одного з лідерів (друге місце за підсумками 2018 року) за величиною індексу людського розвитку (ІЛР), зокрема такої його складової, як очікувана тривалість життя⁸.

⁸ Human Development Report 2019. Beyond income, beyond averages, beyond today: Inequalities in human development in the 21st century // New York : UNDP, 2019. – 40 p. [Електронний ресурс] Режим доступу: file:///C:/Users/Alex/AppData/Local/Temp/hdr_2019_overview_-_english.pdf

Таблиця 4.9.

**Кількість і структура смертей за основними причинами,
Україна, Польща та Швеція, 2019 р.**

Причини смерті	Україна		Польща*		Швеція	
	Тис. осіб	%	Тис. осіб	%	Тис. осіб	%
Усі причини	581,1	100,0	107,8	100,0	88,8	100,0
КЛАС 1. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	8,1	1,4	0,5	0,5	2,1	2,4
КЛАС II. Новоутворення	78,2	13,5	28,4	26,3	23,5	26,4
КЛАС IV. Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	2,2	0,4	9,65	8,9	2,7	3,1
КЛАС VI. Хвороби нервової системи	4,6	0,8	6,5	6,0	5,7	6,4
КЛАС IX. Хвороби системи кровообігу	38,9	67,0	43,7	40,5	28, 2	31,7
КЛАС X. Хвороби органів дихання	12,5	2,2	7,2	6,7	6,2	6,9
КЛАС XI. Хвороби органів травлення	24,1	4,2	4,5	4,2	2,9	3,3
КЛАС XIV. Хвороби сечостатевої системи	2,5	0,4	4,6	4,3	1,4	1,5
КЛАС XVIII. Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних і лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	24,7	4,2	11,1	10,3	3,5	3,9
КЛАС XX. Зовнішні причини смертності	30,0	5,2	5,2	4,8	4,9	5,5

Примітка. Україна – без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополь та частини Донецької та Луганської областей.

Джерело: дані Державної служби статистики України, Статистики Польщі (Statistics Poland // <https://bdl.stat.gov.pl>), Статистики Швеції (Deaths in Sweden in 2019, by cause // <https://www.statista.com/statistics/528942/sweden-number-of-deaths-by-cause-of-death/>).

Згідно офіційної статистичної звітності⁹, у Швеції у 2019 році померло майже 89 тис. осіб, а найпоширенішою причиною смерті стали, як і у всьому світі та в Україні, захворювання системи кровообігу, що спричинили, тим не менш, менше третини всіх смертей у 2019 році. Відповідно, ішемічна хвороба серця – найчастіша окрема причина, що зумовлювала найбільше смертей. Другою найбільш вагомою причиною смерті у Швеції стали новоутворення (пухлини), які спричинили близько 23,5 тисяч смертей, або приблизно кожний четвертий смертний випадок (нагадаємо, в Україні лише 13,5 %). А з наступними місцями у структурі відмінності з Україною більш істотні – відрізняються не вага певного класу причин смерті, а їх рангове місце. Слід відзначити, що у Швеції значно більший внесок причини, яка посіла третю сходинку – психічних розладів і розладів поведінки, що призвели до смерті – 7,3 % у структурі.

Захворювання органів дихання – на четвертому місці (в Україні – лише 2,2 %). На нашу думку, в країні існує недооблік випадків, зумовлених цим класом хвороб, у реєстрації смертей. У світі від хронічної обструктивної хвороби легень померло 3,0 млн людей (2016 р.), і стільки ж – від пневмонії, причому значна частка смертей у старших вікових групах припадала на останню патологію. А в Україні, наприклад, у віці старше 70 років лише 0,35 % смертних випадків класифіковані як пневмонії різної етіології. Однак відомо, що у останні десятиріччя серед всіх інфекційних захворювань саме пневмонія найчастіше призводить до смерті людей похилого віку¹⁰. Так, у Швеції у віці 70–74 р. стандартизований за євростандартом показник становив у 2019 році 23,8 на 100 тис. нас. відповідного віку (для порівняння – показник смертності внаслідок хронічних обструктивних захворювань легень (ХОЗЛ) у цьому віці – 78,1).

⁹ Deaths in Sweden in 2019, by cause. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://www.statista.com/statistics/528942/sweden-number-of-deaths-by-cause-of-death/>

¹⁰ Janssens J.P., Krause K.H. Pneumonia in the very old. *Lancet Infect Dis* 2005; 4:112–124.

Достатньо вагомою для Швеції є і частка хвороб нервової системи (6,4 %, для порівняння, у Польщі – 6,0 %) які спричинили майже 5,7 тисяч смертей шведських громадян. З них на хворобу Альцгеймера (Alzheimer's disease) припало понад половину (3390) смертей, або майже 4,0 % (у Польщі – 3,81 %) всіх смертей на рік¹¹. Підкреслимо, це відповідає світовій тенденції – з 2000 по 2016 рр. смертність внаслідок деменції зросла більш ніж удвічі, через що вона стала п'ятою провідною причиною смерті в світі (проти 14-го місця у 2000 р.)¹².

За оцінкою Інституту метрик та оцінки стану здоров'я (The Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME), ця хвороба у Швеції посідає друге (після ішемічної хвороби серця (ІХС) місце серед окремих патологій, що спричиняють смерть¹³. В Україні ж нею зумовлено лише 0,033 %, або 193 смерті, і 4 % всіх хвороб нервової системи, у що важко повірити, ознайомившись з вітчизняними дослідженнями у цій сфері та контингентом українських психіатричних лікарень і будинків для психохроніків¹⁴.

Аналізуючи ситуацію зі смертністю за причинами за підсумками 2019 року, не можна не згадати про нову загрозу і причину смерті, яка стала розповсюджуватися на планеті – COVID-19. Попри те, що з великою вірогідністю можна стверджувати про ймовірні випадки смерті від інфекції наприкінці 2019 року, вони, скоріше всього, були зареєстровані як смерті від інших причин. Вважаємо за доцільне дати оперативну інформацію Держстату України, з виокремленням як спеціально

¹¹ National Board of Health and Welfare. Statistical databases [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://www.socialstyrelsen.se/en/statistics-and-data/statistics/statistical-databases/>

¹² The top 10 causes of death [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

¹³ The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://www.healthdata.org/sweden>

¹⁴ Худоба О. Деменція: емпірична обґрунтованість державної політики в Україні: монографія / Олександра Худоба; Львів. регіон. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президенті України. - Львів: Піраміда, 2019. – 427 с.

виділених у окрему рубрику Класу XXII «Коди для особливих цілей» випадків, так і смертельних наслідків хвороб органів дихання, насамперед пневмонії (табл. 4.10).

Про внесок пандемії COVID-19 у структуру смертності населення України можна буде судити після отримання і аналізу даних щодо смертності за 2020 рік.

Таким чином, можна констатувати, що чільне місце у структурі причин смерті населення України посідають серцево-судинні захворювання, новоутворення та зовнішні причини смерті, причому цей рейтинг останніми роками не зазнає істотних змін.

Таблиця 4.10.

Кількість померлих за окремими причинами смерті в Україні у січні–листопаді 2020 року

Причина смерті	Коди причин смерті за МКХ-10	Осіб
Усього	A00–Y89	549 172
Клас X. Хвороби органів дихання	J00–J98	13 893
з них грип і пневмонія	J10–J18	9 062
Клас XXII. Коди для особливих цілей	U00–U85	14 534
COVID-19, вірус ідентифікований	U07.1	13 879
COVID-19, вірус неідентифікований	U07.2	655

Примітка. Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополь та частини Донецької та Луганської областей.

Джерело: дані Державної служби статистики України (<http://www.ukrstat.gov.ua/>)

Статеві відмінності структури смертності полягають у більшій значущості для жінок смертності внаслідок хвороб системи кровообігу, які зумовлюють значно більшу частину (74,2 %) смертей, ніж чоловіків (59,6 %); та значно більшій вагомості для чоловіків смертності

внаслідок зовнішніх причин (8,4 % проти 2,0 % для жінок) і хвороб органів травлення (5,2 % проти 3,1 %).

Особливостями структури смертності населення України порівняно з розвиненими країнами є не виправдано висока частка смертності від хвороб системи кровообігу (особливо для осіб старших вікових груп, що пов'язано передусім з рутинною практикою встановлення серцево-судинної причини смерті), та низька – внаслідок новоутворень на тлі значно «біднішого» спектру інших причин смерті (хвороб органів дихання, нервової системи тощо).

4.4. Висока передчасна смертність як соціальна проблема

У 2019 р., як і у минулі роки, частка тих, хто помер передчасно, тобто до досягнення 65 років, становила в Україні майже третину (29 %) померлих обох статей (всього – 581 114 осіб). Натомість частка чоловіків виявилась значно вагомішою – 42,0 % проти 16,4 % у жінок, що ілюструє вищу значущість проблеми високого рівня передчасної смертності для чоловічого населення нашої країни (рис. 4.17).

Відмінності між чоловіками та жінками. Ймовірність померти у віці 20–64 роки істотно відрізняється за статтю. Так, для чоловіків вона складала у 2019 році майже 381,0 (у розрахунку на 1000), тоді як для жінок – лише 145,4 (ймовірність померти у цьому віці для обох статей становила 261,7) (табл. 4.11). У сільській місцевості ймовірність передчасної смерті вища: 416,9 для чоловіків та 162,2 для жінок проти 360,7 та 137,6 у містах відповідно.

Чи не найбільші відмінності спостерігаються у рівнях передчасної смертності внаслідок екзогенних причин (табл. 4.12), як за віком, так і за статтю, з помітною надсмертністю чоловіків. Взагалі вважається, що такі смерті передчасні у будь-якому віці. Якщо вилучити специфічні відрізки до досягнення одного року, та до п'яти років, то видно,

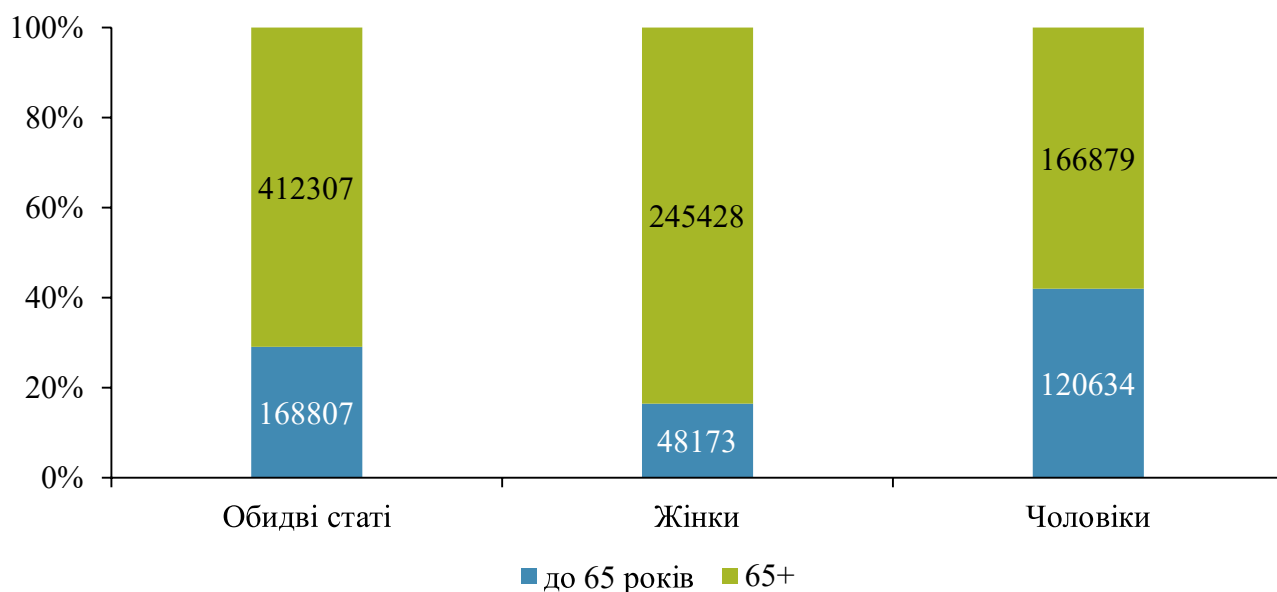


Рис. 4.17. Кількість померлих у віці молодше і старше 65 років
Україна, 2019 р., %

Примітка. Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополь та частини Донецької та Луганської областей.

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України.

Таблиця 4.11.

**Ймовірність померти у віці 20–64 роки за статтю,
Україна, 2015–2019 рр.**

Імовірність померти у віці 20–64 роки	2015	2016	2017	2019	Ціль на 2030 рік
чоловіки	0,38943	0,38943	0,38943	0,38088	0,360
жінки	0,15514	0,15208	0,14696	0,14536	0,150

Примітка. Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополь та частини Донецької та Луганської областей.

Джерело: 2015–2017 рр. – дані Державної служби статистики України,¹⁵, 2019 р. – розрахунки фахівців ІДСД НАНУ.

¹⁵ Sustainable Development Goals Ukraine 2019. Monitoring report / Ministry of Economic Development, Trade and Agriculture of Ukraine and State Statistics Service of Ukraine, UNICEF in Ukraine, 2020. – 84 p.

що смертність чоловіків внаслідок деяких інфекційних та паразитарних хвороб невинно зростає до 45–річного віку, а потім повільно знижується; у жінок відповідний перелом відбувається у дещо старшому віці – з 55 років.

Таблиця 4.12

Смертність від деяких інфекційних та паразитарних хвороб і зовнішніх причин до досягнення віку 65 років за статтю і віковими групами, Україна, 2019 р., на 100 тис. відповідного населення

Вікова група, років	Інфекційні та паразитарні хвороби,						Зовнішні причини	
	всі		туберкульоз		ВІЛ/СНІД			
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
0	21,3	13,8	0,6	—	—	0,7	31,6	31,0
1–4	2,8	3,3	0,3	0,3	—	0,1	9,6	6,2
5–9	1,0	0,9	—	0,1	0,2	0,1	9,6	3,6
10–14	0,5	0,7	—	—	0,2	0,2	12,3	5,0
15–19	1,2	1,3	0,1	0,4	0,4	0,1	48,9	17,5
20–24	2,6	1,5	1,0	0,4	0,8	0,7	84,2	13,6
25–29	11,3	7,5	5,4	1,9	4,3	4,5	100,2	18,4
30–34	35,0	17,0	13,7	3,9	17,6	11,9	134,2	20,7
35–39	60,8	25,3	22,2	5,2	33,2	18,3	156,7	23,3
40–44	73,2	22,7	30,6	6,1	36,6	15,1	189,6	32,9
45–49	68,9	19,5	34,5	5,3	27,0	12,1	210,1	31,1
50–54	63,6	15,9	37,0	4,9	17,9	8,2	207,4	33,4
55–59	47,4	12,3	29,8	3,3	10,2	5,5	225,6	32,4
60–64	34,7	9,1	21,6	2,4	4,8	3,0	205,6	32,6

Примітка. Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополь та частини Донецької та Луганської областей.

Джерело: дані Державної служби статистики України.

Попри те, що останніми роками спостерігається залучення до епідеміологічного процесу більшої частки жінок, показники смертності внаслідок ВІЛ/СНІДу залишаються вищими, ніж у їх ровесниць, однак мінімальне переважання спостерігаються у віці 20–29 років. Надсмертність чоловіків внаслідок туберкульозу характерна для всіх вікових груп трудоактивного віку (рис. 4.18).

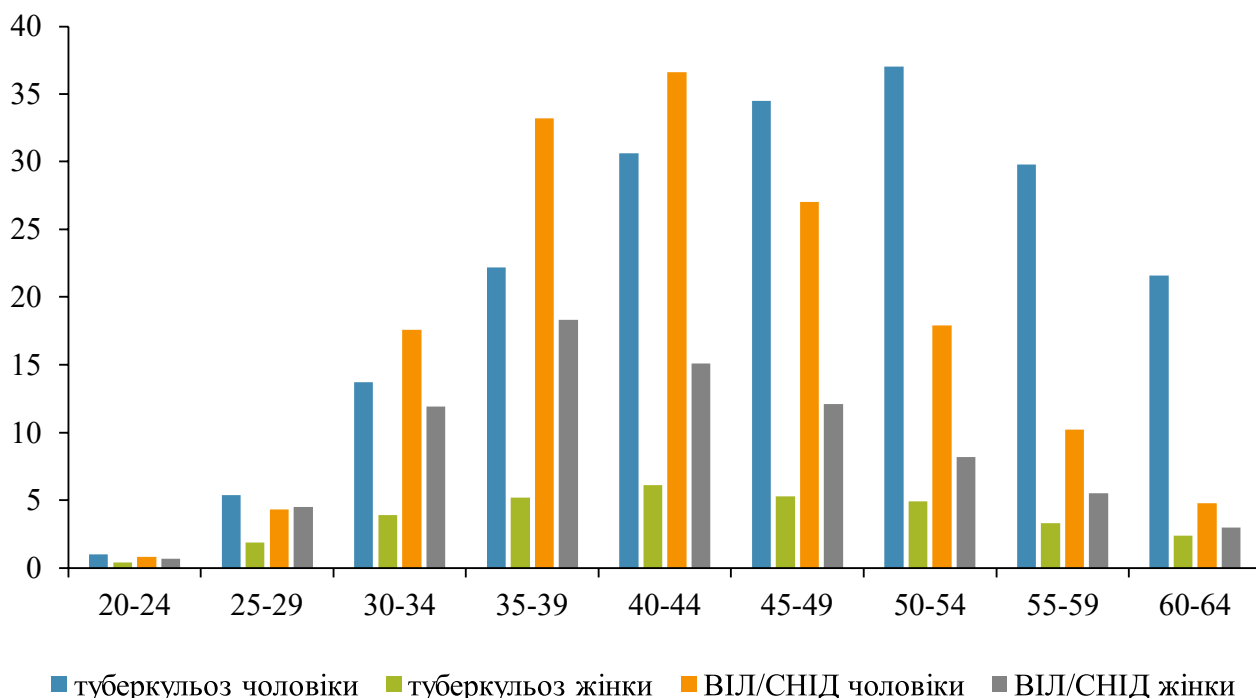


Рис. 4.18. Смертність внаслідок туберкульозу та ВІЛ/СНІДу за віковими групами, Україна, 2019 р., на 100 тис. відповідного населення

Примітка. Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополь та частини Донецької та Луганської областей.

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України.

Чоловіки традиційно переважають серед загиблих внаслідок травм, отруєнь та нещасних випадків. Найменша різниця спостерігається серед немовлят, а найбільша (майже у сім разів) – у вікових групах 40–44 р., 50–54 р., 60–64 р. (рис. 4.19).

Міжнародні порівняння. Рівень передчасної смертності був і за-

лишається значно вищим за такий у розвинутих країнах Європи. Так, Україна (як і декілька країн колишнього Радянського Союзу), незважаючи на майже тридцять років незалежності, продовжує бути «антилідером» за цим показником у Європейському регіоні ВООЗ. Навіть після досить значного зниження рівня (майже у півтора рази з 2002 року, показник в Україні продовжує більш ніж утричі перевищувати

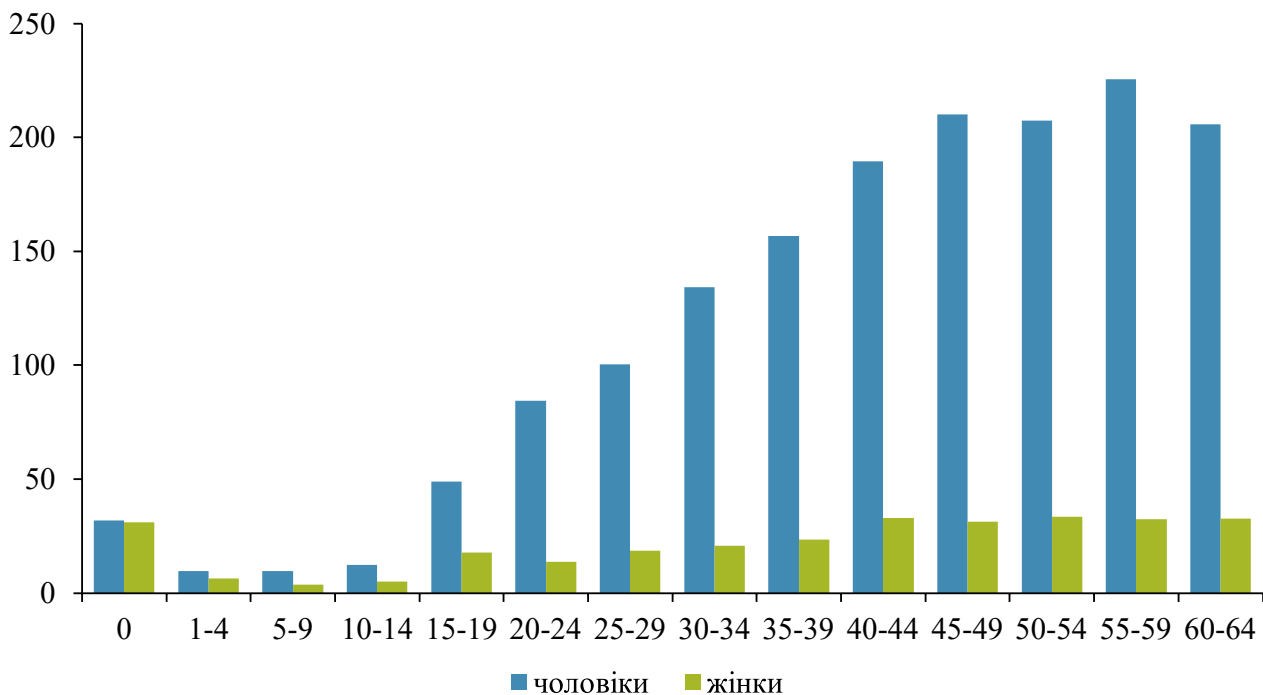


Рис. 4.19. Передчасна смертність внаслідок зовнішніх причин, Україна, 2019 р., на 100 тис. відповідного населення

Примітка. Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополь та частини Донецької та Луганської областей.

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України.

значення країни-еталону (критерій, за який вибрано Швецію, обґрунтовано вище). Зазначимо, тим не менш, що це переважання стало менш істотним, знизившись до 3,4 проти 3,9 разу у 2002 р. (табл. 4.13).

Таблиця 4.13.

Рівень передчасної смертності (0–64 роки) внаслідок усіх причин, 2002 та 2015/2016 рр., стандартизований за європейським віковим стандартом показник на 100 тис. нас.

Країна	2002		2015/2016	
	На 100 тисяч	Відношення до еталону, разів	На 100 тисяч	Відношення до еталону, разів
Угорщина	429,79	2,6	303,46	2,4
Литва	532,39	3,3	369,99	2,9
Латвія	469,63	2,9	377,59	3,0
Казахстан	697,93	4,3	426,25	3,4
Німеччина	209,87	1,3	170,42	1,3
Молдова	577,77	3,6	627,02	3,3
Польща	341,42	2,1	272,15	2,1
Швеція	162,5	1,0	127,05	1,0
Україна	631,32	3,9	425,96	3,4
ЄС до 2004 р.	201,47	1,2	154,86	1,2
ЄС	240,87	1,5	181,93	1,4

Джерело: HFAMDB // <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/mortality-indicator-database-mortality-indicators-by-67-causes-of-death,-age-and-sex-hfa-mdb>

Україна характеризується чи не найвищим співвідношенням чоловічої та жіночої передчасної смертності від всіх причин (рис. 4.20).

Якщо розглянути окремі причини передчасної смертності, виявляється, що найбільші відмінності спостерігаються у відносно молодому віці від таких причин, як деякі інфекційні та паразитарні хвороби, окремі зовнішні причини, серцево-судинні захворювання, онкозахворювання тощо. Зокрема, рівень передчасної смертності від неінфекційних захворювань (НІЗ) в Україні – один з найбільш високих серед країн Європейського регіону ВООЗ.

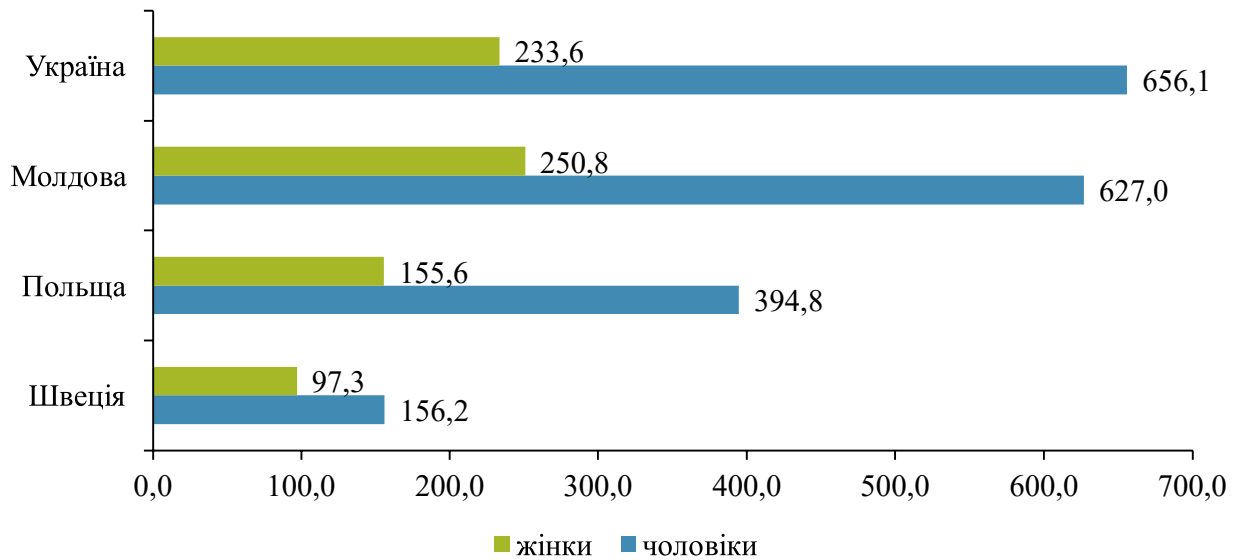


Рис. 4.20. Передчасна смертність (0–64 р.) від усіх причин за статтю, Україна, Польща, Молдова та Швеція, 2016 р., на 100 тис. нас. відповідного віку
Джерело: HFAMDB.

Висока передчасна смертність, насамперед чоловіків, є гострою соціальною проблемою сучасної України: 29 % померлих у 2019 р. не дожили до 65-річного віку. Рівень смертності до досягнення 65 років залишається вищим, ніж у розвинутих країнах світу (зокрема, у 2019 р. показник перевищував аналогічний у Швеції у 3,4 раза).

Україна характеризується надмірно високим співвідношенням чоловічої та жіночої передчасної смертності від всіх причин (одним із найвищих серед країн Європейського регіону ВООЗ).

РОЗДІЛ 5

ТЕНДЕНЦІЇ МІГРАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ

5.1. Внутрішня міграція

Внутрішню міграцію зазвичай зумовлюють причини соціального та економічного характеру (наприклад, регіональна асиметрія в оплаті праці, рівень розвитку промисловості в регіоні, тощо). На жаль у випадку сучасної України основною причиною, що стимулювала інтенсифікацію міграційного руху населення в межах країни, стали військові дії, тероризм та посягання на цілісність та суверенітет держави¹⁶.

За офіційними даними Державної служби статистики у період до 2014 року в основному спостерігалась тенденція до спадання сумарних обсягів внутрішньої міграції в Україні (рис. 5.1). Загальні обсяги внутрішньої міграції (як сума прибулих та вибулих у розрізі міжрегіональної та внутрішньорегіональної міграції) протягом 2002–2013 рр. коливалися в межах від 1,22 до 1,50 млн. осіб. Оборот внутрішньої міграції з 2002 по 2013 рр. у дихотомії «село-місто» також характеризувався спадною тенденцією як у міській, так і у сільській місцевості. За даний період щорічні загальні обсяги внутрішньої міграції в міській місцевості перевищували значення аналогічного показника у сільській місцевості у 2,1–2,4 рази. Протягом 2018–2019 рр. превалювання обсягів внутрішньої міграції у міській місцевості над обсягами внутрішньої міграції у сільській місцевості зросло з 1,9 до 2,1 разів, тобто відбулась поступова стабілізація та умовне повернення до докризових показни-

¹⁶ Черняк Є. О. Зростання внутрішньої міграції в Україні: переваги та недоліки для вітчизняних підприємств, вплив на конкурентоспроможність країни // Ефективна економіка. – 2014. – №11. [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=3534>

ків розподілу обороту внутрішньої міграції за типом місцевості.

Аналіз обороту внутрішньої міграції в Україні у 2002–2019 роках вказав на те, що внутрішня міграція все ще залишається домінуючою формою зміни місця проживання в Україні. Так, сумарний обсяг внутрішньої міграції переважає над сумарним обсягом зовнішньої міграції у більше, ніж 10 разів.

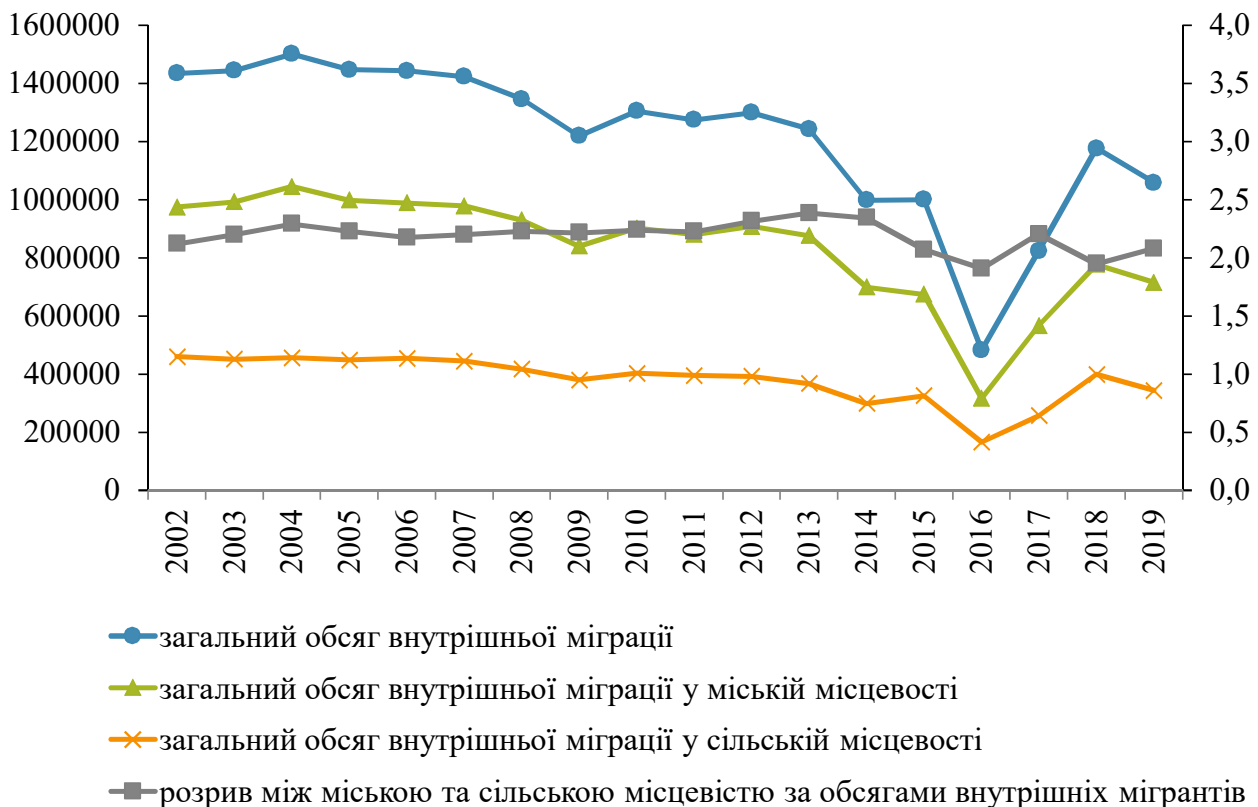


Рис. 5.1. Загальний обсяг внутрішньої міграції, Україна, 2002–2019 рр., осіб (ліва шкала). Розрив у обсягах внутрішніх мігрантів між містом та селом, Україна, 2002–2019 рр., разів (права шкала).

Примітка. Дані за 2014–2019 рр. – без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополь та частини Донецької та Луганської областей, але з урахуванням міграційного обміну з тимчасово окупованими територіями

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України.

У 2019 році загальний обсяг внутрішньої міграції (включаючи кількість прибулих-вибулих з тимчасово окупованих територій) склав близько 1,1 млн осіб, що на 10 % менше, ніж у 2018 році, а також на

19 % менше, ніж у 2013 році. Таке зменшення обсягів внутрішньої міграції населення України в порівнянні з роками до мілітарної кризи в Україні (рис. 5.1) пояснюється впливом соціально-економічної та геополітичної криз, які пов'язані з військовими діями на сході країни та анексією АР Крим та м. Севастополь. Крім цього, внутрішньорегіональна та міжрегіональна міграція в Україні стримується: низьким добробутом населення, необхідністю збереження присадибного господарства для харчування сім'ї; дефіцитом та високою вартістю купівлі та оренди житла у провідних містах; слабкістю системи посередництва у працевлаштуванні в інших регіонах; порядком реєстрації місця проживання та прив'язкою до місця реєстрації доступу до багатьох соціальних послуг¹⁷.

За даними державної служби статистики з 2014 по 2019 роки спостерігається додатний баланс міграційного обміну з тимчасово окупованими територіями. У 2019 році міграційний приріст обміну з тимчасово окупованими територіями становив близько 3,3 тис. осіб (прибуло 3,6 тис., вибуло 0,3 тис.), що на 7,4 % менше, ніж у 2018 році, проте у понад 2 рази більше, ніж у 2014 році.

Міграційний оборот внутрішньорегіональної та міжрегіональної міграції в Україні у 2019 році склав відповідно 597,2 та 457,6 тис. осіб. При цьому, у докризовий 2013 рік міграційний оборот внутрішньорегіональної та міжрегіональної міграції в Україні становив відповідно 720,2 та 523,4 тис. осіб, тобто інтенсивність внутрішньорегіональних міграцій зменшилася більш суттєво.

Основними регіонами-донорами міжрегіональної міграції у 2019 році стали підконтрольні уряду України частини Донецька та Луганська області, а також Кіровоградська, Вінницька, Сумська, Запорізь-

¹⁷ «Внутрішня міграція та тимчасові переміщення в Україні в умовах політичних та соціально-економічних загроз». Аналітична записка. Національний інститут стратегічних досліджень, 2015 р. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/socialna-politika/vnutrishnya-migraciya-ta-timchasovi-peremischennya-v-ukraini-v>

ка, Миколаївська та Дніпропетровська області (рис. 5.2). З 25 регіонів (не рахуючи тимчасово окуповані Російською Федерацією АР Крим та м. Севастополь) лише п'ять є регіонами-реципієнтами – головними є м. Київ та Київська область, а далі в порядку спадання значення міжрегіонального міграційного приросту йдуть Одеська, Харківська, Львівська та Івано-Франківська області. Загалом, така географія регіонів-реципієнтів в основному зумовлена тим, що ці регіони є провідними науково-освітніми центрами та мають гарно диверсифіковану економіку, що є магнітом для студентства та робочої сили з інших регіонів України.

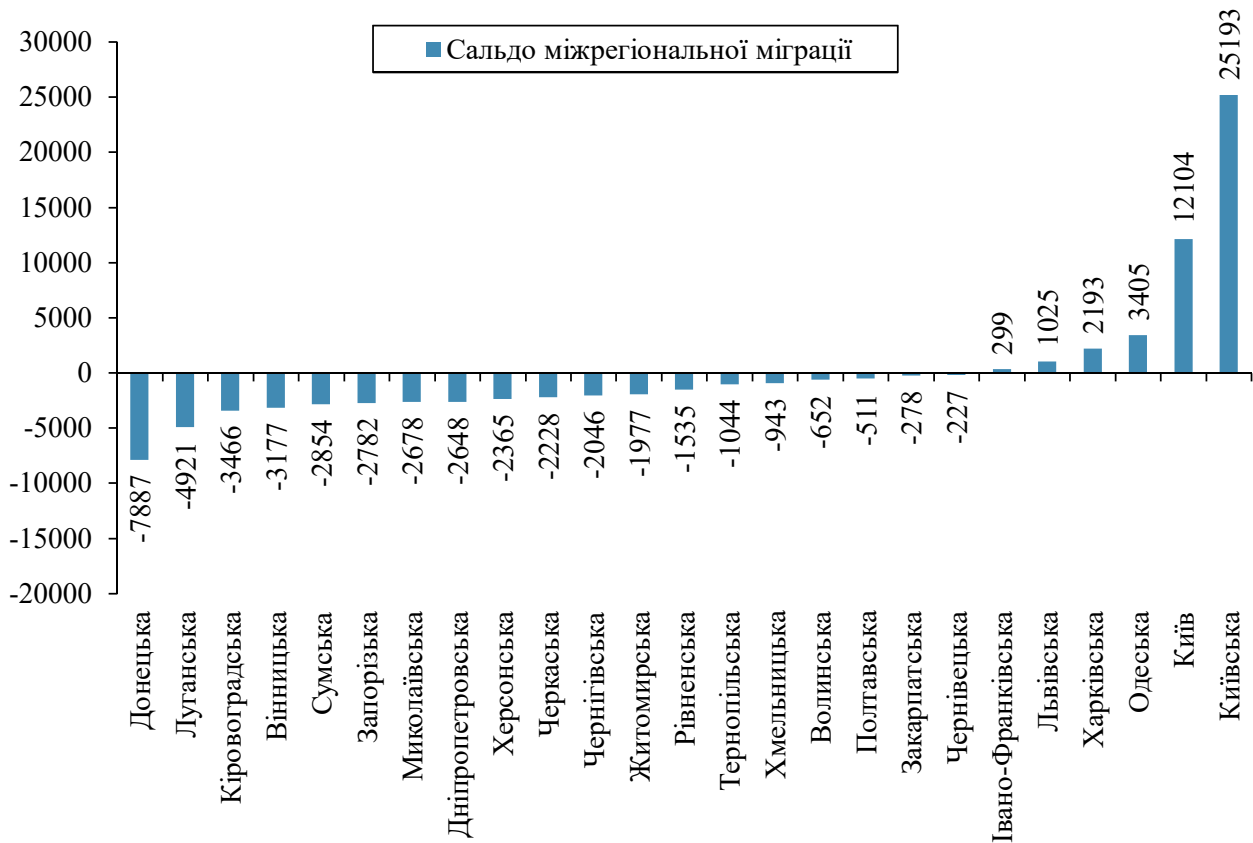


Рис. 5.2. Розподіл сальдо міжрегіональної міграції за регіонами, Україна, 2019 рік, осіб

Примітка. Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополь та частини Донецької та Луганської областей.

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України.

Починаючи з 2014 року в Україні розпочалися вимушені внутрішні переміщення населення, що є результатом анексії Криму та військового конфлікту на Донбасі. Таким чином, серед українських внутрішніх мігрантів з'явився «новий» соціально вразливий міграційний контингент – внутрішньо переміщені особи (ВПО).

Станом на 30 липня 2020 року, за даними Мінсоцполітики України (далі – МСПУ) від структурних підрозділів соціального захисту населення обласних та Київської міської державної адміністрацій, взято на облік 1 450 342 переселенців з окупованих районів Донецької та Луганської областей та анексованого Криму, які звернулись з питань виплати належної їм пенсії або соціальної допомоги за новим місцем проживання. При цьому частина ВПО не реєструються – зазвичай це особи, які не потребують допомоги з боку держави, іноді відсутність реєстрації пов'язана з бюрократичними перепонами. З іншого боку, облік МСПУ охоплює також осіб, які фактично живуть на непідконтрольній території і періодично приїзять для отримання пенсії чи соціальної допомоги на контрольовані урядом України території (так званий «пенсійний туризм»).

Загалом, аналіз динаміки кількості ВПО в Україні, за даними МСПУ, за період з 01 грудня 2016 року по 13 червня 2019 року вказав на загальну тенденцію скорочення кількості внутрішньо переміщених осіб, які перебувають на обліку в структурних підрозділах МСПУ з питань соціального захисту населення: 01.12.2016 р. – 1 656,7 тис. осіб; 08.06.2017 р. – 1 593,5 тис.; 06.12.2018 р. – 1 513,6 тис.; 13.06.2019 р. – 1 385,1 тис. Масштабне зменшення кількості ВПО на більш, ніж чверть мільйона осіб за даний період пояснюється, з одного боку, поверненням людей на місця свого постійного проживання, внаслідок чого вони втрачають статус ВПО, а з іншого боку, роботою, яка проводиться управліннями соціального захисту населення щодо упорядкування обліку ВПО, прийняття органами на місцях рішень щодо скасування

довідок за наявності підстав, визначених статтею 12 Закону «Про забезпечення прав і свобод ВПО»¹⁸. Тобто обсяги «пенсійного туризму» зменшилися, проте повністю це явище не припинилося.

Однак, на противагу вищезазначеному, за період з 13 червня 2019 року по 30 липня 2020 року реєструється збільшення кількості облікованих ВПО з 1385,1 тис. до 1450,3 тис. осіб. Таке аномальне зростання кількості облікованих ВПО на понад 65 тис. осіб, з яких більшість є людьми працездатного віку та пенсіонерами, пов'язане із спалахом пандемії COVID-19 в світі та Україні, що призвела до кризових процесів та явищ у соціально-економічному та політичному житті багатьох країн. Збільшення кількості внутрішньо переміщених осіб в Україні відбулось, по-перше, через загострення пертурбаційних процесів на ринку праці України в результаті раптової хвилі звільнень робітників в умовах карантину з березня 2020 року, по-друге, через масове повернення трудових мігрантів (в т. ч. ВПО-заробітчан) із-за кордону і, як результат, створення ще більшої напруги на ринку праці України та маргіналізація населення. В більшості випадків втрата роботи внутрішньо переміщеною особою як закордоном, так і в межах України, як правило, означає втрату соціального статусу та пониження рівня добробуту домогосподарства ВПО. Така ситуація змусила частину внутрішньо переміщених осіб знову звернутись по соціальний захист до відповідних структур Мінсоцполітики України.

Станом на 30 липня 2020 року, найбільша кількість ВПО була зареєстрована у Донецькій (511,0 тис. осіб), Луганській (280,6 тис.), Харківській (134,5 тис.) областях та у м. Київ (160, 6 тис.). Найменша кількість ВПО була на обліку в західних областях: Тернопільська (2,1 тис. осіб), Чернівецька (2,4 тис.), Рівненська (3,0 тис.) та Волинська (3,1 тис.). Протягом 13.06.2019–30.07.2020 рр. фіксується чіткий

¹⁸ Міністерство соціальної політики України. [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://www.msp.gov.ua/news/13260.html>

паттерн міжрегіонального розподілу ВПО (рис. 5.3). Регіони-лідери за часткою ВПО від загальної кількості ВПО по країні – Донецька і Луганська області та м. Київ, де мешкають 2/3 ВПО. Ще понад чверть ВПО зареєстровано у Харківській, Дніпропетровській, Київській, Запорізькій, Одеській та Полтавській областях. За досліджуваний період у 21 з 25 регіонів спостерігається зростання кількості ВПО, і лише у Волинській, Кіровоградській, Черкаській та Чернівецькій областях помічено незначне скорочення кількості ВПО в межах від 7 до 66 осіб.

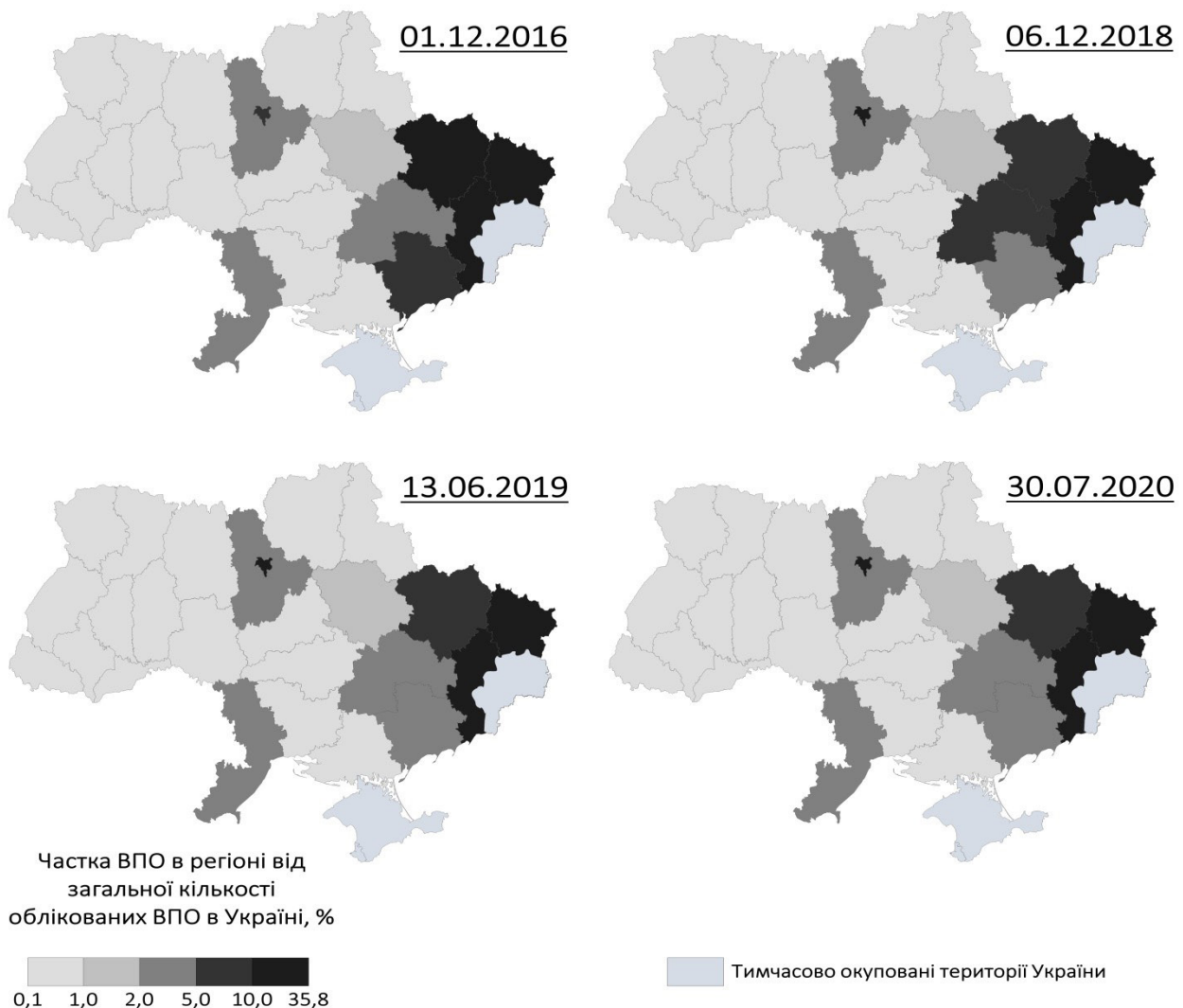


Рис. 5.3. Частка внутрішньо переміщених осіб від загальної кількості облікованих за регіонами, 01.12.2016–30.07.2020, %

Джерело: дані Мінсоцполітики України.

Основна частина ВПО концентрується в прилеглих до зони конфлікту областях та Києві, а також переважно в містах, особливо великих, та їх приміських зонах. Таке розміщення ВПО чинить навантаження на локальні ринки праці, інфраструктуру, житловий фонд та ринок житла¹⁹.

Результати останнього (вересень 2019 р.) загальнонаціонального моніторингу ситуації з внутрішньо переміщеними особами, проведеного Міжнародною організацією з міграції (далі – МОМ) показали, що понад третина ВПО прагне закріпитися в регіонах сучасного проживання і не намагатиметься повернутися додому навіть після завершення ООС²⁰. Близько третини переселенців готові повернутися до місця проживання до переміщення лише після завершення конфлікту або «можливо, у майбутньому». ВПО попри фінансові труднощі і недостатній рівень соціальної захищеності в нових місцях проживання, зазвичай не проявляють високої готовності до виїзду на роботу закордон. Аналогічна ситуація щодо міграційних настроїв ВПО фіксувалась і у результатах попереднього загальнонаціонального моніторингу (вересень 2018 р., МОМ)²¹.

За даними загальнонаціонального моніторингу 2019 року (вересень), частка осіб, які відвідували місце свого проживання до переміщення, становила 48 %, що на 7 в.п. менше, ніж у вересні 2018 року.

¹⁹ Логвинова М. Масштаби, динаміка та просторові особливості вимушеного внутрішнього переміщення населення на сході України // Економічна та соціальна географія. 2020. Вип. 83. С. 29–36. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://doi.org/10.17721/2413-7154/2019.82.29-36>

Внутрішня міграція та тимчасові переміщення в Україні в умовах політичних та соціально-економічних загроз. Аналітична записка. Національний інститут стратегічних досліджень, 2015 р. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/socialna-politika/vnutrishnya-migraciya-ta-timchasovi-peremischennya-v-ukraini-v>

²⁰ Звіт національної системи моніторингу ситуації з внутрішньо переміщеними особами. Вересень 2019 р. – МОМ, 2019. [Електронний ресурс] Режим доступу: https://iom.org.ua/sites/default/files/nms_round_15_ukr_screen.pdf

²¹ Звіт національної системи моніторингу ситуації з внутрішньо переміщеними особами. Вересень 2018 р. – МОМ, 2018. [Електронний ресурс] Режим доступу: https://iom.org.ua/sites/default/files/nms_round_11_ukr_press.pdf

Головними причинами поїздок ВПО на територію тимчасово неконтрольовану Україною були відвідання і утримання житла (72 %) та відвідання друзів або сім'ї (54 %), що тотожно причинам названим у вересні 2018 р. та у всіх попередніх роках. Для ВПО, які не відвідували непідконтрольну територію з моменту переміщення, головними причинами були загроза життю (36 % проти 42 % у вересні 2018 р.) та відсутність потреби відвідування (39 % проти 37 % у вересні 2018 р.). Як у вересні 2019 р., так і у вересні 2018 р. найбільшими перешкодами при відвідуванні тимчасово окупованих територій були черги в контрольних пунктах на лінії розмежування, значні фінансові витрати та брак транспортного сполучення.

В середньому домогосподарство ВПО складається з 2,39 особи (станом на вересень 2019 р.), що менше показника для всього населення України (2,58 особи), за даними 2019 року²². У вересні 2019 року 24 % домогосподарств ВПО склались з однієї особи, що на 2 в.п. менше за показник аналогічного періоду 2018 року (серед усього населення, за даними Держстату України, цей показник у 2018 р. становив 20,3 %, а у 2019 р. – 19,8 %). Домогосподарства з дітьми становлять 37 % опитаних домогосподарств ВПО (у вересні 2018 р. на 6 в.п. більше – 43 %), що практично співпадає з показником для домогосподарств населення України загалом упродовж 2018–2019 рр. – 38 %. У вересні 2019 року домогосподарства ВПО з однією дитиною становили 63 % від загальної кількості домогосподарств ВПО з дітьми (59 %, у вересні 2018 р.). Частка багатодітних сімей з трьома або більше у вересні 2019 році становить 9 % домогосподарств ВПО з дітьми, а частка домогосподарств ВПО з дітьми, у яких немає одного з батьків, становить 42 % домогосподарств ВПО з дітьми, аналогічні показники у вересні

²² Соціально-демографічні характеристики домогосподарств в Україні. Статистичний збірник. Державна служба статистики України. – К., 2019. [Електронний ресурс] Режим доступу: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2019/zb/07/zb_sdhdhdu2019.pdf

2018 року становили відповідно 12 % та 41 %. Жінки становлять 59 % членів опитаних домогосподарств ВПО (58 % у вересні 2018 р.), що трохи вище за частку жінок в українських домогосподарствах загалом у 2018–2019 рр.

Як свідчать результати моніторингів, рівень освіти серед голів домогосподарств ВПО є високим – понад половини всіх голів мають повну або базову вищу освіту. Таким чином, можна стверджувати, що найбільш інтенсивно з непідконтрольних територій виїзять високоосвічені особи, а також сім'ї з дітьми.

Важливою складовою закріплення внутрішньо переміщених осіб на територіях підконтрольних уряду України залежить в першу чергу від можливостей інтеграції ВПО до місцевих громад. Загалом, згідно з даних МОМ, за період з вересня 2018 р. по вересень 2019 р. фіксується позитивна динаміка інтегрованості ВПО у місцеву громаду. Так, станом на вересень 2019 року частка ВПО, які повідомили, що вони інтегровані до місцевої громади становила 54 %, що на 11 в.п. вище, ніж аналогічний показник у вересні 2018 року, а загалом сумарна частка ВПО, які повідомили про певний рівень інтеграції, змінилась з 79 % у 2018 році до 88 % у 2019 році.

5.2. Зовнішня міграція

У світових міграційних процесах Україна виступає переважно у якості донора населення та робочої сили, однак при цьому сальдо зареєстрованої або т. з. стаціонарної міграції (тобто міграції, пов'язаної з реєстрацією/зняттям з реєстрації за місцем проживання) останні півтора десятиліття є додатним.

5.2.1. Міграція, пов'язана із зміною місця проживання

Після періоду значних міграційних втрат населення України у

1994–2000 рр., на початку XXI ст. обсяги цих втрат різко скоротилися. За офіційними даними Державної служби статистики перевищення вибуття над прибуттям склало у 2002 р. 33,8 тис. осіб (проти порядку 100 тис. осіб щорічно у другій половині 1990-х рр.), у 2004 р. – 7,6 тис. осіб. У 2005 р. відбувся перехід до додатного міграційного балансу (+4,6 тис. осіб), ця тенденція була закріплена у 2006–2011 рр. (сальдо міграцій складало від +13,5 до +17,1 тис. осіб). Поліпшення ситуації відбулося за рахунок зменшення вибуття населення за межі України та стабілізації прибуття (за 2001–2011 рр. кількість вибулих за кордон скоротилося у 6 разів, а кількість прибулих в Україну за цей же період зменшилася лише у 1,4 рази). У 2012 р. обсяги зареєстрованого прибуття різко збільшилися, що призвело до майже чотирикратного зростання сальдо міграції – до +61,8 тис. осіб. Це сталося, однак, не внаслідок реального збільшення числа прибулих, а в результаті полегшення можливостей реєстрації іноземців, які прибули в Україну в попередні роки, після прийняття Закону України «Про правовий статус іноземців та осіб без громадянства»²³. Загалом статистика зареєстрованих міграцій показує рік реєстрації, а не рік фактичного прибуття. У 2013 р. у порівнянні з попереднім роком сальдо міграції зменшилось до +31,9 тис. осіб. У 2014 р. цей показник в Україні без урахування тимчасово окупованої території АР Крим і м. Севастополя становив +22,6 тис. осіб, що майже відповідає аналогічному показнику за 2013 р. (+23,6 тис. осіб без врахування показників АР Крим і м. Севастополя). При цьому із загального обсягу міграційного приросту 21,1 тис. осіб забезпечено за рахунок власне міждержавної міграції і ще 1,5 тис. осіб – за рахунок обміну населення з тимчасово окупованою територією (Кримом). Міграційний приріст населення України (без урахування АР Крим і м. Севастополя) у 2015 році становив 14,3 тис. осіб (у т. ч. міждержавна міграція – 9,3

²³ Закон України «Про правовий статус іноземців та осіб без громадянства» від 22 вересня 2011 р. № 3773-VI [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3773-17>

тис. осіб, міграція з тимчасово окупованою територією – 5,0 тис. осіб), що відбулося внаслідок зменшення кількості прибулих на 1,8 % та кількості вибулих осіб на 0,2 % у цьому році порівняно із 2014 роком.

Кількість прибулих з-за меж України у 2016 р. скоротилася більш ніж удвічі порівняно з 2015 р. і майже утричі порівняно з 2014 р. Сальдо зареєстрованих міграцій населення контрольованої Урядом України території у 2016 р. становило 10,6 тис. осіб, що є найменшим показником за період, починаючи з 2006 р. У 2017–2019 рр. величина сальдо міграцій знову стала зростати, досягнувши 21,5 тис. осіб (рис. 5.4).

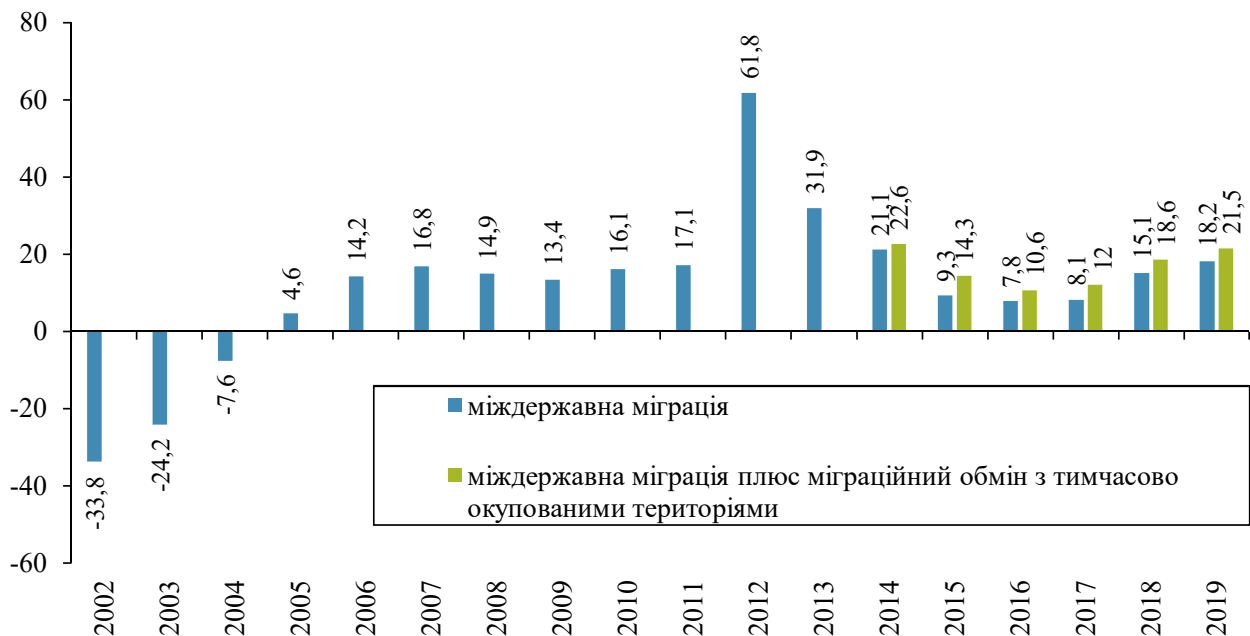


Рис. 5.4. Сальдо міграцій населення, Україна, 2002–2019 рр., тис. осіб

Примітка. Дані за 2014–2019 рр. – без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополь та частини Донецької та Луганської областей.

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України.

У останні чотири роки основна частина міждержавного міграційного обороту за даними статистики реєстрації змін місця проживання (як серед прибулих, так і серед вибулих) припадає на країни так званого «далекого зарубіжжя»²⁴. У 2019 році майже 2/3 прибулих та близько 3/4 вибулих міждержавних мігрантів припадало на країни далекого за-

²⁴ До країн «далекого зарубіжжя» не входять країни-колишні республіки СРСР.

рубіжжя. Порівняно з 2018 р. ця частка серед прибулих практично не змінилася, а серед вибулих – помітно зросла. Тенденція превалювання країн далекого зарубіжжя серед прибулих в Україну (50,3 %) фіксувалась вже з 2016 року, а серед вибулих з України (54,2 %) така тенденція намітилась ще у докризовий 2011 рік.

У 2019 році головними міграційними партнерами України по прибуттю є Індія (6,0 тис. осіб), Росія (5,3 тис.), Туреччина (3,3 тис.), Марокко (2,6 тис.), Китай (2,2 тис.), Азербайджан (2,0 тис.), Туркменістан та Молдова (по 1,7 тис.), Нігерія (1,6 тис.), Узбекистан (1,5 тис.), Білорусь (1,2 тис.), США (1,1 тис.), Ізраїль та Єгипет (по 1,0 тис.), Грузія та Польща (по 0,7 тис.), а по вибуттю – США (4,7 тис. осіб), Росія (2,9 тис.), Німеччина (2,0 тис.), Індія (1,3 тис.), Марокко, Білорусь, Туреччина та Китай (по 0,9 тис.), Польща (0,8 тис.), Азербайджан та Литва (по 0,7 тис.). Якщо порівнювати з 2018 роком, то можна констатувати, що географія топ-3 партнерів України по прибуттю та вибуттю зазнала помітних змін, по-перше, Росія втратила першість за кількістю прибулих та вибулих віддавши його відповідно Індії та США, по-друге, Туреччина обійняла третє місце за кількістю прибулих витіснивши цим самим Марокко. Єдиною країною, що не зазнала змін є Німеччина, що протягом 2018–2019 рр. посідає третє місце за кількістю вибулих з України, хоча у короткостроковій перспективі її місце може дістатись Індії.

У 2018–2019 роках в Україні фіксується гомогенна ситуація щодо розподілу міждержавних мігрантів за віком та статтю. Наймасштабнішою віковою когортою за кількістю прибулих-вибулих у 2018–2019 рр. є молодь (15–34 роки). У даній віковій групі представники жіночої статі менше, ніж чоловіків: серед прибулих ця нерівність сягає понад 2,3 рази, а серед вибулих – майже 2 рази. Протягом 2018–2019 рр. сальдо міграції як серед молодих чоловіків, так і серед молодих жінок мало лише додатне значення. Наступною віковою когортою за величиною прибулих-вибулих міждержавних мігрантів є особи старшого працез-

датного та молодшого пенсійного віку (35–64 роки). Аналогічно з молоддю серед цього контингенту теж істотним є переважання чоловіків над жінками у прибулих (становить понад 2,1 рази та понад 2,4 у 2018 р. та 2019 р. відповідно) та вибулих (понад 1,1 рази та майже 1,5 у 2018 р. та 2019 р. відповідно). За період 2018–2019 рр. сальдо міграції чоловіків віком 35–64 роки було додатним та коливалось в межах 2,6–2,7 тис. осіб, а сальдо міграції жінок цього ж віку було від’ємним і складало по близько –0,2 тис. осіб кожного року. Щодо останнього, то схожі характеристики сальдо міграції жінок зареєстровано і у найменших когортах за обсягом міждержавних мігрантів – діти (0–14 років), по майже –20 осіб у 2018–2019 рр., та люди похилого віку (65 років і старше), по близько –0,2 тис. осіб кожного року. Сальдо міграції чоловіків похилого віку протягом 2018–2019 років було лише додатним. Кардинально іншою є ситуація з сальдо міграції дітей чоловічої статі, яке становило –50 осіб та майже +100 осіб у 2019 р. та 2018 р. відповідно.

Нерівність гендерного співвідношення у групі дітей є незначною, а у групі людей похилого віку жінки переважають над чоловіками як серед прибулих (скоротилось з 1,3 до 1,2 разів протягом 2018–2019 рр.), так і серед вибулих (скоротилось 1,8 до 1,5 разів протягом 2018–2019 рр.).

Описана вище ситуація з розподілом міждержавних мігрантів за статтю та віком у 2018–2019 роках значно відрізняється від розподілу міждержавних мігрантів у докризовому 2013 році. Найбільше у розріз йде те, що у 2013 році сальдо міграції серед дітей та жінок старшого і похилого віку було додатним на противагу від’ємному значенню у 2018–2019 рр. Частково відмінною є й картина гендерних співвідношень серед прибулих-вибулих у різних вікових когортах у 2013 році та 2018–2019 рр. Значно нижчий рівень переважання чоловіків над жінками у 2013 році порівняно з 2018–2019 рр. було зафіксовано серед прибулої молоді та осіб віком 35–64 роки, а значно вищий рівень – серед

прибулих дітей та вибулих молодих людей. У 2013 році дуже високий рівень переважання жінок над чоловіками порівняно з 2018–2019 рр. спостерігався серед прибулих людей похилого віку.

5.2.2. Зовнішня трудова міграція

Дослідження тенденцій та динаміки зовнішньої трудової міграції українських громадян є можливим за рахунок використання інформації, отриманої у ході проведення трьох раундів загальнонаціональних обстежень з питань трудової міграції (далі – ОТМ), що виконувалися Державною службою статистики та партнерами у 2008 р²⁵., 2012 р²⁶. та 2017 р²⁷. Ідентична методологія та загальнодержавний масштаб охоплення дають змогу коректного порівняння даних з обстежень різних років.

Зовнішня трудова міграція з України має яскраво виражену регіональну специфіку, яка, з незначними відмінностями, зберігається протягом всього періоду незалежності. Переважна більшість осіб, які працюють за кордоном, походять із західних областей країни: у першій хвилі ОТМ частка цього регіону становила 57,4 %, у другій хвилі – зросла до 71,6 %, а у третій дещо зменшилася до 69,4 % (рис. 5.5). Водночас відбувалося поступове зниження питомої ваги представників Сходу (18,8 % у ОТМ-2008; 9,8 % у ОТМ-2012; 6,8 % у ОТМ-2017). Зменшення частки вихідців зі східних областей у структурі трудових мігрантів бере свій початок ще з періоду, що передував окупації частини Донеччини та Луганщини, адже проявилось ще у другому турі ОТМ. Натомість частки мешканців Півночі та Півдня протягом періо-

²⁵ Зовнішня трудова міграція населення України. К.: УЦСР, Держкомстат України, 2009. – 120 с.

²⁶ Звіт щодо методології, організації проведення та результатів модульного вибіркового обстеження з питань трудової міграції в Україні / Міжнародна організація праці. Група технічної підтримки з питань гідної праці та Бюро МОП для країн Центральної та Східної Європи – Будапешт МОП, 2013. – 96 с.

²⁷ Зовнішня трудова міграція населення (за результатами модульного вибіркового обстеження). Статистичний бюлетень. – К.: Державна служба статистики, 2017. – 36 с.

ду, охопленого трьома раундами ОТМ, майже не змінилися. Зафіксовані незначні коливання питомої ваги вихідців із центральної України.

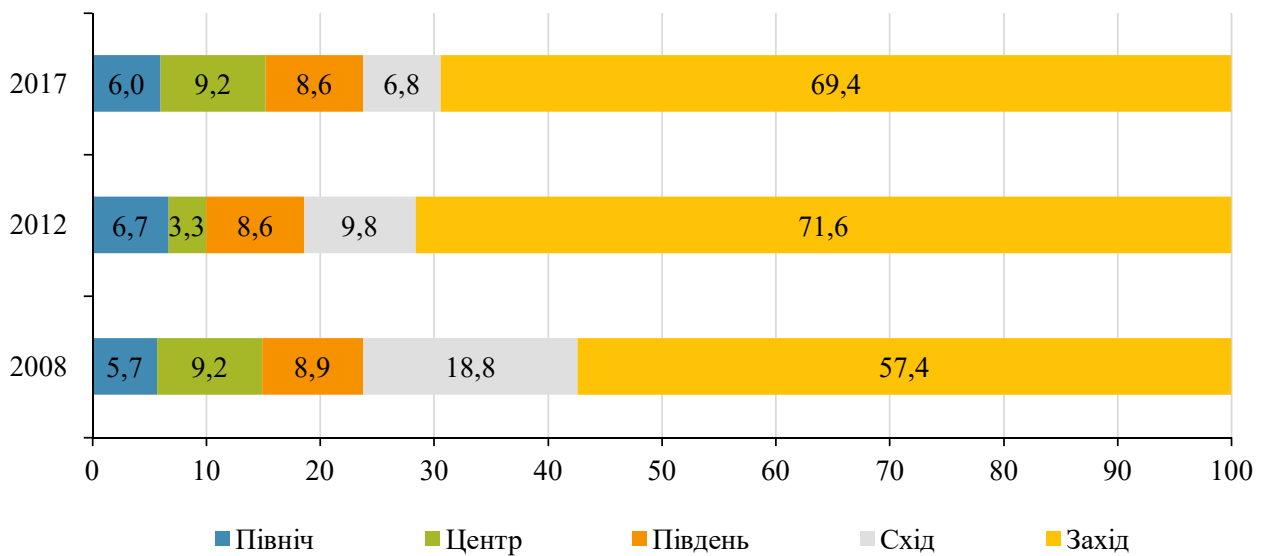


Рис. 5.5. Розподіл трудових мігрантів за територіальними зонами походження, Україна, 2008, 2012, 2017 рр., %

Джерело: побудовано за даними ОТМ 2008, 2012 та 2017 рр.

Різновекторність трудових міграційних потоків визначається географічним розташуванням нашої держави. Протягом останніх років перелік основних країн призначення для українських мігрантів майже не змінився: переважна більшість респондентів у всіх трьох раундах ОТМ розподілилися між шістьма пунктами призначення: Польща, Російська Федерація, Італія, Чеська Республіка, Португалія, Угорщина. При чому частки мігрантів у чотирьох останніх, з названих, країн були приблизно однаковими в усіх раундах дослідження. Найбільш серйозні трансформації відбулися у кількісних показниках частоти перебування мігрантів в Російській Федерації та Польщі: питома вага останньої зросла у структурі розподілу майже у п'ять разів, що забезпечило їй лідируючу позицію серед країн-реципієнтів у 2017 р. Натомість частка Росії зменшилася майже удвічі: якщо у 2008 р. вона приваблювала майже половину всіх потоків, то згідно з дослідженням 2017 р., туди

спрямовувалось лише трохи більше чверті всіх мігрантів. Така швидка переорієнтація відбулася після другого раунду опитування, і є реакцією на стрімке погіршення міжнародних стосунків України з цією країною, через окупацію Криму та ескалацію військового конфлікту за Сході. Крім того, ОТМ-2017 не охоплювало непідконтрольні уряду України території, з яких у попередніх турах походила помітна частка мігрантів, зайнятих в Росії.

Протягом останньої декади віковий розподіл українських мігрантів, які працюють за кордоном, не зазнав суттєвих змін. Трудові мігранти розподіляються між різними віковими групами досить рівномірно, що є характерним для всіх трьох раундів обстеження (табл. 5.1). Слід звернути увагу, що підвищена частка (понад чверть) мігрантів віком 40–49 років пояснюється не особливостями поведінки цієї категорії осіб, а переходом з п'яти- на десятирічні вікові інтервали у розподілі. Емпіричні дані свідчать про те, що трудові мігранти зберігають свою міграційну активність на первинному рівні, щонайменше, до 50-річного віку. З часом прослідковується поступове зростання частки найстарших мігрантів²⁸. Найімовірніше це можна пояснити тим, що певні контингенти з первинних міжнародних міграційних потоків, які обрали для себе тимчасову зайнятість за кордоном, як постійну стратегію трудової поведінки, природно пересуваються по віковій лінійці у бік зростання. Інтенсивність залучення молодших контингентів до зовнішньої трудової міграції не компенсує цих процесів.

У статевій структурі зовнішньої трудової міграції українських громадян спостерігається суттєва перевага чоловіків: вони складають понад дві третини усіх мігрантів (у дослідженні 2008 р. – 67,2 %; 2012 – 65,6 %; 2017 – 70,4 %). Жінки частіше беруть участь у трудових міграціях у більш старших вікових групах, віковий розподіл мігран-

²⁸ Йдеться здебільшого про 50–59 річних осіб, оскільки респонденти віком 60–70 років були включені до програми обстеження лише починаючи з 2012 р. і їх частки незначні для здійснення надійних порівнянь.

тів-чоловіків виглядає більш рівномірно. Згідно з даними третього загальнонаціонального обстеження (2017 р.), майже третина жінок, які працювали за кордоном, у визначений дослідженням період, перебували у віці 40–49 років. Відповідна частка чоловіків трохи не досягала чверті (24,0 %). Кожна четверта представниця жіночої статі була 50–59-річною. Частки найстарших респондентів – віком 60–70 років – є незначними для обох статей, з зафіксованою перевагою цього показника для жіноцтва. Питомі ваги 35–39 річних мігрантів обох статей є майже однаковими. Різниця між частками мігрантів трьох наймолодших п'ятирічних груп складає 4,8–9,0 відсоткових пункти з перевагою чоловіків.

Таблиця 5.1.

**Розподіл зовнішніх трудових мігрантів з України
за віковими групами, 2008, 2012, 2017 рр., %**

Вік, років	ОТМ-2008	ОТМ-2012	ОТМ-2017
15–24	15,3	11,0	12,8
25–29	14,2	15,8	14,4
30–34	15,7	18,3	14,1
35–39	14,6	13,4	12,0
40–49	29,3	25,3	26,3
50–59	10,9	14,8	18,2
60–70	—	1,4	2,2
Всього	100	100	100

Джерело: загальнонаціональні обстеження трудових мігрантів у 2008, 2012 та 2017 рр.

У 2017 р. загальний масив трудових мігрантів, охоплених ОТМ, майже рівномірно розподілився між городянами і селянами: частка вихідців з сільських населених пунктів становила 49,1 %, відповідно питома вага городян була 50,9 %. У попередніх турах опитування ситуація

Тенденції міграції населення

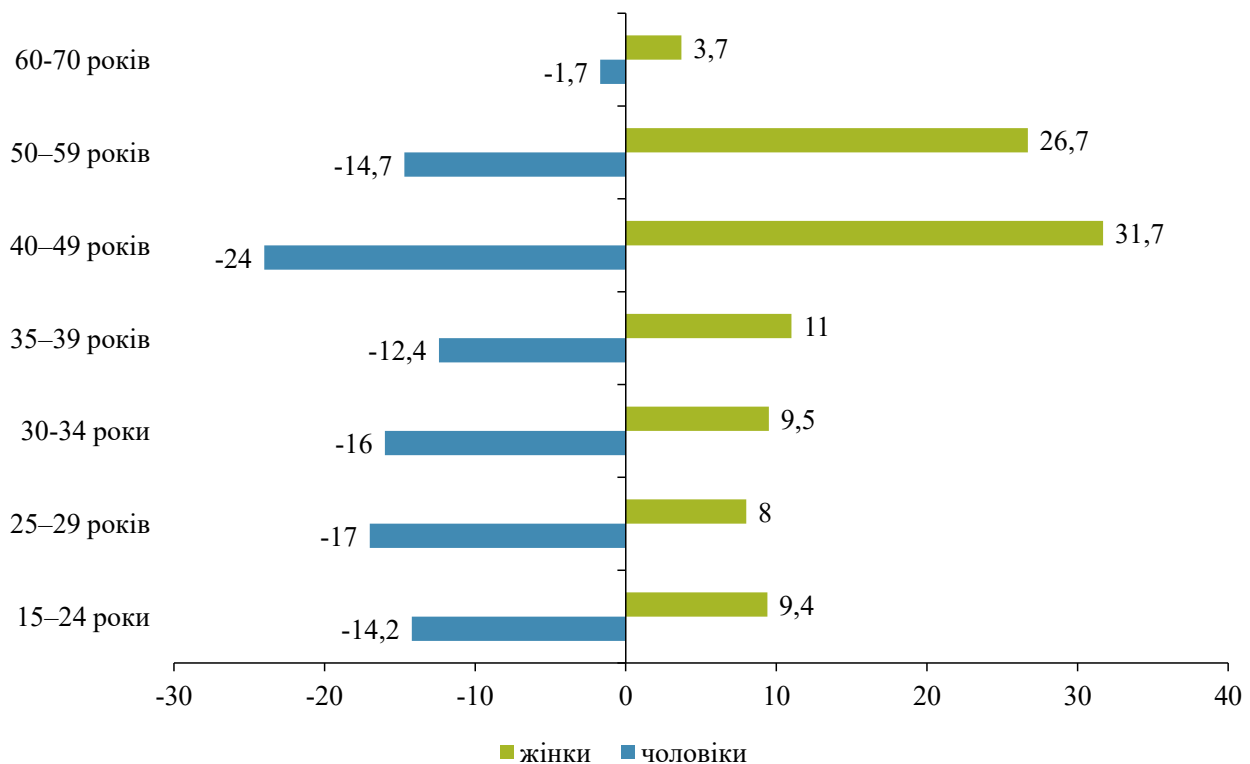


Рис. 5.6. Статеву-вікову структуру зовнішніх трудових мігрантів, Україна, 2017 р., %

Джерело: побудовано за даними ОТМ-2017.

була іншою – у 2008 р. у лавах мігрантів спостерігалася перевага осіб, які до виїзду за кордон мешкали у містах (54,4 %); а у 2012 р. – переважали селяни (54,3 %). Мігранти формуються у групи залежно від віку та типу місцевості більш-менш рівномірно у всіх раундах обстеження. Віковий розподіл городян та селян у всіх раундах ОТМ подібний до загального розподілу за віком, представленого у табл. 5.1.

Незважаючи на те, що в абсолютних даних загальний масив трудових мігрантів майже рівномірно розподілився між міськими та сільськими поселеннями, частота виїзду для працевлаштування за кордон городян і селян відрізняється. Це пояснюється рівнем урбанізації населення України, загальним розподілом мешканців країни за типами населених пунктів. Так, частка трудових мігрантів у загальній кількості населення віком 15–70 років, згідно з результатами ОТМ-2017, становила 3,4 % для міських поселень, та 6,9 % – для сільських (у дослі-

дженні 2012 р. відповідні частки становили 2,2 % та 6,3 %, а у 2008 р. – 4,0 % та 8,0 % відповідно). З огляду на те, що сільські ринки праці перебувають у гіршому становищі у порівнянні з містами, для сільського населення можливості працевлаштування у місцях проживання є більш обмеженими, що служить додатковим фактором виштовхування як за кордон, так і в інші населені пункти всередині країни.

Зовнішні трудові мігранти, опитані у ході всіх трьох раундів ОТМ, мали помітно нижчий рівень освіти у порівнянні із зайнятим населенням України. Питома вага осіб з вищою освітою серед останньої групи майже удвічі перевищувала відповідний показник поміж мігрантів. Частка трудових мігрантів з вищою освітою у першому раунді ОТМ становила 13,9 %, а серед усього зайнятого населення у 2008 р. показник дорівнював 23,8 %. Аналізований індикатор поступово зростав серед обох категорій українців: серед мігрантів у 2012 р. він становив 15,4 %, а в 2017 р. – 16,4 %. Частка зайнятих українців з вищою освітою підвищилась з 27,1 % у 2011 р. до 32,3 % у 2016 р.

Найчастіше (33,9 % за результатами ОТМ-2017) трудові мігранти з України мають професійно-технічну освіту, що відповідає характеру робіт, виконуваних за кордоном. Майже стільки ж осіб (30,1 %) мали повну загальну середню освіту. Нажаль немає можливості прослідкувати динаміку цих показників, оскільки освітня градація, що використовувалися у двох перших раундах модульного обстеження, відрізнялися від тієї, що застосовували у третій хвилі ОТМ.

Порівняння трьох раундів модульного обстеження демонструє зменшення питомої ваги жінок з вищою освітою серед трудових мігрантів: за даними ОТМ-2008 питома вага цієї групи становила 19,7 %, ОТМ-2012 – 18,3 %, ОТМ-2017 – 13,6 %. Частка чоловіків з вищою освітою, навпаки, зростала (11,0 %, 13,9 % та 17,5 % відповідно) в результаті чого у 2017 р. згаданий показник поміж чоловіків перевищив аналогічний індикатор серед жіноцтва. Разом з тим, застосування інте-

грального показника середньої кількості років навчання для оцінювання освітнього рівня трудових мігрантів різних статевих груп, показує однакове значення індикатора для чоловіків і жінок у третій хвилі обстеження (12,6 років навчання для обох статевих груп). Рівність цього показника забезпечується за рахунок підвищеної частки жіноцтва з базовою або неповною вищою освітою (25,0 % серед жінок і 13,7 % серед чоловіків).

Середня кількість років навчання мігрантів-містян, згідно з даними ОТМ-2017, становила 12,7. Відповідний показник серед селян був суттєво нижчим – 10,3 років. Різниця показників спостерігається в результаті підвищеної (у декілька разів) частки осіб з повною та базовою вищою освітою серед трудових мігрантів, які мешкають у містах (табл. 5.2). Ця особливість є характерною для всіх трьох раундів модульного обстеження, а також відповідає загальній ситуації серед всього зайнятого населення України.

Таблиця 5.2.

**Частка осіб з вищою освітою серед трудових мігрантів
за типом поселень, Україна, 2002, 2012, 2017 рр., %**

ОТМ, рік обстеження	Територія проживання	Рівень освіти	
		повна вища	базова або неповна вища
2008	Міські поселення	19,9	21,1
	Сільська місцевість	6,7	12,8
2012	Міські поселення	24,9	19,0
	Сільська місцевість	7,4	11,9
2017	Міські поселення	23,0	21,5
	Сільська місцевість	9,5	12,5

Джерело: загальнонаціональні обстеження трудових мігрантів у 2008, 2012 та 2017 рр.

Таким чином, протягом всіх років незалежності спостерігається регіональна специфіка інтенсивності закордонного працевлаштування: за межами України працюють здебільшого вихідці із Західних областей держави. У зовнішніх трудових міграціях беруть участь представники різних статевих, поселенських та освітніх груп населення. Порівняння зрізів емпіричних даних, отриманих модульними вибірковими обстеженнями у 2008, 2012 і 2017 рр., показують зміну популярності серед країн призначення українських працівників, де Росія поступилася Польщі у результаті окупації частини українських територій та інших проявів агресії. Помітним чинником впливу на потоки трудової міграції сучасного періоду є епідемія коронавірусу, в результаті якої частина закордонних працівників повернулися на батьківщину. За оцінками МОМ, загальна кількість трудових мігрантів, які повернулися в Україну після оголошення карантину, становить 350–400 тис. осіб²⁹. Подальше відновлення трудових міграцій залежатиме від сценаріїв подолання хвороби в Україні та країнах призначення.

5.2.3. Освітня міграція

Кількість *українських студентів*, які навчаються за кордоном, постійно зростає. За даними ЮНЕСКО³⁰, у 2017 році в ЗВО зарубіжних країн, по яких зібрані надійні дані, отримували освіту 77,1 тис. українських громадян, що є найбільшим значенням за весь період збору даних організацією (рис. 5.7). Оскільки інформація від державних статистичних агенцій надходить із значним запізненням (на 1–2 роки), на сьогодні інформацію щодо українських студентів, які навчалися у 2018 році, надали лише 24 країни з 240, серед яких відсутні основні країни призначення української освітньої міграції. Так, загальна кіль-

²⁹ МОМ підтримує безпечну та впорядковану мобільність трудових мігрантів через кордони. МОМ. – 2020. [Електронний ресурс] Режим доступу: https://iom.org.ua/sites/default/files/labour_migration_position_paper_ukr.pdf

³⁰ Inbound Internationally Mobile Students by Country of Origin. // UNESCO – [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://data.uis.unesco.org/>

кість українських студентів у цих 24 країнах у 2018 р. налічувала 796 осіб. Інформацію за 2019 рік повідомили лише дві країни – Грузія та Казахстан (кількість українських студентів у цих країнах становила 109 осіб). Таким чином, з об’єктивних причин для аналізу було обрано період з 2002 по 2017 рік.

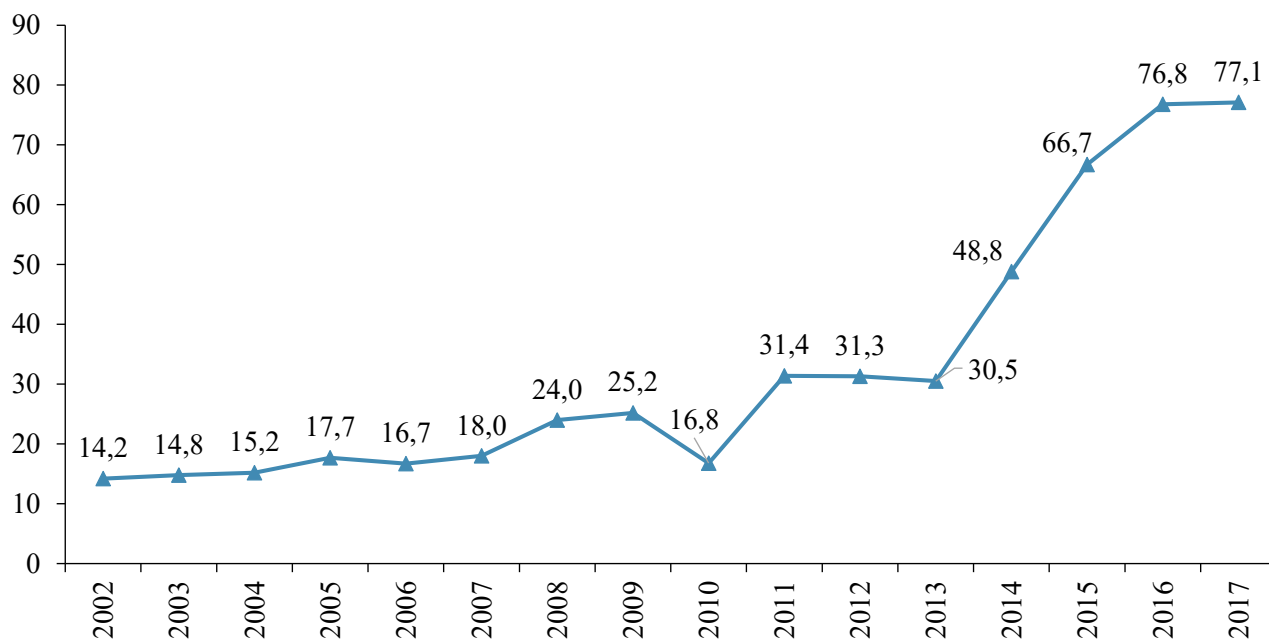


Рис. 5.7. Кількість українських студентів за кордоном, 2002–2017 рр., тис. осіб

Джерело: Побудовано за даними UNESCO.

У 2002 році кількість українських студентів за кордоном становила 14,2 тис. осіб. У наступні сім років відбувається поступове зростання чисельності цієї категорії і у 2009 році значення показника у порівнянні з початком досліджуваного періоду зросло майже вдвічі і сягнуло значення 25,2 тис. осіб. Перше зменшення чисельності українських громадян у закладах вищої освіти за кордоном відбулося у 2010 році (на 33,4 відсоткових пункти або 8,4 тис. осіб у порівнянні з попереднім роком), що може бути наслідком глобальної фінансової кризи 2008–2009 років. Втім вже у 2011 р. кількість українських студентів за кордоном зросла майже вдвічі і сягнула позначки у 31,4 тис. осіб. У наступні два роки зафіксовано незначне падіння значення показника: на

2,7 відсоткових пункти або 0,8 тис. осіб. Починаючи з 2014 року відбувається стрімке зростання чисельності українських студентів. Станом на 2017 р. їхня кількість зросла у два з половиною рази або на 46,6 тис. осіб у порівнянні з 2013 р. Проте, дані останніх років досліджуваного періоду показують сповільнення зростання. Так, у порівнянні з 2016 р. чисельність даної категорії у 2017 р. збільшилася лише на 0,4 відсоткових пункти або 0,3 тис. осіб.

За період 2002–2017 рр. відбулися зміни у переліку країн, які приймають українських студентів на навчання (табл. 5.3). Серед основних тенденцій: збільшення кількості країн призначення та розширення географії української освітньої міграції.

Таблиця 5.3.

**Країни з найбільшою кількістю студентів з України,
2002, 2010, 2017 рр.**

2002		2010		2017	
країни	тис. осіб	країни	тис. осіб	країни	тис. осіб
РФ	7,0	Польща	3,9	Польща	34,7
Польща	1,7	США	1,7	РФ	15,3
Угорщина	0,9	Франція	1,5	Німеччина	6,2
Румунія	0,8	Чехія	1,4	Чехія	3,0
Молдова	0,7	Італія	1,2	Італія	2,8
Франція	0,5	Угорщина	1,1	США	1,7
Велика Британія	0,4	Австрія	0,9	Австрія	1,4
Туреччина	0,3	Велика Британія	0,6	Словаччина	1,3
Чехія	0,2	Іспанія	0,5	Франція	1,3
Австрія	0,2	Греція	0,3	Угорщина	1,2

Примітка. За 2002 р. відсутні данні щодо кількості українських студентів у Німеччині, за 2010 р. – у РФ та Німеччині.

Джерело: побудовано за даними UNESCO.

Якщо у 2002 році українська молодь обирала для навчання переважно ЗВО безпосередніх сусідів української держави (РФ, Польща, Угорщина, Румунія, Молдова), то у 2010 році до першої десятки входять вже основні країни призначення української трудової міграції (Польща, Чехія, Італія, Угорщина, Іспанія, Греція), що опосередковано може свідчити про перевезення трудовими мігрантами своїх дітей до країн прикладання праці.

Основними країнами української освітньої міграції протягом усього досліджуваного періоду залишаються Російська Федерація та Польща. До 2014 року Російська Федерація була беззаперечним лідером серед країн, які приймали на навчання студентів з України, що пояснюється мовою навчання, територіальною близькістю, знайомою культурою та перспективами доступу до російського ринку праці осіб з вищою оплатою у порівнянні з Україною. З початком збройного конфлікту між Україною та РФ на перше місце вийшла Польща завдяки агресивній політиці залучення української молоді, відсутності жорстких критеріїв відбору студентів та перспективам виходу на ринок праці країн ЄС після отримання диплому польських ЗВО. Так, у 2017 році в Польщі навчалися 34,7 тис. українських громадян, що у два рази більше за кількість українських студентів, які здобували освіту у РФ (15,3 тис. осіб), яка в свою чергу посідає другу сходинку серед країн з найбільшою кількістю студентів з України. Німеччина є третьою за популярністю країною здобуття освіти українськими громадянами завдяки високій та конкурентоспроможній якості освіти, територіальному розташуванню, а також найбільш дешевою оплатою за навчання серед інших країн, дипломи яких високо цінуються на світовому ринку праці (наприклад, у порівнянні з Великою Британією, США, Австралією).

Статистичні дані щодо українських громадян, які навчаються в аспірантурі за кордоном (програми PhD), є обмеженими. За даними

CEDOS³¹, у 2015/2016 навчальному році кількість українських PhD-студентів становила 1600 осіб. Основними країнами отримання наукового ступеню для українців були Німеччина (525 осіб), Польща (380 осіб), Чехія (223 особи), Франція (201 особа), Швейцарія (105 осіб). Проте дані щодо аспірантів у США, Великій Британії та Канаді залишилися невідомими через платний доступ до інформації.

Перетворення навчальної міграції на еміграцію є одним з найбільших її негативних наслідків для країни походження студентів. Наприклад, за даними опитування Міжнародного інституту освіти, культури та зав'язків з діаспорою Національного університету «Львівська політехніка»³², про бажання повернутися до України після навчання за кордоном повідомили лише 16,8 % студентів «КПІ» та 21,2 % студентів «Львівської політехніки».

Україна є привабливою країною для *іноземних студентів*, особливо тих, які планують отримати медичну або фармацевтичну освіту. У 2019/2020 навчальному році кількість студентів з іноземних країн становила 80,5 тис. осіб (рис. 5.8).

У порівнянні з 2010/2011 н. р. частка іноземних студентів зросла на 42 % (або 33,9 тис. осіб). У 2014/2015 н. р. відбувся незначний спад кількості іноземних студентів, що вочевидь пов'язано з початком збройного конфлікту на Донбасі: у порівнянні з попереднім навчальним роком чисельність іноземних студентів скоротилася на 6,8 тис. осіб (або на 9,7 %). У 2014/2015–2017/2018 н. р. зафіксовано повільне зростання показника. Втім вже в останні два роки досліджуваного періоду кількість іноземних студентів знову почала стрімко зростати, перевищивши «доконфліктний» максимум у 70 тис. осіб. У порівнянні

³¹ Стадний Є. Українські студенти за кордоном: факти та стереотипи [Електронний ресурс] // CEDOS. 19 грудня 2017. – [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://cedos.org.ua/uk/articles/ukrainski-studenty-za-kordonom-fakty-ta-stereotypy>.

³² Міграційні настрої студентів в умовах візової лібералізації (опитування студентів НУ «ЛПІ» та НТУУ «КПІ») / І. Ключковська, О. П'ятковська. – Львів, 2017. – 30 с. – [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://miok.lviv.ua/>

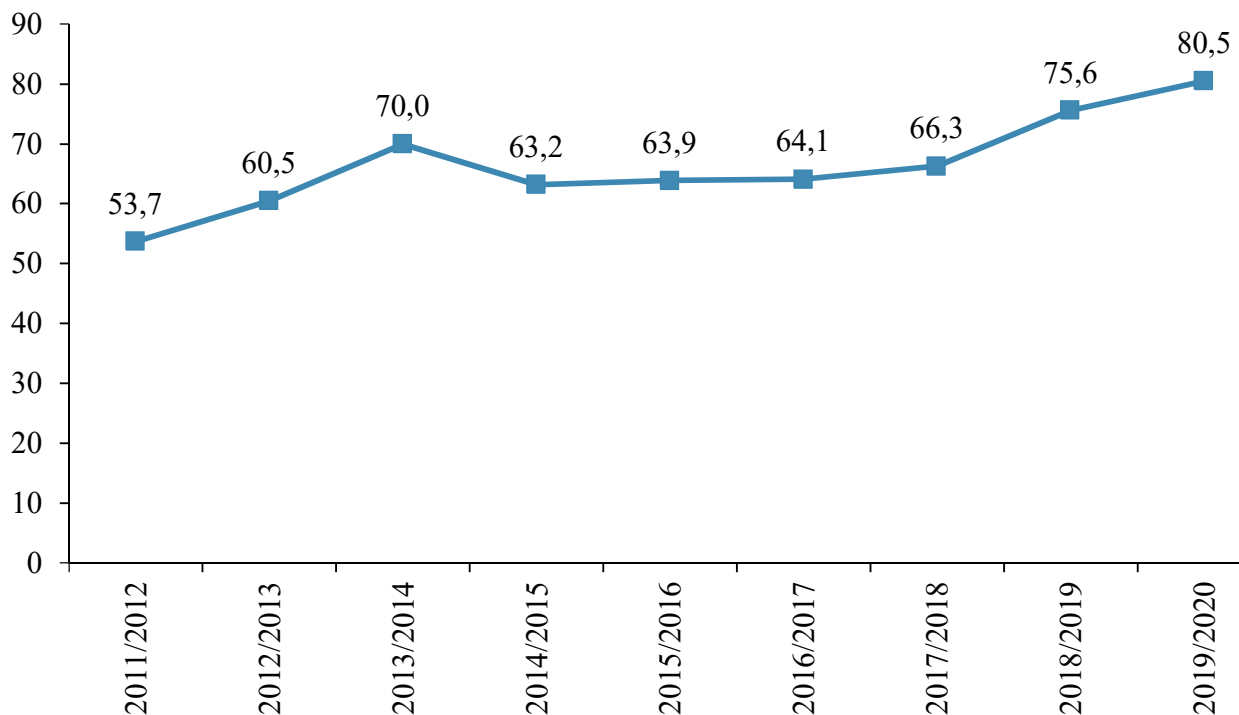


Рис. 5.8. Кількість іноземних студентів в Україні, 2011/2012–2019/2020 н. р., тис. осіб

Джерело: Побудовано за даними Українського навчального центру міжнародної освіти Міністерства освіти і науки України³³.

з даними 2017/2018 н. р. чисельність іноземних студентів зросла у наступному навчальному році на 9,3 тис. осіб (або 14,0 %). За наступний 2019/2020 навчальний рік зростання склало 4,9 тис. осіб (або 6,4 %).

Станом на 2019 рік в українських ЗВО навчалися громадяни 158 країн світу. Майже чверть усіх іноземних студентів складають громадяни Індії (рис. 9) – 18,4 тис. осіб або 22,9 % від загалу; 10,2 % становлять студенти з Марокко.

Серед основних країн походження іноземних студентів також Азербайджан (6,8 %), Туркменістан (6,6 %), Нігерія (5,4 %), Туреччина (4,7 %), Китай (4,4 %). Кількість студентів з пострадянських країн зменшилася за останні три навчальні роки на 2,2 тис. осіб або 11,4 %: з 19,5 тис. осіб у 2017/2018 н. р. до 17,3 тис. осіб у 2019/2020 н. р.

³³ Іноземні студенти в Україні. Навчальний центр міжнародної освіти Міністерства освіти і науки України [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://studyinukraine.gov.ua/zhittya-v-ukraini/inozemni-studenti-v-ukraini/>

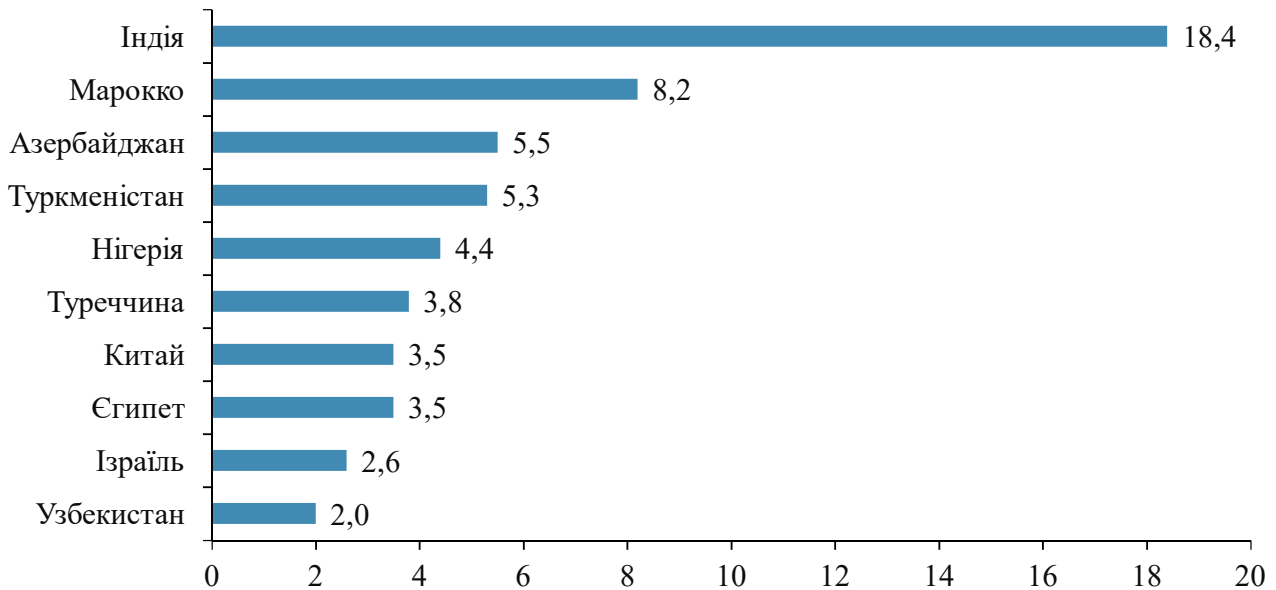


Рис. 5.9. Основні країни походження іноземних студентів в Україні, 2019/2020 н.р., тис. осіб

Джерело: побудовано за даними Українського навчального центру міжнародної освіти Міністерства освіти і науки України.³⁴

Наслідки пандемії 2020 року, в результаті якої відбулося закриття міжнародних кордонів, напевно відчують усі ЗВО України, які надають освітні послуги студентам іноземних держав. Переважно це буде стосуватися набору на перший рік навчання та тих студентів, які повернулися до своїх країн походження в рамках програм евакуації співвітчизників.

5.2.4. Імміграція в Україну

Станом на кінець 2019 року, кількість іммігрантів в Україні за даними Державної міграційної служби України становила 284,8 тис. осіб, що на 14,7 тис. осіб або на 5,4 % більше, ніж на кінець 2014 р., і на 8,4 тис. осіб або на 3,1 % більше, ніж на кінець 2018 р. У 2015 році порівняно з попереднім роком чисельність цієї групи дещо зменшилася, що

³⁴ Іноземні студенти в Україні. Навчальний центр міжнародної освіти Міністерства освіти і науки України [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://studyinukraine.gov.ua/zhittya-v-ukraini/inozemni-studenti-v-ukraini/>

ймовірно було пов'язано з військовим конфліктом на території Донецької та Луганської області, та невизначеною ситуацією в країні щодо безпеки. Проте вже на кінець 2017 року кількість іммігрантів досягла свого попереднього рівня, сягнувши 271,3 тис. осіб (рис. 5.10). При цьому серед осіб, які мають дозвіл на імміграцію, частина постійно в Україні не проживають – відповідний дозвіл вони оформлюють з метою вільного в'їзду або ж задля забезпечення можливості поселення в Україні і безперешкодного отримання громадянства у майбутньому.

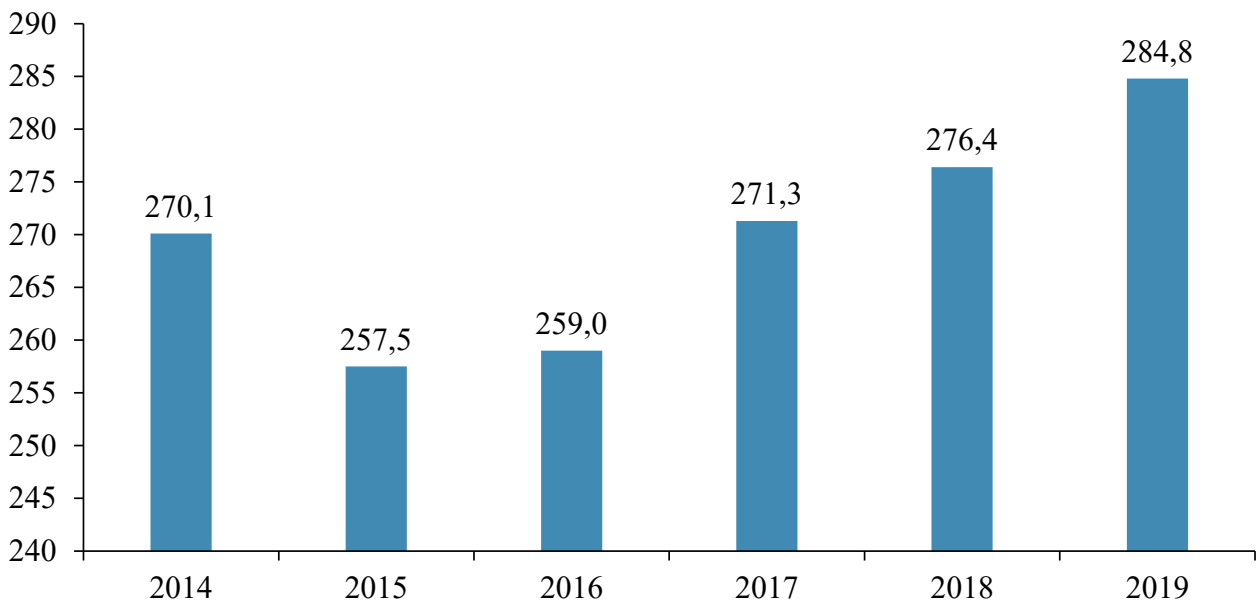


Рис. 5.10. Кількість іммігрантів в Україні, 2014–2019 рр. (на кінець року), тис. осіб

Джерело: побудовано за даними Державної міграційної служби України.

Серед іммігрантів домінують представники колишніх республік СРСР і, особливо, громадяни Російської Федерації, які становлять 54,2 % від загалу. Інші чисельні групи – це громадяни Молдови (6,9 %), Азербайджану (4,7 %), Вірменії (4,3 %), Грузії (3,8 %), Білорусі (3,3 %), Узбекистану (2,5 %) та В'єтнаму (2,4 %). Серед представників країн, які не входили до складу колишнього СРСР, крім В'єтнаму, найбільше нараховується громадян Іраку, Туреччини, Сирії та Китаю (по 0,9–1,0 % від загалу). Порівняно з 2018 р. чисельність громадян країн колишньо-

го СРСР збільшилася несуттєво, натомість кількість громадян Іраку зросла на 29,7 %, Ірану – на 12,3 %. Загалом за період 2014–2019 рр. чисельність іммігрантів-громадян Росії зменшилася на 4,0 %, громадян Узбекистану – на 13,3 %, чисельність інших названих груп – майже не змінилася або зросла, особливо різко збільшилася кількість іммігрантів з Іраку – у 5,4 рази, Ірану – більш ніж удвічі, Туреччини, Китаю та Сирії – на 50,8, 43,3 та 34,9 % відповідно.

Станом на 31 грудня 2019 р. на обліку в ДМС перебувало понад 133 тис. іноземців та осіб без громадянства, які мали дозвіл на тимчасове проживання. Більшість цих осіб є освітніми мігрантами (див. вище). Серед найбільших груп цього контингенту за громадянством лише представники Російської Федерації є переважно не освітніми мігрантами, а прибулими з метою возз'єднання сім'ї з громадянами України.

РОЗДІЛ 6

ДЕМОГРАФІЧНИЙ ПРОГНОЗ УКРАЇНИ ДО 2100 РОКУ

Актуальність демографічного прогнозування обумовлена тим, що припущення про майбутню чисельність населення та його структури (статеву, вікову, соціальну, професійну тощо) є необхідними як на локальному (визначення необхідності в кількості освітніх закладів різного рівня, потреби у водопостачанні, утилізації відходів, розвитку транспортної інфраструктури тощо), так і на загальнодержавному рівні (визначення потреби у пенсійному забезпеченні, прогнозуванні пропозиції на ринку праці, обсягах державних закупівель критичних медикаментів тощо).

Значною мірою прогноз чисельності населення, особливо на найближчу перспективу, ґрунтується на достовірному знанні про демографічну ситуацію. Так, особливості поточного розподілу населення за статтю та віком істотно впливають на число майбутніх народжень (через частку жінок у репродуктивному віці), смертей (через частку осіб похилого віку), а через них – на загальну динаміку чисельності населення. Крім цього, чисельність населення є знаменником більшості найважливіших демографічних показників, без яких розробка коректного прогнозу неможлива.

На жаль, усупереч регулярній затребуваності демографічних прогнозів органами влади, жоден із урядів України упродовж останнього десятиліття не здійснив перепис населення країни. Таким чином, дані про населення України не уточнювалися 19 років. Цей факт є основною причиною того, що Інститут демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України не оприлюднював демографічні прогно-

зи з 2014 р.³⁵ З огляду на те, що запити щодо майбутньої чисельності населення України тривають, а сподівання щодо проведення перепису в найближчі роки згасають, новий перегляд демографічного прогнозу було зроблено ґрунтуючись на доступних статистичних даних.

Порівняно з попереднім переглядом 2014 р., цей перегляд прогнозу 2020 р. має оновлені прогнозні гіпотези, скореговані з урахуванням демографічних показників останніх років (2014–2019 рр.), а горизонт прогнозу становить 2020–2100 рр. Оскільки на частині території країни не здійснюються повноваження Уряду України, для управлінських цілей було здійснено розрахунок для неокупованої частини окремо.

Як було зазначено вище, актуальність поточних даних про населення є сумнівною. Починаючи з 2014 р., до проблеми тривалої відсутності перепису додається неповнота реєстрації (неподання звітності) демографічних подій на частині території України. Зокрема, дані по Автономній Республіці Крим та міськраді Севастополя не потрапляють до статистичної звітності Держстату України взагалі. В окупованій частині Донецької та Луганської областей велика частка смертей не потрапляє до статистичної звітності Держстату та, відповідно, ці особи «залишаються» у віковій структурі населення цих регіонів. Аналогічним чином не враховується частина народжень і міграційних переміщень. виправлення цих даних потребує надто багато припущень і, фактично, реконструкції всіх основних демографічних даних для цих регіонів. Крім значної суб'єктивності такої реконструкції, виникає питання щодо необхідності реконструкції демографічного розвитку решти регіонів України як унаслідок незареєстрованої міграції населення з окупованих регіонів, так і реєстрації частини демографічних подій, які фактично сталися там. Тому від реконструкції було вирішено відмовитися. Статеві-вікова структура населення неокупованої частини України була обчислена відніманням даних Держстату України по окупова-

³⁵ Прогноз 2014 перегляду на сайті ІДСД [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://idss.org.ua/forecasts/nation_pop_proj_en

них районах і міськрадах Донецької та Луганської областей від даних Держстату по континентальній частині України. Чисельність населення за статтю та віком в АР Крим і міськраді Севастополя була отримана на сторінці Інтернет видання Демоскоп³⁶.

Розрахунок статеві-вікової структури на перспективу було здійснено когортно-компонентним методом в семи варіантах як для всієї території України, так і для неокупованої частини. Гіпотези щодо майбутніх змін у народжуваності, смертності та міграції є експертними оцінками.

Прогноз народжуваності.

В 2019 р. показник сумарної народжуваності в Україні досяг рівня 1,19 дитини на жінку, що близько до 1,09 – найнижчого зареєстрованого рівня в 2001 р. Тут доцільно нагадати, що величина 1,09 є точною в тому сенсі, що обчислена для року, в якому відбувся перепис населення. Натомість оцінка для 2019 р. не лише віддалена від перепису на 18 років, а ще й має деякий недооблік по частині території України. Швидше за все, показник сумарної народжуваності в Україні в 2019 р. потрапляє в межі 1,2–1,3 дитини на жінку в середньому. Проте, далі будемо орієнтуватися на розрахунки згідно зареєстрованих народжень.

Дані за перше півріччя 2020 р. вказують, що народжуваність у цьому році буде близькою до попереднього або нижче: від 1,12 до 1,20 дитини на жінку (табл. 6.1).

Таким чином, за сумарним показником поточна ситуація нагадує перші роки ХХІ ст. Тому в якості однієї з гіпотез можна припустити, що відбудеться повторення зростання народжуваності, подібне до того, що спостерігалось в 2002–2013 рр. Так, за високим варіантом прогнозу відбуватиметься швидке зростання показника сумарної народжуваності до 1,65 в 2030 р. (рис. 6.1). Рівень народжуваності в 2040–2050 рр.

³⁶ Численность постоянного населения на 1 января 2020 года по полу, возрасту и субъектам Российской Федерации // Демоскоп Weekly [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.demoscope.ru/weekly/ssp/rus_reg_pop_y.php?year=2020®ion=37

Таблиця 6.1.

Прогноз показника сумарної народжуваності в Україні

Варіант	2020	2030	2040	2050	2060	2070	2080	2090	2100
Середній	1,16	1,31	1,35	1,38	1,39	1,40	1,41	1,42	1,42
Високий	1,20	1,65	1,78	1,86	1,91	1,94	1,97	1,98	2,00
Низький	1,12	0,96	0,91	0,88	0,87	0,86	0,86	0,87	0,90

Джерело: авторський розрахунок на основі даних Державної служби статистики України.

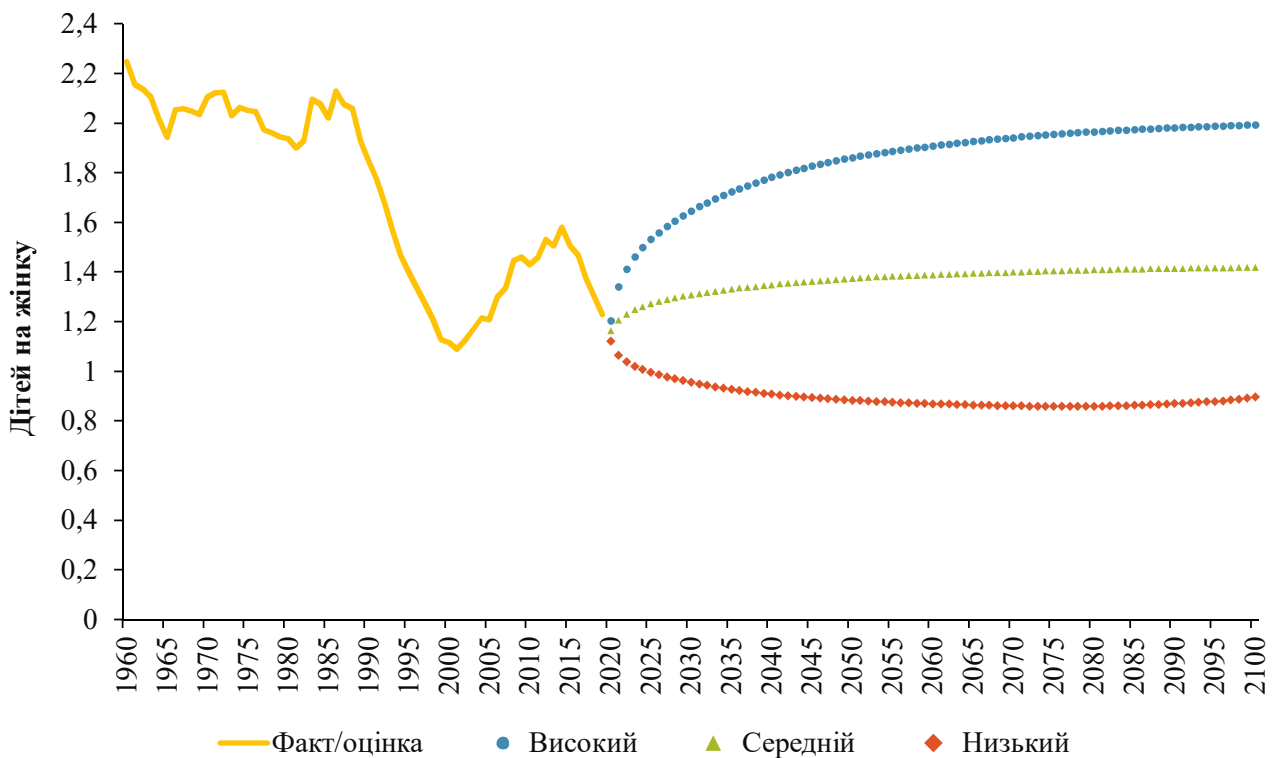


Рис. 6.1. Показник сумарної народжуваності в Україні, 1960–2100 рр.

Джерело: авторський розрахунок на основі даних Державної служби статистики України.

певною мірою залежатиме від співвідношення матеріальних можливостей тоді до теперішніх. Оскільки зараз проходять соціалізацію дівчата, народжені близько 2010 р., то співвідношення сучасного добробуту в їхніх сім'ях до того, який буде в Україні через кілька десятиліть, позначиться на їхній репродуктивній поведінці. Якщо рівень життя у цих ко-

горт буде кращий, ніж мають їхні батьки зараз, то є можливим зростання показника сумарної народжуваності до 1,80 в 2040-х роках. Щодо рівня народжуваності в другій половині XXI ст., наразі не є можливим для аргументованого пояснення, оскільки тоді народжуватимуть жінки, які самі ще не народилися. Тож невідомі їхні репродуктивні настанови. Також наразі складно уявити рівень розвитку економіки та технологій, які стрімко розвиваються, та наслідки, до яких вони можуть призвести. Тому за цим варіантом визначено, що сумарний показник не перевищить 2,0 дитини на жінку (рис. 6.1).

На противагу гіпотезі зростання народжуваності за аналогією 2002–2013 р. в якості контраргументу можна вказати, що в той період відбулася часткова реалізація народжень, відкладених наприкінці XX ст., посилена пронаталістською політикою держави. Натомість зараз у віці найбільшої репродуктивної активності перебувають жінки, народжені на початку 1990-х, соціалізація яких відбувалася в роки економічного зростання. Вони мають вищі очікування від можливостей зайнятості та рівня життя. Триває зростання середнього віку матері при народженні дитини, що може зумовлювати зниження народжуваності в умовних поколіннях, хоча й не обов'язково.³⁷ Тому за середнім варіантом найближчими роками відбуватиметься стагнація показника сумарної народжуваності на рівні, близькому до досягнутого 1,2–1,3 дитини на жінку (рис. 6.1). Після цього відбуватиметься деяке відновлення до рівня близько 1,4 дитини на жінку (табл. 6.1). Досвід окремих країн Південної та Центральної Європи свідчить про те, що такий рівень народжуваності може зберігатися десятиліттями. У перспективі, коли діти, народжені в період низької народжуваності, набуватимуть соціалізацію і бачитимуть переважну модель однодітної сім'ї, їхнє бачення

³⁷ Аксьонова С.Ю. (2019). Взаємозв'язки середнього віку матері при народженні дитини і рівня народжуваності. Демографія та соціальна економіка, 2 (36), 23–38. [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://dx.doi.org/10.15407/dse2019.02.023>

ідеальної сім'ї може стати нижче, ніж у сучасних поколінь (с. 179).³⁸ Тобто процес може виявитися самопідтримуваним, що називається «пастка низької народжуваності».

Тренди рідко змінюються різко. Тому більш правдоподібно, що тренд триватиме, аніж змінить свій напрямок. Ця ідея лежить у підґрунті усіх трендових моделей прогнозування. Зважаючи на те, що зниження народжуваності тривало десятиліттями з більш високого рівня (рис. 6.1), ніж її короткотермінове повернення до 1,5 дитини на жінку. До того ж, навіть таке повернення вимагало в суспільства запровадження заходів матеріальної підтримки дітонародженню. Динаміка показників народжуваності в 2016–2020 рр. свідчить, що ефект від цих заходів послабився. Важливим аргументом на користь подальшого зниження народжуваності в умовних поколіннях є той факт, що в реальних поколіннях народжуваність продовжує знижуватися. Тому за низьким варіантом тенденція до зниження народжуваності триватиме, досягнувши рівня близько 1,0 дитини на жінку в 2022 р. (рис. 6.1), що не є неймовірним і вже спостерігалось в Україні. У подальші роки, якщо в українському суспільстві закріпиться ідеал одnodітної сім'ї, з поправкою на фізіологічну безплідність частини жінок й / або неможливість реалізації навіть однієї дитини з інших причин, буде досягнуто дещо нижчий рівень – до 0,9 дитини на жінку в 2040 р. (табл. 6.1). Як і у високому варіанті цього прогнозу, слід розуміти, що в середині ХХІ ст. рівень народжуваності може досягти й інших, у цьому варіанті – ще нижчих, показників, які наразі видаються малоймовірними.

Середній вік матері при народженні дитини зростатиме за всіма варіантами. За середнім варіантом вона досягне 30,6, за високим 30,9, низьким варіантом 29,9 року. Різниця зумовлена рівнем народжуваності. Так, більш високий рівень народжуваності зумовлений вищою

38 Lutz, W., V. Skirbekk, and M. R. Testa. (2006). "The low fertility trap hypothesis. Forces that may lead to further postponement and fewer births in Europe." *Vienna Yearbook of Population Research*. 2006: 167–192.

часткою дітей більш високої черговості. Очевидно, такі діти народжуються пізніше за інших рівних умов.

Прогноз тривалості життя

Тут теж доцільно нагадати, що доводиться орієнтуватися на зареєстровані дані про смертність. Проте слід розуміти, що інформація по частині смертей не доступна, а чисельність населення (знаменник коефіцієнтів смертності) дещо завищений. Таким чином, наведені в цьому дослідженні показники тривалості життя також дещо вищі, ніж вони є насправді.

Після доволі різкого зростання тривалості життя в 2008–2011 рр. в останні вісім років (2011–2019 рр.) середня очікувана тривалість життя майже не змінилася. У жінок приріст склав 1 рік, тобто 0,11 року на рік. Тоді як у чоловіків додалося лише 0,6 року за 8 років. (Наскільки це малий приріст можна бачити, порівнявши з відповідним приростом в Швеції. Так, шведські чоловіки, стартувавши з багато вищого рівня, примудрилися додати 1,5 року за цей самий період. Таким чином, розрив між очікуваною тривалістю життя при народженні чоловіків України та Швеції зріс із 13,5 до 14,4 року. Приріст тривалості життя при народженні у шведок склав 1 рік, як і в українок. Таким чином, розрив не скоротився і залишається на рівні 7,7 року).

Зазначене свідчить, що: 1) тривалість життя в Україні не знижується; 2) існують резерви для зниження смертності навіть якщо смертність нижча, ніж в Україні. Дійсно, дані про зареєстроване число смертей за перше півріччя 2020 р. вказують на те, що в цьому році середня очікувана тривалість життя буде принаймні не нижче, ніж у 2019 р. Звісно, в цьому твердженні взято до уваги той факт, що частка зареєстрованих смертей на окупованій частині Донбасу в 2020 р. різко скоротилася через погіршення транспортного сполучення внаслідок карантину й, отже, ускладнення реєстрації демографічних подій.

Таким чином, у 2020 р. середня очікувана тривалість життя при

народженні становитиме 66,9–67,5 року для чоловіків і 77,0–77,4 року для жінок (табл. 6.2).

Таблиця 6.2.

**Прогноз середньої очікуваної тривалості життя
при народженні в Україні, років**

Варіант, стать	2020	2030	2040	2050	2060	2070	2080	2090	2100
Високий									
Чоловіки	67,5	70,3	73,2	76,0	78,6	81,0	83,0	84,6	86,0
Жінки	77,4	79,3	81,0	82,7	84,2	85,6	86,9	88,0	89,0
Середній									
Чоловіки	67,2	69,1	70,9	72,7	74,5	76,2	77,9	79,5	81,0
Жінки	77,2	78,3	79,5	80,6	81,8	82,9	83,9	85,0	86,0
Низький									
Чоловіки	66,9	66,8	66,8	67,1	67,5	68,1	69,0	70,0	71,2
Жінки	77,0	76,8	76,9	77,2	77,7	78,3	79,1	80,0	81,1

Джерело: авторський розрахунок на основі даних Державної служби статистики України.

Високий варіант прогнозу тривалості життя ґрунтується на можливості продовження довгострокової тенденції зниження смертності. Внаслідок цього середня очікувана тривалість життя при народженні зростатиме майже лінійно на 2,8 року за десятиріччя для чоловіків і 1,8 року за десятиріччя для жінок до 2050 р. Така динаміка може бути зумовлена поширенням здорового способу життя, розвитком нових технологій діагностики та методів лікування хвороб. В другій половині ХХІ ст. темпи зростання очікуваної тривалості життя при народженні знизяться до 1,3 та 1,0 року в останнє десятиріччя прогнозного періоду (табл. 6.2).

Згідно середнього варіанту прогнозу, темпи зниження смертності будуть нижчими, а середня очікувана тривалість життя при народ-

женні чоловіків зростатиме на 1,8 року, а жінок – на 1,2 року кожне десятиліття до 2060 р. (табл. 6.2). Розрахунки можливості скорочення смертності за рахунок усунення смертності від хвороб, смерті від яких можна уникнути, що за сучасного рівня смертності в Україні найбільші резерви підвищення тривалості життя зосереджені у віці 40–54 та 50–59 років для чоловіків і жінок відповідно. Проте, за період 2013–2019 рр. саме серед чоловіків 40–45 років імовірність померти зросла на 8 %. Іронія в тому, що таким чином потенціал скорочення смертності в цьому віковому інтервалі навіть зріс. Гіпотеза про загальний тренд до зростання тривалості життя населення в Україні (рис. 6.2) в майбутньому ґрунтується на тому факті, що в майже усіх країнах світу, навіть тих, які досягли значно вищих показників тривалості життя (про що вже згадувалося на прикладі Швеції), продовжується її зростання.

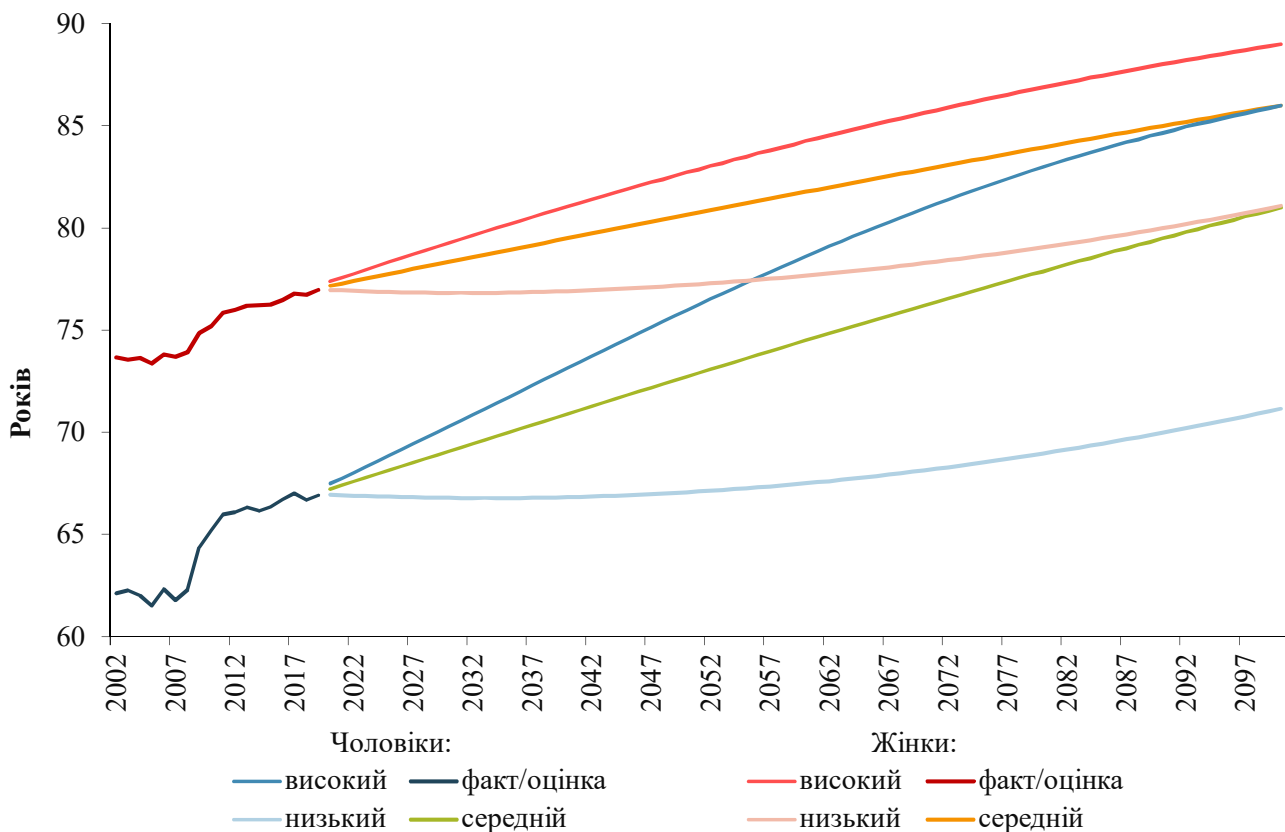


Рис. 6.2. Середня очікувана тривалість життя при народженні в Україні, 2002–2100 рр.

Джерело: авторський розрахунок на основі даних Державної служби статистики України.

Життєзберезувальні технології, стандарти якості життя поширюються з більш розвинених країн на менш розвинені, що і призводить до зростання тривалості життя у світі в цілому.

Низький варіант прогнозу передбачає відсутність докорінних змін у системі охорони здоров'я та ставленні громадян до власного життя. Така гіпотеза може реалізуватися у вигляді стагнації або коливання показників смертності на приблизно одному рівні (рис. 6.2), як це спостерігалось в 1970–1980-ті роки.

Прогноз міграції населення

Прогнозування майбутніх параметрів міграційних процесів ускладнене неповнотою обліку мігрантів. Державна статистика охоплює лише міграції, пов'язані із зміною офіційного місця проживання. Інформація поточного обліку переміщень формується за даними реєстрації / зняття з реєстрації місця проживання, які надають окремі органи реєстрації (виконавчі органи сільської, селищної або міської ради, сільські голови (якщо відповідно до законодавства виконавчий орган сільської ради не утворено)). Зрозуміло, що цей облік не охоплює усіх фактичних мігрантів, зокрема поза обліком залишається довгострокова зовнішня трудова міграція. За офіційними даними Держстату, в Україні від 2005 р. утримується додатне сальдо зовнішніх міграцій, що, однак, не збігається з даними країн-основних міграційних партнерів України. В кінці 2001 р. різниця між чисельністю населення за даними перепису та підсумків поточного обліку перевищила 460 тис. осіб. Вочевидь наступний перепис населення також зафіксує значну різницю між даними.

Враховуючи викладене вище, при прогнозуванні тенденцій міграційних процесів оцінюються майбутні обсяги саме зареєстрованої міграції. З іншого боку, при розробці гіпотез міграцій враховано вірогідні масштаби переходу тимчасової трудової міграції українських громадян у постійну форму.

Прогноз міграцій розроблено у трьох варіантах, які відображають можливий діапазон параметрів міграційного руху. Розрахунок прогнозних параметрів спирається на методику, що включає три етапи³⁹:

- оцінку майбутніх обсягів прибуття та вибуття в розрізі укрупнених географічних напрямків;
- оцінку перспективної структури мігрантів за статтю та віком;
- обчислення кількості прибулих і вибулих за роком народження.

Гіпотези прогнозу розроблено з урахуванням міграційного потенціалу України та потенційних країн походження іммігрантів. Однією з базових гіпотез розробки прогнозу є гіпотеза прибуття до нашої держави іммігрантів з афро-азіатських країн. Подібна гіпотеза спирається на неминучість зменшення чисельності населення держави та об'єму пропозиції робочої сили у найближчому майбутньому, зростання рівня старіння населення. Єдиною можливістю підтримки необхідного рівня забезпечення економіки України робочою силою є активна міграційна політика. Треба усвідомити, що масовий потік можливий лише з країн, що розвиваються, частково – з азіатських республік колишнього СРСР. По суті Україна стоїть перед дилемою: або залучення до країни іммігрантів на основі виваженої міграційної політики, або неконтрольований їх притік після досягнення критично низької чисельності населення держави.

Високий варіант прогнозу передбачає деяке збільшення прибуття з європейських країн колишнього СРСР при зменшенні вибуття. Обсяги міграційного обміну населенням з цими країнами, однак, будуть не зіставними із тими, що спостерігалися в минулі десятиліття. Міграційні контакти з колишніми союзними республіками Закавказзя та Центральної Азії, навпаки, поживляються: зростатиме як чисельність прибулих з цих регіонів світу, так і, хоча й меншими темпами, обсяг

³⁹ Міграційні процеси в Україні: сучасний стан і перспективи / За ред. О.В. Позняка. – Умань, 2007. – 276 с.

потоків зворотної міграції. Міграційний баланс в обміні населенням з країнами Європи та Америки буде від'ємним, але з відносно невеликими величинами міграційних втрат. Потік прибулих з країн Азії та Африки спочатку в якості освітніх мігрантів, а згодом – і з трудовою метою, стрімко зростатиме протягом усього прогностичного періоду, причому переважна більшість мігрантів закріплюватиметься в Україні. Сальдо міграцій населення контрольованої Урядом території України постійно зростатиме, досягнувши рівня близько +180 тис. осіб на рік в кінці прогностичного періоду (рис. 6.3). Його величина протягом прогностичного періоду більш ніж на 90 % забезпечуватиметься за рахунок афро-азіатських країн. Домінування потоків з країн Азії та Африки у найближчі десятиліття призведе, зокрема, до помітної переваги чоловіків серед прибулих до України, що характерно для сучасних міграцій з цих частин світу. Однак, ближче до середини прогностичного періоду міграція з Азії та Африки набуде більш сімейного характеру – частка освітніх мігрантів та трудових мігрантів-одинаків у цьому потоці поступово зменшуватиметься.

З врахуванням окупованих територій сальдо міграцій населення усієї України може перевищити в кінці періоду рівень у 200 тис. осіб на рік і буде приблизно на 13 % більшим за відповідний показник для контрольованої території.

Реалізація середнього варіанту прогнозу включатиме подальше зменшення інтенсивності контактів з європейськими країнами колишнього СРСР (як по прибуттю, так і по вибуттю), які поступово сходять нанівець. Натомість спостерігатиметься відносно інтенсивний потік прибуття з країн Закавказзя і Центральної Азії при стабілізації зворотного потоку. Відбудеться деяке збільшення обсягів прибуття з країн Європи та Америки внаслідок зростання кількості представництв зарубіжних компаній, спільних підприємств з економічно розвиненими країнами, однак зворотний потік міграції мешканців України до

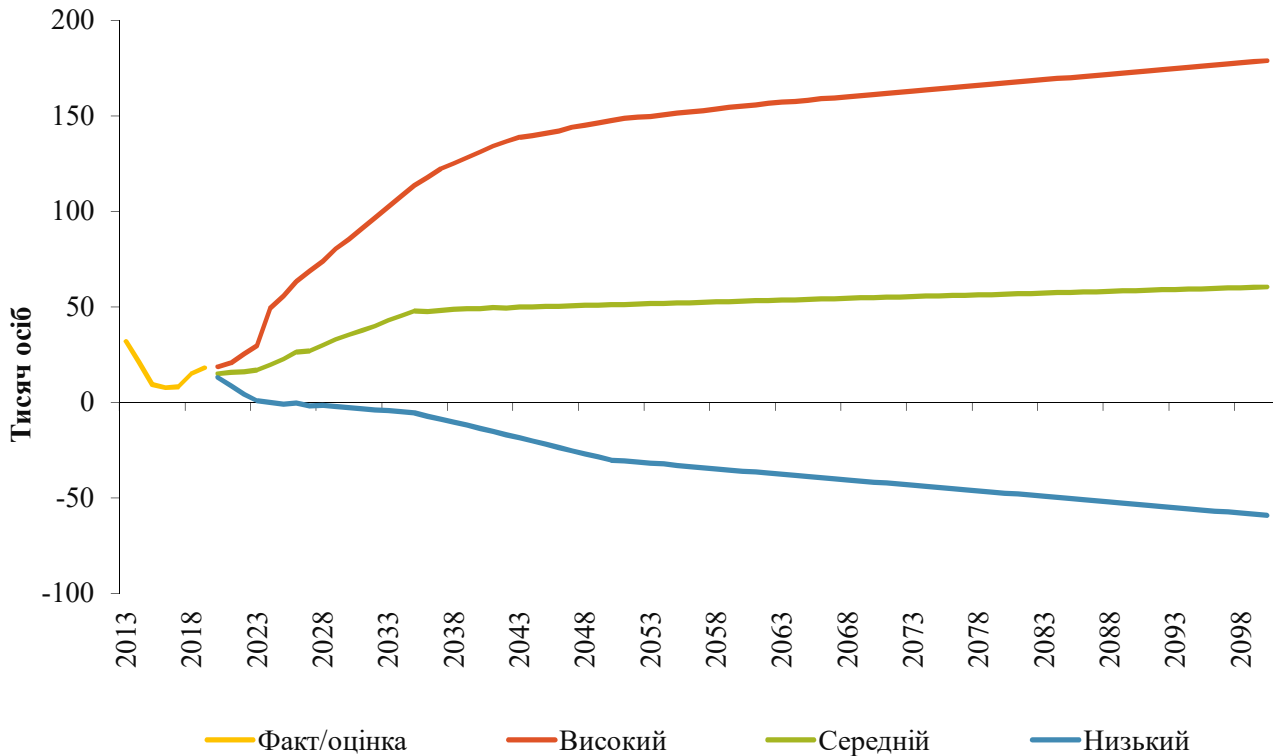


Рис. 6.3. Динаміка сальдо міграцій населення контрольованої території України, 2013–2100 рр.

Джерело: авторський розрахунок на основі даних Державної служби статистики України.

економічно розвинених країн (у т.ч. і за рахунок переходу тимчасової трудової міграції у постійну форму) буде у кілька разів більшим. Чисельність іммігрантів з афро-азіатських країн збільшуватиметься, однак темпи цього збільшення, як, втім і рівень закріплення цих іммігрантів в Україні, буде значно меншим, ніж за умов реалізації високого варіанту прогнозу. Сальдо міграцій населення контрольованої Урядом території України швидко зростатиме до середини 2030-х рр., досягнувши майже +50 тис. осіб на рік. Згодом темпи зростання міграційного приросту різко уповільняться, в кінці періоду щорічне сальдо міграцій становитиме близько +60 тис. осіб. При цьому додатний міграційний баланс забезпечуватиметься за рахунок афро-азіатських країн, у т.ч. азіатських республік колишнього СРСР, тоді як сальдо міграцій в обміні населенням з країнами Заходу буде помітним від'ємним.

За умов реалізації низького варіанту слід очікувати сплеску вибуття як до країн колишнього СРСР, так і, особливо – до країн Європи та Америки за рахунок збільшення інтенсивності виїзду висококваліфікованих спеціалістів та посилення тенденцій переходу тимчасової трудової міграції у незворотну форму. Міграційні втрати в обміні населенням з Росією обумовлюватимуться тим, що значна частина українських громадян, які мають російське коріння, або тривалий час пропрацювали в Росії, буде прагнути переселитися до цієї країни. Імміграція з афро-азіатських країн все одно матиме місце, однак рівень закріплення іммігрантів в Україні буде порівняно невисоким – від чверті до третини прибулих повертатимуться до країн походження або переїздитимуть до Західних країн. Сальдо міграцій стане від’ємним вже через кілька років, його величина в кінці століття наблизатиметься до –60 тис. осіб на рік. Міграційні втрати усієї України (з врахуванням окупованих територій) будуть в кінці прогностичного періоду на кілька тисяч більшими.

Прогноз чисельності населення

На початок 2020 р. чисельність населення України, згідно доступних джерел, можна оцінити в 44,095 млн осіб (табл. 6.3). З них на окупованих територіях мешкає 6,052 млн осіб. Слід пам’ятати, що обидві величини є завищеними. Згідно наведених гіпотез, найбільш вірогідним є подальший убуток людності в Україні. За «середнім» варіантом прогнозу – до 22,4 мільйону осіб на початок 2100 р. (табл. 6.3). У разі збігу найкращих гіпотез по всіх компонентах: народжуваності, смертності та міграції може реалізуватися навіть незначне зростання – до 45,0 мільйонів. Нижня межа вбачається на рівні 6,7 мільйони осіб. Якби ж усі параметри природного та міграційного руху зберігалися впродовж прогностичного періоду на рівні 2019 р., то чисельність мешканців України на початок 2100 р. досягла б 13,2 мільйону (табл. 6.3).

Аналогічний розрахунок було зроблено для неокупованої частини території України (табл. 6.4).

Таблиця 6.3.

**Прогноз чисельності населення України за варіантами,
на початок року, тис. осіб**

Варіант	2020	2030	2040	2050	2060	2070	2080	2090	2100
Середній	44095	40987	38213	35444	32369	29334	26611	24368	22424
Високий	44095	42179	41531	41480	41438	41706	42257	43346	45005
Низький	44095	39726	34766	29452	23890	18577	13969	10077	6738
Середній без міграції	44095	40649	37307	33963	30372	26877	23754	21169	18925
Постійні показники	44095	40368	36295	31846	27215	22818	19040	15926	13221
Високий-низький-високий	44095	41520	39668	38307	37072	36385	36584	37421	38707
Низький-високий-низький	44095	40374	36581	32454	27836	23072	18243	13875	10023

Джерело: авторський розрахунок на основі різних даних.

Таблиця 6.4.

**Прогноз чисельності населення неокупованої частини України за варіантами,
на початок року, тис. осіб**

Варіант	2020	2030	2040	2050	2060	2070	2080	2090	2100
Середній	38042	35517	33168	30819	28169	25528	23156	21186	19483
Високий	38042	36524	35981	35971	35942	36140	36574	37439	38786
Низький	38042	34446	30198	25588	20710	16026	11946	8493	5515
Середній без міграції	38042	35300	32523	29712	26631	23596	20865	18567	16550
Постійні показники	38042	35004	31589	27839	23890	20124	16868	14147	11756
Високий-низький-високий	38042	35982	34412	33259	32177	31523	31611	32243	33261
Низький-високий-низький	38042	34985	31735	28159	24111	19916	15671	11808	8374

Джерело: авторський розрахунок на основі різних даних.

Ідея тривалого збереження комбінації лише «високих» і лише «низьких» варіантів є малоімовірною, оскільки передбачає, що спостерігатимуться показники лише одного варіанту щорічно. Це можна проілюструвати на прикладі демографічного прогнозу, розробленого Відділом населення Департаменту економічних і соціальних справ ООН. Фахівці ООН уже кілька останніх переглядів своїх демографічних прогнозів одночасно розробляють як традиційні детерміністичні (за варіантами), так і ймовірнісні (симуляції ймовірнісного розподілу) прогнози. «Середній» із детерміністичного набору варіантів є медіаною ймовірнісного прогнозу. Проте, «Високий» і «Низький» варіанти відхиляються значно далі за межі 95 % ймовірнісного інтервалу (рис. 6.4). Тобто статистична ймовірність реалізації таких сценаріїв менше 5 %.

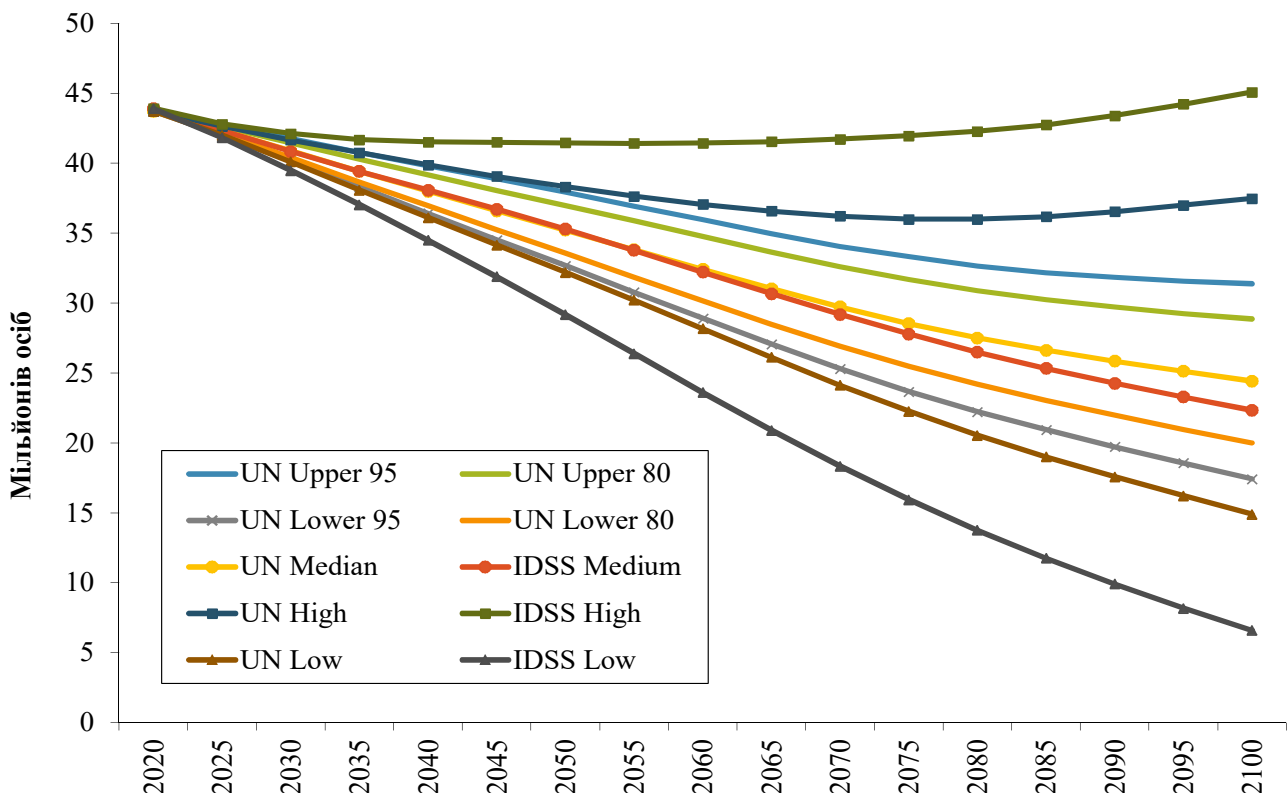


Рис. 6.4. Прогноз чисельності населення України за переглядом ООН 2019 року і переглядом ІДСС 2020 року за варіантами, 2020–2100 рр., на середину року, млн осіб

Джерело: побудовано за даними відділу населення Департаменту економічних і соціальних справ ООН⁴⁰ і авторських розрахунків.

⁴⁰ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019, Online Edition

Цікаво відмітити, що до 2070–2075 рр. результати розрахунків стосовно «Середнього» варіанту динаміки чисельності населення України як спеціалістів Відділу населення ООН, так співробітників ІДСД майже збігаються (рис. 6.4). Натомість, «Високий» і «Низький» варіанти розходяться сильно і майже відразу. Це пов'язано з традиційною для ООН «скромністю» в прогнозі майбутніх обсягів міграцій. Проте, саме міграції мають найбільший ступінь невизначеності в разі стрімкого зростання чисельності населення в маловодних регіонах планети в умовах глобального потепління.

Крім малої ймовірності реалізації варіантів прогнозу, в яких всі компоненти «високі» або «низькі» вони мають ще один серйозний недолік: незначні відмінності між цими варіантами за співвідношеннями між віковими групами. Наприклад співвідношення кількості осіб у віці 60 років і старше до числа осіб у віці 20–59 років до середини ХХІ ст. майже не відрізняються (рис. 6.5).

Починаючи з середини ХХІ ст., екстремальних значень набуває навантаження за варіантами «Низький» і «Низький-високий-низький» (рис. 6.5). За цими варіантами передбачається тривале збереження наднизького рівня народжуваності, який генерує малолюдні покоління, які, у свою чергу, генерують іще менші когорти нащадків. Значний рівень еміграції посилює цей процес. Як уже згадувалося вище, такі сценарії мало ймовірні. Стосовно цього доцільно нагадати, що зі збільшенням горизонту прогнозу зростає його невизначеність, оскільки вплив початкової вікової структури зменшується, а посилюється вплив репродуктивної поведінки поколінь, які ще народилися і репродуктивні настанови яких невідомі. Також є можливими істотні прориви у лікувальній і профілактичній медицині, які можуть призвести до революційних змін у режимі дожиття населення. Непевність у перспективі вносять і можливі пандемії, кліматичні й екологічні зміни, які теж здатні вплинути на відтворення населення та його інтенсивність міграцій.

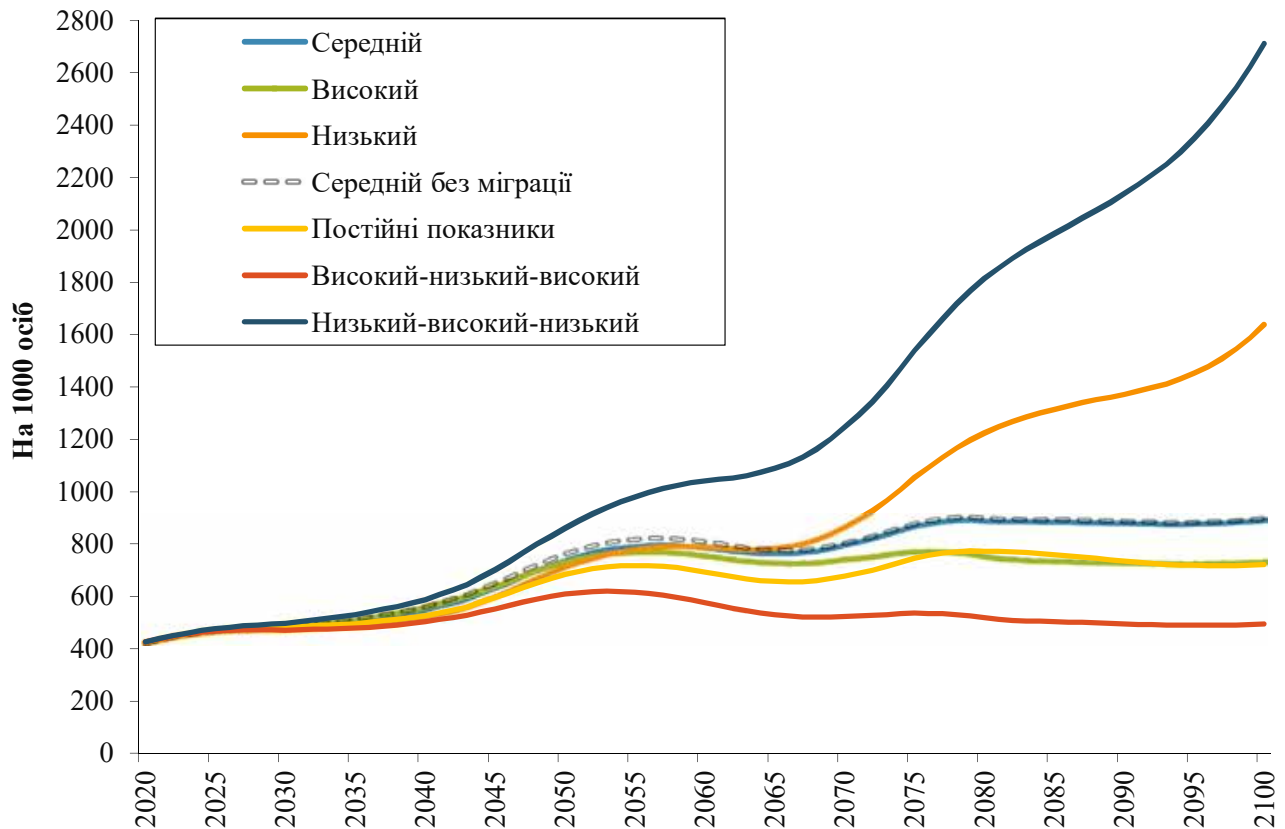


Рис. 6.5. Співвідношення чисельності осіб у віці 60 років і старше до чисельності осіб у віці 20–59 років за варіантами прогнозу, Україна, 2020–2100 рр., на 1 000 осіб

Примітка. Перше слово у назві варіанту означає варіант по народжуваності, друге – тривалості життя, третє – сальдо міграцій. Одне слово означає, що воно стосується всіх компонент.

Джерело: побудовано за зданими авторських розрахунків.

Проведені прогностичні розрахунки дають підстави зродити такі висновки. Чисельність населення України в ХХІ ст., найбільш імовірно, скоротиться. Незначне зростання людності в Україні, є можливим лише за збігу найсприятливіших варіантів за всіма складовими руху населення. Цікаво відмітити, що збереження впродовж тривалого часу екстремальних показників може призводити до дивних результатів. Попередні прогнози, які обмежувалися 2050 або 2060 р. не давали таких результатів. Це показує, як довгострокові демографічні прогнози можуть змодельовати майбутні суспільства, в яких осіб похилого віку

вдвічі або й утричі більше, ніж у працездатному, а частка осіб у віці 65 років і старше становить 50 % або й більше.

Збільшення частки осіб похилого віку зумовлює відповідні вимоги до реформування сфери охорони здоров'я та соціального забезпечення. Питання в тому, який вік буде вважатися «похилим» через півстоліття. Може статися так, що тодішні 60-річні фізіологічно почуватимуться як сучасні 50-ти або й навіть як 40-річні. З певністю можна сказати лише, що в ХХІ ст. такого низького, як зараз, навантаження особами поважного віку більше не буде. Зростання демоекономічного навантаження та відповідне звуження питомої ваги населення в працездатному віці посилює необхідність підвищення продуктивності праці. Саме ця проблема є однією з ключових в умовах демографічного старіння.

Майбутнє, особливо віддалене, може виявитися набагато дивніше, ніж ми зараз можемо собі уявити. Адже ще 30 років тому жоден демографічний прогноз для України не передбачав показників сумарної народжуваності близько 1 дитини на жінку. Можливо, через 30 років помилки в гіпотезах цього прогнозу розглядатимуть із тим відчуттям, із яким зараз читається стаття Ж. Буржуа-Піша про можливий прогрес репродуктивних технологій у майбутньому і клонування дітей десятками мільйонів (с. 308)⁴¹, за потреби. Може статися, що за 40–50 років проблеми прогнозування майбутнього не будуть людей непокоїти.

Детальні результати (по сім варіантів для усієї та підконтрольної території України з розподілом за статтю та однорічними віковими групами на початок кожного року за період 2021–2101 рр.) демографічного прогнозу перегляду 2020 року розміщені на сайті Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України.⁴²

⁴¹ Bourgeois-Pichat J. (1972). In 200 Years So Many Things Can Happen. Population Index, Vol. 38, No. 3. P. 306–310 [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://dx.doi.org/10.2307/2733387>

⁴² Національні демографічні прогнози // Інститут демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://idss.org.ua/forecasts/nation_pop_proj

Після проведення перепису населення необхідно переглянути демографічний прогноз, оскільки з великим ступенем ймовірності можна припустити, що демографічні показники, які використовувались, є дещо іншими.

РОЗДІЛ 7

СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНА ПОЛІТИКА

Розвиток демографічної політики нерозривно пов'язаний із демографічними трансформаціями, які вже тривалий час відбуваються чи не в усіх країнах планети та створюють нові виклики для національних економічних систем. У той час як у ряді регіонів світу гостро стоїть проблема швидкого зростання населення, країни Європи та інші розвинуті країни (у тому числі й Україна) змушені шукати відповіді на соціально-економічні ризики, пов'язані із низькою народжуваністю – прискореним старінням населення, депопуляцією в ряді країн, скороченням частки працездатного населення тощо. Спробами «пом'якшити» негативні наслідки демографічних змін, є реалізація ряду заходів у кількох сферах демографічної політики.

Для розробки й реалізації обґрунтованої політики у відповідь на затяжний кризовий демографічний стан України слід визначитися з пріоритетами щодо державного регулювання в цій сфері та сформулювати належну базу соціально-демографічної інформації як для якісної «діагностики» наявної ситуації, так і для подальшого моніторингу стану справ та очікуваних змін. При визначенні пріоритетів політики (коротко- й середньострокових) слід враховувати: контекст глобальної коронавірусної кризи і несприятливої соціально-економічної динаміки та їх вплив на демографічний стан; прогресивний і незворотній характер старіння населення та необхідність адаптації до нього; невеликі резерви підвищення народжуваності та обмежені можливості матеріального заохочення дітородної активності; сучасну злободенність проблем зі здоров'ям населення країни (посилену надзвичайними поді-

ями останнього часу) та наявні значні резерви скорочення передчасної смертності.

7.1. Політика адаптації до умов старіння населення в Україні

Спроби сформувати комплекси заходів, покликаних вирішити проблеми старіючого населення, здійснюються в розвинутих країнах вже впродовж тривалого часу. Україна також належить до країн, де актуальною є адаптація економічних та соціальних процесів до потреб старіючого населення й здійснюються заходи, спрямовані на вирішення пов'язаних із старінням населення проблем.

Значну роль у формуванні політики стосовно старіючого населення відіграють міжнародні організації та міжнародне співробітництво: проблема старіння населення є глобальною, підходи до подолання наслідків старіння населення розробляються на наднаціональному рівні, рекомендації міжнародних організацій впроваджуються в національне законодавство.

Історія спроб сформувати спільні підходи до вирішення проблем старіння нараховує декілька десятиліть. Перша Всесвітня асамблея з проблем старіння була проведена Генеральною Асамблеєю ООН ще у 1982 році. На асамблеї було прийнято Віденський міжнародний план дій з проблем старіння, спрямований на надання гарантій економічного і соціального забезпечення літніх, а також можливості для вкладу в національний розвиток.⁴³ У 1991 році Генеральною Асамблеєю ООН було прийнято Принципи ООН відносно людей похилого віку. Цей документ включає в себе 18 сформульованих принципів, згрупованих в 5 розділів – незалежність літніх, участь в житті суспільства, догляд за

⁴³ Венский Международный план действий по проблемам старения [Електронний ресурс] Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_870

літніми, реалізації потенціалу літніх та достойний спосіб життя⁴⁴.

Друга всесвітня асамблея з проблем старіння відбулась в 2002 році й завершилась прийняттям Мадридського міжнародного плану дій з питань старіння (ММПДПС), який на даний час є основним рамковим міжнародним документом для формування національної політики в царині старіння.

Мадридський план – це загальна стратегія, з якою держави зобов'язались узгоджувати свої напрями роботи та дії на національному рівні. Метою плану заявлено перехід від «старіючого суспільства» до «суспільства для людей усіх вікових груп». Структурно Мадридський план складається з трьох розділів: введення, рекомендацій і заключного розділу, присвяченого питанням його реалізації. Мадридський план пропонує три пріоритетних напрямки для дій на національному рівні: літні люди і розвиток суспільства; здоров'я і добробут в літньому віці; і умови, що сприяють і підтримують розвиток людини протягом усього життя.⁴⁵ ММПДС включає в себе рекомендації, покликані сприяти окремим державам створювати власні програми трансформації політики в умовах старіння населення і, загалом, в плані нараховується 239 рекомендацій.

В 2002 році також було прийнято документи, які є рамковими стратегіями формування політики щодо людей літнього віку на регіональному рівні й є регіональним продовженням Мадридського плану – Регіональну стратегію реалізації Мадридського плану з проблем старіння та Берлінську декларацію міністрів «Суспільство для людей усіх вікових груп в регіоні ЄЕК ООН». Регіональна стратегія реалізації (РСР) складається із десяти зобов'язань, які беруть на себе уряди країн, що є практичною реалізацією Мадридського плану, а саме:

⁴⁴ Принципы Организации Объединенных Наций в отношении пожилых людей [Електронний ресурс] Режим доступу: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/oldprinc.shtml

⁴⁵ Мадридский международный план действий [Електронний ресурс] Режим доступу: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/ageing_program.shtml

- 1) забезпечити органічне відображення проблем старіння в усіх сферах політики;
- 2) забезпечити повну інтеграцію й участь літніх людей в житті суспільства;
- 3) сприяти рівноправному й стійкому економічному розвитку у відповідь на проблеми старіння;
- 4) скорегувати системи соціального захисту з врахуванням демографічних змін та їх наслідків;
- 5) забезпечити ринкам робочої сили можливість реагувати на наслідки старіння населення;
- 6) сприяти безперервному навчанню та пристосовувати систему освіти до економічних, соціальних та демографічних трансформацій;
- 7) домагатися забезпечення якості життя у будь-якому віці;
- 8) враховувати гендерні чинники у старіючому суспільстві;
- 9) надавати підтримку сім'ям, які доглядають літніми, й підтримувати солідарність між поколіннями та у межах кожного покоління;
- 10) сприяти виконанню регіональної стратегії реалізації за допомогою регіонального співробітництва.⁴⁶

Берлінська декларація наголошує на важливості економічних та соціальних наслідків демографічних змін у сучасному суспільстві й акцентує увагу на необхідності комплексного залученні проблематики старіючого населення в усі сфери державної політики, скоординованості й врахування гендерного чинника.⁴⁷

Міжнародні рамкові документи та зобов'язання безпосередньо впливають на формування політики стосовно літніх людей в Україні. Зокрема, формування нової Державної соціальної програми «Націо-

⁴⁶ Регіональна стратегія реалізації ММПДПС [Електронний ресурс] Режим доступу: http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/mica2002/documents/ECE_AC23_2002_2_Rev6_r.pdf

⁴⁷ Старіння населення в Україні у дзеркалі соціально- демографічної політики / І. О. Курило // Демографія та соц. економіка. – 2012. – № 2. – С. 23–32. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://dse.org.ua/archive/18/2.pdf>

нальний план дій з питань старіння» до 2022 року здійснено в руслі виконання Мадридського міжнародного плану дій з питань старіння та Європейської регіональної стратегії його здійснення, а також реалізації Принципів ООН стосовно людей похилого віку.⁴⁸

Сучасні нормативно-правові документи, які розробляються міжнародними організаціями та національними урядами й покликані долати пов'язані з старінням населення проблеми, тією чи іншою використовують концептуальний підхід, що отримав назву політика «Активного старіння», або ж «Активного довголіття» (Active ageing). Поняття «активне старіння» увійшло в обіг з 1990-х років, хоча теоретичні напрацювання у цьому напрямі велись ще з початку 1950-х. Відповідно до визначення ВООЗ, активне старіння є процесом оптимізації можливостей для підтримання та покращення здоров'я, участі у соціальному житті та почуття безпеки, що спрямовані на підвищення якості життя у процесі старіння.⁴⁹ Політика активного старіння дає змогу людям похилого віку реалізувати їх потенціал для фізичного, соціального і ментального добробуту впродовж усього життя та брати участь у суспільній діяльності згідно з їх потребами та бажаннями. Поруч із терміном «активне старіння» використовується також поняття «активне довголіття», яке ідентичне за трактуванням, але дає змогу уникнути неточностей при перекладі термінів.

Державна політика в царині старіння існує в Україні доволі тривалий час й за цей період напрацьовано досить широкі нормативно-правові засади політики. Орієнтація на вирішення проблем літніх достатньо широко відображена в національній законодавчій базі. У 1991 році було прийнято закон України «Про пенсійне забезпечення», за наступ-

⁴⁸ Проект Концепції Державної соціальної програми «Національний план дій з питань старіння» до 2022 року [Електронний ресурс] Режим доступу: http://www.mlsp.gov.ua/labour/control/uk/publish/article.jsessionid=D6E9BD1659378C09FF59EE048BC09AF1.app1?art_id=188261&cat_id=102036

⁴⁹ Active ageing: a policy framework [Електронний ресурс] Режим доступу: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

ні десятиліття було прийнято близько двох десятків законів, що безпосередньо впливають на становище літніх, зокрема щодо їх соціального захисту. Існують також законодавчі акти, які напряду не пов'язані саме з державною політикою щодо літніх людей, однак впливають на функціонування тих чи інших складових цієї сфери державної політики. Окрім законів, існував ряд цільових документів програмного характеру, метою яких було вирішення пов'язаних зі старінням населення проблем: Стратегія демографічного розвитку України на період до 2015 р. та План заходів щодо її реалізації (прийнята у 2006 році); Концепція Державної цільової програми розвитку паліативної та хоспісної допомоги (на 2010–2014 рр.). У 1990-х роках діяла також цільова програма «Здоров'я літніх людей» (прийнята у 1997 р.).⁵⁰

Більшість зобов'язань Мадридського плану та Регіональної стратегії його реалізації тією чи іншою мірою відображено в державній політиці України. Однак стратегічні підходи до політики стосовно літніх осіб в Україні тривалий час не були сформульовані. Реальні ініціативи тривалий час були сконцентровані переважно на окремих реформах у вузькому сегменті цієї політики (зокрема, у сфері соціального захисту громадян похилого віку та їх пенсійного забезпечення) та на пошуку шляхів реформування ще у кількох напрямках (зокрема, у системі охорони здоров'я).

Останнім «рамковим» документом, який розроблявся задля вирішення пов'язаних з прискореним старінням населення України проблем, є прийнята вже у січні 2018 року Стратегія державної політики з питань здорового та активного довголіття на період до 2022 року. Стратегія покликана стати основним документом, що комплексно обумовлюватиме політику стосовно літніх людей в Україні. В документі визначаються пріоритетні напрями протистояння демографічним змі-

⁵⁰ Населення України. Імперативи демографічного старіння. – К.: ВД «АДЕФ- Україна», 2014. – 288 с. [Електронний ресурс] Режим доступу: http://www.idss.org.ua/monografii/2014_Naselennya.pdf

нам, комплексні заходи щодо підтримки літніх громадян, забезпечення належної якості життя та їх соціальної інтеграції.

Метою Стратегії є забезпечення досягнення адаптованих для України Цілей сталого розвитку (схвалених лідерами країн на засіданні Генеральної асамблеї ООН у вересні 2015 року) створення сприятливих умов для здорового та активного довголіття, забезпечення адаптації суспільних інститутів до подальшого демографічного старіння та розбудови суспільства рівних можливостей. Завданнями Стратегії називаються поліпшення умов для самореалізації громадян літнього віку та їх участі у процесах розвитку суспільства; забезпечення здоров'я та благополуччя літніх; створення середовища, сприятливого для активного життя, захист прав людей літнього віку.⁵¹

План заходів з реалізації Стратегії включає 37 завдань за цими чотирма напрямками. Аналіз документу засвідчує, що Стратегія відображає загальноприйняті на даний час в світі підходи до політики стосовно літніх, зокрема – концепцію Активного старіння, й робить важливий наголос саме на досягненні узгоджених на міжнародному рівні цілей в політиці стосовно літніх. Значна частина документа стосується питань самореалізації громадян літнього віку та створення сприятливого середовища існування, які меншою мірою відображались в минулих нормативно-правових актах. Зокрема, серед очікуваних результатів реалізації Стратегії є: підвищення рівня охоплення літніх формальною освітою та самоосвітою літніх; підвищення рівня зайнятості, поліпшення умов для самореалізації та участі у житті суспільства; створення середовища, сприятливого для активного життя літніх.

На даний час повномасштабна оцінка результатів реалізації Стратегії державної політики з питань здорового та активного довголіття

⁵¹ Про схвалення Стратегії державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 року // Розпорядження Кабінету міністрів України від 11 січня 2018 р. № 10-р [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/10-2018-p#n8>

була б передчасною, проте саме фінансове сприяння виконанню плану заходів з реалізації Стратегії мало б бути одним з пріоритетних завдань державної політики в умовах прогресуючого старіння.

Варто додати також, що через сучасну пандемію саме літні люди опинились в зоні найбільших ризиків щодо втрат здоров'я та навіть смерті. У 2020 р. урядом здійснено ряд заходів щодо збільшення та індексації пенсій, надання додаткової матеріальної допомоги літнім, надання соціальних послуг в умовах необхідного для них соціального дистанціювання.

7.2. Сімейна політика

Надзвичайні умови епідемії COVID-19 й економічної кризи найближчим часом негативно впливатимуть на народжуваність в європейських країнах (у тому числі й Україні). Сімейна політика в цих умовах має бути спрямована на зменшення фінансових і інших ризиків для сімей з дітьми, що дало б змогу мінімізувати падіння народжуваності в найближчий рік-два, уникнути дестабілізації шлюбно-сімейної ситуації та очікувати можливого компенсаційного приросту народжень у подальшому.

Сімейна політика є частиною державної соціальної політики, що здійснює вплив на становище батьків з дітьми з метою забезпечення добробуту, послаблення основних соціально-економічних ризиків, поширення гендерної рівності та сприяння збільшенню народжуваності.⁵² Сучасний етап розвитку сімейної політики країн Європи розпочався в 1970-х роках, зокрема, як реакція на зниження народжуваності до наднизького рівня. Політика еволюціонує відповідно до демографічних трансформацій й намагається давати відповіді на нові виклики.

⁵² Family Policies // Oxford Bibliographies. – R. Nieuwenhuis, W. Van Lancker [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://www.oxfordbibliographies.com/view/document/obo-9780199756384/obo-9780199756384-0205.xml>

Сімейна політика «розкривається» через інструментарій, який, охоплює заходи в кількох сферах: насамперед у сфері забезпечення добробуту (матеріальної підтримки) батьків й дітей та у сфері сприяння працюючим батькам. Важливою складовою сучасної сімейної політики є поширення практичної гендерної рівності. Системи сімейної політики різних країн, з одного боку, мають подібні складові інструментарію, з іншого – помітними є досить сильні відмінності в практиці застосування окремих інструментів.

Підвищені ризики бідності сімей з дітьми зумовлюють необхідність інструментів матеріальної підтримки: виплат на тривалій основі (найчастіше щомісячних) виплат, одноразових грантів при народженні, податкових пільг та різноманітних негрошових форм підтримки. Системи пов'язаних з народженням дитини виплат в окремих країнах мають досить значні відмінності, як в обсягах, так і в умовах отримання (диференціація виплат може здійснюватися відповідно до черговості народженої дитини, рівня доходів батьків, належності до певних груп вразливості – як от самотні батьки, регіону проживання, громадянства тощо). Проте, об'єднує їх досить висока тривалість виплат – найчастіше це до 18–19 років життя дитини з можливістю пролонгації до 25–26 років у випадку продовження дітьми навчання.

Необхідність поєднувати народження дитини з трудовою діяльністю та іншими сферами життя обумовлює необхідність інструментів поєднання батьківства та зайнятості. До цієї групи інструментів відносять надання зручних оплачуваних відпусток батькам, забезпечення доступності соціальних послуг з догляду за дітьми, створення можливостей для «гнучкої» зайнятості батьків, сприяння дружності роботодавців до сімей з дітьми. Важливу роль відіграє забезпечення практичної гендерної рівності у сфері зайнятості, що має наслідком зменшення ризиків бідності для матерів, пом'якшення «подвійного» навантаження, вищі можливості самореалізації, а також певне зростання народжу-

ваності.

До сімейної політики можна віднести досить широке коло інших заходів, які мають вплив на батьків та дітей в ранній період їхнього життя. Зокрема, покращення знань та навичок батьків, подолання соціального виключення, інформаційно-консультаційна підтримка батьків, створення зручної житлової інфраструктури, обладнання міських просторів, громадського транспорту тощо.

Сучасні дослідження наголошують саме на важливості комплексності в побудові сімейної політики, узгодженості дій в різних сферах та тривалості стосовно впливу – необхідності підтримки впродовж усього життєвого шляху, а також необхідності в забезпечення гендерної рівності та боротьба з дискримінацією.

Сімейна політика в Україні також є нерозривно пов'язаною зі зрушеннями у народжуваності, та має вже досить тривалу історію застосування окремих інструментів. Сучасний інструментарій сімейної політики України, з одного боку, подібний до аналогічних комплексів розвинутих країн і включає заходи як матеріальної підтримки батьків, так і інструменти сприяння зайнятості батьків. Проте, існують суттєві особливості за усіма напрямками. Зокрема: матеріальна підтримка батьків значною мірою здійснюється через вагому одноразову допомогу при народженні, в той час як в Європі переважають тривалі щомісячні виплати; відпустка для батьків по догляду за дитиною характеризується значною тривалістю – до досягнення дитиною трьох років, а також неоплачуваністю.

Матеріальна підтримка батьків з дітьми, як вид соціальної допомоги, існує в Україні ще з 1993 року⁵³, проте, до 2005 року розміри її були вкрай незначним. Починаючи з 2005 року, одноразова допомога при народженні дитини стала найбільш вагомим інструментом матеріальної підтримки батьків з дітьми й, на той час, ця допомога була

⁵³ Закон України «Про державну допомогу сім'ям з дітьми»

одним з найбільших грантів при народженні дитини у країнах Європи (8500 грн, або ж 1683 USD за курсом 01 червня 2005 р.). У 2005–2007 роках допомога надавалась у вигляді універсальної допомоги при народженні дитини, яка сплачувалась впродовж одного року після народження дитини без диференціації за черговістю.

Впродовж наступного десятиліття відбувалась постійна трансформація одноразової допомоги при народженні дитини, помітно змінювались обсяги виплат й умови їх надання. В 2008 році допомогу було помітно збільшено, диференційовано за черговістю народження та пролонговано в часі – тепер виплати здійснювались в період від одного до трьох років, залежно від черговості народження. В 2011 році допомогу було збільшено двічі впродовж року й ще більш пролонговано в часі – до 6 років, в залежності від черговості. Також змінився механізм розрахунку – розмір одноразової допомоги при народженні дитини став залежати від розміру прожиткового мінімуму, й відповідно, номінальний розмір виплат постійно зростав впродовж 2011–2013 років.

Станом на 1 січня 2014 р. допомога при народженні першої дитини складала 30 960 грн (3 259 USD., сума кратна 22 розмірам прожиткового мінімуму) й виплачувалась впродовж 24 місяців; при народженні другої дитини – 61 920 грн (6 441 USD., сума кратна 45 розмірам прожиткового мінімуму) впродовж 48 місяців; при народженні третьої і кожної наступної дитини – 116 640 грн (13 067 USD., сума кратна 90 розмірам прожиткового мінімуму) протягом 72 місяців.

У 2014 році, з метою скорочення бюджетних виплат, було встановлено фіксований розмір допомоги в 41 280 грн з яких 10 320 грн надається при народженні, а решта рівними частинами щомісячно, впродовж наступних трьох років. Тим самим скасовано диференціацію виплат за черговістю. Також в 2014 році скасовано допомогу по догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку. Обсяги цієї допомо-

ги були незначними (середній щомісячний розмір у 2012 році становив 347 грн), проте, вона доповнювала фінансовий інструментарій і була пов'язана з перебуванням одного з батьків у відпустці по догляду за дитиною.

В Україні також існує спеціалізована допомога саодиноким матерям, яка подібна до європейських аналогів незначними розмірами, проте, відмінна в своїй незначній тривалості.

Матеріальна допомога при народженні дитини, та зміни її обсягів, мають досить різносторонній вплив на батьків з дітьми, який прослідковується як у «кількісному» вимір – певному «пронаталістському» ефекті, так і у «якісному» – зменшенні ризиків бідності. В наступні роки після запровадження допомоги зросла інтенсивність дітородження та збільшилась частка дітей високих категорій у загальній структурі народжуваності. Результати опитувань 2008, 2009 та 2010 рр. зафіксували, що частка респондентів, які відзначили вплив матеріальної допомоги на свої дітородні наміри, знаходиться на рівні 12–14 %⁵⁴

Зафіксовано наявність досить щільного зв'язку між динамікою розмірів одноразової допомоги при народженні дитини та частотою народження дітей різних черговостей. Зв'язок посилюється зі зростанням черговості народженої дитини, найбільш вагомою допомогою при народженні дитини виявилась для сімей з трьома й більше дітьми.⁵⁵

Допомога при народженні дитини істотно впливає на рівень бідності сімей з дітьми. У 2018 році показник скорочується на 6,5 в. п.: серед цільового контингенту частка бідних за абсолютним критерієм фактично становить 59,9 %, а у випадку гіпотетичної відміни допомоги

⁵⁴ Демографічні результати запровадження допомоги при народженні дитини / Б. О. Крімер // Демографія та соціальна економіка. - 2013. - № 1. - С. 37–46.

⁵⁵ Крімер Б., Галиця О. Матеріальна забезпеченість як фактор народжуваності: специфіка народжень різних черговостей // Україна:аспекти праці. - 2019. - №1. - С.38–44.

він збільшився б до 66,4 %.⁵⁶ Також помітним є внесок у послаблення майнової нерівності⁵⁷.

Починаючи з 2019 року, інструментарій матеріальної підтримки сімей з дітьми доповнився новим видом соціальних виплат – допомогою на дітей, які виховуються у багатодітних сім'ях. Розміри допомоги становлять 1 700 грн на третю та кожную наступну дитину щомісячно, до досягнення нею віку шести років. Станом на 1 січня 2019 року в Україні було обліковано понад 334 тис. багатодітних сімей, у яких виховувалось 1 136,7 тис. дітей.⁵⁸ Підвищений рівень бідності багатодітних сімей обумовлює важливість цієї допомоги як інструмента «пом'якшення» ризиків бідності та чинника, що впливає на прийняття рішення про народження чергової дитини й сприяє більш повній реалізації дітородних настанов батьків.

В умовах пандемії COVID-19 й супутніх кризових явищ в економіці в 2020 році деякий час існувала матеріальна підтримка окремих груп підприємців з дітьми: з квітня по вересень 2020 року здійснювались виплати в розмірі одного прожиткового мінімуму для дітей відповідного віку підприємцям з дітьми віком до 10 років (станом на 01 вересня 2020 р. це 1 859 грн для дітей до шести років).

З 2018 року система матеріальної підтримки батьків з дітьми в Україні доповнилась новим інструментом не грошової підтримки, а саме наданням «пакунку малюка», або ж «бейбі-боксу». Практика надання при народженні дитини певного набору товарів є абсолютно новою для України, проте досить добре відомою в ряді країн світу. Опитування батьків, які отримали «Пакунок маляти» в Україні проде-

⁵⁶ Оцінка ефективності програм соціальної підтримки за даними спеціального опитування населення [Електронний ресурс] Режим доступу: https://idss.org.ua/arhiv/mono_rate.pdf

⁵⁷ Демографічні результати запровадження допомоги при народженні дитини / Б. О. Крімер // Демографія та соціальна економіка. – 2013. – № 1. – С. 37–46.

⁵⁸ З 1 квітня Уряд запроваджує допомогу багатодітним сім'ям: 1700 гривень на третю і кожную наступну дитину [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://www.msp.gov.ua/news/16883.html>

монструвало загальну позитивну оцінку батьками корисності цієї послуги: понад 80 % опитаних батьків вказало рівень корисності «4» та «5» за 5-бальною шкалою, в той час як «1» вказало менше 1 % опитаних. Також абсолютна більшість батьків (67 %), вказали, що державна програма «Пакунок малюка» позитивно вплинула на бюджет їхньої родини й їм вдалось заощадити.

Згідно із опитуваннями ЮНІСЕФ, за два роки існування програми зросла частка батьків, які надають перевагу пакунку перед грошовою виплатою: з 35 % у 2018 році до 8 із 10 у 2020 році.⁵⁹

Надання «бебі-боксів» для новонароджених варто оцінити як корисну практику, яка має певний потенціал щодо впливу на достаток сімей з дітьми та вдосконалення знань та навичок батьків. Подальше вдосконалення може відбуватись через «персоналізацію вибору», оскільки «універсальність» соціальної послуги має наслідком досить різну її корисність для різних груп людей.

Практика реалізації подібних програм в розвинутих країнах свідчить про важливість розширення навчальної складової «пакунку малюка», зокрема для тих батьків, хто має труднощі з отриманням професійних консультацій щодо догляду та виховання дітей.

В 2020 році інструмент зазнав певної трансформації, й надання «пакунку малюка» було замінено на рівнозначну грошову винагороду.⁶⁰ Зазначається також про можливість вибору окремих складових «пакунку малюка» з боку батьків. Проте, ряд громадських організацій висловив занепокоєння щодо фактичного усунення універсальної допомоги у вигляді пакунку малюка.

⁵⁹ ЮНІСЕФ закликає уряд перезапустити “пакунок малюка” - універсальну програму підтримки новонароджених в Україні [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://www.unicef.org/ukraine/press-releases/unicef-ukraine-calls-government-revamp-baby-box-universal-programme-newborn-children?fbclid=IwAR0piX1ymJ80UdimkeyHb5LLzWl6FHfe3VQ5hWd3-3obt2w6DL2OzBOHnRs>

⁶⁰ 01.09.2020 починає працювати новий механізм отримання грошової компенсації одноразової допомоги пакунок малюка [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://www.msp.gov.ua/news/18993.html>

Важливість забезпечення поєднання зайнятості з батьківством є безсумнівно необхідним напрямом розвитку сімейної політики.

В Україні пов'язані з батьківством відпустки характеризуються високою загальною тривалістю та достатньо низькою оплачуваністю. Перелік відпусток включає оплачувану (на рівні 100 % попереднього заробітку) відпустку у зв'язку з вагітністю та пологами тривалістю 126 днів та тривалу неоплачувану відпустку по догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку. Також існують відпустка при усиновленні дитини (56 календарних днів) й додаткова оплачувана відпустка (7 робочих днів) в ряді інших випадків.

Відпустки по догляду за дитиною, з одного боку, повинні мати достатню тривалість задля забезпечення як належної участі в догляді та вихованні дитини, так і загального поєднання зайнятості з сімейним та іншим життям. З іншого боку, тривалість відпустки для батьків може бути надмірною, оскільки занадто довга відпустка батьків криє в собі ризики щодо економічних перспектив батьків, зокрема одиноких. Важливими є рівень оплачуваності відпусток для батьків, гнучкість в умовах отримання.

Усе поширенішими в розвинутих країнах стають відпустки для батька, які покликані сприяти залученню чоловіків до догляду за дитиною та звільненні жінок від «подвійного навантаження». В Україні здійснюються спроби запровадити окрему відпустку для батька при народженні дитини, відповідний законопроект (який пропонує відпустку для батька тривалістю до 14 календарних днів) знаходиться на розгляді у парламенті.⁶¹

Станом на 2019 рік охоплення дітей закладами дошкільної освіти в Україні знаходиться на рівні 57 % (у віці 1–6 років). Проблемою України є помітна перевантаженість дошкільних закладів, як а є найгострі-

⁶¹ Проект Закону про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо відпустки при народженні дитини [Електронний ресурс] Режим доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=67379

шою в містах країни. Актуальними напрямками розвитку соціальної інфраструктури з догляду за дітьми в Україні є: нарощування мережі доступних дошкільних закладів; покращення якості їх роботи, підготовки персоналу та зручності для батьків; розвиток різних форм догляду за дитиною в ранньому віці (доглядальники, сімейні дитячі садки).

Необхідність поєднувати зайнятість та батьківство для працюючих батьків при недостатньому рівні розвитку соціальних послуг з догляду за дитиною є те, що в країні сформувався неформальний сектор нянь та гувернанток, які здійснюють догляд за дітьми. Їх праця зазвичай не регламентується нормативно, трудові відносини реалізуються в форматі усного договору, заробітна плата виплачується готівкою без сплати жодних податків. Якщо раніше наявність няні була прерогативою заможних сімей, зараз до їх послуг звертаються сім'ї з середнім достатком.

В Україні з 2019 року реалізується програма «Муніципальна няня», в рамках якого здійснюються щомісячні адресні виплати батькам чи опікунам, які користуються платними послугами по догляду за дітьми. Подібний інструментарій сімейної політики: покриття частини коштів, витрачених батьками на соціальні послуги з догляду за дитиною існує у Франції з 2004 року.

Ключовим завданням ініціативи є створення умов для поєднання материнства / батьківства з зайнятістю. З одного боку, цей інструмент сприяє поєднанню зайнятості батьків, з іншого боку – цей інструмент чинить позитивний вплив на зайнятість та ринок праці. «Муніципальна няня» створює додаткові можливості для детінізації зайнятості у сфері догляду за дітьми, а також можливості для розвитку приватних закладів, адже за рахунок коштів програми батьки потенційно зможуть на 10–15 % знизити витрати на оплату послуг приватних дошкільних закладів. Скористатися послугами програми зможуть сім'ї з середнім рівнем достатку, які в змозі оплатити послуги няні чи приватної дитя-

чої установи. Проте бюрократичні процедури, а саме щомісячне підтвердження платежів на користь надавача послуг, а також відносно незначний розмір компенсації витрат, перешкоджають долученню до програми.

Важливість поєднання народження дитини з іншими сферами життя має виняткову важливість для сучасних батьків. Дослідження ціннісних орієнтацій студентської молоді у 2019 році зафіксувало значне зростання необхідності в інструментах сприяння зайнятості батьків за минуле десятиліття. Якщо в подібному опитуванні 2009 року тільки 20 % респондентів зазначило важливість створення умов для поєднання зайнятості та народження дитини для прийняття рішення про народження дитини, то в опитуванні 2019 року таких було вже 45 %.

7.3. Політика збереження здоров'я

Пріоритетним напрямом соціально-економічної політики, ціллю якої є подовження тривалості життя, має бути попередження втрат внаслідок передчасної смерті (особливо чоловіків). Максимальні зусилля мають бути спрямовані на ті причини, які, з одного боку, детермінують значну кількість смертей, з іншого – втрати внаслідок яких можуть бути повністю усунуті або істотно мінімізовані в результаті адекватної політики у різних секторах та реалізації науково обґрунтованих стратегій за ключовими проблемами. Для України вони відображені у вибраних індикаторах досягнення цілей сталого розвитку, зокрема, за такими позиціями, як дитяча й материнська смертність; туберкульоз, ВІЛ/СНІД та захворювання, керовані засобами імунопрофілактики; транспортні нещасні випадки та причини, що зумовлюють переважну (80 %) кількість смертей – хронічні неінфекційні захворювання (за окремими патологіями, дезагредованими за статтю).

Розпорядженням КМУ від 26 липня 2018 р. № 530-р. затвердже-

но Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку⁶², і тепер на часі його ефективна реалізація.

Державна політика, спрямована на подовження тривалості життя (насамперед здорового і якісного) має містити виважений науково обґрунтований і ретельно спланований комплекс міжгалузевих заходів, спрямованих на покращання соціально-економічних детермінант громадського здоров'я, насамперед на формування мотивації до здорового способу життя та умов для його дотримання; удосконалення функціонування національної системи охорони здоров'я, підвищення доступності та якості медичної допомоги для населення; звичайно, на тлі забезпечення безпечних і комфортних умов життєдіяльності, надання можливостей для гідної праці і доходів, достатніх для добробуту працюючих громадян і їх родин, дієвого соціального захисту тим, хто його потребує; та досягнення миру у країні.

Однією з найважливіших напрямків такої політики є діяльність з попередження втрат внаслідок передчасної смерті, особливо українських чоловіків. Достовірна статистика причин смерті допомагає визначати політику на державному і місцевому рівнях, насамперед стратегію і конкретні заходи у охороні громадського здоров'я.

COVID-19. У аналітичній записці ООН від 13 травня 2020 р. щодо зв'язку пандемії COVID-19 і необхідності охорони психічного здоров'я показано, що хоча криза COVID-19, передусім є кризою фізичного здоров'я, вона несе зародки великої кризи здоров'я психічного. Належне психічне здоров'я є критично важливим для функціонування суспільства в найкращі часи, а тим більше – у найтяжчі. Пандемія детермінувала зазнала серйозні наслідки для психічного здоров'я. Ймовірно є довгострокове зростання кількості та тяжкості психічних проблем.

⁶² Розпорядження КМУ від 26 липня 2018 р. № 530-р «Про затвердження Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку» // Урядовий кур'єр від 03.08.2018. – № 144.

Серед всього населення широко поширений психологічний дистрес, пов'язаний з COVID-19, при цьому певні групи населення демонструють більш високий його ступінь. Зокрема, медичні працівники частіше підпадали під дію численних стресових чинників, тому збереження психічного здоров'я медичних працівників є критичним фактором для забезпечення готовності до COVID-19, реагування на нього та відновлення нормального життя після пандемії. Люди похилого віку та люди із наявними хронічними захворюваннями, особливо самотні, не отримують звичного лікування та догляду, і впадають у страх (і навіть іноді у відчай!) щодо свого подальшого життя. Емоційні труднощі у дітей та підлітків посилюються через сімейний стрес, соціальну ізоляцію, часто – зі збільшенням жорстокості у оточенні, порушенням нормального процесу навчання та невизначеністю щодо свого майбутнього, що виникає у критичні моменти їх емоційного і соціального розвитку. Жінки несуть більший тягар домашнього стресу, а також мають його непропорційні наслідки в цілому. Люди, які потрапили у конфліктні ситуації, ризикують, що їхні потреби у психічному здоров'ї будуть проігноровані під час пандемії. Стигма, що існує у царині психічного здоров'я, може викликати небажання осіб із проблемами звертатися за допомогою як у зв'язку з COVID-19, так і з симптомами психічних розладів.⁶³

Генеральний директор ВООЗ Т. А. Гебрейесус зауважив на важливість соціальних чинників: «Соціальна ізоляція, страх інфікуватися і втрата членів сім'ї підсилюється стресом, спричиненим втратою доходів, а нерідко і робочого місця». У зоні підвищеного ризику – медики (як через безпосередню загрозу життю через високий ризик інфікування, так і через психічне навантаження, тягар необхідності прийняття

⁶³ Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health (13 May 2020) [Електронний ресурс] Режим доступу: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf
Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>

щоденних рішень, від яких залежить життя або смерть пацієнтів). Дослідження показало, що під час спалаху епідемії у Китаї у 50 % медичних працівників були виявлено ознаки депресії, у 45 % – тривожні розлади, а кожен третій скаржився на безсоння; у Канаді про необхідність психологічної підтримки з початку пандемії заявили 47 % медичного персоналу.

Симптоми депресії, тривожні розлади поширюються серед населення світу, а в Україні до всього долучається і існування в умовах збройного конфлікту на Сході країни. Фахівці Інституту кардіології імені академіка М. Д. Стражеска підкреслили, що за світовим досвідом, поширеність психогенних порушень внаслідок локального військового конфлікту становить 10–25 %, а посттравматичний стресовий розлад становить 10–50 % всіх медичних наслідків бойових подій.⁶⁴ У виступі на XXI Національному конгресі кардіологів у вересні 2020 р. О. С. Чабан, зокрема, наголосив на психологічних аспектах стресасоційованих розладів здоров'я; а також на кореляції між стресом і поширеністю серцево-судинних захворювань. На його думку, кожен четвертий пацієнт кардіолога має серйозні емоційні проблеми, а під час хронічних травмуючих подій сьогодні ця кількість зростає.⁶⁵

На прес-брифінгу з COVID-19 11 березня 2020 р. генеральний директор ВООЗ Т. А. Гебреєсус сказав, що сьогодні повсюди звучить тільки одне слово – пандемія (Pandemic). Він додав, що існують і інші слова, які в англійській мові також починаються на літеру «Р», котрі зараз набагато важливіші й наповнені більш конкретним змістом: профілактика (Prevention), готовність (Preparedness), громадське здоров'я (Public health), політичне лідерство (Political leadership) та, насамперед,

⁶⁴ Стан здоров'я народу України. Нові загрози та виклики / під ред. Коваленка В.М., Корнацького В.М. – К.: Державна установа «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені акад. М.Д. Стражеска», 2020. – 198 с.

⁶⁵ Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health (13 May 2020) [Електронний ресурс] Режим доступу: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf

люди (People).⁶⁶

Попри певні претензії, які закидаються зараз стосовно адекватності реагування ВООЗ на початку пандемії, хотілось б підкреслити, що вже у березні було наголошено на необхідності реалізації підходу, заснованого на залученні всіх секторів влади і всього суспільства й розбудови комплексної стратегії, спрямованої на запобігання поширення інфекції, спасіння життів та зниження негативних наслідків COVID-19, та висловлено певні рекомендації для країн, зокрема, чотири основні завдання, важливі і для України. До них було включено:

- заходи із забезпечення готовності;
- виявлення хворих, надання їм лікування та допомоги;
- попередження подальшого розповсюдження інфекції;
- пошук інноваційних рішень і вивчення досвіду.

ВООЗ закликала активізувати і розширити сферу застосування механізмів реагування на надзвичайні ситуації; розповсюджувати серед населення інформації про ризики і профілактичні заходи та засоби; ізолювати, тестувати і лікувати кожного пацієнта і виявляти і відстежувати всіх контактних осіб; забезпечити готовність лікарень та берегти і навчати своїх медичних працівників⁶⁷.

Аналіз оперативних даних щодо смертності у 2020 р. засвідчує, що у багатьох країнах число смертей перевищує такі за аналогічний період минулого року, причому не лише за рахунок зареєстрованих випадків смерті внаслідок COVID-19. Все частіше висловлюються припущення, що число «непрямих» смертей виявиться значно більшим за кількість безпосередніх уражень вірусом. Тож Україні слід бути готовою до таких та інших проявів розгортання пандемії, враховуючи у розробці протиепідемічних заходів її реальні та потенційні ризика та

⁶⁶ WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 11 March 2020 [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

⁶⁷ Ibid.

наслідки, та орієнтуватись на реалізацію міжсекторальної стратегії.

Якщо Україна не стане негайно нарощувати капіталовкладення у охорону психічного здоров'я населення з метою запобігання його порушень, індукованих пандемією COVID-19 зокрема та нестабільністю політичної та соціально-економічної ситуації в цілому, вона може наразитися на істотне зростання рівня психічних порушень в країні у найближчий час, та, відповідно, зі зростанням смертності внаслідок психічних розладів, суїциду, нападів з метою ушкодження та убивства, зловживань речовинами, що викликають залежність тощо.

7.4. Політика у сфері подовження тривалості життя

У ході епідеміологічного переходу у розвинених країнах відбулися суттєві зрушення у структурі причин смерті населення, а саме: зменшення ролі інфекційних патологій та посилення частки неінфекційних захворювань, на які припадає найбільший тягар втрачених років життя. Внаслідок того, що люди стали доживати до більш пізнього віку, змінилися не лише структура захворюваності й смертності населення, а й вимоги до медицини й охорони громадського здоров'я. Нині майже третина передчасних смертей у віці до 65 років в розвинених країнах відбувається через основні неінфекційні захворювання, а саме: серцево-судинні, новоутворення та діабет. Основними факторами ризику виникнення й розвитку цих хвороб є: зловживання алкоголем, куріння, нездорове харчування та ожиріння, недостатня фізична активність. Більшість національних стратегій охорони здоров'я спрямована саме на боротьбу із неінфекційними захворюваннями та їх факторами ризику і передбачає такі напрями: по-перше, профілактика та своєчасна діагностика цих хвороб; по-друге, ефективне та якісне лікування, в тому числі за рахунок запровадження новітніх технологій та високоспеціалізованої хірургічної допомоги; по-третє, зменшення нерівності та роз-

ширення доступності до лікування, що, в свою чергу, тісно пов'язано із зростанням економічного добробуту населення та поліпшенням якості життя. Подальший прогрес у тривалості життя в розвинених країнах (принаймні, до появи COVID-19) залежить, головним чином, від того, наскільки ефективно національні системи охорони здоров'я спроможні справлятися з питаннями профілактики й ефективного лікування саме довготривалих хронічних захворювань неінфекційного характеру, наскільки можливо зменшити важкість перебігу цих хвороб та «зсунути» смерті від них у якомога старший вік.

При визначенні ймовірних резервів життєздатності й подовження тривалості життя в Україні слід брати до уваги цільові групи населення, на які мають бути спрямовані заходи демополітичного впливу, та причини смерті, смертність від яких можна суттєво знизити.

По-перше, оскільки основна причина низької тривалості життя в нашій країні полягає у високій передчасній смертності чоловіків в інтервалі працездатного віку, то саме чоловіки середнього віку становлять пріоритетну цільову групу у контексті зменшення основних факторів ризику. Йдеться, насамперед, про чоловіків віком 30–44 роки, на які припадає максимум надлишкових смертей порівняно із розвиненими країнами.

По-друге, великий розрив у тривалості життя між Україною та розвиненим європейськими країнами пов'язаний із молодшим, ніж у цих країнах, середнім віком смерті від більшості класів причин смерті. Підвищення тривалості життя можливе не лише за рахунок скорочення рівня смертності від певної причини, а й внаслідок підвищення середнього віку смерті від неї. Якщо неможливо повністю елімінувати причину, зусилля слід сконцентрувати на тому, щоб «відсунути» час смерті від цієї хвороби у якомога старший вік шляхом своєчасного виявлення патології та її ефективного лікування. Це стосується, насамперед, серцево-судинних хвороб та новоутворень, що є найпоширеніши-

ми причинами смерті населення середнього й літнього віку. Натомість смерті від інфекційних захворювань і від зовнішніх причин (нещасних випадків, отруєнь і травм), що найбільше концентруються у молодому віці, можна звести до дуже низького рівня, оскільки ця смертність майже не пов'язана із процесами старіння і піддається впливу (до появи COVID-19).

Пріоритетними напрямками підвищення тривалості життя в Україні є: а) боротьба із серцево-судинними захворюваннями та новоутвореннями з метою скорочення рівня смертності та підвищення середнього віку смерті від них; б) подальша активізація антиалкогольної та антитютюнової політики; в) протидія ВІЛ/СНІДу й туберкульозу; 4) зменшення рівня травматизму. Слід зазначити, що реалізація цих напрямів політики буде неефективна у разі відсутності підвищення економічного добробуту населення та гальмування вже розпочатого реформування медицини та охорони здоров'я.

Розраховувати на послаблення ролі хвороб системи кровообігу у структурі смертності населення України недоцільно, але прагнути скорочення смертності від цих патологій у молодому й середньому віці та витіснення смертей від цих причин у більш пізні вікові групи є доцільним та можливим. Адже ключову роль у розвитку серцево-судинних захворювань відіграє спосіб життя та розповсюдженість вже згаданих факторів ризику. Стратегія зниження смертності від серцево-судинних захворювань, передбачає: а) заходи первинної профілактики, до яких в першу чергу належать національні й регіональні освітньо-профілактичні програми з використанням засобів масової інформації, спрямовані на інформування населення про фактори ризику та формування позитивної мотивації щодо необхідності профілактики, контролю і лікування артеріальної гіпертензії; б) продовження активного виявлення осіб з артеріальною гіпертензією, забезпечення якомога повнішого диспансерного нагляду за хворими на артеріальну гіпертензію з

високим ризиком; в) підвищення якості спеціалізованої кардіологічної допомоги шляхом подальшого реформування кардіологічної служби у частині надання екстреної медичної допомоги, лікування та реабілітації хворих. У цьому контексті позитивними є досвід останніх років по налагодженню роботи мережі реперфузійних центрів, що надають екстрену медичну допомогу пацієнтам із гострим інфарктом міокарду, а також здійснення державних закупівель відповідних лікарських засобів та медичних виробів із залученням спеціалізованих міжнародних організацій, що стало серйозною перешкодою для реалізації корупційних схем у цій сфері.

Новоутворення є другою за значущістю причиною смерті у більшості країн Європейського регіону, включаючи Україну. У розвинутих країнах смертність від раку досягнула своїх пікових значень у кінці 1980-х і у наступні десятиліття почала знижуватися, з різними темпами залежно від регіону. Нині в деяких країнах, як от Данія, Франція, Велика Британія, Іспанія, Нідерланди, рівень смертності від новоутворень є навіть вищим за відповідний показник смертності від хвороб системи кровообігу. Тобто, у цих країнах, темпи зниження смертності від серцево-судинних патологій виявилися вищими, ніж від новоутворень. Разом з тим, усі країни у боротьбі за подовження життя спрямовують свої зусилля на підвищення якості послуг онкологічної ланки медичної допомоги та збільшення охоплення цільових вікових груп населення скринінгом на найпоширеніші онкопатології. Прогрес у показниках виживання онкохворих може бути досягнутий двома шляхами. Перший – це своєчасна діагностика та раннє виявлення хвороби, що відіграє ключову роль у шансах на виживання, а також зменшує витрати на лікування. Другий – вдосконалення методів лікування, застосування новітніх технологій у лікуванні пухлин та модернізація ліків, але цей шлях вимагає вагомих фінансових інвестицій і завжди пов'язаний з ростом витрат на лікування.

Чехія є однією із небагатьох країн Європейського регіону, якій вдалося досягнути поступового й суттєвого зниження онкологічної смертності. Важливим фактором успіху стало запровадження скринінгових програм щодо раку молочної залози, шийки матки та колоректального раку. При цьому найефективнішою виявилася стратегія боротьби із раком молочної залози у жінок. Так, у 2002 р. було ініційовано скринінгову програму на рак молочної залози, спрямовану на жінок віком 45–69 років⁶⁸. З 2010 р. вікову межу було подовжено до 70 років і старше. Програма включає в себе безоплатну для жінки цифрову мамографію у двох проекціях раз на два роки. З 2014 р. було також запроваджено програму персональних запрошень на мамографію для жінок віком 45–70 років, які вчасно не з'явилися на обстеження. Програма включає в себе організацію мережі акредитованих скринінгових центрів, моніторинг та аналіз епідеміологічної ситуації. Це дало змогу досягнути помітних успіхів у ранній діагностиці пухлин молочної залози, що, в свою чергу, призвело до помітного скорочення рівня смертності жінок від раку молочної залози.

Зокрема, завдяки масштабному охопленню жінок обстеженнями, частота нових випадків раку молочної залози зростає, але в середньому 75 % нових випадків виявляється на 1–2 стадії. У 2014 р. скринінгом було охоплено 63 % цільової групи жінок, при цьому інцидентність раку молочної залози виросла на 19,5 % відносно 2004 р., але смертність зменшилась на 10,7 %⁶⁹. Як наслідок, у 2014 р. Чеська республіка у рейтингу 40 країн Європейського регіону за частотою нових випадків раку молочної залози посідала 18 місце, а за показником смертності – 37, де 1 – це максимальний показник, а 40 – мінімальний. Натомість

⁶⁸ Screening mammography is linked to a reduction in breast cancer mortality, a new study shows [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://www.mamo.cz/news-detail/en/49-screening-mammography-is-linked-to-a-reduction-in-breast-cancer-mortality-a-new-study-shows/>

⁶⁹ O. Ngo, O. Májek, J. Danes, P. Tesařová. Breast cancer care in the Czech Republic. Poster, ECIBC Plenary, November 2016.

Україна у цьому рейтингу посіла 38 місце за частотою нових випадків і 7 місце за показником смертності від раку молочної залози.

В Україні проблема ранньої діагностики та ефективного лікування онкологічних хвороб є надзвичайно гострою. Середня п'ятирічна виживаність, що є інтегральним показником ефективності протиракової боротьби, в Україні становить 53 %, і майже 30 % хворих помирає протягом першого року з моменту встановлення діагнозу. Оскільки лікування онкологічних хвороб є дуже високовартісним, найчастіше основний тягар витрат лягає на плечі самих пацієнтів, а допомога благодійних фондів у нашій країні не є такою поширеною, як у розвинених країнах. Тому ефективність лікування та шанси на виживання певною мірою залежать від того, чи зможе сам пацієнт знайти вкрай необхідні кошти. В Україні проблема браку коштів на закупівлю ліків, а також питання проведення тендерів та налагодження поставок, синхронізація державних закупівель ліків із бюджетом не втрачають своєї актуальності. Протягом 2016–2019 рр. за рахунок коштів державного й місцевого бюджетів було покрито близько 60–75 % потреб у медикаментах для лікування онкохворих дітей і не більше 30 % – для дорослих⁷⁰. Незважаючи на деяке збільшення останніми роками фінансування дорослої онкології, потреба у ліках залишається вкрай гострою. Назагал онкологічна ланка у системі охорони здоров'я в Україні є чи найбільш відстаюю за рівнем модернізації технічного оснащення та якістю лікувально-діагностичного обладнання, особливо у регіонах.

2 вересня 2020 р. Верховна Рада України схвалила рекомендації щодо організації протиракової боротьби в Україні, згідно з якими пропонується затвердити національну стратегію контролю онкозахворювань до 2030 року та план дій на її виконання; а також розробити

⁷⁰ Постанова Верховної Ради України про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Організація протиракової боротьби в Україні. Проблеми та шляхи їх вирішення» від 2 вересня 2020 року [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/862-20#Text>

проект закону про загальнодержавну цільову програму боротьби з онкологічними захворюваннями, передбачивши її належне щорічне фінансування та комплекс заходів, спрямованих на виконання резолюції Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я «Профілактика раку і боротьба з ним в контексті комплексного підходу».

Одними із значущих факторів, що зумовлюють втрату здоров'я та підвищують ризик передчасної смерті, є зловживання алкоголем та куріння. Це обумовлює потребу у реалізації виваженої політики щодо тютюну й алкоголю. Рис. 7.1 ілюструє щільний зв'язок між рівнем споживання міцного алкоголю у літрах чистого спирту та очікуваною тривалістю життя чоловіків при народженні у європейських країнах. Україні на цьому рисунку немає через відсутність достовірної статистики щодо алкогольного споживання. Однак, відомо, що Україна характеризується високим рівнем споживання алкоголю та домінуванням напоїв із високою концентрацією спирту у складі алкоголю, що споживаються. Незважаючи на те, що упродовж останніх років відбувається зсув у бік збільшення споживання пива та зменшення вживання міцних напоїв, насамперед серед молодого покоління, алкогольний фактор продовжує відігравати вагомий роль у формуванні масштабної кількості передчасно втрачених років життя, високого рівня травматизму, у тому числі з летальними наслідками.

Демографічні втрати від алкоголю не обмежуються померлими через причини, безпосередньо пов'язані зі зловживанням алкоголем (випадкові отруєння алкоголем, алкогольний цироз печінки, алкогольна кардіоміопатія, хронічний алкоголізм). Окрім безпосередніх існує ще значна частина непрямих втрат, коли саме вживання «ударних» доз алкоголю спричиняє раптове загострення вже наявних хронічних захворювань із летальними наслідками. Надмірне вживання алкоголю також суттєво підвищує ризик смерті від нещасних випадків, отруєнь і травм, тобто від зовнішніх причин смерті. Таким чином, алкогольно

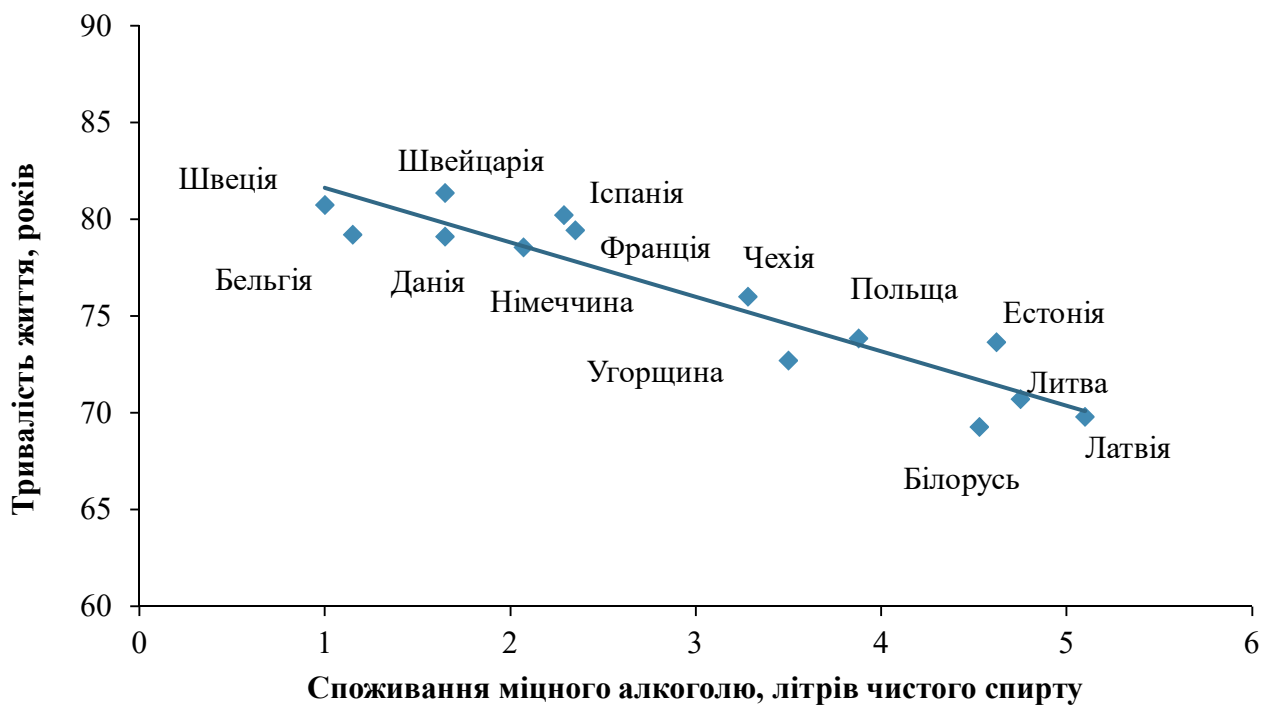


Рис. 7.1. Споживання міцного алкоголю у розрахунку на одну особу віком 18 років і старше та очікувана тривалість життя при народженні, окремі країни Європейського регіону, 2018 р.

Джерело: база даних ВООЗ (European Health for All database (WHO)).

пов'язана смертність охоплює широкий перелік наслідків, і більшість таких смертей відбувається у віці активної трудової діяльності.

Серед ключових напрямів Глобальної стратегії по скороченню вживання алкоголю та Європейського плану заходів по скороченню шкоди від алкоголю 2012–2020 найефективнішими з економічної точки зору заходами профілактики і боротьби з наслідками, пов'язаними із алкоголем, визнано такі: 1) підвищення податків; 2) обмеження доступності алкоголю у роздрібній торгівлі; 3) заборона реклами алкогольної продукції⁷¹.

Покажемо у цьому контексті є приклад Естонії, де модель споживання алкоголю до недавнього часу була типовою для пострадянських країн,

⁷¹ WHO 2010. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva, 38 p. [Електронний ресурс] Режим доступу: https://www.who.int/substance_abuse/msbstrategy.pdf; WHO 2012. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 75 p. [Електронний ресурс] Режим доступу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf

а смертність від причин, пов'язаних із алкоголем, доволі помітною. У період з початку 1990-х до 2008 р. доступність алкоголю у цій країні була високою, а рівень споживання – одним з найвищих у Європейському регіоні. Оцінка різних заходів алкогольної політики у цій країні з точки зору витрат та ефективності показали, що алкогольна політика має бути комплексною і охоплювати широкий перелік заходів, спрямованих на зменшення споживання алкоголю та формування відповідальної поведінки. В Естонії було запроваджено обмеження щодо реклами алкогольних напоїв та заборона їх продажу з 22 до 10 години, а також: жорсткіший контроль дотримання заборони на продаж алкоголю неповнолітнім, регулярні кампанії з запобігання керування транспортними засобами у нетверезому стані, інформаційні тематичні кампанії у засобах масової інформації щодо різних аспектів шкідливого впливу алкоголю⁷².

Серед комплексу заходів та обмежень, що почали запроваджуватися у цій країні з 2008 року до цього часу, найрезультативнішим виявилось підвищення акцизних зборів на алкоголь, навіть беручи до уваги посилення збуту нелегальної алкогольної продукції. З 2016 р. в Естонії відбувається щорічне фіксоване зростання акцизу на алкогольну продукцію. У підсумку, споживання алкоголю на душу населення у цій країні скоротилося від 17,5 літрів у 2007 р. до 11,2 літра у 2018 р., тобто на 36 %⁷³. При цьому показник смертності від причин, пов'язаних зі споживанням алкоголю, скоротився на понад 40 %.

В Україні політика контролю над алкоголем покликана сформувати політичне та соціальне середовище, сприятливе для поширення помірної й відповідальної вживання алкоголю. Урядом реалізовано

⁷² Lima J.M., Brummer J., Schoelin L., Taecht T., Beekmann L., Ferreira-Borges C. 2018. Improving monitoring of implementation of alcohol policy: a case study from Estonia. Панорама общественного здравоохранения. На пути к уменьшению бремени инфекционных заболеваний в Европе. Европейское региональное бюро ВОЗ. Том 4, Выпуск 3. – С. 368–373.

⁷³ База даних ВООЗ (European Health for All database (WHO)).

низку заходів, спрямованих на зменшення споживання алкоголю: упродовж останніх років неодноразово підвищувались ставки акцизного збору на спирт і міцні алкогольні напої, а з 1 липня 2020 р. посилено відповідальність за керування транспортними засобами у нетверезому стані; внесено значні зміни до Закону України «Про рекламу» щодо алкогольних напоїв. Однак гострота алкогольної проблеми та її наслідків для громадського здоров'я залишається все ще високою.

Не менш важливим напрямом є політика щодо запобігання поширенню тютюнопалінню та зменшення обумовленої ним шкоди. З 2006 р. згідно із ратифікованою Рамковою конвенцією ВООЗ із боротьби проти тютюну в Україні реалізовано комплекс адміністративних, економічних та інформаційно-просвітницьких заходів, передбачених Законом України «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення». Результатом антитютюнової політики стала позитивна тенденція до скорочення загальної частки тих, хто курить.

З метою подальшого скорочення втрат, пов'язаних зі зловживанням алкоголем та тютюнопалінням, необхідно забезпечити: неухильне виконання вже прийнятих законодавчих рішень; впровадження комплексу адміністративних, економічних та інформаційно-просвітницьких заходів щодо скорочення попиту на алкогольні й тютюнові вироби; посилення боротьби з незаконною торгівлею тютюновими й алкогольними виробами; запобігання продажу тютюнових виробів неповнолітнім; заборону прихованої реклами алкогольних напоїв; посилення контролю за якістю алкогольних виробів; активізацію інформаційно-просвітницької діяльності щодо здорового способу життя.

Як відомо, Міністерством охорони здоров'я України розроблено Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я. Реформа медичної галузі розпочалась у 2018 році. Основні етапи та завдання реформування галузі прописані у Законі України від 19 жовт-

ня 2017 р. № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», згідно з яким упродовж кількох останніх років було запроваджено суттєві зміни, насамперед, у системі первинної медичної допомоги та її фінансування; створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ), тобто центральний орган виконавчої влади, який реалізує основний принцип медичної реформи «гроші йдуть за пацієнтом» й оплачує вартість реально наданих медичних послуг; вдосконалено систему медичних закупівель. У квітні 2017 року розпочала діяти програма «Доступні ліки», що дала змогу пацієнтам із серцево-судинними захворюваннями, бронхіальною астмою та діабетом II типу отримати певні ліки безоплатно або з доплатою. У 2020 р. розпочалося реформування вторинної ланки медичної допомоги. Якщо раніше лікарні фінансувалися за рахунок медичних субвенцій, то тепер кошти надходять від НСЗУ в рамках так званої Програми медичних гарантій. Однак, незважаючи на те, що держава визначила 26 пакетів гарантованих безкоштовних медичних послуг, які можна отримати пацієнтам, що заключили декларації із сімейними лікарями, на практиці лікування не є безкоштовним і більшість ліків по багатьох напрямках купується за рахунок пацієнтів, а значна частина лікарень має проблему недофінансування. При цьому невирішеними є низка питань як от недостатнє фінансування екстреної медичної допомоги, протитуберкульозної служби, психіатричних лікарень та інше. У цьому контексті дуже важливо продовжувати системне реформування охорони здоров'я, оперативно приймати рішення у відповідь на наявні проблеми з метою налагодження ефективного механізму надання якісних медичних послуг, підвищення фінансової захищеності пацієнтів та скорочення нераціонального витрачання бюджетних коштів.

Досвід розвинених країн показав, що для досягнення контролю над основними факторами ризику неінфекційних захворювань, збереження здоров'я та довголіття важливою є реалізація комплексної мі-

жгалузевої стратегії, яка не обмежується діяльністю медичної галузі. Необхідна системна робота й суспільна коаліція у справі охорони громадського здоров'я, що має поєднати зусилля політиків, ефективне реформування медичної галузі, широкий діалог із громадськістю та активне залучення засобів масової інформації.

7.5. Політика щодо внутрішньо переміщених осіб, українських трудових мігрантів та іноземців в Україні

Політика щодо ВПО. Основним законодавчим актом у сфері внутрішнього переміщення в Україні є Закон України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб»⁷⁴. У листопаді 2017 р. українським урядом було ухвалено «Стратегію інтеграції внутрішньо переміщених осіб та впровадження довгострокових рішень щодо внутрішнього переміщення на період до 2020 року»⁷⁵, що пропонує довгострокові рішення у вирішенні основних проблем ВПО, таких як працевлаштування, забезпечення житлом, соціальна інтеграція у приймаючі громади. За рік було розроблено і затверджено відповідний план заходів з реалізації стратегії⁷⁶.

Працевлаштування є однією з найбільш актуальних проблем ВПО.

⁷⁴ Закон України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб» від 20 жовтня 2014 р. № 1706-VII. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1706-18#Text>.

⁷⁵ Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення *Стратегії інтеграції внутрішньо переміщених осіб та впровадження довгострокових рішень щодо внутрішнього переміщення на період до 2020 року*» від 15 листопада 2017 р. № 909-р. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/909-2017-%D1%80#Text>.

⁷⁶ Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження плану заходів з реалізації *Стратегії інтеграції внутрішньо переміщених осіб та впровадження довгострокових рішень щодо внутрішнього переміщення на період до 2020 року*» від 21 листопада 2018 р. № 944-р. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/944-2018-%D1%80>.

Відповідно до результатів Національної системи моніторингу⁷⁷, рівень зайнятості переселенців становив 47 % (станом на вересень 2019 р.). Заходи стимулювання роботодавців наймати ВПО викладені у відповідній Постанові КМУ⁷⁸. У 2018 р. Мінсоцполітики було затверджено нову форму договору про компенсацію витрат роботодавця на оплату праці працевлаштованої особи з числа внутрішньо переміщених осіб⁷⁹.

Втім ряд особливостей законодавства зводить зусилля нанівець: обмеження категорій роботодавців, які можуть отримувати компенсацію від держави; часові рамки виплати компенсації роботодавцю (6 місяців) при мінімальному терміні працевлаштування ВПО на 1 рік; сплата компенсації у межах дії довідки ВПО; виплата компенсацій здійснюється з Фонду соціального страхування на випадок безробіття та Фонду соціального захисту інвалідів (у разі наявності коштів); відшкодування вираховується відповідно до середньої зарплатні штатного працівника в регіоні. Таким чином, лише незначна кількість ВПО працевлаштовується Центрами зайнятості. У 2017 р. в чисельність працевлаштованих ВПО склала 5,9 тис. осіб, у 2018 – 5,6 тис, у січні-травні 2019 р. – 1,9 тис. осіб⁸⁰.

Відповідно до результатів Національної системи моніторингу у

⁷⁷ Звіт Національної системи моніторингу ситуації з внутрішньо переміщеними особами. Вересень 2019. МОМ. [Електронний ресурс] Режим доступу: https://iom.org.ua/sites/default/files/nms_round_15_ukr_screen.pdf.

⁷⁸ Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку здійснення заходів сприяння зайнятості, повернення коштів, спрямованих на фінансування таких заходів, у разі порушення гарантій зайнятості для внутрішньо переміщених осіб» від 8 вересня 2015 р. № 696. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/696-2015-%D0%BF#Text>.

⁷⁹ Наказ Міністерства соціальної політики України «Про затвердження Примірної форми договору про компенсацію витрат роботодавця на оплату праці працевлаштованої особи з числа внутрішньо переміщених осіб» від 25 квітня 2018 р. № 588. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://www.msp.gov.ua/documents/3765.html>.

⁸⁰ Коба Є. Помощь переселенцам с трудоустройством: красиво на бумаге, неэффективно в жизни // Українська правда. - 2019. 19 липня. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://www.pravda.com.ua/rus/columns/2019/07/9/7220364/>

вересні 2019 р.⁸¹, 47 % ВПО розраховує на державну підтримку, що є другим найчастіше згадуваним джерелом доходів цієї групи. Державою надається щомісячна адресна допомога на покриття витрат на проживання та оплату житлово-комунальних послуг⁸². У 2018–2019 рр. урядом було встановлено нові розміри допомоги⁸³, спрощено механізм надання допомоги та розширено категорію отримувачів (діти, які народилися після дати початку проведення антитерористичної операції, тимчасової окупації або заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії РФ, особи, які потребують вторинної та третинної медичної допомоги).⁸⁴ За період 2014–2019 рр. Мінсоцполітики передбачались видатки в обсязі 16,1 млрд грн, у тому числі у 2019 році – 3 042,6 млн грн.⁸⁵

Актуальною залишається проблема забезпечення ВПО житлом. Хоча українською державою та міжнародними організаціями робилися

⁸¹ Звіт Національної системи моніторингу ситуації з внутрішньо переміщеними особами. Вересень 2019. МОМ. [Електронний ресурс] Режим доступу: https://iom.org.ua/sites/default/files/nms_round_15_ukr_screen.pdf.

⁸² Постанова Кабінету Міністрів України «Про надання щомісячної адресної допомоги внутрішньо переміщеним особам для покриття витрат на проживання, в тому числі на оплату житлово-комунальних послуг» від 01 жовтня 2014 р. № 505. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/505-2014-%D0%BF#Text>.

⁸³ Постанова Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до пункту 3 Порядку надання щомісячної адресної допомоги внутрішньо переміщеним особам для покриття витрат на проживання, в тому числі на оплату житлово-комунальних послуг» від 17 січня 2018 р. № 15. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/15-2018-%D0%BF#n2>.

⁸⁴ Постанова Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України» від 11 липня 2018 р. № 548. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/548-2018-%D0%BF#n9>.

Постанова Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України» від 5 вересня 2018 р. № 713. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/713-2018-%D0%BF#n12>.

Постанова Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до постанов Кабінету Міністрів України від 1 жовтня 2014 р. № 505 і 509» від 14 серпня 2019 р. № 754. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/754-2019-%D0%BF#n9>.

⁸⁵ Внутрішньо переміщені особи. Міністерство соціальної політики України. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://www.msp.gov.ua/timeline/Vnutrishno-peremishcheni-osobi.html>.

певні кроки для розміщення та покращення умов проживання ВПО у нових місцях розселення, лише 12 % переселенців проживали у власному житлі станом на червень 2019 року⁸⁶. З кінця листопада 2017 року ВПО мають право брати участь у Державній програмі «Доступне житло»⁸⁷. За умовами Програми учасникам-переселенцям надається державна допомога у розмірі 50 % вартості будівництва (придбання) доступного житла та/або пільговий іпотечний кредит. У той же час, фінансування програми «Доступне житло» стикається з певними труднощами. Так, у 2018 році було виділено з державного бюджету України лише 100 млн. гривень замість 1 млрд., що дозволило придбати квартири 300 родинам (замість 3,5 тис.). У 2019 році з державного бюджету надійшло 300 млн. гривень. Втім, виділення коштів відбувається зазвичай наприкінці року, що створює додаткові складнощі для збору та подання заяв від ВПО.

Міністерство з питань тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщених осіб України ініціювало у 2017 році бюджетну програму щодо надання територіальним громадам грошової підтримки (субвенцій) для забезпечення ВПО тимчасовим житлом⁸⁸. Відповідно до змін у серпні 2019 року⁸⁹, субвенції з державного бюджету надаються за умови співфінансування заходів з місцевого бюджету у розмірі не

⁸⁶ Звіт Національної системи моніторингу ситуації з внутрішньо переміщеними особами. Вересень 2019. МОМ. [Електронний ресурс] Режим доступу: https://iom.org.ua/sites/default/files/nms_round_15_ukr_screen.pdf.

⁸⁷ Житлова програма «Доступне житло». Державний фонд сприяння молодіжному житловому будівництву. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://www.molodkredit.gov.ua/zhytlovi-prohramy/dostupne-zhytlo>.

⁸⁸ Постанова Кабінету Міністрів України «Порядок та умови надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення заходів щодо підтримки територій, що зазнали негативного впливу внаслідок збройного конфлікту на сході України» від 4 жовтня 2017 р. № 769. Верховна Рада України [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/769-2017-%D0%BF>.

⁸⁹ Постанова Кабінету Міністрів України «Про внесення зміни до пункту 4 Порядку та умов надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення заходів щодо підтримки територій, що зазнали негативного впливу внаслідок збройного конфлікту на сході України» від 21 серпня 2019 р. № 793. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/793-2019-%D0%BF#n2>.

менше 30 % (раніше було 50/50). Відповідно до даних Міністерства⁹⁰, за рахунок коштів субвенції 2017–2018 роках було придбано 188 квартир та тимчасовим житлом забезпечено приблизно 600 внутрішньо переміщених осіб, у 2019 році планувалося придбати 59 квартир.

Трудові мігранти. Відносини у сфері зовнішньої трудової міграції регулюються Конституцією України, Законом України «Про зовнішню трудову міграцію» (2015)⁹¹, законами «Про зайнятість населення» (2013), «Про імміграцію» (2001), «Про правовий статус іноземців та осіб без громадянства» (2012), «Про ліцензування видів господарської діяльності» (2015). Серед інших важливих актів законодавства: Стратегія державної міграційної політики України на період до 2025 року (2017)⁹², План заходів на 2018–2021 роки щодо реалізації Стратегії державної міграційної політики України на період до 2025 року (2018)⁹³, План заходів щодо забезпечення реінтеграції в суспільство трудових мігрантів і членів їх сімей (2017)⁹⁴, Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з посередництва у працевлаштуванні за кордо-

⁹⁰ Інформаційно-аналітичні матеріали щодо поточного стану справ діяльності Міністерства з питань тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщених осіб України станом на 04 вересня 2019 року. Міністерство з питань тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщених осіб України [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://mtot.gov.ua/ua/informacino-analitichni-materiali-schodo-potochnogo-stanu-sprav-dijalnosti-mtot-stanom-na-04092019>.

⁹¹ Закон України «Про зовнішню трудову міграцію» від 5 листопада 2015 року № 761-VIII. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/761-19#Text>.

⁹² Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Стратегії державної міграційної політики України на період до 2025 року» від 12 липня 2017 р. № 482-р. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/482-2017-%D1%80#Text>.

⁹³ Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження плану заходів на 2018-2021 роки щодо реалізації Стратегії державної міграційної політики України на період до 2025 року» від 29 серпня 2018 р. № 602-р. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/602-2018-%D1%80#Text>.

⁹⁴ Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження плану заходів щодо забезпечення реінтеграції в суспільство трудових мігрантів і членів їх сімей» від 12 квітня 2017 р. № 257-р. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/257-2017-%D1%80#Text>.

ном (2015)⁹⁵, міжнародні договори України, згоду на обов'язковість яких надано Верховною Радою України.

Однією з основних проблем українських трудових мігрантів є шахрайство з боку посередників при працевлаштуванні за кордоном та високий рівень трудової експлуатації та потрапляння у тенета торгівців людьми. З метою посилення контролю за організаціями, які надають послуги з працевлаштування українським громадянам, у 2020 році урядом було затверджено Постанову, що визначає критерії, за якими оцінюється ступінь ризику від провадження господарської діяльності з посередництва у працевлаштуванні за кордоном і визначається періодичність проведення планових заходів державного нагляду⁹⁶. Документом визначено такі критерії оцінки діяльності компанії з працевлаштування, як строк провадження діяльності, чисельність працевлаштованих за кордоном осіб, наявність обґрунтованих скарг фізичних або юридичних осіб, кількість виявлених порушень за результатами перевірки.

Крім того, у червні 2020 р. Верховною радою України було прийнято за основу проект Закону «Про захист трудових мігрантів та боротьбу з шахрайством у працевлаштуванні за кордон»⁹⁷.

Іноземці. Законодавча база, що регламентує в'їзд, виїзд і перебування іноземців в Україні, є досить детально розробленою. Серед ос-

⁹⁵ Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з посередництва у працевлаштуванні за кордоном» від 16 грудня 2015 р. № 1060. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1060-2015-%D0%BF#Text>.

⁹⁶ Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження критеріїв, за якими оцінюється ступінь ризику від провадження господарської діяльності з посередництва у працевлаштуванні за кордоном і визначається періодичність проведення планових заходів державного нагляду (контролю) Міністерством розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства» від 19 серпня 2020 р. № 734. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/734-2020-%D0%BF#Text>.

⁹⁷ Постанова Верховної Ради України «Про прийняття за основу проекту Закону України про захист трудових мігрантів та боротьбу з шахрайством у працевлаштуванні за кордон» від 16 червня 2020 року № 699-IX. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/699-20#Text>.

новних законодавчих актів: Закон України «Про правовий статус іноземців та осіб без громадянства» (2011)⁹⁸, Закон «Про біженців та осіб, які потребують додаткового або тимчасового захисту» (2011)⁹⁹, Закон «Про імміграцію» (2001), Постанови КМУ «Про затвердження Типового положення про пункт тимчасового перебування іноземців та осіб без громадянства, які незаконно перебувають в Україні» (2003), «Про затвердження Порядку оформлення, виготовлення і видачі посвідки на постійне проживання та посвідки на тимчасове проживання і технічного опису їх бланків та внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 26 грудня 2002 р. № 1983» (2012), «Про затвердження Порядку продовження строку перебування та продовження або скорочення строку тимчасового перебування іноземців та осіб без громадянства на території України» (2012), «Про затвердження Положення про посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту» (2012), «Про затвердження Положення про посвідчення особи, якій надано тимчасовий захист» (2012), «Про затвердження Правил оформлення віз для в'їзду в Україну і транзитного проїзду через її територію» (2017), а також ряд наказів Міністерства внутрішніх справ України.

Серед недавніх змін у законодавстві України, які відбулися у 2019 році, – оновлення переліку адміністративних послуг у сфері міграції та їх вартості¹⁰⁰, затвердження Вимог до відцифрованого образу обличчя особи, фотокарток, що подаються для оформлення або обміну документів, що посвідчують особу, підтверджують громадянство України

⁹⁸ Закон України «Про правовий статус іноземців та осіб без громадянства» від 22 вересня 2011 року № 3773-VI. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3773-17#Text>.

⁹⁹ Закон України «Про біженців та осіб, які потребують додаткового або тимчасового захисту» від 8 липня 2011 року № 3671-VI. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3671-17#Text>.

¹⁰⁰ Постанова Кабінету Міністрів України «Про внесення змін у додаток до постанови Кабінету Міністрів України від 2 листопада 2016 р. № 770» від 24 квітня 2019 р. № 371. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/371-2019-%D0%BF#Text>.

чи спеціальний статус особи, та фотографічного зображення на них¹⁰¹.

Не зважаючи на це, доступ іноземців до працевлаштування, житла, освіти, сфери охорони здоров'я залишається обмеженим через низку причин, серед яких низький рівень володіння мовою, необізнаність роботодавців, працівників освіти, закладів охорони здоров'я та інших відповідальних посадовців з правами іноземців в Україні. Серед основних труднощів, з якими стикаються іноземці в Україні:

- труднощі з оформленням дозволу на підприємницьку діяльність;
- недостатня обізнаність про послуги, які надає державна служба зайнятості;
- визнанням дипломів про освіту, оскільки звернення до країн їх походження є ускладненим (у випадку біженців);
- недостатня мережа закладів, які надають послуги з вивчення української мови;
- відсутність власного житла;
- відсутність реєстрації за місцем проживання, що ускладнює доступ до адміністративних та соціальних послуг;
- дискримінація при пошуку житла.

¹⁰¹ Наказ МВС України «Про затвердження Вимог до відцифрованого образу обличчя особи, фотокарток, що подаються для оформлення або обміну документів, що посвідчують особу, підтверджують громадянство України чи спеціальний статус особи, та фотографічного зображення на них» від 18 жовтня 2019 р. № 875. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/z1146-19#Text>.

ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ

Демографічну ситуацію в Україні можна визначити як катастрофічну. Темпи депопуляції є одними з найшвидших у світі. Криза носить системний характер та обумовлена усіма трьома складовими демографічного процесу.

За період з початку XXI століття найбільший внесок у депопуляцію був обумовлений змінами у народжуваності. Прискорились процеси, які розпочались у останній чверті XX століття. Зміна репродуктивної поведінки в Україні обумовлена як продовженням довготривалого процесу зниження народжуваності, так соціально-економічною кризою, яка перманентно триває з середини 1980-х років. Результатом є зниження загального рівня народжуваності до рівня, значно нижче необхідного для забезпечення простого відтворення населення; зниження народжуваності у наймолодших та зростання у старших вікових групах матерів, що призвело до збільшення середнього віку матері при народженні дитини. Ці процеси пов'язані зі зміною шлюбно-сімейних відносин, що характеризується переходом до нуклеарної сім'ї, зростанням частки дітей, народжених поза офіційним шлюбом, зростанням віку вступу у перший шлюб та зростанням кількості консенсуальних шлюбів, у яких рівень народжуваності нижчий, ніж у офіційно укладених.

Смертність залишається високою, а тривалість життя, хоча і збільшилась з 2002 року на 4,2 року у чоловіків та 2,9 року у жінок, є низькою порівняно з багатьма європейськими країнами. Структура причин смерті, яка зберігається вже багато років, свідчить про те, що життя і здоров'я не стали основними цінностями а ні держави, а ні населення.

Трудова міграція та міграція, пов'язана з навчанням за кордоном,

мають тенденцію до переходу у постійну. Це безпосередньо впливає на вікову структуру населення, а також на рівень народжуваності.

Виходячи з реальної ситуації, демографічний прогноз є невтішним для України.

Похідними від кризової демографічної ситуації є велика ймовірність поглиблення соціально-економічних проблем, збільшення рівня загрози територіальній цілісності; збільшення обсягів міграції як з, так і в країну, що поступово може призвести до зміни етнічного складу.

Задача, яка видається реальною на цей час – зменшити темпи депопуляції, а з часом – стабілізувати чисельність населення. Це можливо тільки шляхом проведення активної соціально-економічної політики.

Окремим є питання якості даних: значна віддаленість від перепису населення, облік міграційних процесів, особливо які відбулися після 2014 року, ставлять під сумнів коректність оцінки чисельності населення. Відповідно це знижує точність відносних показників та прогнозу. Єдиний можливий спосіб підвищення якості демографічних даних – проведення перепису населення України.

Наукове видання

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ НАУК УКРАЇНИ
Інститут демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи

НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ
ДЕМОГРАФІЧНІ ТЕНДЕНЦІЇ В УКРАЇНІ
у 2002–2019 рр.

Колективна монографія

Авторський колектив:

О.М. Гладун (наук. ред.), С.Ю. Аксьонова, О.К. Гаврилюк, Т.О. Гнатюк,
Б.О. Крімер, І.О. Курило, Н.М. Левчук, І.П. Майданік, О.В. Позняк,
Н.О. Рингач, Л.І. Слюсар, П.Є. Шевчук

Комп'ютерна верстка, макетування та дизайн обкладинки А.І. Вернер

Підписано до друку 28.12.2020 р.
6,63 друк. арк. Об'єм даних 3,12МБ

Інститут демографії та соціальних досліджень
імені М.В. Птухи НАН України
Україна, 01032, м. Київ, бул. Т. Шевченка, 60,
тел. (044) 486-62-38; e-mail: demography@idss.org.ua, <http://www.idss.org.ua>

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до державного реєстру видавців,
виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції

серії ДК № 1997 від 29.10.2004 р.