

**ФОНД НАРОДОНАСЕЛЕННЯ ООН
УКРАЇНСЬКИЙ ЦЕНТР СОЦІАЛЬНИХ РЕФОРМ**

**КОМПЛЕКСНЕ ДЕМОГРАФІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ
В УКРАЇНІ**

КИЇВ - 2006

УДК 330.105
ББК

/ С.І. Пирожков, Е.М. Лібанова, Н.С. Власенко та ін./ за ред. чл.-кор. НАНУ, д.е.н., проф. Е.М. Лібанової. – Український центр соціальних реформ, 2006 - 188 с.

Монографія являє собою комплексне дослідження демографічної ситуації в Україні, яке було проведено в рамках реалізації проекту Фонду Народонаселення ООН (UNFPA). У роботі подається аналіз основних демографічних тенденцій: народжуваності, смертності, міграції. Робота висвітлює найбільш актуальні проблеми демографічного розвитку України, містить принципові рекомендації щодо стратегії демографічного розвитку. Авторами розроблено статичні і динамічні моделі демографічних процесів та структур.

Видання призначене для фахівців в області демографії, соціальної політики, науковців, педагогічних працівників, слухачів, студентів.

Надруковано за сприяння Фонду Народонаселення ООН в Україні

ЗМІСТ

С.

1.	МЕТОДОЛОГІЯ СУЧАСНИХ ДЕМОГРАФІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ	6
2.	ЧИСЕЛЬНІСТЬ ТА ТЕРИТОРІАЛЬНЕ РОЗМІЩЕННЯ НАСЕЛЕННЯ	11
2.1.	Динаміка чисельності населення	11
2.2.	Склад населення за громадянством	13
2.3.	Урбанізація та особливості розселення населення	16
3.	ЕВОЛЮЦІЯ СТАТЕВО-ВІКОВОГО СКЛАДУ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ВІДТВОРЕННЯ НАСЕЛЕННЯ	20
3.1.	Трансформації статево-вікового складу населення	20
3.2.	Старіння населення та його соціально-демографічні наслідки	24
3.3.	Особливості статево-вікової структури міського та сільського населення	26
4.	ДЕМОГРАФІЧНІ МОДЕЛІ	32
5.	ЕТНІЧНИЙ СКЛАД НАСЕЛЕННЯ	38
5.1.	Етно-демографічна ситуація в Україні	38
5.2.	Динаміка етнічного складу населення та її чинники	40
5.3.	Мовні ознаки населення	48
5.4.	Расовий та релігійний склад населення	50
6.	НАРОДЖУВАНІСТЬ	53
6.1.	Тенденції народжуваності (динаміка, повікові відмінності, міжнародні порівняння).	53
6.2.	Повікові відмінності народжуваності	54
6.3.	Народжуваність за типом населеного пункту	58
6.4.	Чинники зниження народжуваності	67
7.	СТАН ЗДОРОВ'Я ТА СМЕРТНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ	70
7.1.	Здоров'я населення та тенденції захворюваності	70
7.2.	Проблеми репродуктивного здоров'я	79

7.3.	Соціально детерміновані захворювання: ВІЛ/СНІД та туберкульоз	91
7.4.	Загальна характеристика смертності та тривалості життя населення України	104
7.5.	Причини смертності населення України	123
7.6.	Регіональні відмінності смертності населення України	135
8.	МІГРАЦІЙНІ ПРОЦЕСИ	116
8.1.	Міграційна мобільність та її вплив на демографічний розвиток	116
8.2.	Регіональні особливості міграційної ситуації	124
8.3.	Нові форми міграційних процесів: зовнішня трудова міграція, рух біженців та транзит нелегальних мігрантів	128
9.	ДЕМОГРАФІЧНА ПОЛІТИКА	141
9.1.	Міжнародний досвід демографічної політики	141
9.2.	Рекомендації щодо удосконалення демографічної політики в Україні	144

1. МЕТОДОЛОГІЯ СУЧАСНИХ ДЕМОГРАФІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Розвиток населення в часі відповідає динаміці складної відкритої системи. Взаємовплив чисельності та вікової структури, народжуваності, смертності, міграцій „занурений” у середовище суспільно-економічних відносин. Ці відносини створюють той фон, умови, що формують і зрештою визначають напрямок та дію конкретних демографічних факторів. Вони впливають на репродуктивну поведінку, особливості смертності населення та його механічний перерозподіл між окремими територіальними підсистемами.

Закони народонаселення умовно поділяються на: 1) закони природного руху (закон зміни поколінь, відтворення населення), 2) закони просторового руху (міграцій і розміщення), 3) закони соціального руху (закономірності зміни соціальної, професійної, освітньої та ін. структур). Окремо виділяються економічні закони народонаселення та соціологічні (Рис. 1.1).

Економічні закони народонаселення досліджуються **економікою народонаселення**. Ця галузь досліджує взаємозв'язок окремих сторін економіки з типом демографічного відтворення та демографічними процесами. Окремою галуззю виділяється також **економіка демопроцесу**, яка вивчає якісні характеристики демовідтворення, сутісний взаємозв'язок демографічних структур (вікових, соціальних тощо), руху населення із виробничою функцією та споживанням.

Закони природного руху населення знайшли своє втілення в **теорії демографічного переходу** (демографічної революції). Ця концепція застосовується для пояснення зміни типів відтворення населення. Виділяють чотири фази переходу від архаїчного типу відтворення (висока народжуваність-висока смертність), через розширений (2 послідовні етапи зниження спочатку смертності, а потім – народжуваності) до звуженого типу відтворення (низька народжуваність-низька смертність).

Соціологічні крім уже зазначених законів соціальної мобільності вивчають роль та функції сім'ї в залежності від суспільної обумовленості діяльності людини (його репродуктивної, вітальної поведінки). Іноді закони соціальної мобільності об'єднують у **теорію соціальної мобільності**.

Одною з найперших спроб теоретично обґрунтувати динаміку чисельності населення був „Досвід про закон народонаселення ...” Томаса Мальтуса (T.R. Malthus). В цій роботі вказується на протиріччя зростання чисельності населення та обмеженості ресурсної бази (закон убутної плодючості ґрунту). Не зважаючи на „антинауковість” цієї концепції, питання, підняті Мальтусом наприкінці XVIII ст., сприяли подальшому розвитку економічних учень і демоекономічних моделей.

Аналіз темпу росту населення становить значний науковий інтерес. На основі дослідження взаємозв'язку вікової структури та режиму відтворення населення утворилась **теорія стабільного населення**.

Як видно з Рис. 1.1, демографічні моделі є системоутворюючим елементом, що ув'язує теоретичні демографічні конструкції з сукупністю прикладних демографічних методів і прийомів.

Модель експоненційного (Мальтузіанського) **населення** історично сягає найперших спроб встановити закон росту населення, про який відмічалось вище. В ній взаємопов'язаними є постійний у часі темп росту населення й один із його параметрів (вікова структура або функція дожиття).

$$\int_u^v \frac{C(x)}{C(0)} e^{rx} \times e^{-rx} f(x,t) dx = 1$$

де r – коефіцієнт природного приросту стабільного населення,
 e – основа натурального логарифму,

$C(x)$ –вікова структура,

$f(x)$ – функція народжуваності.

Заміна коефіцієнту природного приросту стабільного населення на розрахункову величину дає можливість однозначно описати вікову структуру такого населення за умови, якщо режим його відтворення залишатиметься постійним як завгодно довго. Таким чином множина випадків експоненційного замінюється одним окремим випадком **моделі стабільного населення**. Система взаємозв'язків у стабільному населенні між функціями народжуваності, смертності та вікової структури має таке значення для теорії та практики демографічних досліджень, що його важко переоцінити.

Якщо ж представити стабільне населення в спрощеному вигляді, залишивши вікову структуру в залежності лише від функції дожиття, то отримується **модель стаціонарного населення**. В ній коефіцієнт природного приросту дорівнює нулю, а кількість народжених збалансовується числом померлих. Ця модель є важливим теоретичним обґрунтуванням при обчисленні демографічних таблиць, які доцільно виділити в окремий клас моделей.

Одним із аналітичних представлень зміни чисельності населення в часі є **модель логістичного населення**:

$$P(t) = \frac{K}{1 + e^{\alpha - rt}},$$

де K , r , t – параметри моделі. Ця крива вдало описує динаміку чисельності населення в регіонах освоєння, „закритих” систем в умовах обмеженості ресурсів тощо. Іноді має практичне застосування при побудові таблиць смертності та різних прийомах згладжування.

Важливе теоретико-методологічне значення в демографії мають графічні методи: метод демографічної сітки (або сітки В. Лексіса) та вікової піраміди.

Демографічна сітка зображує сукупності людей і подій у їхньому житті (народжень, смертей, шлюбів тощо) в точному віці та календарному році. Вона слугує геометричним обґрунтуванням співвідношень між людськими сукупностями. За її допомогою обчислюються основні характеристики демографічних процесів. Іноді безпосередньо за сіткою будуються таблиці смертності (наприклад, французькі).

Великим класом демографічних моделей є демографічні таблиці (Рис. 1.1). **Демографічна таблиця** є числовою моделлю, що являє собою сукупність упорядкованих і взаємопов'язаних між собою величин. Вони відображають зміну інтенсивності відповідного демографічного процесу в залежності від власного часу когорти та зміну чисельності самої когорти. Розрізняють таблиці шлюбності, розлучуваності, таблиці припинення шлюбу, народжуваності (також за черговістю народження), смертності (також за причинами смерті), а також комбіновані таблиці.

Окремим класом є **демоєкономічні таблиці**. Вони мають надзвичайне теоретико-методологічне значення для економіки демопроцесу. За умов моделі стаціонарного населення в них взаємопов'язуються рівень економічної активності населення, виробництва та споживання, трудовий потенціал тощо. Запропоновані також синтетичні таблиці.

На основі **матричної моделі** пересування вікових груп будується демографічний прогноз. Вона використовується при дослідженні імовірностей переходів соціальних чи професійних груп населення в теорії соціальної мобільності. Також має важливе значення для моделювання марківського процесу, що у свою чергу пов'язано із моделлю стабільного населення (Рис. 1.1). В загальному вигляді ця модель може бути записана:

$$\bar{P}^{t+n} = A^n \bar{P}^t$$

де \bar{P}^t – стовпчик повікових чисельностей населення на початок року t , A – матриця коефіцієнтів пересування, а n – ступінь матриці (кількість років прогнозу).

До **методів стандартизації** демографічних коефіцієнтів відносяться прямий, непрямий, обернений та метод подвійної стандартизації. Вони призначені для можливості коректного порівняння загальних коефіцієнтів при демографічному аналізі. Теоретичним підґрунтям є система індексів, які виходять із того факту, що відмінності у загальних коефіцієнтах зумовлені відмінностями окремих (повікових коефіцієнтів) та особливостями вікової структури. Такий підхід дає змогу оцінити напрямок і силу впливу інтенсивності демографічного процесу та вікової структури окремо. Часто за стандарт приймається вікова структура стабільного населення.

Метод **поперечного аналізу** (умовного, гіпотетичного покоління). Ґрунтується на тому факті, що в кожному календарному році (або 2-х суміжних роках) живуть (народжуються, вмирають тощо) особи всіх вікових груп населення (сучасники). Тому будь-які показники і моделі можна обчислювати для такого покоління. Позитивною рисою є відносно легка доступність отримання даних, їх співставність, можливість аналізувати сучасні зміни в демографічному русі. Негативною рисою показників, обчислених для такого населення є їх кон'юнктурність, сильна залежність від імовірних раптових різких змін в суспільстві та природі (війни, природні катаклізми).

Метод **поздовжнього аналізу** (когортний метод, метод реального покоління). Має метою дослідження демографічних процесів у сукупностях людей, одночасно народжених (ровесників), одночасно взявших шлюб, тобто таких, що одночасно увійшли до певної демографічної категорії. Позитивним є те, що досліджуються реальні покоління людей, еволюцію їх репродуктивної поведінки тощо протягом усього їх життя. Негативною рисою є те, що показники для реального покоління можна отримати лише коли воно вийде з досліджуваного стану, наприклад, фертильного віку у випадку народжуваності або взагалі вимре у разі потреби аналізу тривалості життя такого покоління. У зв'язку з тривалим періодом постають проблеми наявності даних (небагато країн мають надійну статистику за період понад 100 років) співставності даних (вплив міграції, територіальних перетворень) тощо.

Метод **демографічного прогнозування** (перспективного аналізу). На основі дослідження якісних та зумовлених ними кількісних зрушень у населенні та його самовідтворенні моделює імовірні стани демографічного майбутнього (у випадку імовірнісного або варіантного підходів до прогнозування). Можливими є також аналітичні (до них також відносять прогнози-попередження) та ретроспективні прогнози. Вони ставлять за мету визначити певні умовні характеристики. Наприклад:

- чисельність та вікову структуру населення у звітному році при незмінності параметрів природного та міграційного руху;
- необхідні параметри природного руху для досягнення необхідної кількості населення в певному році;
- необхідні параметри міграційного при незмінності параметрів природного руху для досягнення необхідної кількості населення в певному році.

Ретроспективні прогнози також можуть розроблятися для визначення певних умовних параметрів („що було б, якби ...”), визначення людських утрат після природних чи соціальних катастроф, з'ясування адекватності методики прогнозних розрахунків тощо.

Метод **потенційної демографії** розглядає населення як сукупність носіїв певного життєвого потенціалу, що вимірюється в людино-роках. Так, життєвий потенціал людини обчислюється:

$$V_x = \frac{e_x + e_{x+1}}{2}$$

де e_x – середня очікувана тривалість життя при досягненні x років. Важливим елементом потенційної демографії є уникнення впливу структурних факторів. Методи потенційної демографії дозволяють урахувати той факт, що в молодого населення життєвий і трудовий потенціал вище, ніж у старого.

Теоретико-методологічні проблеми демографії залишаються недостатньо розробленими. Методичні підходи, в основі яких лежить демостатистичне розуміння демографії, набагато випереджують з'ясування сутнісних зв'язків і відношень. Останнім часом цей розрив навіть збільшився через широке застосування ЕОМ у практиці демографічних досліджень. Технічні засоби та незрівнянне розширення фактичної статистичної бази дають ученим можливість повною мірою захопитися реалізацією математичних моделей, обчислення яких 100 років назад доводилося скорочувати та спрощувати. Розроблено безліч нових математичних моделей, які все більш досконало описують перебіг демографічних процесів. Проте розуміння змін якісних параметрів, які відбуваються в процесі відтворення населення, не стало кращим.

Яскравим прикладом є теорія демографічного переходу, за допомогою якої намагаються пояснити глобальні структурні зрушення у репродуктивній поведінці населення, що спостерігається. Так, навіть у європейських країнах демографічний перехід мав різні характеристики, що змусило виділити їх в окремі „типи”. В останні роки зміни демографічних процесів у країнах Африки та Азії стали настільки відмінними від класичних прикладів, що пояснення причин цих відмінностей видається доволі сумнівним.

Зрештою, демографи змушені лише констатувати доконаний факт, коли явище остаточно завершиться. Демографічна теорія не дає упевненої відповіді на питання, яким буде населення в майбутньому. Методологія демографічного прогнозування, базуючись на хиткій конструкції концепції демографічного переходу, передбачає спрямованість системи народонаселення до стабілізації.

Певним розвитком у плані демографічного прогнозування може бути імовірнісний підхід. Проте, його теоретична база також слабка, а в якості обґрунтування прогнозу в явному вигляді використовується думка експертів (які зазвичай помиляються), часові ряди (хоча динаміка демографічних процесів іноді дуже різко змінюється), та врахування в імовірності точності колишніх прогнозів (гарна ідея, проте, знову, без розуміння сутності помилки, ми залишаємося лише спостерігачами).

Натомість, видається плідним при імовірнісному підході в демографічному прогнозуванні застосувати теорію нерівноважних систем. Населення може відповідати властивостям такої системи: здатність до самоорганізації; можливі значні повороти в природному та механічному русі в точках біфуркації; прямування до відомого лише йому аттрактора тощо.

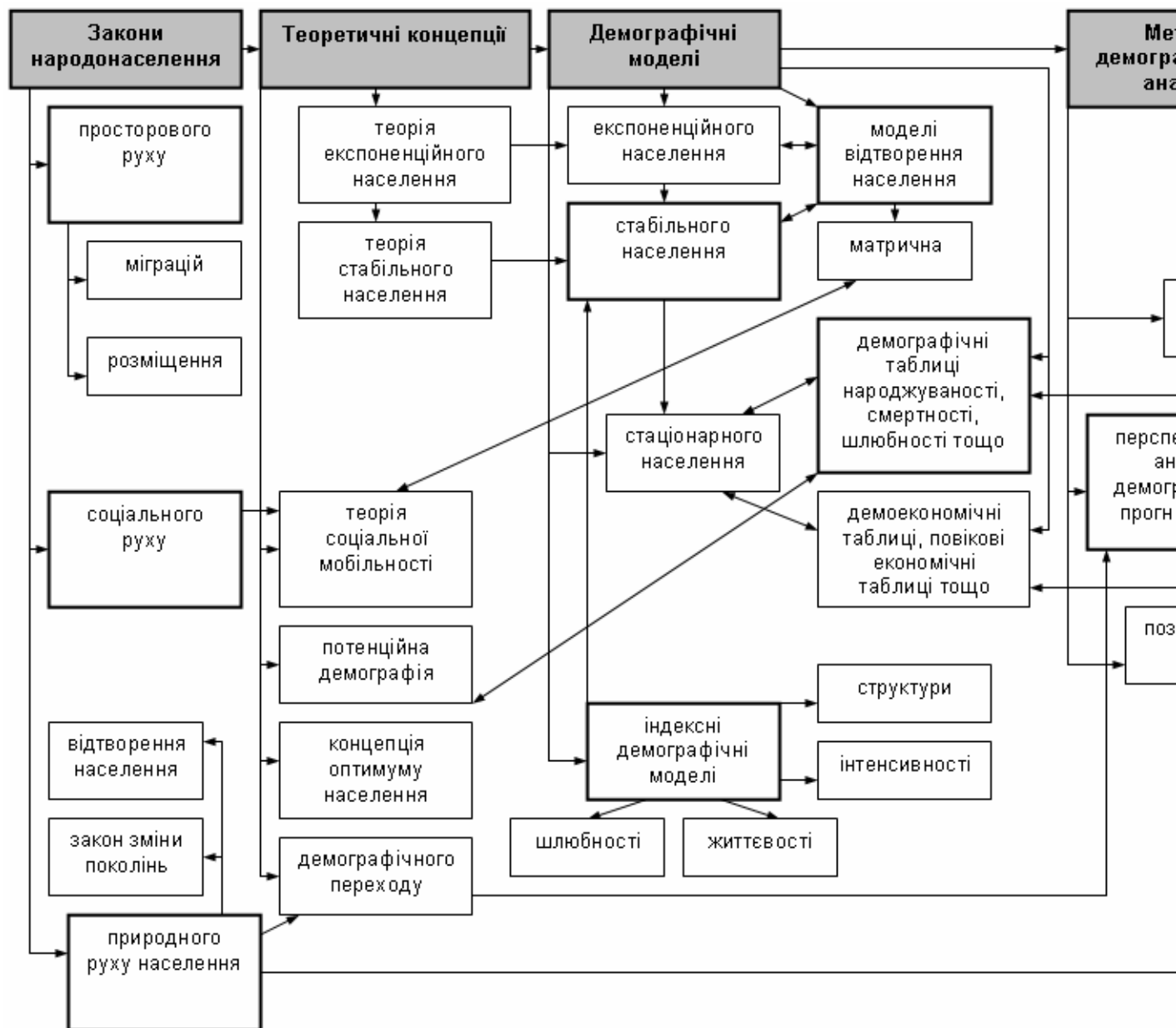


Рис. 1.1. Спрощена система теоретичних демографічних конструкцій і методологічних підходів.

2. ЧИСЕЛЬНІСТЬ ТА ТЕРИТОРІАЛЬНЕ РОЗМІЩЕННЯ НАСЕЛЕННЯ

2.1. Динаміка чисельності населення

Станом на 1 січня 2005 року чисельність постійного населення України склала 47100,5 тис. осіб, на 1 жовтня 2005 р. – 46834,9 тис. осіб. Нині за кількістю жителів наша держава посідає сьоме місце серед усіх європейських країн (після Росії, Німеччини, Туреччини, Великої Британії, Франції та Італії) або п'яте – серед країн, територія яких повністю знаходиться в Європі.

Протягом більшої частини ХХ століття в Україні спостерігалось зростання чисельності населення, яке періодично переривалося війнами та голодомором. У 1989 р. кількість мешканців України майже у 1,5 рази перевищила показник 1913 р. (в сучасних межах). Однак задовго до початку 1990-х років в країні були закладені передумови депопуляції. По-перше, внаслідок загальносвітових тенденцій зниження народжуваності в Україні вже у 1960-х роках відбувся перехід до звуженого відтворення поколінь (покоління дочок стало меншим від покоління їхніх матерів). По-друге, успіхи охорони здоров'я призвели до підвищення тривалості життя людей, зростання питомої ваги громадян, які доживають до похилого віку, і відповідних трансформацій вікової структури населення – розвитку процесу його старіння. Відомо, що загальні коефіцієнти відтворення (які власне і визначають динаміку чисельності населення) істотно залежать від вікової структури: вірогідність померти завжди вища серед осіб старших вікових груп, ніж серед молоді, в дітонородженні ж беруть участь лише жінки молодого та середнього віку. Тому навіть при високій інтенсивності дітонороджень та низькому рівні смертності за рахунок дії структурних факторів кількість народжених буде невеликою, а кількість померлих, навпаки, значною.

В результаті обопільної дії як інтенсивних (зниження частоти дітонороджень), так і структурних (підвищення частки літніх людей в населенні) чинників в середині ХХ ст. в нашій країні на тлі зростання чисельності населення почалося уповільнення його темпів (рис. 2.1.1). Так, протягом першого післявоєнного міжпереписного періоду (1959-1970 рр.) чисельність населення зростає на 12,6%, протягом другого (1970-1979 рр.) – на 5,6%, третього (1979-1989 рр.) – на 3,9%.

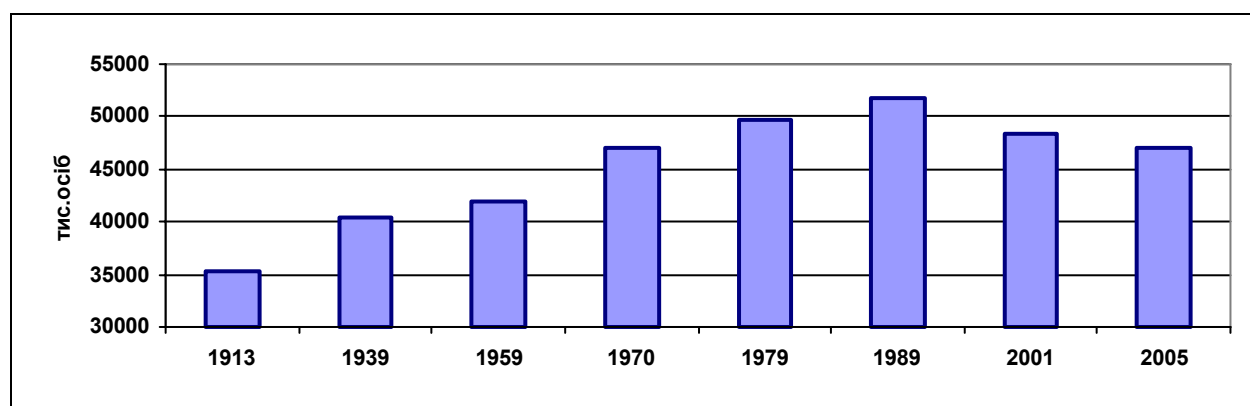


Рис. 2.1.1. Динаміка чисельності наявного населення України в 1913-2005 рр. 1913 та 1939 рр. – за оцінкою в сучасних межах, 1959, 1970, 1979, 1989, 2001 рр. – за даними перепису, 2005 р. – за розрахунками Держкомстату станом на 1 жовтня

Протягом 1990-х років в Україні відбулися різкі зміни тенденцій динаміки чисельності населення. В 1991 р. загальна кількість померлих в державі вперше за відсутності воєн і голоду перевищила кількість народжених, через два роки почалося зниження абсолютної чисельності населення (додатне сальдо міграцій виявилось

меншим за модулем, ніж величина природного зменшення), а роком пізніше сальдо зовнішніх міграцій стало від'ємним. В результаті після досягнення максимального значення (52,2 млн. осіб на початок 1993 р.) чисельність населення України за 1993-2001 рр. зменшилася на 3,8 млн. чол. В останні роки темпи зменшення кількості мешканців держави уповільнюються, хоча масштаби цього уповільнення чисто символічні: якщо протягом 2001 р. темп росту чисельності населення склав 99,0%, то протягом 2002 р. – 99,1%, 2003 р. – 99,2%, 2004 р. – 99,3%.

Зменшення чисельності населення, як наслідок поширення малодітності та старіння населення, є тенденцією, характерною для постсоціалістичних країн Європи. Темп росту чисельності населення за період з середини 1994 р. по середину 2001 р. з європейських країн колишньої РЕВ перевищив 100% лише у Словаччині та Польщі. По Україні відповідний показник склав 93,8% - так само, як у Литві, дещо більше, ніж в Болгарії, Латвії та Естонії, і менше, ніж в Угорщині, Білорусі, Росії, Румунії та Чехії. На відміну від країн перехідної економіки, в економічно розвинених країнах Європи спостерігається повільне зростання чисельності населення або внаслідок перевищення міграційного приросту над втратами від природного руху (Німеччина, Італія) або за рахунок збереження додатного природного приросту завдяки багаторічному притоку мігрантів (Франція, Швейцарія тощо).

Основним фактором динаміки чисельності населення України протягом другої половини ХХ ст. був природний рух. Загалом за 1959-1989 рр. перевищення кількості народжених над кількістю померлих забезпечило понад 90% зростання чисельності населення, а у 1989-2001 рр. на природне скорочення припало майже 90% загального зменшення кількості мешканців України (рис. 2.1.2).

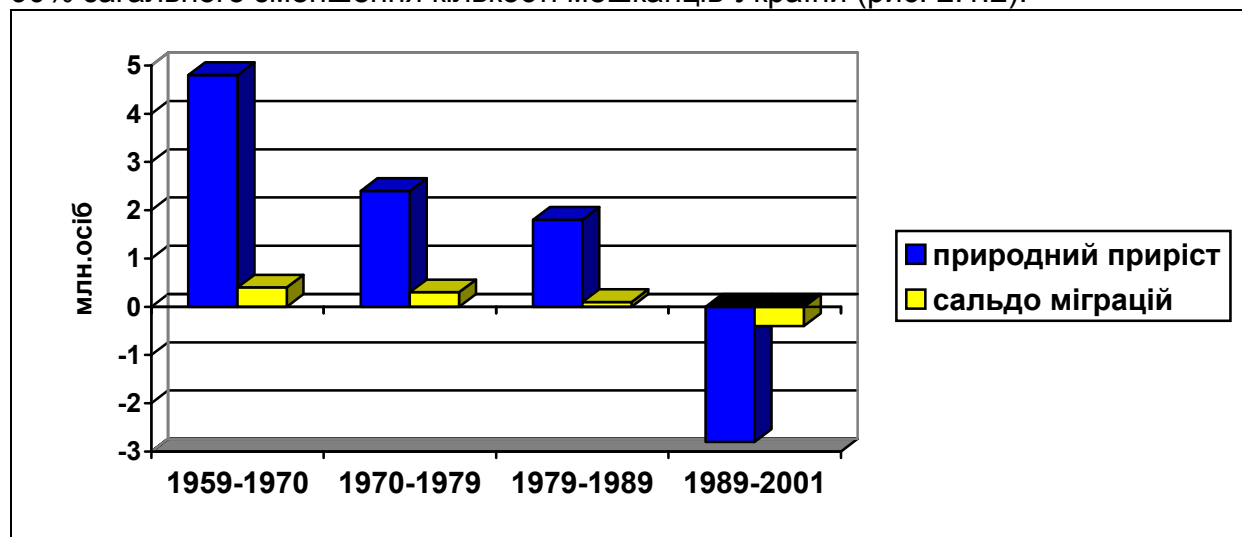


Рис. 2.1.2. Динаміка показників природного та міграційного приросту населення України у 1959-2001 рр.

Лише у 1990-1992 рр. сальдо міграцій набувало більшого (за модулем) значення, ніж природний приріст (рис. 2.1.3). Однак уже в 1993 р. природні втрати населення у 3,4 рази перевищили міграційні здобутки, в наступні роки вклад міграцій в динаміку чисельності населення постійно зменшувався. Протягом січня-вересня 2005 р. додатне сальдо міграцій покрити лише 1% природних втрат.

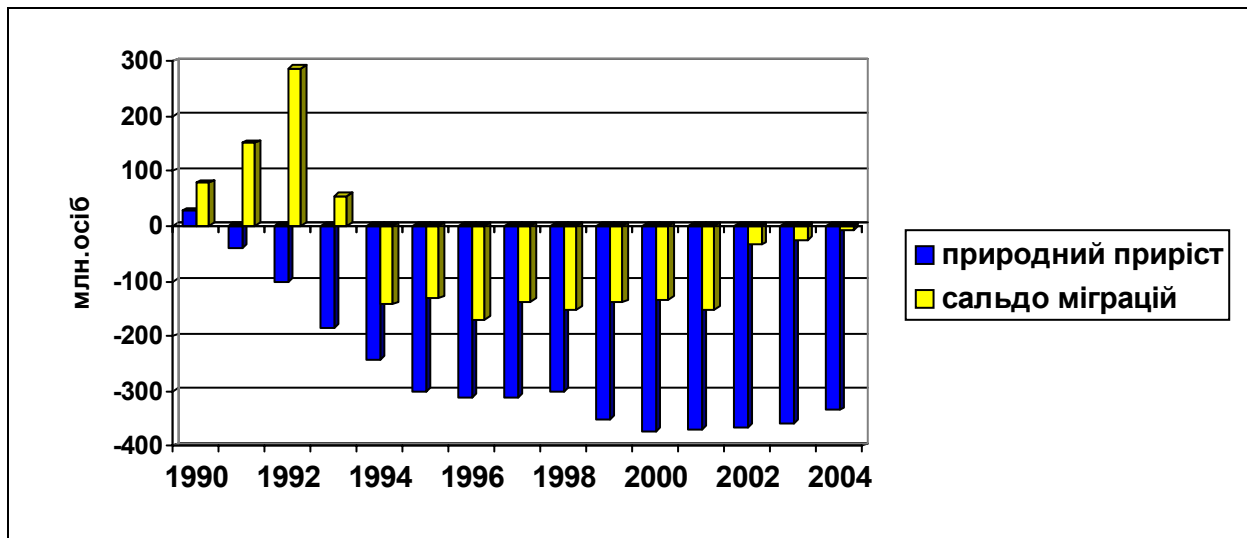


Рис. 2.1.3. Динаміка показників природного та міграційного приросту населення України у 1990-2004 рр.

В деяких регіонах України зменшення чисельності населення розпочалося ще в період існування СРСР. Так за переписом 1989 р. в 7 областях (Вінницька, Житомирська, Кіровоградська, Сумська, Хмельницька, Черкаська, Чернігівська) кількість мешканців виявилася меншою, ніж за переписом 1979 р. В той же час ряді регіонів в радянський період фіксувалися значні темпи зростання чисельності населення: так в м.Севастополі вона за 1959-1989 рр. збільшилася у 2,7 рази, в м.Києві – у 2,4, в АР Крим – майже у 2 рази. Внаслідок нерівномірності динаміки чисельності населення різних регіонів протягом 1959-2001 років в Україні відбулися помітні зрушення в територіальній структурі населення. Питома вага мешканців столиці в загальній чисельності населення України зросла більш ніж удвічі (з 2,6 до 5,4%), частка кримчан – у 1,5 рази (з 2,5% до 4,2%). Натомість частка населення, що проживає в областях, які межують з Київською (особливо Вінницької та Чернігівської) зменшилася на 0,7-1,5 відсоткових пункти.

В 1993-1994 роках депопуляція охопила практично всі регіони України. Збільшення чисельності населення найдовше спостерігалось на Рівненщині, Івано-Франківщині та в Закарпатті (тут депопуляція розпочалася відповідно з 1995, 1995 та 1997 рр.). В 2002 р. знову (після дев'ятирічного зменшення) стала зростати (за рахунок міграцій) чисельність населення Києва. В цілому за останній міжпереписний період збільшення кількості мешканців зафіксовано лише в Києві та кількох західних областях (Закарпатська, Рівненська), найсуттєвіших втрат населення зазнали області Донбасу. За період з 5.12.2001 р. по 1.10.2005 р. зменшення чисельності населення відбулося в усіх областях та в АР Криму і у м. Севастополі, натомість в місті Києві зафіксовано невелике зростання кількості населення.

2.2. Склад населення за громадянством¹

Із загальної чисельності наявного населення України згідно з даними перепису 2001 р. 48143,0 тис. осіб (99,35% від загалу) є громадянами України. В нашій державі нараховується 192,6 тис. іноземних громадян (0,40% населення) та 84,0 тис. осіб без громадянства (0,17%), ще 37,5 тис. осіб (0,08% населення) не вказали громадянство (в складі постійного населення країни іноземні громадяни становлять 0,35%, частка осіб без громадянства – така ж, як і складі постійного

¹ Структура населення за громадянством по окремих розрізах представлена по наявному населенню, по інших розрізах – по постійному населенню/

населення).

Абсолютна більшість (85,5%) іноземців, що входять до наявного населення України, є громадянами країн СНД та Балтії. Більше половини усіх іноземних громадян та майже 63% контингенту громадян країн нового зарубіжжя становлять громадяни Російської Федерації (103,7 тис. осіб), численними також є групи громадян Молдови (15,1 тис.), Вірменії (10,7), Азербайджану (8,5), Грузії (6,4), Білорусі (5,9), Узбекистану (5,4) та Казахстану (5,2 тис.).

Громадян країн старого зарубіжжя в складі наявного населення нараховується лише 27,9 тис. осіб. Найчисельнішим серед них є контингент громадян В'єтнаму (5,0 тис. осіб), Китаю (3,0), Індії (2,3), Йорданії (1,7), Сирії (1,5), Ізраїлю, США та Польщі (по 1,1 тис. осіб).

Майже всі етнічні українці, що постійно проживають в Україні, є українськими громадянами, лише 0,13% від їх чисельності становлять іноземні громадяни та особи без громадянства. Так само низька частка негромадян України серед представників більшості етносів колишнього СРСР (зокрема серед росіян вона становить 1,3%) та серед етнічних груп, що здавна мешкають в нашій країні. Дуже висока частка негромадян серед вихідців з країн старого зарубіжжя: серед в'єтнамців – 85,0%, індопакистанців та китайців – по 77,3%, арабів – 59,9, афганців – 59,0, етносів, об'єднаних у групу “інші національності” (народи Африки, Латинської Америки, окремих країн Азії та Європи) – 53,0%. Серед етносів, що походять із сучасних та колишніх „гарячих точок” СНД (чеченці, таджиків, азербайджанці, вірмени, грузини) цей показник становить 16-37%, так само як і для корейців та курдів (частина представників цих етносів в Україні – колишні громадяни СРСР та їх нащадки, частина – прибулі останніх років з-за меж колишнього Союзу).

Серед негромадян України спостерігається перевага чоловіків, які у складі наявного населення становлять 54,1% іноземців та 51,2% осіб без громадянства, тоді як серед громадян України чоловіків менше, ніж жінок (46,3 проти 53,7%). Особливо значні гендерні диспропорції спостерігаються в структурі контингенту громадян країн старого зарубіжжя: в цій сукупності на 1000 жінок припадає 3404 чоловіків. Вихідці з країн, які не входили до складу колишнього СРСР, – це переважно студенти, які навчаються у вузах України, дипломатичні представники, працівники зарубіжних компаній та міжнародних організацій, біженці – серед усіх цих категорій осіб переважають чоловіки.

Серед представників країн нового зарубіжжя співвідношення статей є майже паритетним, при цьому підвищена частка чоловіків спостерігається в групах громадян Азербайджану (60,8%), Грузії (58,7), Таджикистану (57,6) та Вірменії (54,1%), тобто тих колишніх республік СРСР, які зазнали збройних конфліктів та пережили тривалі періоди політичної нестабільності (частину контингенту становлять біженці та вимушені переселенці). Помітна перевага жінок зафіксована серед громадян Білорусі (56,5), Казахстану (54,6%) та Латвії (54,2%). Щодо двох перших контингентів, то висока частка жінок в їх складі забезпечується за рахунок найвищих серед іноземців рівнів старіння (в старших вікових групах жінки різко переважають): для громадян Білорусі питома вага осіб віком 60 років і старше становить 19,0%, для громадян Казахстану – 20,6%, що лише трохи менше величини, зафіксованої для громадян України (21,4%).

Загалом же вікова структура контингенту іноземців характеризується пониженими частками літніх осіб та дітей (висока питома вага останніх притаманна лише громадянам Вірменії та Азербайджану) і підвищеною часткою молоді та осіб середнього віку (рис. 2.2.1). Особливо різке домінування представників молодших працездатних вікових груп спостерігається серед громадян країн старого зарубіжжя – майже 73% контингенту мають вік 18-39 років. Коефіцієнт старіння даної сукупності осіб становить лише 2,7%, серед восьми найчисельніших груп лише контингент громадян Польщі має дещо підвищений рівень старіння – 15,4%, тоді як для

громадян Ізраїлю та США цей показник становить 7-9%, для громадян Китаю – 0,6%, громадян В'єтнаму, Індії, Йорданії та Сирії – не досягає і 0,1%.

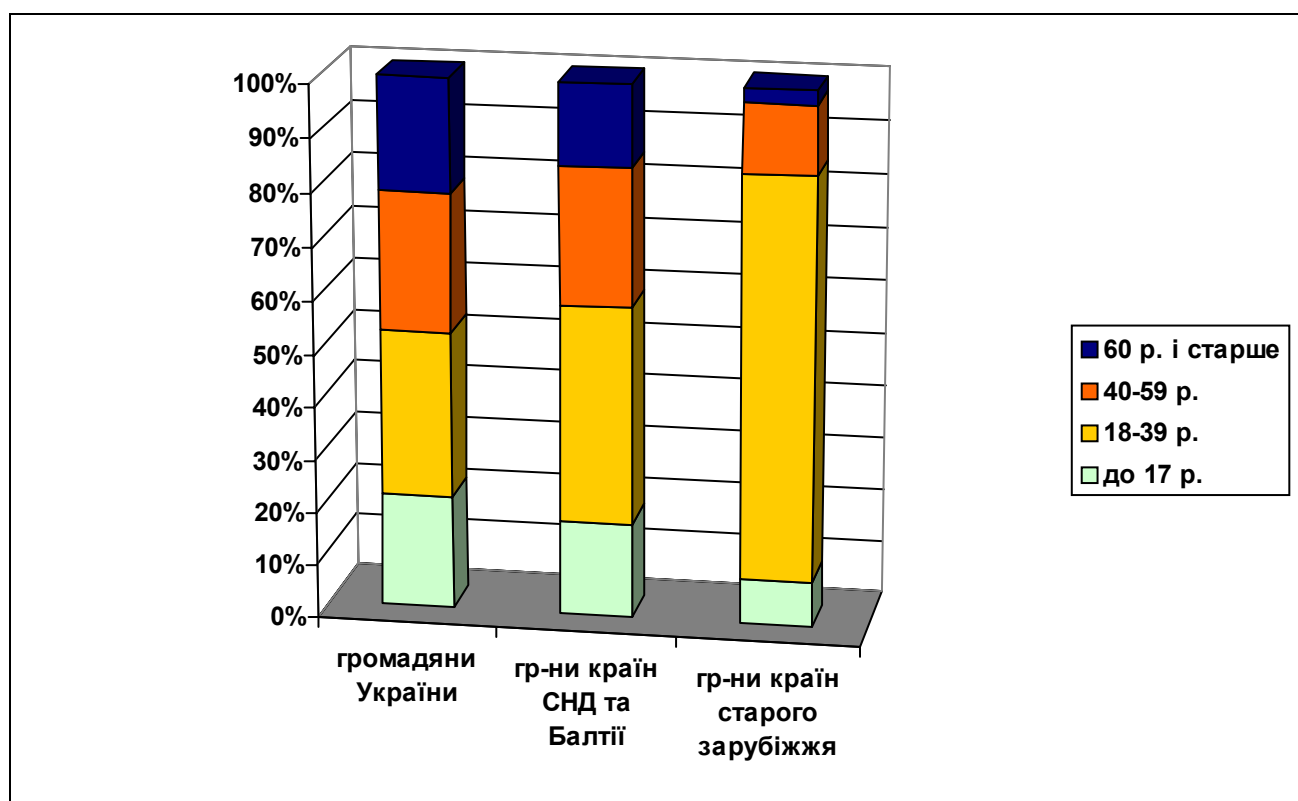


Рис. 2.2.1. Вікова структура громадян України та іноземців

Іноземні громадяни в Україні концентруються переважно в міських поселеннях: тут мешкає 76,4% контингенту (за наявним населенням). Найбільший ступінь концентрації у містах притаманний громадянам країн старого зарубіжжя (понад 97%). Лише серед громадян Молдови сільських мешканців майже стільки ж, а серед громадян Узбекистану та Казахстану – не набагато менше, ніж городян.

Найвища питома вага осіб, які не є громадянами України, зафіксована в м.Севастополі: громадяни інших держав (головним чином Росії) та особи без громадянства тут становлять майже 3,7% постійного населення, що у 7 разів більше загальнодержавного рівня. Цей показник перевищує 1% ще у двох регіонах – в АР Крим (громадяни Росії, Узбекистану та особи без громадянства) і на Одещині (особи без громадянства, громадяни Молдови та Росії). Найменші значення питомої ваги негромадян України спостерігаються в західних областях.

Громадяни Росії, які постійно мешкають в Україні, переважно зосереджені на Кримському півострові (біля чверті від загалу), а також у високоурбанізованих індустріальних регіонах. В АР Крим мешкають найчисельніші контингенти громадян Узбекистану та Казахстану (серед них чимало кримських татар, які ще не набули українського громадянства), вихідці з держав Закавказзя концентруються головним чином в Донбасі, індустріальному Придніпров'ї, а також у Києві, на Харківщині та Одещині. Розосередження по території України громадян Молдови відповідає розселенню в нашій державі етнічних молдован (головним чином в Одеській, а також у Миколаївській, Вінницькій та Чернівецькій областях). Білоруські громадяни сконцентровані переважно в північних областях (найбільше – на Чернігівщині) та в м.Києві, громадяни країн старого зарубіжжя - в Києві, Харкові та Одесі, де знаходяться найбільші вузи України.

2.3. Урбанізація та особливості розселення населення

Щільність населення України є високою: за станом на дату останнього перепису (5.12.2001 р.) вона склала 80 осіб на 1 км², на початок 2005 р. – 78 осіб на 1 км². За цим показником Україна посідає 4-те місце серед країн колишнього СРСР (після Молдови, Вірменії та Азербайджану). Щільність населення в Україні значно більша, ніж в більшості країн Америки, Африки, Західної Азії, Північної Європи, майже всіх найбільших за площею країн світу (в складі останніх, як правило, є слабо заселені території), при цьому в більшості європейських країн старого зарубіжжя, країн Східної та Південної Азії показники щільності вищі (рис. 2.3.1).

Щільність населення залежить від рівня урбанізованості, концентрації великих міст та щільності сільського населення. Серед 27 регіонів України найвищі показники щільності зафіксовано в Києві та Севастополі (відповідно, 3333 та 421 осіб/км²), вища від середнього по країні рівня щільність в східних індустріальних регіонах (особливо в Донецькій області, де вона досягає 176 осіб/км²) та в Прикарпатті, низькою є щільність населення в північних та південних областях (найнижчий показник фіксується на Чернігівщині – 37 осіб/км²).

Понад 2/3 населення України (67,7%) проживає у міських поселеннях. В Україні міськими вважають населені пункти, затверджені законодавчими актами як міста та селища міського типу. Як правило, до міст відносять поселення з кількістю мешканців 10 тис. чол. і більше, до селищ міського типу - поселення з кількістю мешканців 2 тис. чол. і більше, якщо основна частина зайнятого населення не зв'язана з сільським господарством.

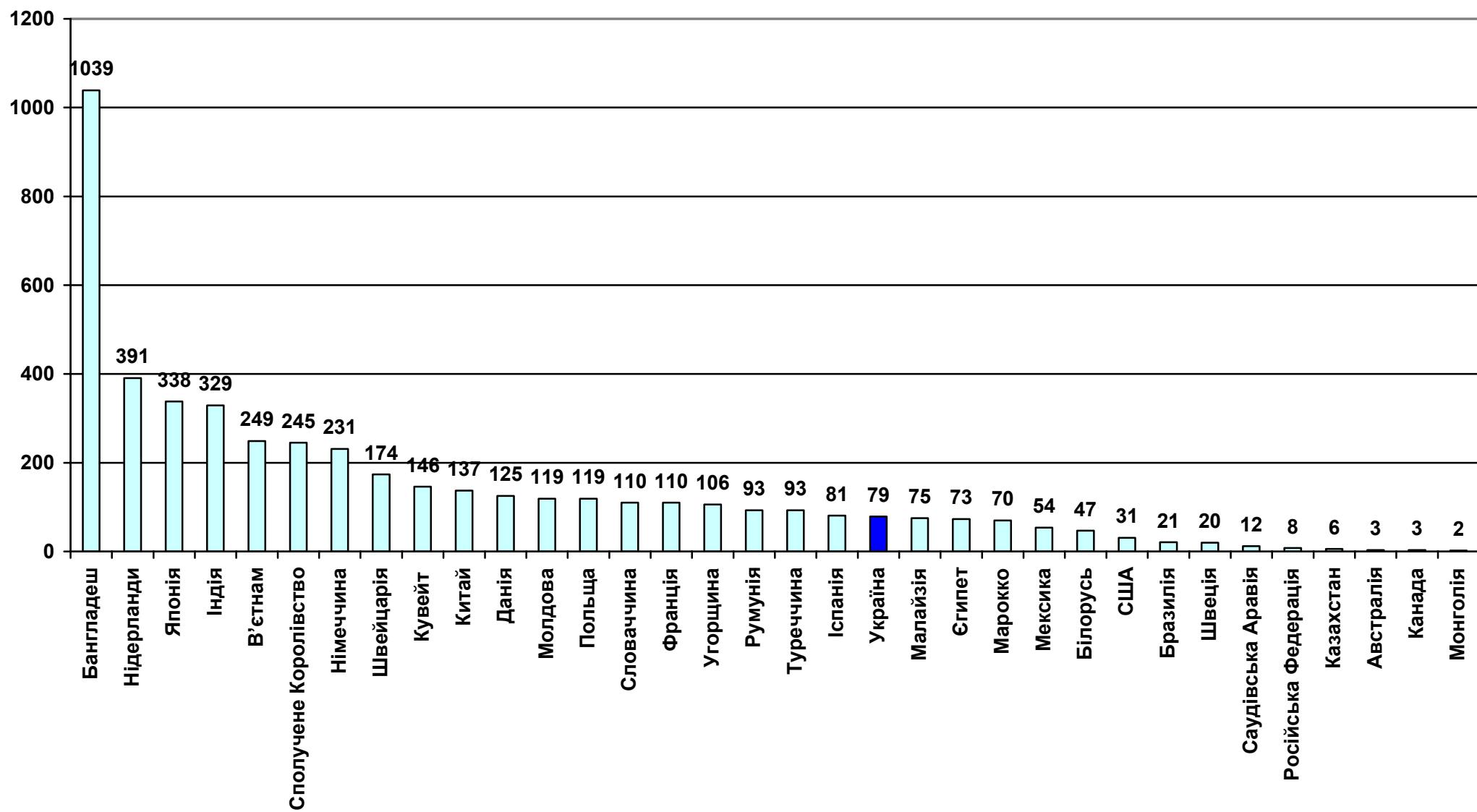


Рис. 2.3.1. Щільність населення окремих країн світу (осіб/км²) на середину 2003 р.

За період 1939-1989 рр. рівень урбанізації в Україні (питома вага міського населення) зріс майже удвічі, відмітки у 50% цей показник досяг у 1964 році. Розвиток урбанізації відбувався головним чином завдяки міграційному притоку до міст із сільської місцевості: в 1960-1980-х роках сальдо міграції сільського населення України становило –120-290 тис., а сальдо міського населення – +150-360 тис. осіб на рік. Оскільки серед мігрантів переважають молоді люди, такі тенденції міграцій посилювали процес старіння населення в селі і уповільнювали його в місті. Як наслідок, в міських поселеннях спостерігалися більш сприятливі рівні загальних коефіцієнтів природного руху, ніж в сільській місцевості (зокрема, загальний коефіцієнт народжуваності в містах є вищим, ніж в селах, хоча інтенсивність дітонароджень в сільській місцевості явно більша), що також посилювало урбанізацію.

З початком економічної кризи потік мігрантів з сіл уповільнився, натомість різко зріс зворотний міграційний потік: в умовах поширення безробіття та обмежених можливостей знайти достатньо оплачувану роботу посилювалося значення особистого підсобного господарства як надійного джерела прибутків. В результаті протягом періоду існування незалежної держави частка міських жителів майже не змінювалася.

В цілому за 1959-2001 рр. при зростанні загальної чисельності населення країни на 15,7% чисельність міського населення зросла на 70,1%, натомість чисельність сільського – зменшилася на 30,1% (рис. 2.3.2).

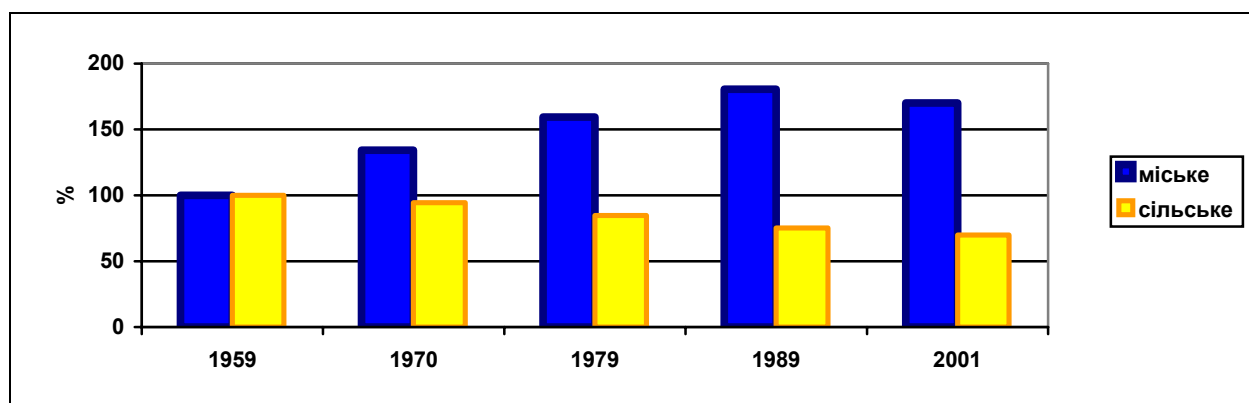


Рис. 2.3.2. Динаміка чисельності міського та сільського населення у 1959-2001 рр. (1959 р. – 100%)

В після переписний період поновилася тенденція зростання рівня урбанізації: в 2002-2004 рр. питома вага міського населення зростає на 0,1-0,2 відсоткових пункти щорічно.

До найбільш урбанізованих регіонів належать (якщо не брати до уваги Київ та Севастополь) Донеччина (90%), Луганщина (86%) та Дніпропетровщина (83%). Низький ступінь урбанізації (менше 50%) притаманний населенню Вінницької, Рівненської, Тернопільської, Івано-Франківської, Чернівецької та Закарпатської областей (в останній питома вага міського населення не сягає і 40%). В той же час за переписом 1959 року міське населення переважало лише в Криму та п'яти індустріальних регіонах сходу України.

За період між першим та останнім повоєнними переписами населення збільшення чисельності городян відбулося в усіх регіонах України: в Донбасі – на 13-19%, на Дніпропетровщині та Харківщині – у 1,5 рази, в більшості регіонів – в 1,7-2,4 рази, на Тернопільщині – в 2,7, Рівненщині – в 3,5 рази. В той же час збільшення кількості сільських мешканців за цей період зафіксовано лише в Криму (на 78,2% -

перш за все за рахунок значного міграційного притоку) та на Закарпатті (на 20,9% - внаслідок високого природного приросту).

За станом на 1.01.2005 р. в Україні нараховувалося 456² міста, 886 селищ міського типу та 28585 сільських населених пунктів, об'єднаних у 10281 сільраду (крім сільських населених пунктів, підпорядкованих міським і селищним радам). Станом на 1.01.2005 р. 44 міста держави належать до великих, тобто мають чисельність населення 100 тис. чол. і більше (за даними перепису таких міст було 46, крім того ще 5 міст досягали 100-тисячного рубежу протягом 1990-х років), у 53 містах кількість мешканців становить від 50 до 100 тис. осіб. У великих містах проживає 38,5% всього або 56,9% міського населення. Половина великих міст держави зосереджена в східних індустріальних регіонах (6 – у Донецькій області, 5 – у Дніпропетровській, 4 – в Луганській, 3 – в Запорізькій) і в Криму (3 – в складі АР Крим, а також м. Севастополь). В Україні нараховується 4 міста-мільйонера - Київ (2666 тис. чол.), Харків (1465 тис.), Дніпропетровськ (1054 тис.), Одеса (1007 тис.) і ще 5 крупних міст – Донецьк (майже 1 млн.), Запоріжжя (799 тис.), Львів (734 тис.), Кривий Ріг (697 тис.) та Миколаїв (509 тис.). За період після Першого Всеукраїнського перепису населення з дев'яти найбільших міст України зростання кількості населення зафіксовано лише у трьох (Києві, Львові та Кривому Розі).

Регіональні особливості формування мережі сільських поселень перебувають у певній відповідності з територіальною диференціацією природних умов (на міське розселення вони впливають слабо). В Поліссі переважають невеликі за розміром села, розміщені на вододілах – підвищеннях рельєфу (в умовах надлишку вологи понижені ділянки часто є заболоченими). Натомість села степової зони, як правило значні за розміром, зосереджуються в балках та інших пониззях рельєфу, таке розміщення дозволяє, по-перше, зменшити ступінь дефіциту води, по-друге, захиститися від суховіїв. В гірських районах Карпат та Криму поширений гірсько-долинний тип сільського розселення: села тяжіють до річкових долин, в Карпатах типовими є сільські поселення, витягнуті вздовж річок вузькими смугами до 10 км.

За станом на 5.12.2001 р. 504 села України нараховували понад 3 тис. осіб, в т.ч. 94 села мали населення понад 5 тис. осіб. Найбільше крупних сіл зосереджено в Закарпатті та на Одещині, в Поліських регіонах їх майже немає.

² З них 2 міста без населення

3. ЕВОЛЮЦІЯ СТАТЕВО-ВІКОВОГО СКЛАДУ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ВІДТВОРЕННЯ НАСЕЛЕННЯ

3.1. Трансформації статево-вікового складу населення

Особливості статево-вікової структури населення є результатом демографічної історії країни чи регіону. На ній позначаються події майже столітньої історії народу. Статево-вікові співвідношення формуються під впливом змін у природному і міграційному русі. Із таких міркувань випливає можливість установа показників природного руху в минулому. Цей непрямий спосіб є дієвим у випадку недоступності чи недостовірності інформації поточної статистики, а спиратися можна лише на дані переписів населення.

Проте, не лише показники природного руху визначають вікову структуру. Очевидно, що існує і зворотній зв'язок. Наприклад, „молоде” та порівняно „старе” населення за умови однакового рівня смертності в результаті дадуть різне число померлих. Більше воно буде в „старому” населенні. На кількість народжених впливає питома вага осіб в активному дітородному віці. „Вхід” чи „вихід” відносно великої (за чисельністю) групи населення у фертильний вік за умов однакового рівня народжуваності визначить відповідно збільшення чи зменшення числа народжених.

Практичне значення дослідження особливостей вікової структури зростає в контексті очікуваного посилення старіння населення. Складання основного фінансового документу країни – бюджету, розробка стратегій розвитку міст і районів неможлива без інформації про кількість окремих вікових категорій громадян: шкільного і дошкільного, працездатного, пенсійного віку тощо. Від цих даних залежить планування доходів і видатків місцевих бюджетів, проектування об'єктів соціальної інфраструктури.

Оскільки демографічні хвилі на віковій піраміді часто пов'язані між собою причинно-наслідковим зв'язком, доцільно проводити аналіз діаграми зверху, тобто від старших поколінь. В цьому випадку між батьками і дітьми можна буде проводити відповідні аналогії.

На віковій структурі населення України позначилися найбільші лихоліття ХХ століття. Вона і досі свідчить про перенесені українським народом страждання під час II Світової війни та голодомору. Кількість осіб, народжених під час Першої світової війни та раніше залишилася дуже незначною і вже не окреслюється чітко на віковій діаграмі (Рис. 3.1). Неухильно знижується питома вага вікових груп, які найбільше постраждали від бойових дій – народжених у 1919-23 рр. (Рис. 3.1).

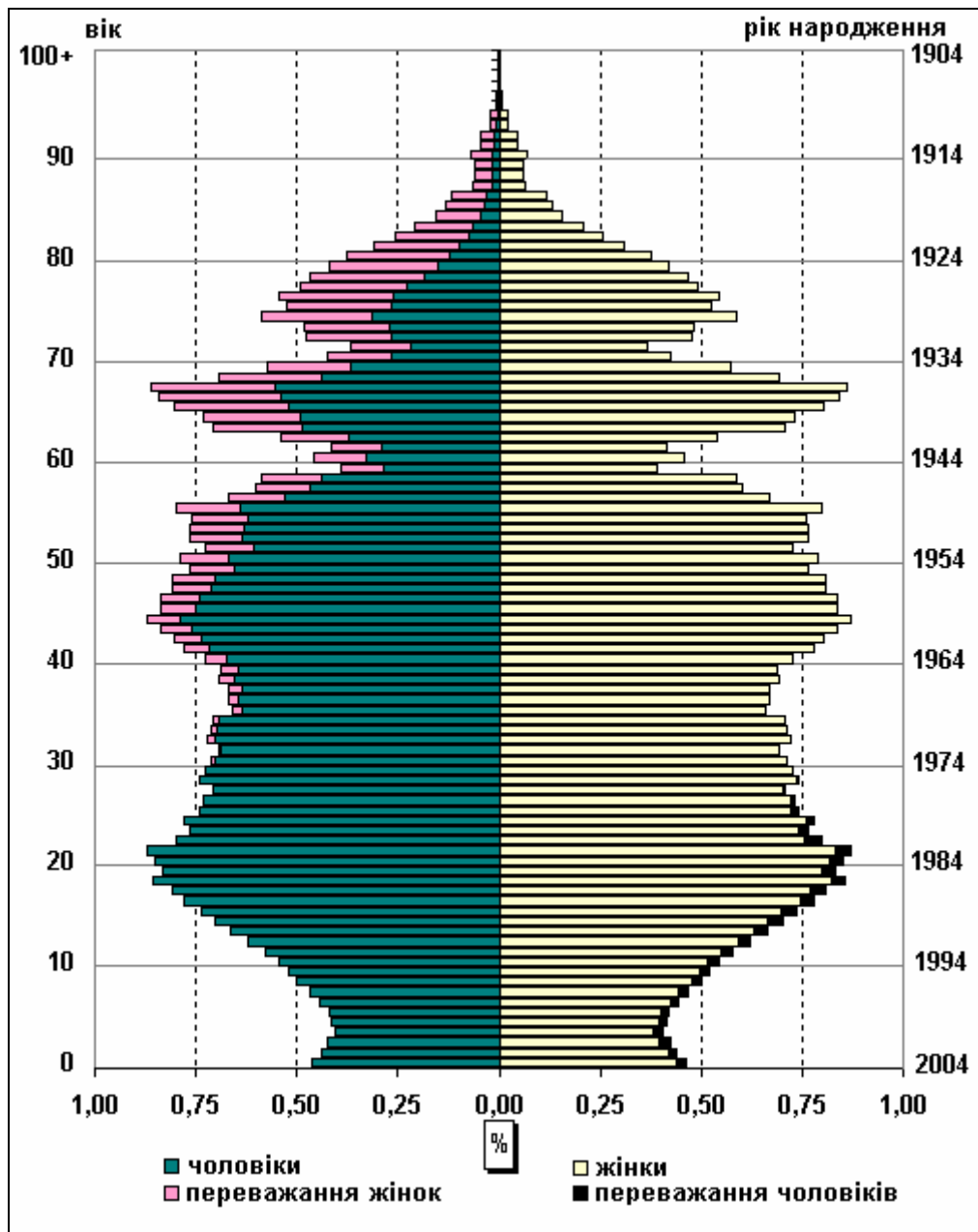


Рис. 3.1. Статеві-вікова піраміда населення України на початок 2005 р.

Доля осіб 1926-31 рр. народження у демографічному аспекті була більш удаюю, ніж попередніх і наступних поколінь. Тому на віковій піраміді 2005 р. спостерігається збільшення частки осіб у віці 74-78 років. Голодомор 1932-33 рр. негативно позначився на статеві-віковій діаграмі населення України як внаслідок зростання смертності немовлят у ці роки, так і зниження народжуваності та репродуктивного здоров'я тодішнього фертильного контингенту. Знижена частка осіб віком 68-73 роки на початок 2005 р. зумовлена саме цим фактором.

Відомо, що в 1935-40 рр., перед Великою Вітчизняною війною відбувалось зростання народжуваності. Завдяки цьому можна спостерігати наступну демографічну хвилю осіб у віці 64-67 років. Вже в 1942 р. відмічається різке зниження народжень і, відповідно, осіб, яким на початок 2005 р. виповнилося 62 р., що пов'язано з початком бойових дій. В 1941 р. значного зниження кількості народжених не відмічається через певний лаг запізнення.

Післявоєнне компенсаційне зростання народжуваності, яке б виразилось у віковій піраміді в Україні було згладжене спотворенням статевого балансу внаслідок бойових дій і голодом 1946 р. Тому суттєва „опуклість” піраміди відмічається вже у

віці 41-46 років (1958-63 рр. народження), коли у вік найбільшої дітородної активності почало вступати відносно велике за чисельністю покоління народжених у 1935-40 рр., про що зазначалось вище. Початок 60-х років у більшості країн світу також спостерігалось явище бебі-буму.

„Западина” на статеві-віковій піраміді, що відповідає когортам народжених у 1964-69 рр. пов’язана із зниженою кількістю покоління їх батьків, народжених під час війни у 1942-45 рр. Досить висока народжуваність, яка підтримувалась в Україні на початку 70-х років позначилась на віковій діаграмі 2005 р. „стовбуром” у віці 30-35 років.

Розширення піраміди у віці 22-29 років хоча і відповідає зниженню народжуваності в 1977-82 рр., усе одно кількісно (і в питомій вазі) зростає через збільшену кількість батьківського покоління „бебі-бумерів”.

Наступна помітна „сходінка” осіб, яким на початок 2005 р. виповнилося 21 рік зумовлена зростанням народжуваності внаслідок державного стимулювання народжуваності через збільшення відпустки по догляду за дитиною в 1983 р. Опуклість продовжується до 1987 р., коли дія цього пронаталістського заходу вичерпалась, і народжуваність (а також кількість народжених) почала неухильно знижуватись. Свою роль тут відіграє зростання кількості населення, що пов’язане з антиалкогольною кампанією 1986-1987 рр., яка, в тому числі, сприяла зниженню смертності населення у фертильному віці.

Яскравою особливістю вікової піраміди населення України в останні десятиліття є величезна западина народжених у 1990-2001 рр. Ймовірно, що безпрецедентне зниження народжуваності зумовлене не лише погіршенням рівня життя та соціального захисту в ці роки, а й реалізацією відкладених народжень у попередній період. За тривалістю та глибиною „западина” на віковій піраміді, що відповідає наймолодшим когортам переважає навіть часи Другої світової війни (Рис. 2.2). Демографічна хвиля народжених в останні півтора десятиліття ще багато років спостерігатиметься на віковій піраміді населення України через меншу кількість їх нащадків із періодом, що приблизно дорівнює 25-29 років. Мала кількість осіб у віці 3-6 років уже стала формальним приводом для закриття дошкільних закладів³. Із приходом у шкільний вік уже точаться суперечки про потребу укрупнення шкіл. Таким чином, ця проблема вже впливає на роботу освітніх установ. Ситуація загостриться через кілька років із приходом цієї когорти у вік 17-20 років, що погіршить комплектування вищих учбових закладів, спричинить значні коливання пропозиції на ринку праці тощо.

Розширення основи піраміди (збільшення кількості осіб у віці 0-2 роки) зумовлене як зростанням інтенсивності народжень, так і структурним впливом. Так, в Україні на сучасному етапі найвищою репродуктивною активністю характеризуються жінки у віці 20-24 роки. Саме в цей вік зараз входять народжені в середині 1980-х років (Рис. 2.2). Зростання кількості осіб у дітородному віці визначає збільшення числа народжень. Порівняння народжуваності 2001 (року найнижчої народжуваності) та 2004 рр. показує, що збільшення кількості народжених відбулося на 10,9% за рахунок підвищення інтенсивності, а на 3,6% – за рахунок структурного фактора. За будь-якого варіанту перебігу демографічних процесів найближчі 4-6 років структурний чинник незначно, але стабільно сприятиме збільшенню кількості народжень.

Середній вік населення визначається як рівнем народжуваності, так і рівнем смертності. Найчастіше використовуються арифметична зважена й медіана. Так, середній арифметичний вік населення України на початок 2005 р. становив 39,5 року. З початку 1990 р. він зріс на 3 роки (Рис. 3.2). На жаль, це пов’язано не зі зростанням

³ Справжньою причиною стала необхідність розташування в цих приміщеннях магазинів, офісів фірм тощо.

тривалості життя, а переважно зі зниженням народжуваності. При цьому динаміка смертності сприяла, швидше, зниженню середнього віку через скорочення смертності в молодших вікових групах та зростання в середньому і старшому віці. Певний вплив на збільшення середнього віку справив і структурний чинник через входження відносно великих вікових груп населення у більш старший вік.

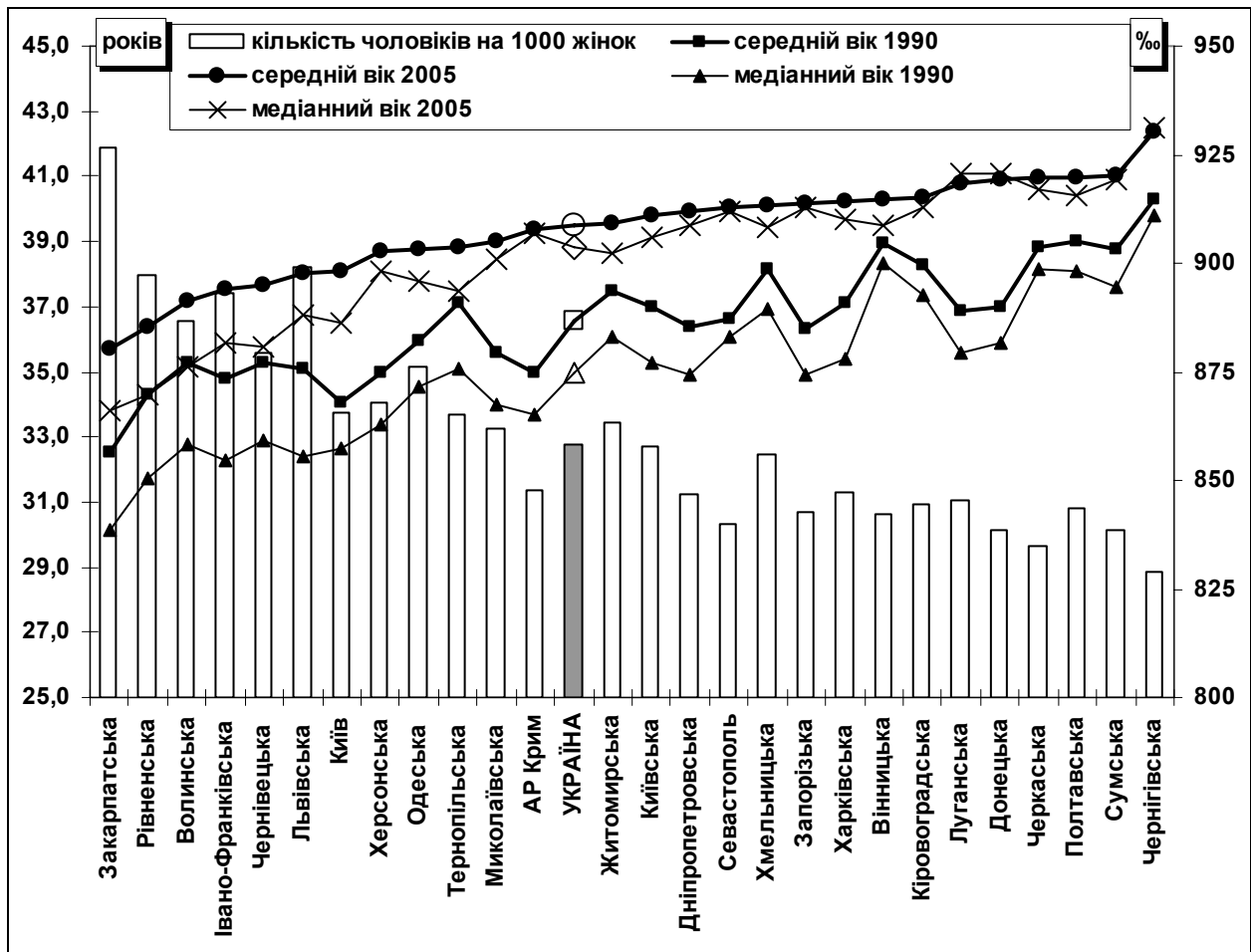


Рис. 3.2. Окремі показники статево-вікової структури населення України та її регіонів.

Україна – одна з „найстаріших” країн Європи. За останнє десятиліття вона швидко наздогнала такі розвинені в демографічному відношенні країни як Австрія, Фінляндія, Франція, Норвегія (Табл. 3.1). Проте, це зумовлено зовсім не зростанням тривалості життя, а навіть у супереч його зниженню. Причиною цього є те, що народжуваність у цей період знижувалась значно швидше. Очевидно, що падіння питомої ваги населення в молодших вікових групах призвело до відповідного зростання частки осіб похилого віку.

Таблиця 3.1. Рівень постаріння населення України у порівнянні з населенням деяких країн Європи (65 і старше, %)*

Країна	%	Країна	%
Австрія	15,5	Італія ³	18,2
Бельгія	16,9	Нідерланди ³	13,6
Хорватія	15,6	Норвегія	15,0
Чехія	13,8	Польща	12,4
Данія	14,8	Російська Федерація ⁴	13,4
Фінляндія	15,1	Іспанія	17,0
Франція ³	16,1	Швейцарія	15,4
Німеччина	16,9	Швеція	17,2
Угорщина	15,2	Україна ²	15,9
Ісландія	11,6	Великобританія ¹	15,6

* Дані обчислено за розподілом населення станом на середину 2001 р. за Demographic Yearbook 2001. – 52 issue. – UN, N-Y, 2003., якщо не зазначено інше.

¹ На середину 1999 р.

² На початок 2005 р. розраховано за даними Держкомстату України.

³ На початок 2001 р.

⁴ На початок 2004 р. розраховано за даними Держкомстату Російської Федерації

Порівняння вікової структури населення України з однією з „найстаріших” країн світу – Італією – свідчить про те, що демографічний розвиток України був значно драматичніший. „Верхівка” піраміди населення України менша внаслідок значних людських втрат, спричинених голодомором та II Світовою війною (Рис. 3.3). „Низ” піраміди, хоча і звужується на однакову глибину, проте не такий тривалий, як в Італії. Звужена основа піраміди і в Україні, і в Італії спричинена значним спадом народжуваності. Проте, є підстави стверджувати, що в Україні стагнація не набуде такого тривалого вигляду, як в Італії. Це підтверджує як структурний чинник (зростання питомої ваги осіб у фертильному віці), так і інтенсивний (з 2001 р. відбулося зростання інтенсивності дітонароджень).

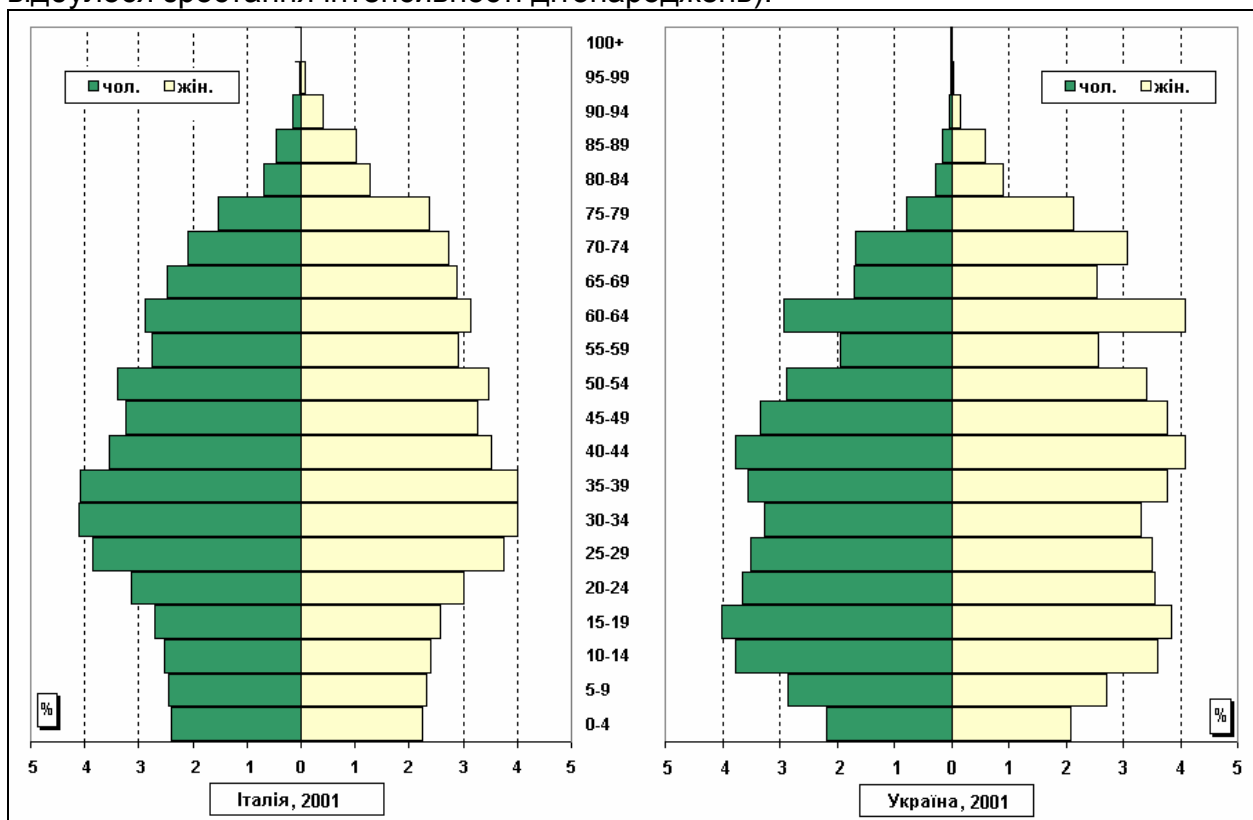


Рис. 3.3. Статеві-вікові піраміди населення Італії та України на початок 2001 р.
3.2. Старіння населення та його соціально-демографічні наслідки

Віковий склад населення визначає структуру суспільного споживання. Не менш важливим є те, що співвідношення статево-вікових груп населення помітно впливає на виробництво. Ця теза лежить в основі структурно-демографічної теорії.

Існує гіпотеза, що саме завдяки відносно великій питомій вазі молоді після II Світової війни в країнах Східної Азії відбувся технологічний прорив цих відносно відсталих на той час суспільств. Їх молодь була здатна сприймати нововведення, а іноземні інвестиції давали змогу використовувати це прагнення. Все це дало можливість розвивати трудомісткі та наукоємні виробництва. Проте, коли молодь післявоєнних років досягла репродуктивного віку, народжене ними покоління виявилось нечисленним. Згодом зростає частка осіб літнього віку. Зараз ми спостерігаємо уповільнення темпів економічного росту країн – колишніх „азійських тигрів”.

У свій час покоління „бєбі-бумєрів” здійснило аналогічний вплив на економіку Північної Америки. Бурхливий розвиток автомобілебудування та будівництва багато в чому зумовлений діяльністю та потребами саме цієї когорти населення.

Можливо, що економічно розвинені країни Європи мають завдячувати своєю стабільністю саме „старості” населення. При цьому слід відзначити, що тут уже давно відсутні стрімкі темпи економічного зростання.

З наведених прикладів можна зробити висновок, що „постаріле” суспільство є порівняно стабільним і консервативним. Через дію сукупності психологічних і фізіологічних чинників високі темпи економічного зростання для країни із „старим” населенням навряд чи будуть можливими.

Слід відмітити, що „постаріле” населення має свої позитивні якості. Особи похилого віку є носіями цінного життєвого досвіду та культурної спадщини минулих поколінь. Люди в передпенсійному віці володіють багажем теоретичних знань та виробничого досвіду. Якщо в першому випадку їх знання використовуються в наукових та освітніх закладах, то на виробництві ефективне використання можливостей літніх людей є досить рідким явищем. Демографічні прогнози вказують на те, що невдовзі відбуватиметься скорочення кількості осіб у працездатному віці. За цих умов постає питання про підвищення пенсійного віку, з чого випливає необхідність зайнятості передусім „молодих старих”.

Із цією проблемою уже впритул зіткнулась Франція. Наприклад, керівництво таких великих компаній як „Air France”, „Arcelor”, „Renault”, „Pechiney”, вважають, що достроковий вихід на пенсію (наймані робітники у Франції в більшості випадків можуть подавати заяву про вихід на пенсію у віці 50-52 роки) дорого коштує суспільству і є розбазарюванням досвіду⁴. Для закріплення робітників передпенсійного віку на підприємстві значна увага звертається на ергономіку робочого місця. Якщо ж специфіка роботи вимагає пильної уваги чи витривалості, особи старшого віку призначаються консультантами, які передають свій досвід молодим поколінням. Таким чином підтримується зв'язок поколінь, формуються та продовжуються виробничі традиції компаній.

Старіння населення викликає і такі власне демографічні зміни як розмір і склад домогосподарств. Зростає, особливо в сільській місцевості частка домогосподарств, які складаються виключно з осіб пенсійного віку, зокрема жінок. Навантаження осіб пенсійного віку на населення у працездатному віці має загальну тенденцію до збільшення. При цьому за умов збереження солідарної пенсійної системи існує небезпека порушення принципів соціальної справедливості, оскільки зменшена кількість осіб працездатного віку не зможе підтримувати збільшення кількості пенсіонерів. Тому необхідність переходу на багаторівневу систему пенсійного забезпечення має серйозні демографічні передумови.

⁴ <http://www.demoscope.ru/weekly/2004/0149/analit04.php>

В старіючому суспільстві відбувається перерозподіл фінансових потоків на користь більш старшого віку. Потреби осіб похилого віку враховуються через структуру їх споживання й уподобань. Зрозуміло, що споживання стимулюватиме виробництво тих груп лікарських препаратів, необхідність у яких мають особи літнього віку. І навпаки, розвиток ринку товарів тривалого користування, зокрема побутової техніки, уповільнюється. Зниження частки молоді призводить до скорочення фінансування освіти тощо.

Збільшення питомої ваги й абсолютної кількості осіб похилого віку має також істотний вплив на діяльність політичних партій і різноманітних громадських організацій. Завоювання підтримки пенсіонерів стає усе більш вагомим козирем у передвиборчій боротьбі.

Таким чином, старіння населення має помітні соціально-демографічні наслідки як на мікрорівні (сім'ї, домогосподарства), так і на макрорівні (перерозподіл фінансових потоків, зрушення у суспільному виробництві та споживанні).

Україна є однією з найстаріших у демографічному відношенні країн Європи (Табл. 3.1).

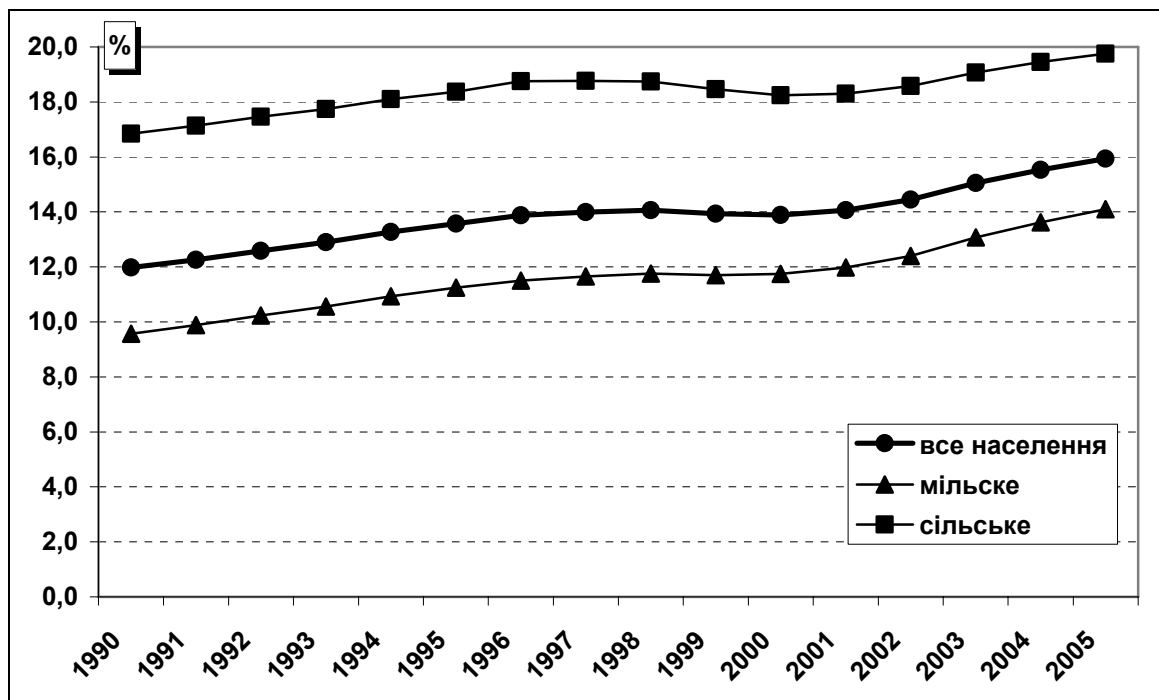


Рис. 3.4. Динаміка питомої ваги населення старше 65 років в Україні.

3.3. Особливості статево-вікової структури міського та сільського населення

На Рис. 3.5 представлено статево-вікові піраміди міського та сільського населення України на початок 2005 р. На піраміді міського населення чітко видно підвищену частку населення у віці 17-23 роки, тобто у віці отримання вищої освіти. В сільському ж населення в цьому ж віці спостерігається заглиблення, яке відповідає демографічній „хвилі” у містах. Нижні частини обох діаграм звужені, що вказує на подібність тенденції зниження народжуваності до 2001 р. Основа піраміди знову розширюється внаслідок зростання народжуваності в 2002-2004 рр.

Статеві співвідношення вказують на перевищення питомої ваги чоловіків над жінками у сільській місцевості до 45-50 років. З цього можна зробити висновок про

більш інтенсивний виїзд до міста жінок. Це і спостерігається на діаграмі для міського населення, де жінки переважають уже починаючи з віку 25-30 років.

Хоча в молодшому та середньому віці в селах переважають чоловіки, в пенсійному віці значну частку становлять жінки. Їх перевищення над кількістю чоловіків відповідного віку значно суттєвіше, ніж у містах (Рис. 3.5).

Виходячи з наведеного, можна стверджувати, що міграційні потоки у напрямках місто-село спотворюють статеві-вікові співвідношення населення.

Частка населення старше 65 років останнім часом мала тенденцію до зростання як в міському, так і сільському населенні (Рис. 3.5). Щоправда, сільське населення, маючи більш високий досягнутий рівень старіння, характеризувалось більш низькими темпами.

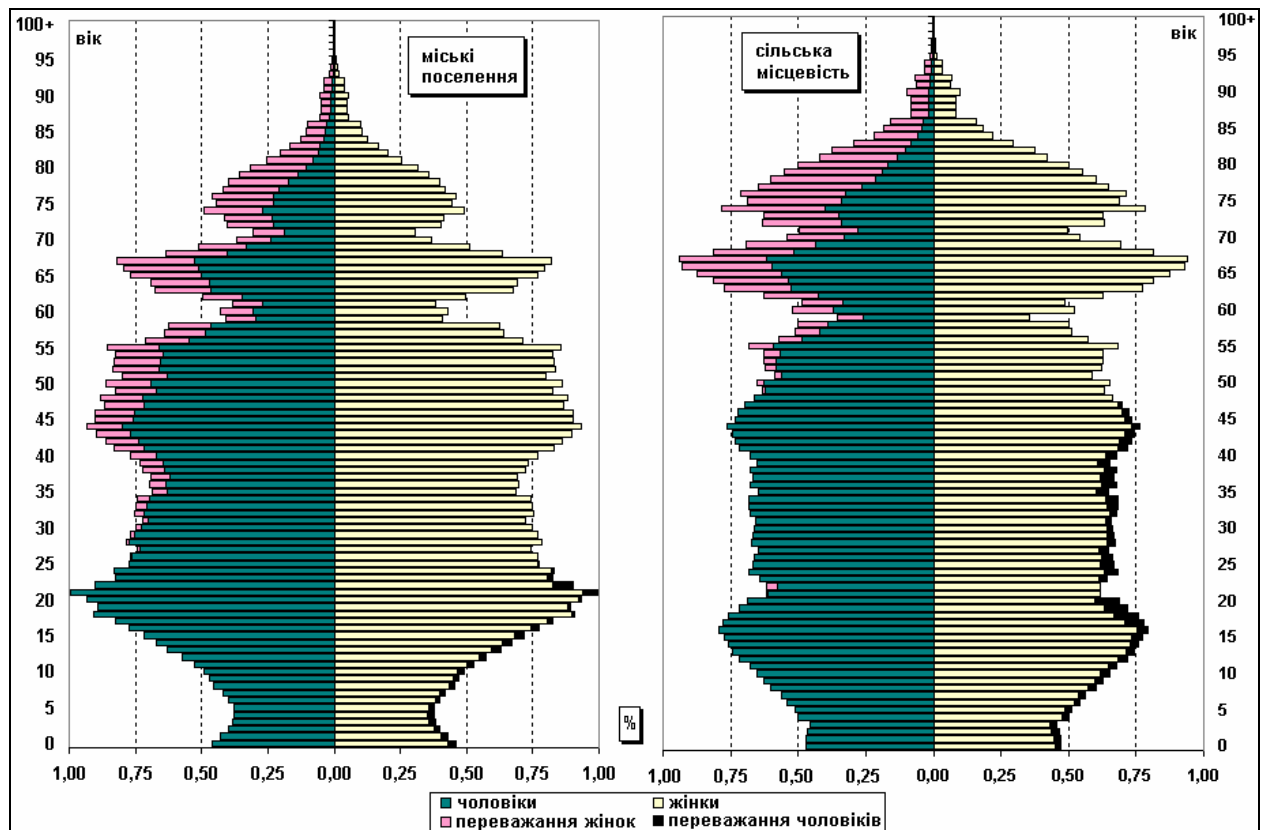


Рис. 3.5. Статеві-вікові піраміди міського та сільського населення України на початок 2005 р.

3.4. Міжрегіональні відмінності статеві-вікової структури

Групування регіонів за досліджуваною ознакою дає можливість більш яскраво окреслити міжрегіональні відмінності. Метод кластерного аналізу при цьому дозволяє уникнути суб'єктивізму дослідника. Ознаки досліджуваних об'єктів (їх числові характеристики) виступають тут у якості координат багатовимірного неперервного простору нульової кривизни. Відстані між об'єктами обчислюється за формулою:

$$r = \sqrt{(a_2 - a_1)^2 + (b_2 - b_1)^2 + \dots + (\omega_2 - \omega_1)^2}$$

де a, b, \dots, ω – координати об'єктів.

Потім у цьому просторі вибираються такі точки, сума відстаней від яких до групи досліджуваних об'єктів є найменшою. Ці групи формують своєрідні скупчення (кластери) об'єктів. Число кластерів визначає дослідник на основі кількості

досліджуваних об'єктів, особливостей статистичного розподілу числових величин ознак, за якими проводиться групування, а також мети дослідження.

Таким чином, групування регіонів України здійснюється за матрицею вимірністю 27X101 (кількість регіонів та число вікових груп відповідно). Описаний метод кластеризації k-середніми виділяє 4 чітко відмінних групи. Зменшення чи збільшення кількості кластерів не додає нічого нового, об'єднуючи або подрібнюючи наявні кластери. Отримані групи можна назвати: Західний, Північно-Центральний, Південно-Східний та Київ (Рис. 3.6).



Рис. 3.6. Зонування території України за віковою структурою населення.

Порівняльний аналіз вікових структур населення західних областей із рештою регіонів України підтверджує тезу про те, що демографічна історія народу позначається на його статеві-віковій структурі. Дійсно, найбільшою відмінністю вікової структури населення **Західного регіону** є відсутність „западини” у старших вікових групах, що відповідає когорті народжених під час голодомору 1932-33 рр. (Рис. 3.7). В решті вікових груп піраміда населення цього регіону в загальних рисах повторює контури діаграми для всієї України. На ній теж спостерігаються опуклості, що відповідають „бєбі-бумерам” та їх дітям, а також „западини” нащадків тих, хто народився під час війни. Виняток становлять лише вікові групи народжених в останні роки. Ця западина не так яскраво виражена як у решті регіонів через більш високу народжуваність. Не зважаючи на постійну, принаймні з кінця XIX ст. еміграцію населення з регіону, високий рівень народжуваності, який тут зберігався іще недавно, сприяв вигідному співвідношенню основних вікових груп населення. Так, у цьому регіоні питома вага населення у працездатному віці в середньому по цих областях складає 59,0%, молодше працездатного – 19,7%.

Статеві-вікові діаграми **Південно-Східного** та **Північно-Центрального** регіонів дуже схожі візуально. Але, більш детальний аналіз вікових співвідношень вказує на принципову відмінність у формуванні вікової структури, зумовлену

міграційним впливом. Так, на віковому спектрі Південно-Східного регіону демографічні хвилі „бєбі-бумєрів” та покоління їх дітей виражені яскравіше. Це зумовлено, передусім, значним міграційним припливом населення під час післявоєнної розбудови країни та нарощення промислових потужностей у східному регіоні. Структурний чинник, підсилений зростанням народжуваності в середині 1980-х дав і хвилю їх нащадків. Високий рівень урбанізації Південно-Східного регіону призводить і до наднизького рівня народжуваності. В діаграмі це виражається в різній формі основи піраміди цих двох укрупнених регіонів. В Північно-Центральному заглиблення у віці 3-10 років не таке різке, як у Південно-Східному (Рис. 3.7). Таким чином, хоча Південно-Східний регіон у своїй структурі має 60,9% у працездатному віці, проте лише 15,0% – молодше працездатного. В той самий час Північно-Центральний має лише 57,5% осіб у працездатному віці та 16,4% – молодше.

Виключно міське населення такого крупного освітнього центру, як **Київ** має яскраво виражені особливості. Як відомо, міське населення має помітно нижчу народжуваність, що віддзеркалюється на піраміді у вигляді різко звуженої основи (Рис. 3.7). Ситуацію загострює наявність значного контингенту студентів, які хоча й омолоджують вікову структуру, мають схильність і мотивацію до відкладання народжень. Таким чином, крім різкої западини у дитячому віці істотно збільшують питому вагу осіб у 18-24 роки. В решті вікових груп структура населення Києва відповідає загальним рисам населення України. В результаті формується специфічна структура, в працездатному віці якої перебувають 66,6% населення, а молодше працездатного – лише 13,9%.

Як видно з рис. 3.7, найменші зміни за 1990-2005 рр. в середніх показниках віку населення відбулися в областях із відносно високою народжуваністю та відносно низькою смертністю (Волинська, Полтавська, Тернопільська, Хмельницька). Незначні зрушення спостерігались і в областях із початково високим рівнем старіння – Вінницькій, Сумській та Чернігівській. За винятком регіонів, на формування населення яких сильний вплив мала міграція (АР Крим та м. Київ), найбільші зміни стосувалися Донецької, Запорізької та Луганської областей. Саме в цих областях рівень народжуваності перестав забезпечувати навіть половину необхідного для простого відтворення, а смертність стала однією з найвищих в Україні. Медіанний вік перевищив середній арифметичний у Донецькій, Луганській і Чернігівській областях.

Регіональну диференціацію співвідношення статей зумовлюють два фактори, які діють сукупно: рівень постаріння населення та відмінності в режимі смертності за статтю. В Україні розбіжність між тривалістю життя чоловіків і жінок дуже велика. Тому чим вища різниця в смертності за статтю, тим вища диспропорція статей. Демографічна старість регіону також впливає на збільшення статевої диспропорції. Саме тому найнижчі значення співвідношення чоловіків і жінок відмічаються в областях із високим рівнем постаріння: Чернігівська, Черкаська, Сумська (Рис. 3.7). За співвідношенням чоловіків і жінок вони займають 27, 26, 24 ранги відповідно. На 25-му місці знаходиться Донецька область через велику відмінність смертності чоловіків і жінок.

Отже, найбільш потужним чинником, що формує чисельність і вікову структуру населення в Україні залишається народжуваність. Відносно висока частка населення, народженого в 1980-ті визначає структурне зростання населення в наймолодших вікових групах, яке має місце в останні роки. І навпаки, низька питома вага народжених наприкінці 1990-тих невдовзі стане структурною причиною зниження кількості наймолодших громадян України.

„Вхід” у пенсійний вік двох „западин” між демографічними хвилями (народжені під час голодомору та в роки II Світової війни) сприяє структурному зниженню смертності. Проте і в значно молодших (а саме – працездатних) вікових групах

населення України сила смертності є такою, що до похилого віку доживає значно менше людей, ніж це можливо в країнах Європи.

Вплив вікової структури на міграційні переміщення на рівні країни не виражений. Видається, що саме міграції мають певний вплив на формування вікової структури населення. На рівні ж регіонів, особливо в розрізі місто-село, вплив вікової структури на міграцію може виявитися в тому, що з села просто не буде кому виїжджати.

В регіональному розрізі зони, виділені за подібністю вікової структури, віддзеркалюють особливості демографічної та соціально-економічної історії регіонів України.

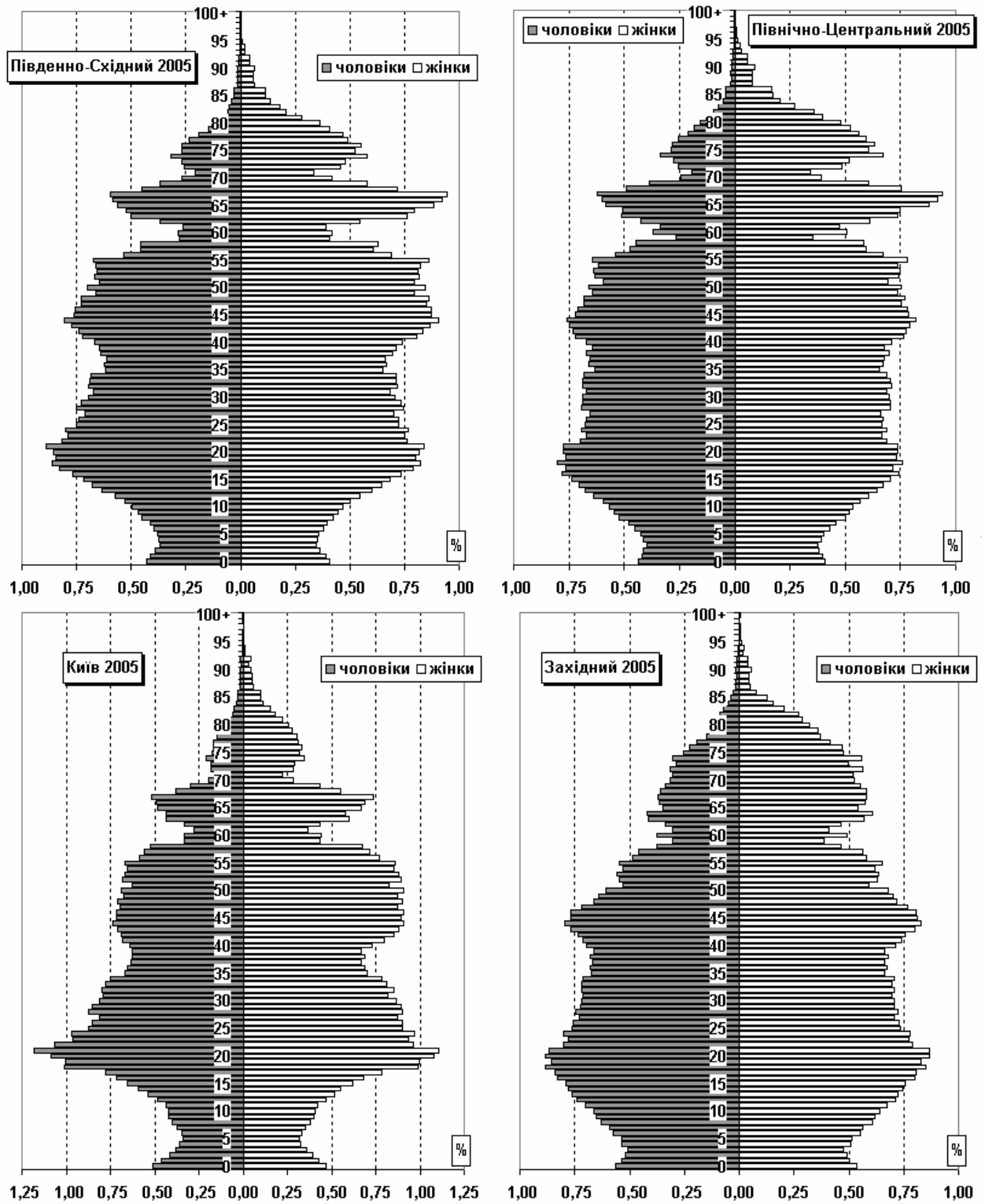


Рис. 3.7. Статеві-вікові піраміди населення укрупнених регіонів України.

4. ДЕМОГРАФІЧНІ МОДЕЛІ

Моделі статистичних взаємозв'язків, основані на регресійних рівняннях, є дуже цікавим методом наукового дослідження. Проте, вони не позбавлені деяких негативних рис.

У прикладі зі спробами побудови моделі множинної регресії (парна є її окремим випадком) дослідник щоразу наштовхується на безліч проблем методологічного та методичного характеру. Процеси в системі „економіка-населення” є настільки переплетеними, що виокремлення взаємно незалежних процесів стає часто нерозв'язною задачею. Тим часом взаємна незалежність аргументів у регресійній моделі є її першою вимогою.

Невирішеним є проблема використання лагів затримки. Відомо, що соціально-економічні явища є значно більш кон'юнктурними, ніж більшість демографічних. Так, зміна рівня життя населення, заходи державної демографічної політики впливають на відтворення населення не відразу, а з певним запізненням. Тому показники соціально-економічної системи, що ставляться у відповідність із демографічною слід використовувати за попередні роки. Довжина такого періоду завжди є предметом дискусій.

Складним залишається визначення впливу деяких соціальних, культурних і поведінкових факторів через неможливість представлення їх у чисельному виразі (репродуктивні настанови та суспільна думка, сформовані історично та такі, що помітно впливають на репродуктивну активність), відсутність необхідних даних (поширеність у деяких регіонах прибічників релігійних конфесій, в яких не заохочується регулювання дітонародження).

Тому доцільно зупинитися на дослідженні внутрішніх взаємозв'язків у системі „населення”, використовуючи лише показники внутрішніх для неї процесів. Корисними тут є використання демографо-статистичних методів дослідження: індексного та табличного.

ІНДЕКСНІ МОДЕЛІ

Ідея побудови індексних моделей полягає в тому, що динаміка загального коефіцієнту (народжуваності чи смертності) залежить як від зміни повікової інтенсивності процесу, так і трансформації самої вікової структури. Тому шляхом співставлення повікових коефіцієнтів та вікової структури двох населень можна виокремити відмінності, зумовлені особливостями перебігу самого процесу та структурою.

Звідси маємо два індекси: інтенсивності та структури. Індекс інтенсивності показує вплив на загальний коефіцієнт зміни інтенсивності. Для його обчислення слід зафіксувати повікові питомі ваги (частки) населення, з яким проводиться порівняння (базового):

$$I_{\text{int}} = \frac{\sum S_x^0 \times k_x^t}{\sum S_x^0 \times k_x^0}$$

де S – питома вага вікової групи x ,

k – коефіцієнт для групи x ,

0 – показники для базового населення,

t – показники для порівнюваного населення.

Індекс структури фіксує повікові інтенсивності порівнюваного населення, при цьому повікові питомі ваги населень відрізняються:

$$I_{str} = \frac{\sum S_x^t \times k_x^t}{\sum S_x^0 \times k_x^t}$$

З наведених формул видно, що добуток цих індексів дорівнює співвідношенню загальних коефіцієнтів. Таким чином вимірюється загальний вплив всіх чинників:

$$\frac{k^t}{k^0} = I_{int} \times I_{str}$$

Моделі народжуваності

Базовим періодом для народжуваності доцільно прийняти 2001 р., оскільки тоді відмічався її найнижчий рівень. Внаслідок цього саме 2001 р. є привабливим для статистичних порівнянь. Після того три роки поспіль народжуваність постійно зростала. Проте, в цей час росла й частка населення (зокрема жінок) у дітородному віці. Індексний метод може дати вичерпну інформацію стосовно питання, на скільки можна завдячувати зростанню інтенсивності та наскільки – сприятливій віковій структурі.

З результатів розрахунків, наведених у Табл. 4.1 видно, що зростання народжуваності в останні роки відбувалось як за рахунок збільшення власне інтенсивності дітонародження, так і покращання вікової структури дітородного контингенту. Погіршилась вікова структура матерів лише у сільській місцевості. Ймовірно, це пов'язано з посиленням вибуття молоді на навчання та роботу до міст, внаслідок чого зросла питома вага жінок старшого фертильного віку, які в Україні традиційно характеризуються низькою народжуваністю.

	всі поселення			міські поселення			сільська місцевість		
	усіх факторів	інтенсивності	структури	усіх факторів	інтенсивності	структури	усіх факторів	інтенсивності	структури
2002	4,1	3,7	0,4	5,4	4,6	0,7	1,7	2,1	-0,4
2003	9,1	7,8	1,2	13,0	11,0	2,0	1,8	2,6	-0,7
2004	14,3	12,0	2,3	20,8	17,1	3,7	2,6	3,6	-1,0

Моделі смертності

Як і випадку з народжуваністю, доцільно обрати базовим для порівняння роком такий рік, на який припадає певна знакова демографічна подія. У зв'язку з цим можна обрати базовим 1995 або 1996 р., коли в Україні реєструвались найнижчі показники тривалості життя. На жаль, після короткого зростання в 1997-98 рр. очікуваної тривалості життя при народженні, в наступні роки знову намітилась тенденція до погіршення становища. Останніми роками ситуація стабілізувалась на рівні, близькому до найгіршого за кілька десятиліть.

Обравши 1996 р. як базовий, можна обчислити індекси інтенсивності та структури для кожного наступного року. Перевівши отримані результати у відсотки, отримується таблиця (Табл. 4.2), з якої видно за рахунок чого і на скільки відсотків змінилась смертність населення України за статтю та типом поселення.

З наведеної Табл. 4.2 видно, що в містах для обох статей протягом усіх останніх років інтенсивність смертності залишається більш низькою, ніж у 1996 р. Вплив зміни вікової структури при цьому був від'ємним. Проте, відносно низька смертність до 2000 (для жінок – до 2003 р.) нівелювала негативний вплив структури. В 2004 р. індекс інтенсивності для міського населення сприяв зниженню смертності, натомість вікова структура (через постаріння) помітно посилила свої позиції.

Перевагою індексного методу є його порівняна простота. На жаль, він усе ж приховує деякі особливості повікових змін у смертності населення.

МОДЕЛІ, ЩО СПИРАЮТЬСЯ НА ТЕОРІЇ СТАБІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ

Вчених давно цікавило питання оцінки вікової структури населення за допомогою інтегрального індексу. Р. Пірл (R. Pearl) і Ю.О. Корчак-Чепурківський розробили найбільш удачі форми числової характеристики вікової структури населення, що склалася. Індекс нахилу вікової піраміди Ю.О. Корчака-Чепурківського [1] характеризує кут нахилу ребер вікової піраміди (точніше, її частини, що відповідає віку 15-59 років) до її основи. Наближення індексу до нуля означає, що контур піраміди все більше нагадує прямий кут. Чисельний індекс розподілу населення Р. Пірля оцінює ступінь відхилення вікової структури реального населення від вікового складу стаціонарного населення.

Коротко кажучи, стаціонарне населення – така теоретична конструкція, за якою щорічна кількість (і загальний коефіцієнт) померлих дорівнює відповідно кількості народжених. Вікова структура при цьому однозначно задається функцією дожиття $l(x)$:

$$C(x) = \frac{l(x)}{\int_0^{\omega} l(x) dx}$$

Якщо ж спробувати визначити, якої структури набуде населення через досить тривалий час (порядку багатьох десятиліть) за умов незмінності як режиму смертності, так і народжуваності, то в модель слід включити функцію народжуваності. Вікова структура населення, яка сформується через певний час описується функцією:

$$C(x) = \frac{l(x)e^{-rx}}{\int_0^{\omega} l(x)e^{-rx} dx}$$

де r – коефіцієнт природного приросту стабільного населення,

e – основа натурального логарифму,

ω – кількість вікових груп.

Практичною цінністю моделі стабільного населення є визначення параметрів відтворення умовного покоління (того, що живе в протягом певного року) і розповсюдження на період до стабілізації. Таким чином можна отримати статевовікову структуру населення, яка відповідає режиму відтворення, що склався.

Основне рівняння стабільного населення можна записати у вигляді:

$$\int_0^{\omega} e^{-rx} l(x) f(x) dx = 1$$

де:

$l(x)$ – функція дожиття,

$f(x)$ – функція народжуваності,

r – коефіцієнт природного приросту стабільного населення, який є єдиним дійсним коренем рівняння.

С.І. Пирожковим запропоновано оцінювати ступінь відхилення вікової структури реального населення від такої структури, яка б сформувалась за такого ж режиму смертності та народжуваності (тобто його стабільного відповідника). Показник ступеню інстабільності можна записати у вигляді:

$$\psi = \sqrt{\frac{\sum_0^{\omega} [C_r(x) - C_s(x)]^2}{n}}$$

де:

C_r – частки вікових груп реального населення,

C_s – частки вікових груп відповідного стабільного населення,

n – кількість вікових груп.

Якби рівень народжуваності та смертності, властивий населенню України в 2004 р. тривав незмінним за умов відсутності міграцій (умова „закритого” населення), то його вікова структура набула б таких співвідношень (стабільного населення), як показано на Рис. 4.1.

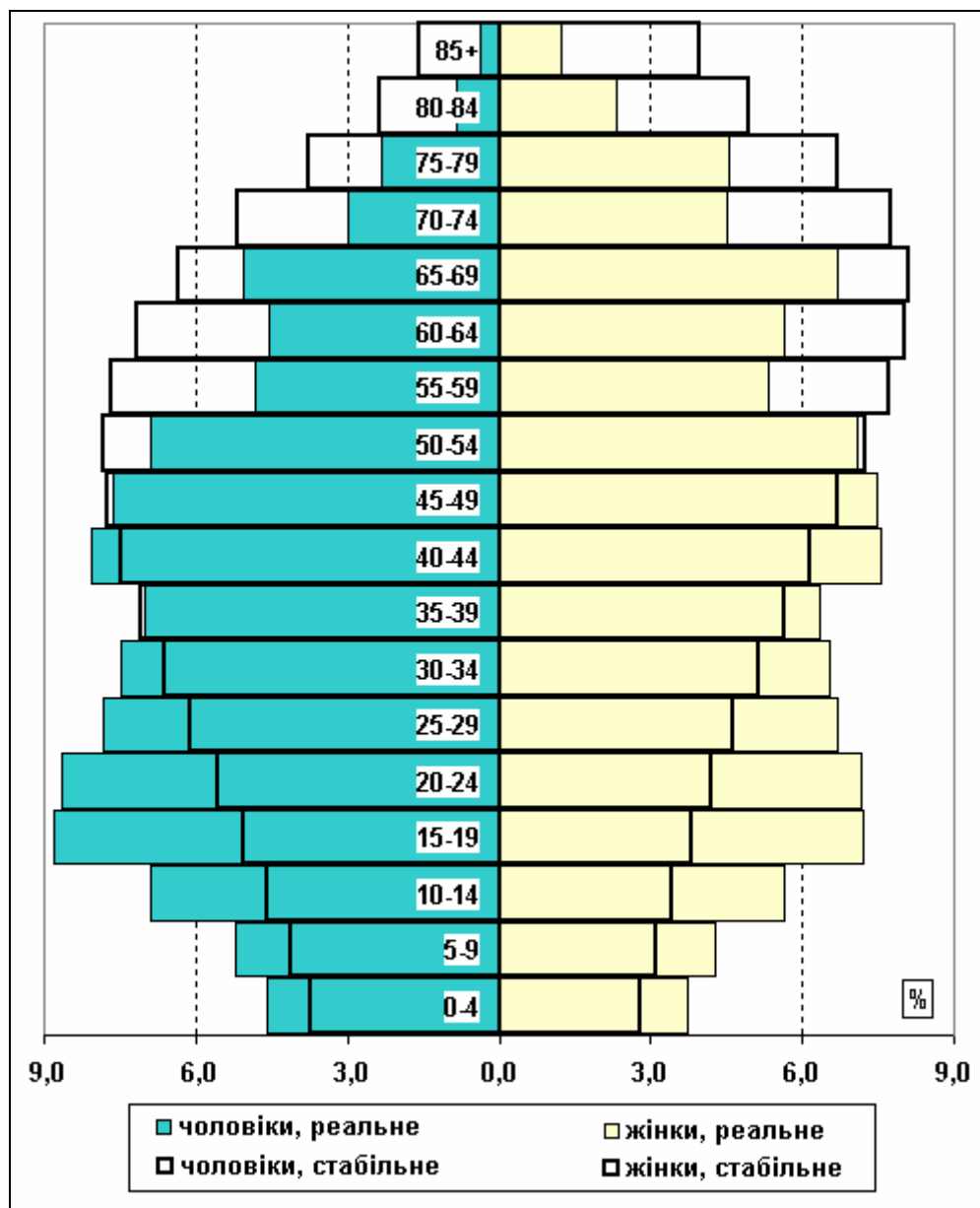


Рис. 4.1. Співвідношення реального населення України (2004 р.) та стабільного з відповідним реальному режиму відтворення.

Коефіцієнт інстабільності вікової структури населення України в 2004 р. становив 4,01 та 5,78 для чоловіків і жінок відповідно.

МОДЕЛІ, ЩО СПИРАЮТЬСЯ НА ТАБЛИЦІ СМЕРТНОСТІ

Таблиця смертності є демографічною числовою моделлю, що являє собою систему упорядкованих між собою величин. Таблиця смертності є найбільш точною й адекватною характеристикою смертності певного населення.

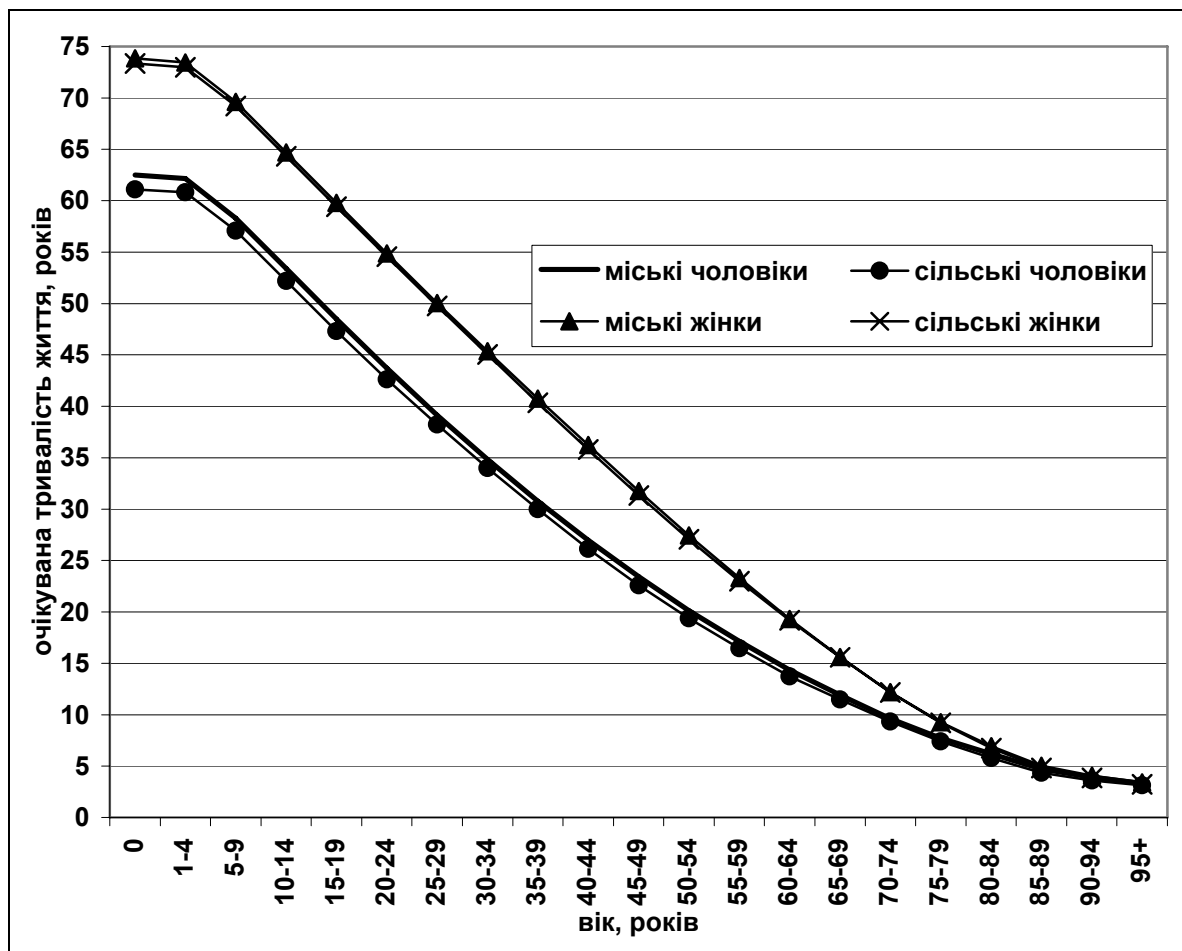


Рис. 4.2. Очікувана тривалість життя при досягненні певного віку в Україні, 2005 р.

Табл. 4.2. Приріст загального коефіцієнту смертності в 1997-2004 рр. порівняно з 1996 р., %

	чоловіки міських поселень			жінки міських поселень			чоловіки сільської місцевості			жінки сільської місцевості		
	за рахунок:			за рахунок:			за рахунок:			за рахунок:		
	усіх			усіх			усіх			усіх		
	факторів	інтенсивності	структури	факторів	інтенсивності	структури	факторів	інтенсивності	структури	факторів	інтенсивності	структури
1997	-1,9	-9,1	8,0	-3,1	-8,6	6,0	0,1	1,3	-1,1	1,0	4,7	-3,6
1998	-5,2	-14,1	10,5	-4,6	-11,5	7,7	-1,0	-0,3	-0,7	-0,4	1,6	-2,0
1999	-9,3	-19,3	12,4	-6,8	-15,3	10,1	-5,9	-6,0	0,1	-3,8	-3,3	-0,6
2000	-4,3	-16,1	14,1	-3,9	-14,3	12,1	-2,8	-3,1	0,3	-2,2	-4,3	2,2
2001	1,6	-12,5	16,2	-0,6	-13,0	14,2	-0,5	-1,3	0,8	-1,6	-4,6	3,1
2002	2,4	-13,2	18,0	-1,6	-15,2	16,1	-0,7	-2,2	1,5	-2,9	-5,8	3,1
2003	4,5	-12,2	19,0	-0,7	-15,7	17,7	3,2	1,0	2,2	-1,1	-4,1	3,1
2004	5,3	-12,3	20,0	2,1	-14,5	19,4	5,5	2,6	2,8	2,5	-1,3	3,9

5. ЕТНІЧНИЙ СКЛАД НАСЕЛЕННЯ

5.1. Етно-демографічна ситуація в Україні

Україна є поліетнічною державою. Всеукраїнський перепис населення 2001 року зафіксував наявність представників більш як 130 етносів. Однак у структурі населення держави яскраво вираженою є перевага двох найбільших етносів – українців та росіян. За даними перепису населення 2001 р., 37,5 млн. осіб (77,8% від загалу) є українцями і 8,3 млн. (17,3%) – росіянами. Чисельність від 30 до 300 тис. осіб мають ще 16 народів: білоруси, молдовани, кримські татари, болгары, угорці, румуни, поляки, євреї, вірмени, греки, татари, цигани, азербайджанці, грузини, німці та гагаузи.

У міських поселеннях українці становлять 73,3%, росіяни – 22,4%, інші етноси – 3,8%, у сільській місцевості відповідно – 87,0, 6,9 та 6,1 відсотків. Найбільш міським із чисельних етносів України є євреї, найбільш сільськими – румуни, гагаузи та молдовани. У межах України знаходяться основні регіони проживання кримських татар, караїмів, кримчаків і частково – гагаузів.

Українці переважають в усіх регіонах, крім Автономної Республіки Крим та Севастопольської міськради. У 13 регіонах західної та центральної частини України питома вага українців перевищує 90 відсотків. Найближчою до моноетнічного регіону є Тернопільська область, де українці становлять 97,8% населення (рис. 5.1.1).

Із загальної кількості українців 32,4 тис. осіб належать до етнографічних груп, які за культурними та мовними особливостями відрізняються від основної частини українського етносу. Найчисельнішими етнографічними групами є гуцули (21,4 тис. осіб, в основному на Івано-Франківщині) та русини (10,2 тис. осіб, переважно в Закарпатті), лемків нараховується 672 особи, бойків – 131, литвинів – 22, поліщуків – 9 осіб.

Росіяни є найчисленнішою етнічною групою в м. Севастополі та Автономній Республіці Крим (відповідно 71,6 та 58,3%), майже в усіх інших регіонах вони посідають друге місце за численністю і лише у двох регіонах – четверте: в Закарпатті (після українців, угорців і румун) та в Чернівецькій області (після українців, румун і молдован). Крім Автономної Республіки Крим висока питома вага росіян спостерігається в областях Донбасу (38-39%), в інших східних та південних регіонах, на Сумщині (Путівльський район).

Найбільш етнічно строкаті регіони України – Чернівецька, Одеська, Закарпатська області та АР Крим. Сумарна питома вага усіх етносів, крім росіян та українців, тут становить 16-21% (в інших регіонах – не перевищує 6%).

Існування в Україні великої кількості етнічних груп вимагає від дослідників проведення їх класифікації. Така класифікація є необхідною не лише для здійснення коректної оцінки етнічного складу населення та його трансформацій, але й для формування етнодемографічної політики.

Усі етнічні групи нашої держави, крім українців та росіян, за характером розселення та періодом проживання на території нашої держави можна об'єднати у чотири групи.

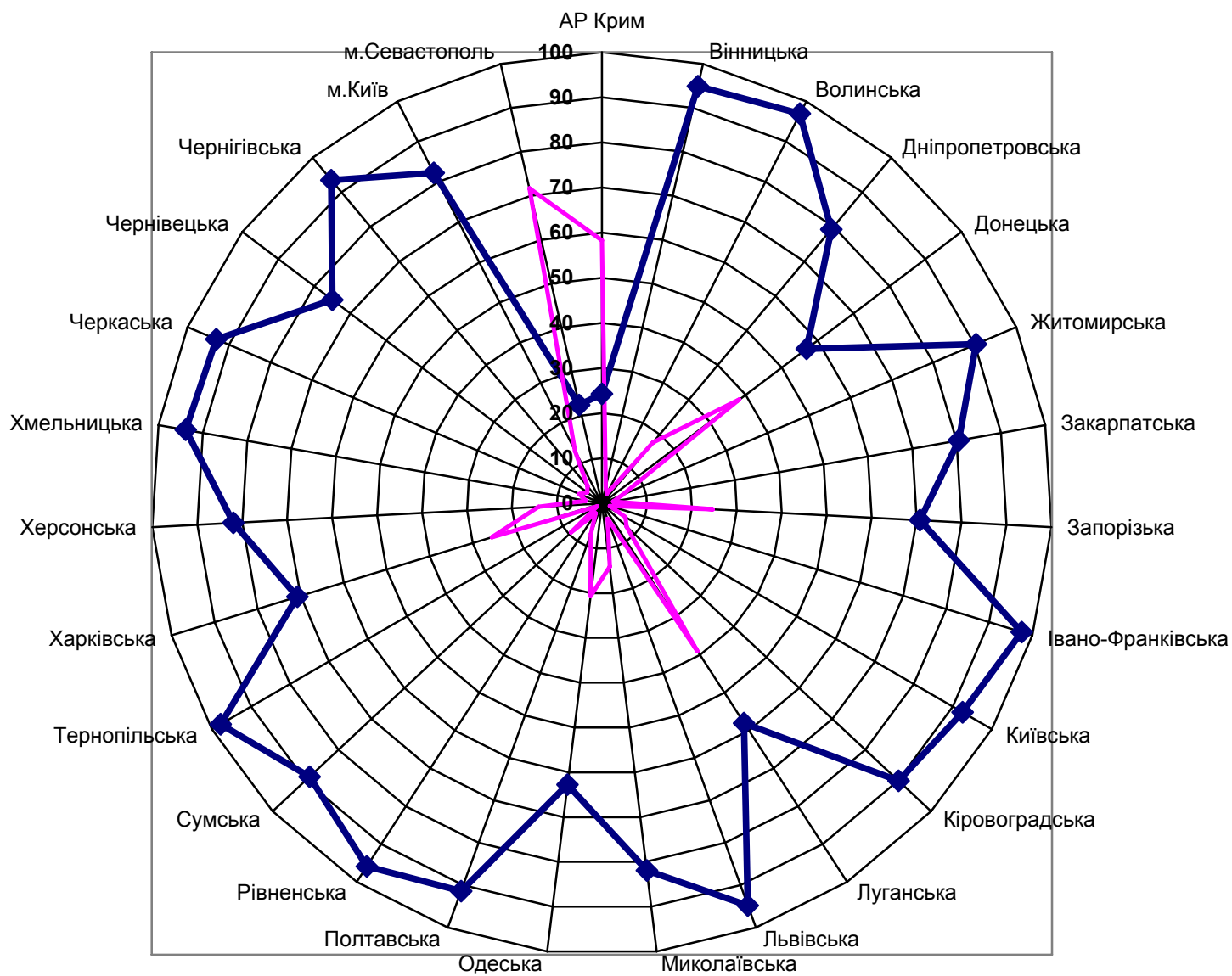


Рис. 5.1.1. Питома вага українців та росіян в загальній чисельності населення регіонів, 2001 р.

Першу формують народи, які живуть у межах нашої країни, як правило, протягом багатьох століть, на невеликих компактних територіях (від кількох сіл до двох-трьох адміністративних районів), і зазвичай складають абсолютну більшість населення у місцях свого історично компактного проживання. Такі ареали розселення молдован є в Одеській, Чернівецькій та Миколаївській областях, болгар – в Одеській та Запорізькій, угорців та словаків – у Закарпатській, гагаузів та албанців – в Одеській, румун – у Чернівецькій та Закарпатській областях. Нині відтворюється ареал компактного розселення кримських татар у Криму та південних районах Херсонщини, в Херсонській області є два шведських села. З певними застереженнями до цієї ж групи можна віднести турків-месхетинців, які на рубежі 1980-1990-х років оселилися в сільській місцевості Херсонщини, Донеччини та Криму. Указаним народам притаманний високий рівень національної самосвідомості та сталість етнічних ознак: абсолютна більшість їхніх представників у сільській місцевості (а деяких народів – і в міських поселеннях) вважають рідною мову свого етносу (виняток становлять шведи, для більшості яких рідна мова – українська).

Другу групу складають решта народів, численні групи представників яких оселилися на території сучасної України ще до початку ХХ століття. Частина цих етносів мають території компактного проживання в межах нашої держави: білоруси (в Поліссі), поляки (на Житомирщині, Хмельниччині та в західних областях), греки (в Донецькій області), чехи (на Житомирщині), караїми, кримчаки та естонці (в Криму), інші мали етнічні території в минулому (вірмени та німці) або здавна живуть розпорошено серед основних народів держави (євреї та цигани). Нині основна частина представників цих народів мешкає у поліетнічному середовищі великих та середніх міст. Більшість поляків вважають рідною мовою українську, більшість осіб інших етносів цієї групи – російську.

Росіяни займають проміжне становище між народами першої та третьої груп. З одного боку, численні групи росіян мешкали на території України ще в дорадянські часи, а регіон компактного їх розселення у Путивльському районі Сумської області склався ще в першій половині другого тисячоліття. Однак, з іншого боку, більшість українських росіян – особи, прибулі з Російської Федерації у ХХ ст. та їх нащадки.

До *третьої* групи належать етноси, які походять із країн колишнього СРСР (за винятком названих вище). В Україні їхні представники оселилися переважно протягом періоду існування Союзу. Мешкають вони майже виключно у великих та середніх містах, близько половини цих осіб вважають рідною мову свого етносу, і приблизно стільки ж – російську мову.

Четверта група об'єднує вихідців з країн “старого зарубіжжя”, які прибули до України частково в радянський період, але, головним чином – після здобуття незалежності. Рідною для більшості цих осіб залишається мова свого етносу.

5.2. Динаміка етнічного складу населення та її чинники

Визначальною тенденцією етнічного розвитку України протягом радянського періоду було зростання питомої ваги росіян при зниженні частки українців внаслідок міграційного обміну населенням між союзними республіками та русифікації українського населення в східних та південних областях України. Збільшувалася і частка осіб, для яких рідною є російська мова. За період 1959-1989 рр. питома вага українців в загальній чисельності населення України знизилася на 4 відсоткових пункта, а частка росіян – зросла на 5 пунктів. Перевага двох найчисельніших етносів посилювалася (щоправда не інтенсивними темпами) протягом усього періоду перебування нашої держави у складі СРСР.

На тлі постійного зростання чисельності населення України в 1959-1989 рр. різко зменшилася кількість євреїв та поляків. Перепис 1979 р. вперше зафіксував

зменшення чисельності греків, перепис 1989 р. – чисельності болгар та угорців. Найбільш високими темпами в 1960-1980-х рр. зростали в чисельності росіяни і татари, а в останні роки існування СРСР – кримські татари, вірмени та азербайджанці.

Протягом міжпереписного періоду (1989-2001 роки) незважаючи на загальне зменшення чисельності населення, кількість українців дещо зростає, натомість чисельність етнічних росіян – зменшилася на чверть. З 18 найчисельніших етносів кількісно збільшилися лише шість, вперше відбулося зменшення абсолютної чисельності білорусів, молдован, татар, циган, німців та гагаузів. Євреї, втративши майже 4/5 свого складу, перемістилися з третього місця за чисельністю серед етнічних груп України на десяте. Уперше після Другої світової війни в Україні відбулося зростання питомої ваги як українців, так і осіб, для яких українська мова є рідною. Тобто відбувся перелом тенденції русифікації населення, панівної у радянські часи (рис. 5.2.1).

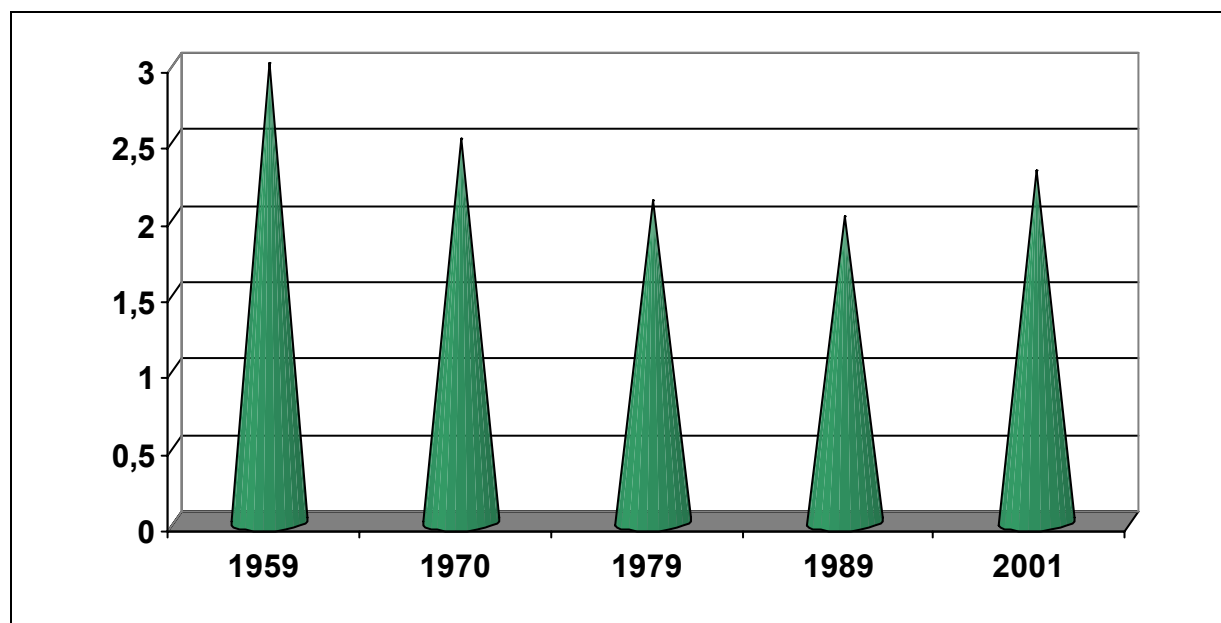


Рис. 5.2.1. Кількість осіб, які вважають рідною українську мову в розрахунку на 1 особу, що вважає рідною російську мову за даними переписів 1959-2001рр.

Основним фактором трансформацій етнічного складу населення стали міграційні процеси. З розпадом СРСР та проголошенням незалежності України почалося повернення до нашої держави етнічних українців та представників депортованих народів (кримських татар, німців, греків, вірмен та болгар) з колишніх радянських республік. Натомість, чимало росіян, білорусів, представників інших етносів “нового зарубіжжя”, повертаються до країн походження. Із зняттям “залізної завіси” різко зросли масштаби еміграції з України за межі колишнього СРСР, спочатку переважно євреїв, німців та греків, а нині – представників практично усіх етносів. Економічна криза у державах Закавказзя, гостріша, ніж в Україні, та воєнні конфлікти на Кавказі стимулювали приток мігрантів із цього регіону до України.

Нині відбувається повернення українців з колишніх республік СРСР, за винятком Росії та Білорусі. В обміні населенням між Україною та Білоруссю протилежні потоки міграції українців є приблизно однаковими. До Росії, країн Заходу та Центральної Європи українців вибуває більше, ніж прибуває з цих держав.

Процес репатріації представників раніше депортованих народів триває вже понад десять років. Незалежна Україна як демократична держава визнала право депортованих народів на повернення до місць їх традиційного проживання. На

сьогодні до нашої держави (переважно до АР Крим) повернулося понад 280 тис. кримських татар, німців, греків, болгар, вірмен. Прибуття такої кількості репатріантів протягом відносно короткого терміну загостило і без того існуючі проблеми житла, землі, працевлаштування, соціально-культурного обслуговування населення півострова, забезпечення поселень необхідною інфраструктурою. Причому Україна залишилася практично сам на сам з завданням прийому та облаштування раніше депортованих осіб, оскільки держави їх виходу, попри зроблені заяви, фактично не беруть участь у фінансуванні відповідних програм. Певні кошти (невеликі за обсягом) на вирішення проблем репатріантів надійшли лише від ряду міжнародних організацій (Управління Верховного Комісара ООН у справах біженців, Міжнародний фонд "Відродження", Агентство з міжнародного розвитку Туреччини тощо). Актуальною залишається і політико-правова проблема – набуття громадянства України депортованими особами.

Серед репатріантів перше місце за чисельністю посідають кримські татари. Повернення кримськотатарського народу починаючи з 1989 року відбувалося стрімкими темпами, після 1992 року цей процес уповільнився, що, в першу чергу, було пов'язано з економічним спадом в Україні. Більшість раніше депортованих кримських татар повертались до України (в основному до Криму) з Узбекистану, Росії, Таджикистану, Казахстану та Киргизстану.

Сім'ї депортованих німців розселяються в східних та південних областях (Одеська, Миколаївська, Херсонська, Запорізька, Кіровоградська) а також в Криму. Поряд з поверненням німців до України із східних регіонів колишнього СРСР відбувається їх еміграція до Німеччини, яка почалася ще за часів Радянського Союзу. Має місце також еміграція поляків, на початку 1990-х років з України виїхали кілька тисяч чехів та словаків, що проживали в Чорнобильській зоні.

Аналіз етнічних особливостей міграції ускладнений тим, що в другій половині 1990-х серед мігрантів різко почала зростати питома вага осіб, які мають паспорт нового зразка з відсутньою графою "національність". Як наслідок при підбитті підсумків розподілу мігрантів за національністю все численнішою стає група осіб, чия національність не вказана. Ситуація змінилася лише у 2004 р., коли вдалося зібрати достатньо повні дані про розподіл мігрантів за етнічною належністю.

Етнічна структура внутрідержавних мігрантів в цілому відповідає розподілу населення за етнічною належністю (табл. 5.2.1), основні зміни, зафіксовані у 2004 р. порівняно з 1994-1996 рр. (підвищення питомої ваги українців та кримських татар, зниження частки росіян та євреїв) є наслідком трансформацій етнічного складу населення країни за цей період. В той же час серед прибулих з-за меж нашої держави в середині міжпереписного періоду українці становили менше 40%, а серед вибулих - менше 30%. До середини першого десятиліття XXI ст. частка українців серед прибулих дещо зменшилася (через зниження інтенсивності рееміграції етнічних українців), а серед вибулих – значно зросла (внаслідок вичерпаності мобільних контингентів етнічних меншин країни). Із загального контингенту вибулих до держав колишнього СРСР 55,6% в середині 1990-х рр. та 44,3% у 2004 р. складали етнічні росіяни. Потік прибуття вірмен та кримських татар в Україну формується в основному за рахунок колишніх радянських республік (в першу чергу відповідно Вірменії та Узбекистану), в той же час з України відбувається еміграція вірмен до Німеччини, Росії, США, Ізраїлю. Питома вага євреїв по всіх потоках обміну населенням з державами СНД та Балтії тривіальна, натомість представники цього етносу формували майже половину потоку вибуття за межі колишнього СРСР. Помітно вища, ніж в населенні України і їх частка серед прибулих з-за меж бувшого Союзу, що є свідченням розвитку зворотної міграції. Інтенсивність вибуття за межі колишнього СРСР етнічних росіян в середині 1990-х рр. була вища, ніж українців, нині співвідношення представників двох етносів у складі потоку відповідає їхньому співвідношенню у складі населення.

Таблиця 5.2.1. Розподіл мігрантів за етнічною належністю у різних потоках міграції, %*

	1994–1996 рр.				
	Внутрі- державна	Прибулі – нове зарубіжжя	Вибулі – нове зарубіжжя	Прибулі – старе зарубіжжя	Вибулі – старе зарубіжжя
українці	77,8	40,9	33,4	29,2	25,8
росіяни	16,9	39,4	55,6	13,9	15,7
євреї	0,2	0,3	0,5	6,8	42,2
вірмени	0,2	2,9	0,7	0,2	0,3
татари і кримські татари	0,7	6,0	1,2	0,3	0,2
інші	4,2	10,5	8,6	49,6	15,8
	2004 р.				
українці	87,9	39,7	49,3	27,8	56,9
росіяни	9,4	38,3	44,3	9,1	14,3
євреї	0,03	0,2	0,1	8,4	9,7
вірмени	0,2	3,3	0,5	0,2	0,2
татари і кримські татари	0,9	7,6	0,8	0,2	0,1
Інші	1,5	10,9	4,9	54,3	18,8

*Авторські розрахунки за даними Держкомстату

Отже, останніми роками, еміграція, в першу чергу еміграція до країн старого зарубіжжя, поступово втрачає своє етнічне забарвлення: питома вага євреїв зменшується, українців і росіян – зростає.

Певний вплив на динаміку етнічної структури населення має також природне відтворення. Зокрема, в сім'ях кримських татар, вірмен, циган, азербайджанців дітей більше, ніж, скажімо, в українських або російських сім'ях. Народжуваність серед українців загалом вища, ніж серед росіян, внаслідок більш сільського типу розселення титульного етносу. Не однакоим є і співвідношення представників різних вікових груп у структурі окремих народів, що відбивається на етнічній диференціації загальних коефіцієнтів природного руху. Так, надзвичайно великий (47,5%) рівень старіння населення притаманний євреям (більшість єврейської молоді емігрувала або асимілювалася), в результаті чого показники природного приросту цієї етнічної групи набули від'ємного значення задовго до початку депопуляції усього населення держави. Серед дев'яти найчисельніших етносів найстарша вікова структура притаманна полякам та білорусам, піраміда цих етносів має надзвичайно вузьку основу, що є передумовою для подальшого стрімкого зменшення чисельності їх представників в Україні.

Українці в середньому молодші за росіян, що також вплинуло на динаміку чисельностей двох націй у міжпереписному періоді (зазначимо, що в сільській місцевості, де відмінності вікової структури українців та росіян менш істотні, ніж в міських поселеннях, зміни співвідношення кількості представників цих етносів протягом 1989-2001 рр. були не такі різкі).

Молода вікова структура притаманна етнічним групам азіатського походження (включаючи азіатську частину колишнього СРСР). Серед дев'яти найбільших етносів держави наймолодшими є угорці, румуни і особливо кримські татари, серед останніх рівень старіння становить лише 14,5%. Однак звертає на себе увагу той факт, що статеві-вікова піраміда кримськотатарського етносу має помітно вузьку основу порівняно з пірамідами угорців та румун. Це є свідченням значного падіння

народжуваності після репатріації: по-перше, переселення до регіону, де панують установки малодітності, прискорило демографічний перехід в середовищі кримських татар, по-друге, на рівень народжуваності впливає невирішеність численних проблем депортованих.

За співвідношенням основних вікових груп (0-14 років, 15-59 років, 60 років і старші) 54 найчисельніші етноси України (які налічують по 1 тис. осіб і більше) можна об'єднати у 7 класів (класифікація здійснена на основі застосування методу кластерного аналізу). Результати класифікації відображені на рис. 5.2.2.

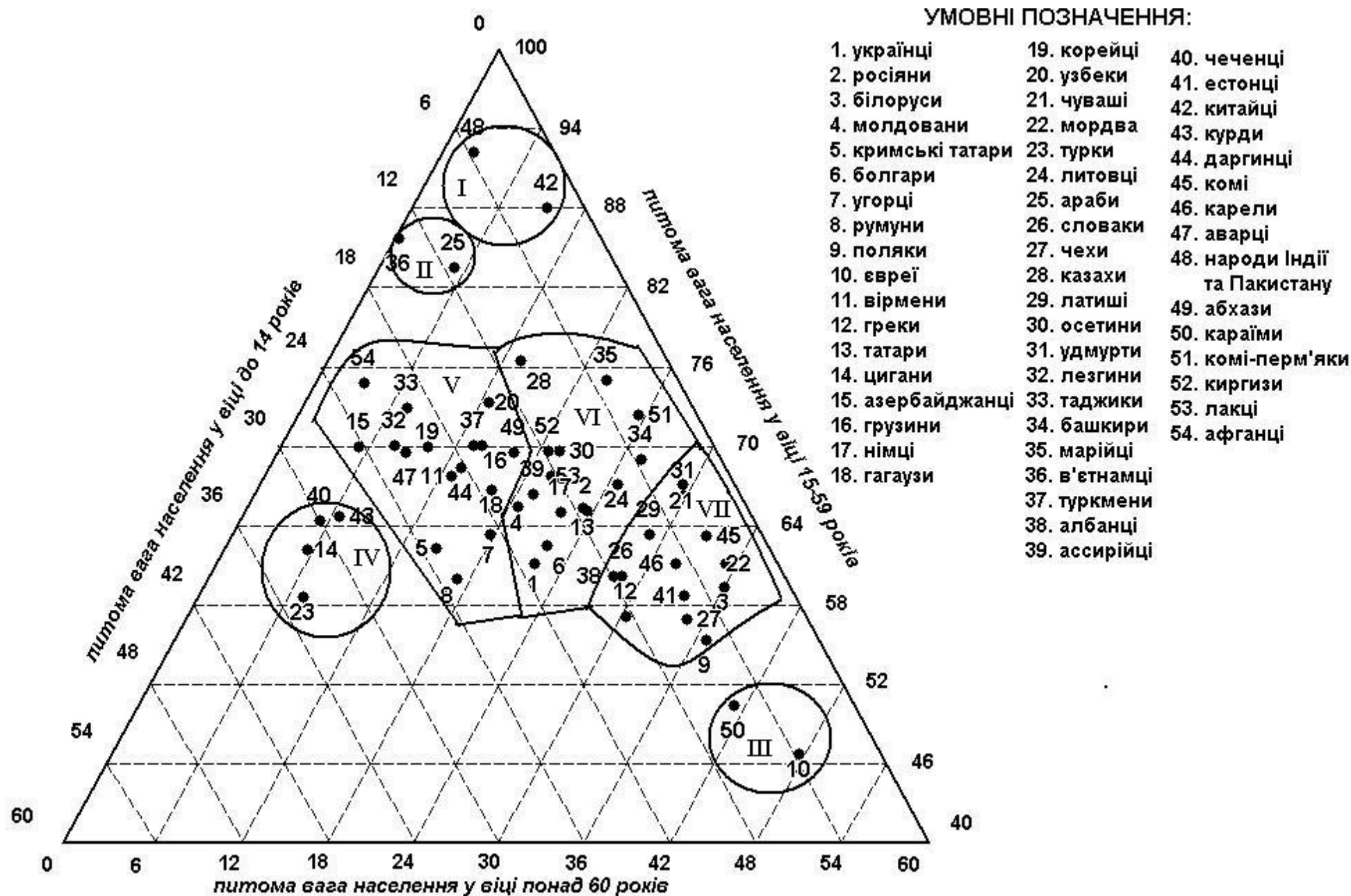


Рис. 5.2.2. Вікова структура етнічних груп населення України, які мають чисельність 1 тис. осіб і більше

Перші два класи формують народи, що походять з-за меж колишнього СРСР (табл. 5.2.2). У складі китайців та народів Індії та Пакистану (I клас) частка осіб віком 15-59 років є надзвичайно високою (понад 88%). Контингенти представників цих етнічних груп в Україні формувалися переважно за рахунок осіб, які прибули до нашої країни на навчання. Осіб, які залишилися в Україні і створили сім'ї та мають дітей, зокрема таких, що „встигли” досягти 60-річного віку серед цих етнічних груп менше, ніж серед інших вихідців з країн, що розвиваються. Про це свідчить той факт, що китайці почали приїздити на навчання в основному вже після перебудови і потепління взаємовідносин між керівництвами колишнього СРСР та КНР, а у індопакистанців зафіксований найвищий серед усіх етносів України темп зростання чисельності за міжпереписний період (1989-2001 рр.). Серед в'єтнамців та арабських народів (II клас) частка проживаючих в Україні протягом тривалого періоду вища: групи в'єтнамців працювали на українських підприємствах ще в радянські часи, а серед арабів, що прибували до колишнього СРСР, було чимало вихідців із зон збройних конфліктів, зокрема з Палестини (понад 40% арабів є українськими громадянами). Відповідно у віковій структурі цих народів дещо менша (порівняно з китайцями та індопакистанцями) частка осіб віком 15-59 років при підвищеній питомій вазі дітей (11-15%).

Таблиця 5.2.2. Вікова структура етносів за виділеними класами (на 5.12.2001р.), %

Класи етносів	Питома вага вікових контингентів у складі етносів					
	Мінімальне значення по класу			Максимальне значення по класу		
	0-14	15-59	60+	0-14	15-59	60+
I	2,8	88,3	2,2	5,6	92,2	8,9
II	11,6	83,9	0,5	13,9	85,5	4,6
III	5,9	46,6	41,0	8,6	50,4	47,5
IV	28,6	58,9	5,3	34,5	64,7	6,8
V	14,3	60,2	3,6	24,3	74,7	17,8
VI	4,2	61,5	13,6	17,6	76,4	25,1
VII	3,3	55,5	27,7	12,4	67,7	36,9

На іншому полюсі опинилися євреї та караїми (III клас), яким в результаті масової еміграції та асиміляційних процесів нині притаманні надзвичайно високі показники старіння населення (понад 40%).

Три вищезазначені класи (котрі об'єднують шість етносів) найбільш суттєво відрізняються за своєю віковою структурою від інших чисельних етнічних груп населення України, відмінності між чотирма іншими класами етносів є менш суттєвими. Досить високою часткою дітей (понад 28%) при низькому коефіцієнті старіння (5,3-6,8%) виділяються чотири етноси азіатського походження (цигани, турки, чеченці, курди), які формують IV клас; підвищена (14-24%) питома вага осіб, молодших 15 років, при пониженій (до 18%) частці осіб похилого віку зафіксована у етносів, включених до V класу – майже всіх етнічних груп, що походять з Азії та Кавказу (в т.ч. афганців, серед яких політичних біженців явно більше, ніж серед інших вихідців з країн, що розвиваються), а також кримських татар, гагаузів, угорців та румун, які розселені в Україні переважно в сільській місцевості.

Основні відмінності між етносами VI та VII класів полягають у більшому серед інших коефіцієнті старіння населення (27,7-36,9% проти 13,6-25,1%) внаслідок еміграції та асиміляційних процесів.

Ще одним фактором трансформацій етнічної структури за міжпереписний період стало відродження самосвідомості окремих індивідів та прошарків населення. Протягом радянського періоду досить поширеним явищем було

приховування свого національного походження, яке, зокрема, могло стати перешкодою для кар'єри. Тому певна частина українців (як і багатьох інших народів) відносила себе до росіян – неофіційно привілейованого народу СРСР. Нині ці особи усвідомлюють себе представниками основного етносу незалежної України. Різко посилюються темпи асиміляції в середовищі українського етносу поляків та євреїв. За 1989-2001 рр. кількість росіян, євреїв та поляків в Україні зменшилася більш істотно, ніж це можна було очікувати, виходячи з тенденцій природного руху та міграцій. Інтенсивніше зменшення чисельності росіян відбулося у тих регіонах, де вони складають невеликий відсоток населення, тоді як в АР Крим їх кількість зменшилася ненабагато, а в м. Севастополі – навіть дещо зросла.

Однак, в цілому природний рух та асиміляційні процеси за силою впливу на динаміку етнічної структури населення значно поступаються міграціям. Про це, зокрема, свідчить порівняння даних переписів 1989 та 2001 рр. Перш за все за рахунок обміну населенням із державами колишнього СРСР в Україні за 1989-2001 роки чисельність кримських татар зросла у 5,3 раза, вірмен – на 84%, чеченців – на 56, абхазів – на 47, грузин – на 45, азербайджанців – на 22%, кількість греків та німців, незважаючи на їх інтенсивний відтік на історичну батьківщину, майже не змінилася, в той же час чисельність представників більшості етносів країн колишнього СРСР зменшилася у 1,5-2 рази. Унаслідок активізації міграцій з країн “третього світу” кількість індо-пакистанців збільшилася у 8,5 раза, в'єтнамців – у 8,2, представників арабських народів – у 5,3, китайців – у 3,3, афганців – у 2,8 раза. У 8,8 раза зросла кількість курдів у результаті прибуття представників цього етносу як з Близького Сходу, так і з колишніх радянських республік. Процес входження нашої держави до світового економічного простору, розширення мережі міжнародних організацій, створення спільних підприємств та філій іноземних компаній зумовили багатократне збільшення кількості представників титульних етносів країн розвинутої ринкової економіки (американців – у 64,5 раза, голландців – у 3,2 раза, англійців та японців – майже удвічі).

Кримські татари та інші представники раніше депортованих народів прибувають переважно до сільської місцевості, тоді як вихідці з Кавказу, з держав розвинутої ринкової економіки та країн Третього світу віддають перевагу міським поселенням. Міський характер розселення представників цих етносів значною мірою пов'язаний з тим, що для багатьох з них метою імміграції до України є здобуття освіти. За даними перепису 2001 р. кількість арабів, що проживає в міських поселеннях, у 14,5 рази перевищує кількість мешканців сільської місцевості. Серед грузин відповідне перевищення сягає 7 разів, азербайджанців – у 4,4 рази, вірмен у 3,8 рази.

В структурі іммігрантів з Кавказько-центральноазіатського регіону та країн Третього світу переважають чоловіки. Як наслідок, нині серед таджиків, які мешкають в Україні, чоловіки складають 67,0%, серед азербайджанців – 65,6, чеченців – 61,0%, грузинів – 58,7, вірмен – 56,6%. У народів, що походять з країн Третього світу, питома вага чоловіків є ще вищою і складає: для в'єтнамців – 64,2%, китайців – 67,6, для етносів, об'єднаних у графу “інші національності” (це переважно народи Африки, частково латиноамериканські народи) – 75,0, для персів – 75,4, афганців – 77,1, кубинців – 80,9, народів Індії та Пакистану – 84,0%. Підвищена частка чоловіків притаманна і вихідцям з країн розвинутої ринкової економіки, зокрема серед англійців вона складає 60,7%, серед американців – 58,3, французів – 57,8, австрійців – 54,5, голандців – 54,0, канадців – 52,9, італійців – 51,7%.

5.3. Мовні ознаки населення

Українську мову вважають рідною 67,5% населення, для 29,6% рідною є російська, 2,5% – інші мови. В сільській місцевості питома вага населення, яке вважає рідною мовою українську, досягає 85,8% (російську – 9,5%), у міських поселеннях становить 58,5% (відповідно 39,5%). Лише у 4 з 27 регіонів України респонденти вважають рідною переважно російську мову (Севастопольська міськрада, Автономна Республіка Крим, Донецщина та Луганщина), у трьох регіонах (Запорізька, Одеська та Харківська області) кількість осіб із рідною українською та російською мовами приблизно однакова, понад дві третини населення решти двадцяти регіонів вважають рідною українську мову. На Житомирщині, Хмельниччині та в семи західних областях питома вага осіб, для яких рідною є українська мова, вища за частку українців, тоді як в усіх інших регіонах спостерігається зворотна ситуація.

За даними перепису 2001 року, українською мовою вільно володіє 87,8% населення (у 1989 році – 78,0%), російською – 65,7% (відповідно 78,4%). Однак, на думку експертів, чимало індивідів схильні завищувати власний рівень володіння українською мовою і занижувати – російською, тоді як протягом радянського періоду спостерігалася зворотна ситуація. Про це, зокрема, свідчить той факт, що в Галичині (Львівщина, Тернопільщина, Івано-Франківщина) нині вільно володіють російською мовою менше чверті населення, а 13 років тому таких було понад половина. В той же час рівень володіння українською мовою в окремих регіонах (Крим, Донбас, Одещина) зріс в 1,3-1,5 рази (табл. 5.3.1).

Таблиця 5.3.1. Питома вага осіб, які вільно володіють українською та російською мовами, 1989 та 2001 рр.

	вільно володіють українською, %		вільно володіють російською, %	
	1989	2001	1989	2001
АР Крим (вкл. м.Севастополь)	25,3	36,7	97,0	95,6
Вінницька	95,6	98,9	65,7	47,9
Волинська	97,4	99,5	64,1	40,1
Дніпропетровська	78,7	91,7	84,1	79,0
Донецька	56,7	72,3	93,6	93,4
Житомирська	93,4	98,5	66,4	55,5
Закарпатська	82,7	91,1	58,9	29,4
Запорізька	70,5	86,6	87,8	85,9
Івано-Франківська	97,2	99,5	52,7	23,2
Київська	93,5	97,9	68,9	52,5
Кіровоградська	91,4	97,5	71,7	57,3
Луганська	58,1	75,0	91,4	91,1
Львівська	95,7	99,2	63,4	21,1
Миколаївська	77,9	91,1	80,0	73,6
Одеська	56,7	77,8	84,5	80,5
Полтавська	93,0	97,7	75,9	62,7
Рівненська	97,2	99,4	63,7	35,3
Сумська	88,5	94,9	75,7	67,5
Тернопільська	98,8	99,5	54,6	19,1
Харківська	74,7	87,5	91,0	83,1
Херсонська	82,4	93,2	80,3	73,2

Хмельницька	95,5	98,8	66,2	46,7
Черкаська	94,4	98,0	67,6	55,6
Чернівецька	77,7	88,5	64,2	44,2
Чернігівська	92,1	96,8	69,6	62,4
м.Київ	81,2	93,7	91,9	74,7

Серед представників українського етносу українською мовою вільно володіють 96,8%, російською – 58,1%, серед росіян відповідні показники становлять 58,8 та 98,9% (рис. 5.3.1). Тобто росіяни демонструють дещо вищі показники володіння як мовою свого етносу, так і мовою іншого з двох найбільших етносів держави. Вдвічі вищим серед росіян, ніж серед українців є і рівень володіння іноземними мовами (англійською – 3,0 проти 1,5%, німецькою – 0,7 проти 0,4%), причому це лише частково пояснюється більш сільським типом розселення титульної нації: і в міських поселеннях частка осіб, які володіють англійською та німецькою мовами серед росіян майже у 1,5 рази більша. Серед дев'яти найчисельніших етносів високим рівнем одномовності виділяються румуни та угорці, які зосереджені в основному в моноетнічних селах Закарпатської та Чернівецької областей.

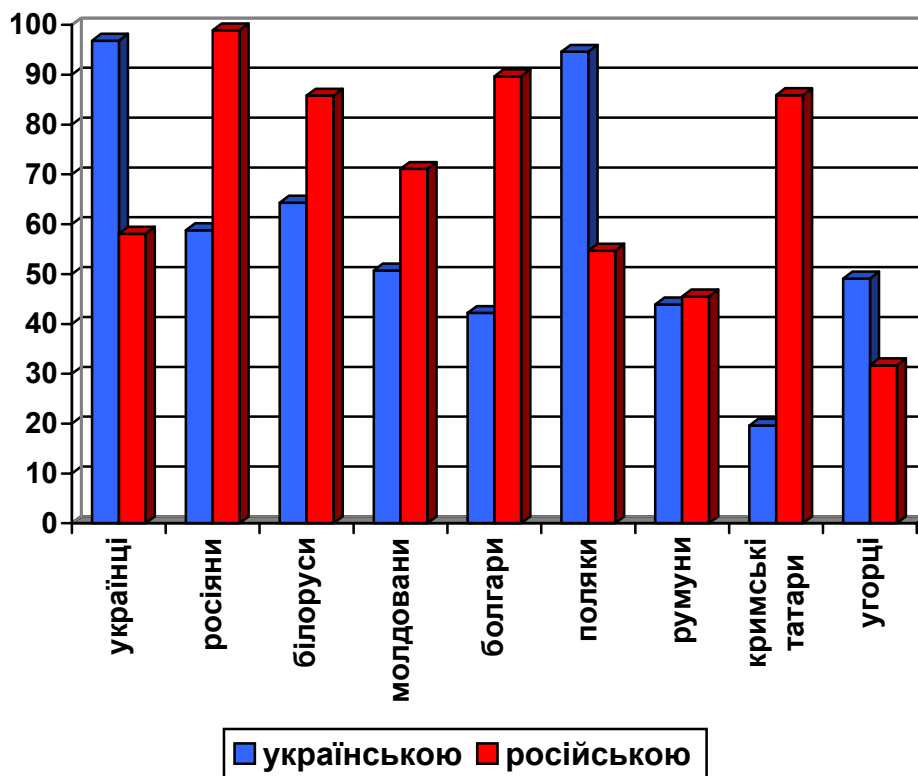


Рис. 5.3.1. Рівень володіння українською та російською мовами представників найчисельніших етносів

2 травня 1996 р. Україна підписала Європейську хартію регіональних мов або мов меншин. Згідно з прийнятим у 2003 р. Верховною Радою України Законом “Про ратифікацію Європейської хартії регіональних мов або мов меншин” положення даної Хартії застосовуються до мов таких національних меншин України: білоруської, болгарської, гагаузької, грецької, єврейської, кримськотатарської, молдавської, німецької, польської, російської, румунської,

словацької та угорської.

Рівень володіння російською мовою серед українців є високим (понад 65%) у вікових групах від 17 до 55 років і нижчим – серед літніх людей, а також юних громадян. Українці, які вважають рідною мовою російську, в середньому на 3 роки молодші, ніж ті, що вважають рідною українську мову.

5.4. Расовий та релігійний склад населення

З особливостями етнічного розвитку країни (регіону) тісно пов'язані такі характеристики населення, як расова та релігійна структура. Майже все населення України відноситься до середньоєвропейської гілки європеїдної раси. Сумарна питома вага інших антропологічних типів не перевищує 2-3%⁵. Основною расовою меншиною є південні європеїди (більшість кримських татар, представники народів Кавказу, цигани, вихідці з країн Південно-Західної Азії, Афганістану, Ірану, частина індійців, іспанців тощо), нечисленними групами представлені також північна гілка європеїдної раси (прибалтійські народи, карели, фіни), азіатська гілка монголоїдної раси (корейці, китайці, частина народів Сибіру), середньоазіатська (туркмени, частина кримських татар, узбеків, таджиків, татар, башкир), південносибірська (казахи, киргизи), субуральська (чуваші, удмурти, марійці), уральська (ханти, мансі), південноазіатська (в'єтнамці та інші народи Південно-Східної Азії), південноіндійська (вихідці з Півдня Індії), негрська (уроженці Тропічної Африки, частина кубинців), ефіопська (вихідці з Ефіопії, Сомалі, Південного Судану) раси, а також метиси (частина вихідців з Латинської Америки) та мулати (нащадки шлюбів українських громадян з африканцями, частина кубинців тощо).

Початок перебудови ознаменувався відродженням релігійного життя суспільства: розвитком церковної мережі, зростанням інтересу до релігійного віровчення та обрядовості, збільшенням відсотку віруючого населення. Після проголошення незалежності України ці тенденції посилилися. Протягом 1988-2004 рр. чисельність релігійних організацій, які діють в нашій країні зросла з 6,5 до майже 30 тис. Якщо на початку 1988р. нараховувалося 18 релігійних напрямків (церков, конфесій, течій) то вже на 1.12.2000р. їх кількість досягла 87.

На початку 2005р. в Україні нараховувалося 29699 офіційно зареєстрованих релігійних організацій, в т.ч. 28481 громади віруючих, 294 центрів та управлінь конфесій (епархій, діоцезій тощо), 378 монастирів, 298 місій, 75 братств, 173 духовних навчальних закладів. Крім того налічувалося 1106 організації, які повідомляли державні органи про свою діяльність, але не були зареєстровані. Священнослужителів в Україні налічується майже 28 тис., кількість ченців перевищує 6 тис., функціонує понад 12 тис. недільних шкіл, видається 351 періодичне релігійне видання.

Із загальної кількості зареєстрованих релігійних організацій 53,1% належать до церков православного віросповідання, в т.ч. 36,4% – до Української православної церкви в юрисдикції Московської патріархії (УПЦ), 12,1% – до Української православної церкви – Київського патріархату (УПЦ-КП), 4,1% – до Української автокефальної православної церкви (УАПЦ), 0,5% – до старообрядницьких церков, Російської православної вільної церкви (закордонної) тощо. 11,9% організацій знаходяться під юрисдикцією Української греко-католицької церкви (УГКЦ), 3,4% – Римо-католицької церкви, понад 26,8% –

⁵ Будь-яка статистика расового складу населення України відсутня, використання ж інформації про етнічну структуру населення держави дозволяє здійснити лише наближені оцінки (расова належність не є етнічною ознакою, до складу одного і того ж етносу можуть входити представники кількох расових типів)

представляють різні протестантські напрями (найвпливовіші з них – баптизм, п'ятидесятництво та адвентизм сьомого дня), 1,6% – ісламське віровчення, 0,7% – напрями іудаїзму.

Серед найбільших релігійних конфесій загальнодержавними є УПЦ та УПЦ-КП, найбільш густа мережа громад першої з названих церков фіксується в центральних, другої – в західних областях. Абсолютна більшість громад УАПЦ зосереджена у трьох областях Галичини (Львівська, Тернопільська, Івано-Франківська), громад УГКЦ – в Галичині та на Закарпатті, громад Римо-католицької церкви найбільше на Львівщині, Хмельниччині, Житомирщині, Вінниччині, Тернопільщині. Загалом у розрахунку на 100 тис. населення в Україні налічується 60 громад віруючих, в т.ч. у західному регіоні – 112, в центральній частині країни – 66, на півдні – 51, на сході – 28.

На жаль співвідношення кількості релігійних організацій різних напрямків не відображає структуру населення за конфесійною належністю: одна громада віруючих може включати як невелику кількість осіб, так і сукупність мешканців цілого села. Суттєвими є відмінності в умовах організації громад різних конфесій. Так, для утворення протестантської громади достатньо групи людей, які дотримуються віровчення, функціонування ж громади православних передбачає наявність культової споруди, відповідних предметів культового вжитку тощо.

Інформацію про релігійний склад населення дають соціологічні обстеження, які проводять наукові інституції. Зокрема, за даними моніторингу, що проводиться Інститутом соціології НАН України, у 2005 р. про свою релігійність заявили 85,0% респондентів. Серед тих, хто визнав свою належність до того чи іншого релігійного напрямку, 85% склали православні, майже 8% - греко-католики, понад 3% - римокатолики, більш як 1% - протестанти, майже 1% - мусульмани. До 2000 року при проведенні моніторингу ставилося питання про належність до конкретної православної церкви. Найчисельнішу групу склали парафіяни УПЦ-КП – близько 60% від загалу [2]. Дещо більше 18% були прихильниками УПЦ (Московського патріархату), біля 13% - УГКЦ. Трохи менше 2% віруючих припадає на УАПЦ і 6-7% - на всі інші конфесії. Тобто, хоча УПЦ (самоуправна у складі Руської православної церкви) має в Україні найбільш розгалужену мережу релігійних організацій, за кількістю прибічників вона значно поступається церкві Київського патріархату і не набагато випереджає греко-католицьку церкву. Значною мірою це пояснюється тим, що УПЦ є найвпливовішою переважно в тих регіонах, де ступінь релігійності населення відносно низький.

Жінки загалом є релігійнішими за чоловіків. Роль релігії в житті суспільства більша в західних областях, особливо в сільській місцевості. За даними соціологічного опитування української молоді, проведеного Державним інститутом проблем сім'ї та молоді у червні 2004р., в селах Західної України віруючими є 91% молодих людей, тоді як в сільській місцевості інших регіонів – 60-75%, в міських поселеннях країни – 64% [3]. Серед молодих мешканців сіл західних областей відвідують храми щотижня або частіше 28% (проти 2-6% в селах інших регіонів та 5% у містах), а не відвідують культові споруди взагалі – лише 2% (проти відповідно 15-35 та 22%).

Отже, попри існуюче релігійне розмаїття, в Україні утримується перевага традиційних для титульного етносу вірувань – православ'я та уніатства (останній напрямок притаманний мешканцям Галиччини та Закарпаття). Православна віра, крім того, є традиційною для багатьох інших народів України, в т.ч. для п'яти із восьми найчисельніших (не враховуючи українців) етносів – росіян, білорусів, молдован, болгар, румун. Грецькі православні громади оформлені організаційно і зареєстровані як окрема конфесія.

Серед релігій етнічних меншин держави за кількістю віруючих виділяється іслам (переважна більшість громад мусульман зосереджені у Криму, чимало їх також на Херсонщині і Донеччині), а також іудаїзм – національна релігія євреїв (серед невеликої частини єврейського населення поширене також іудеохристиянство – синтез іудейського та християнського віровчень). В Україні діють Закарпатська реформатська церква (угорська, майже всі організації церкви зосереджені на Закарпатті), Німецька євангелічно-лютеранська церква (найбільше громад в АР Крим та Одеській області), Вірменська апостольська церква (монофізитська за віровченням, переважна більшість громад зосереджена у Криму, а також на Донеччині, Львівщині, Одещині), релігійні громади караїмів (переважно в АР Крим). В кінці ХХ – на початку ХХІ ст. функціонували також громади Вірменської католицької церкви (уніатської), Шведської лютеранської церкви, Корейської баптистської церкви, Корейської методистської церкви, релігійних громад кримчаків⁶. Римо-католицька церква утверджувалася на території України як конфесія українських поляків, частини угорців Закарпаття та деяких інших етнічних груп, однак нині ряди прихильників церкви поповнюють етнічні українці та росіяни.

Тривалий період панування атеїстичної ідеології в українському суспільстві призвів до часткової втрати релігією однієї з її функцій – функції забезпечення духовного зв'язку поколінь. Як наслідок, в період релігійного відродження в Україні поряд зі зміцненням позицій православ'я, відновленням організаційних структур греко-католиків, відбулося поширення нетрадиційних для народів держави вірувань – пізніх напрямків протестантизму, неорелігій, буддизму тощо. Невипадково, що найбільшого поширення протестантизм і, особливо, неорелігії набули саме на Півдні та Сході України – регіонах, де в радянські часи позиції атеїзму були особливо сильними і нині частка віруючих відносно низька.

В процесі становлення незалежності України, на жаль, не вдалося уникнути серйозних міжконфесійних конфліктів. Так, відродження релігійного життя суспільства на початку перебудови супроводжувалося протистоянням православних та греко-католицьких громад в Західних регіонах держави. Кілька років потому відбувся розкол у православ'ї, кульмінацією якого стали події, пов'язані із похованням Патріарха УПЦ-КП.

Одним з наслідків розвитку міграції з країн, що розвиваються та із Закавказько-Центральноазіатського регіону стануть трансформації расового складу населення України. Хоча середньоевропейський расовий тип залишиться домінуючим, в структурі нашого населення помітно зросте питома вага південних європеоїдів, азійських монголоїдів, представників середньоазіатської, південносибірської, південноазіатської, південноіндійської, ефіопської рас, негрів, мулатів, інших мішаних типів. Натомість кількість північних європеоїдів та осіб субуральського типу, скоріш за все, зменшиться.

Зазнає змін і релігійна структура населення. Очікуваний приток мігрантів призведе до укрупнення існуючих та (або) утворення нових релігійних меншин (в залежності від того з яких держав світу прибуватимуть переселенці). Відповідно проблеми підтримки етнічної злагоди та релігійного миру ще більше загострюються.

⁶ Віровчення караїмів та кримчаків є різновидами іудаїзму.

6. НАРОДЖУВАНІСТЬ

6.1. Тенденції народжуваності (динаміка, повікові відмінності, міжнародні порівняння).

Доволі тривалий час (с початку 60-х до початку 90-х років минулого століття) показники народжуваності в Україні мали відносно стабільні значення. Сумарний коефіцієнт коливався близько відмітки 2,0 (рис.6.1).

У 90-х роках процес зниження народжуваності розгорнувся з усією силою і розмахом. Сумарний коефіцієнт народжуваності знизився до його мінімальної відмітки у 2001 році – 1,09 . Протягом 1991-2004 рр. абсолютна кількість народжених в Україні зменшилась від 630,8 до 427,3 тис., в тому числі від 419,2 до 284,4 тис. у містах та від 211,6 до 142,9 тис. в селах відповідно (табл. 6.1).

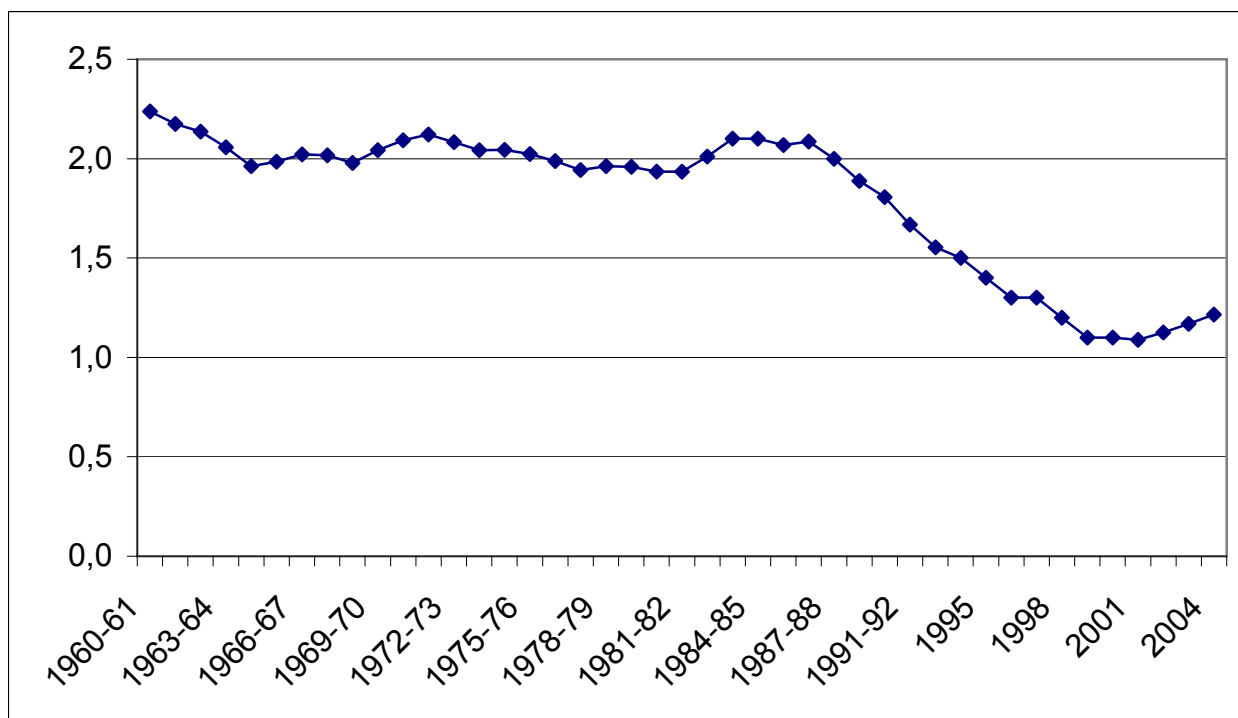


Рис. 6.1. Динаміка сумарного коефіцієнта народжуваності (1960-2004 рр.)

Останніми роками в Україні намітились деякі нові тенденції: починаючи з 2002 р. абсолютне число народжених зростає. Зокрема, у 2002 р. дітей народилось на 14,2 тис. більше, ніж у 2001 р. У 2002-2004 рр. приріст народжень становив 36,6 тис., в тому числі 35,5 тис. у містах та 1,1 тис. в селах. Загальний коефіцієнт народжуваності населення також збільшився: від 7,7 у 2001 р. до 9,0 у 2004 р. За цей період також дещо підвищився сумарний рівень народжуваності (від 1,08 до 1,22).

Таблиця 6.1. Абсолютне число народжених та загальні коефіцієнти народжуваності в Україні у 1991, 2001 та 2003 рр.

	Абсолютне число народжених, тис. Осіб			Загальні коефіцієнти народжуваності, ‰		
	Міські поселення та сільська місцевість	Міські поселення	Сільська місцевість	Міські поселення та сільська місцевість	Міські поселення	Сільська місцевість
1991	630,8	419,2	211,6	12,1	11,9	12,6
2001	376,5	237,2	139,3	7,7	7,2	8,7
2002	390,7	248,9	141,8	8,1	7,7	9,0
2003	408,6	266,4	142,2	8,5	8,3	9,1
2004	427,3	284,4	142,9	9,0	8,9	9,3
2001 у % до 1991	59,7	56,6	65,8	63,6	60,5	69,0
2004 у % до 2001	108,5	112,3	102,6	110,4	115,3	103,4

Джерело: дані Держкомстату України

Такі тенденції є ознакою певної стабілізації народжуваності в Україні та припинення подальшого її зниження. Проте, незважаючи на позитивні зрушення, сучасний рівень народжуваності все ж є недостатнім для простого відтворення населення. Як відомо, для збереження чисельності населення внаслідок заміщення покоління батьків поколінням дітей потрібно, аби на одну жінку припадало 2,2 народжені дитини. В Україні народжується лише половина із необхідної кількості (1,1-1,2 дітей) і вона продовжує посідати одне з останніх місць серед країн з дуже низьким рівнем народжуваності (табл. 6.2).

Слід відмітити, що підвищення рівня народжуваності, яке спостерігається в Україні, великою мірою є наслідком збільшення числа потенційних матерів – жінок дітородного віку, народжених у першій половині 80-х років. Наразі йдеться про створений попередніми поколіннями „запас” батьків, який протягом найближчого десятиліття позитивно впливатиме на рівень дітонароджень в Україні. Проте інтенсивні чинники також почали відігравати свою роль у позитивній динаміці народжуваності.

Таблиця 6.2. Сумарні коефіцієнти народжуваності в Україні та деяких європейських країнах у 2003 р.

Країна	Сумарний коефіцієнт народжуваності	Країна	Сумарний коефіцієнт народжуваності
Великобританія	1,6	Угорщина	1,2
Німеччина	1,3	Україна	1,2
Польща	1,3	Франція	1,9
Росія	1,3	Чехія	1,2
Словаччина	1,2	Швеція	1,6

Джерело: 2003 World Population Data Sheet. – Population Reference Bureau, 2004.

Ситуація з народжуваністю ускладнюється незадовільним станом здоров'я населення, і передовсім - матері та дитини, очевидними проявами чого є досить високі рівні материнської смертності і смертності немовлят, значні перинатальні втрати, несприятлива динаміка захворюваності новонароджених. Іншим чинником, що також не може не впливати на ситуацію з народжуваністю – це підвищений рівень смертності чоловіків у економічно- і репродуктивно- активному віці.

6.2. Повікові відмінності народжуваності

Найбільший внесок у сумарну народжуваність і найвища інтенсивність дітонароджень спостерігається серед жінок віком 20-24 роки (у розвинутих європейських країнах – у жінок віком 25-29 років). Питома вага дітей, які народилися в Україні у жінок віком 20-24 роки у 2004 році становила 39,7%. 20-24-літні жінки народжують утричі частіше, ніж жінки віком до 20 років та 30-34 роки. Проте, слід відмітити, що пік народжуваності у цій віковій групі почав згладжуватися (Рис. 6.2). Графік розподілу показників народжуваності за віком у 2004 році за формою став більше нагадувати графік 1958-59 рр., тільки на набагато нижчих значеннях відповідних показників. Рівень народжуваності серед наймолодших жінок продовжує залишатись досить високим, хоча останніми роками він неухильно знижується: частка дітей, народжених матерями у віці до 20 років, серед загального числа народжених в Україні знизилась протягом 1991-2004 рр. від 17,3 до 12,6%.

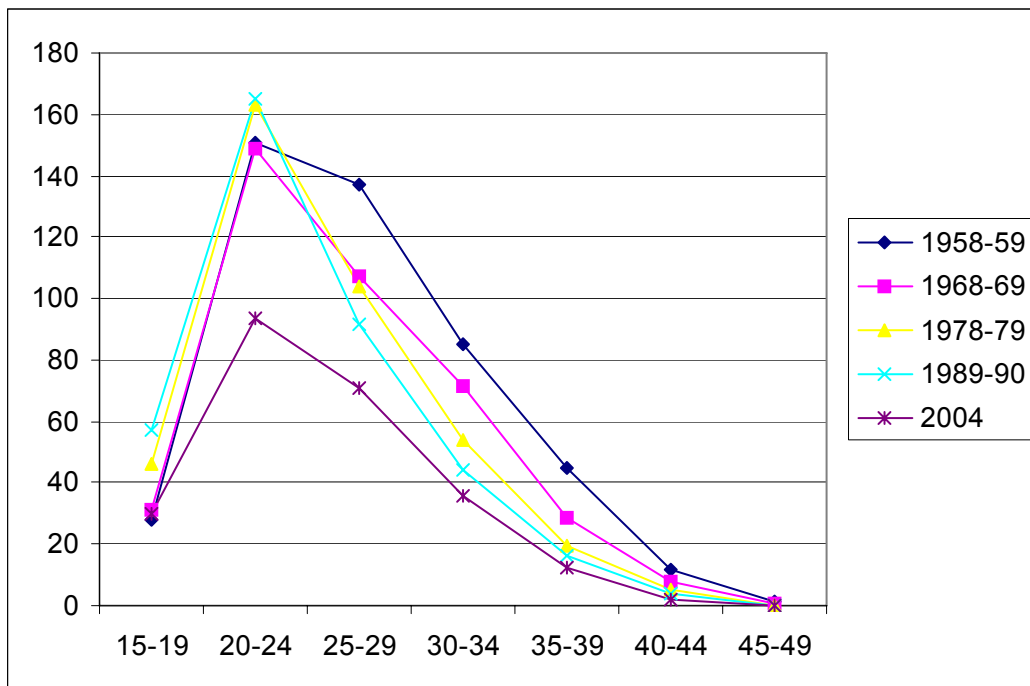


Рис. 6.2. Повікові коефіцієнти народжуваності у 1958-2004 рр.

Аналіз динаміки повікової народжуваності в Україні у 90-х роках дозволяє стверджувати, що вона відзначалась найбільшим спадом інтенсивності дітонароджень у тих вікових групах жінок, яким належить основний внесок до сумарної народжуваності, тобто серед жінок найактивнішого дітородного віку. При цьому впадає у вічі, що чим молодшими були жінки, тим сильнішим виявилось зменшення відповідних показників. Особливо відчутно знизився рівень народжуваності у наймолодших матерів: якщо у 25-29-літніх жінок інтенсивність дітонароджень протягом 1991-2003 рр. зменшилась в 1,2 раза, у 20-24-літніх – в 1,7 раза, то серед жінок віком до 20 років зниження досягло 2-х разів (рис. 6.3).

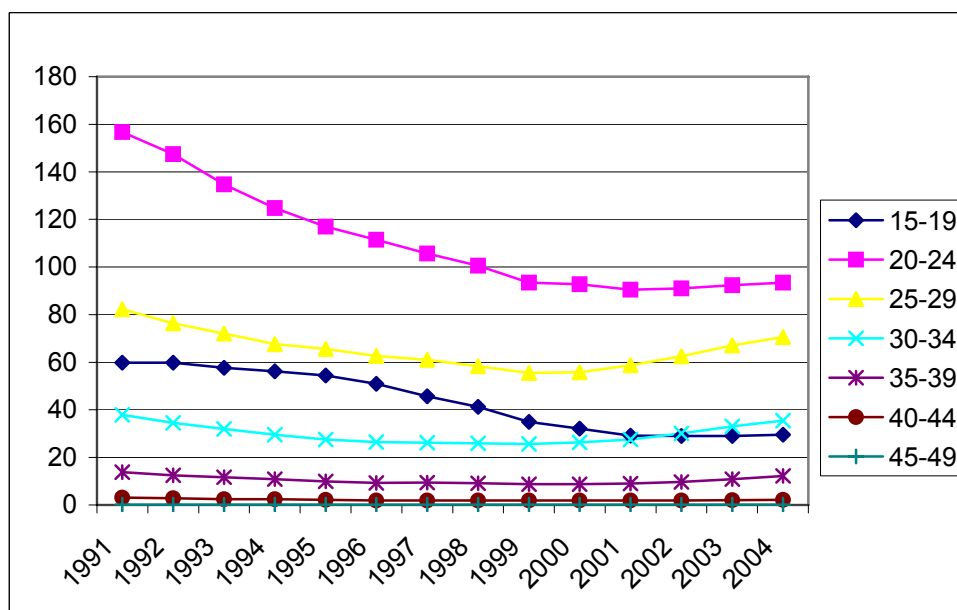


Рис. 6.3. Динаміка повікових коефіцієнтів народжуваності у 1991-2004 р.
Джерело: дані Держкомстату України

Найактивніший спад народжуваності серед жінок наймолодшого дітородного віку заслуговує на особливу увагу, якщо зважити на ту обставину, що скорочення народжуваності у цій віковій групі жінок порівняно з рештою розпочалося найпізніше (у 1993 р.) і за короткий час набуло швидких темпів. Водночас рівень народжуваності серед жінок віком до 20 років продовжує залишатись все ще досить високим, особливо в областях, де переважає сільське населення, якому традиційно притаманні підвищені дітородні установки та більш ранній початок дітородної діяльності.

Починаючи з 2001 р. в Україні спостерігається підвищення інтенсивності дітонароджень у жінок віком 25-35 років; припинилося зниження рівня народжуваності серед жінок віком 20-24 роки; відбувається стабілізація показників народжуваності у наймолодших матерів (віком до 20 років). Враховуючи той факт, що зниження народжуваності у 90-і роки відбувалось значною мірою за рахунок відкладання народження дітей, при чому дітей не лише високих черговостей, але й навіть первістків, збільшення показників народжуваності серед жінок віком 25-34 роки протягом 2001-2004 рр. дає підстави висловити припущення про початок реалізації жінками цього віку відкладених раніше народжень. З іншого боку, вищезазначені зміни свідчать про поступове формування нової моделі повікової народжуваності в Україні, головними рисами якої є припинення її традиційного "омолодження", посилення внеску старших і послаблення молодших вікових груп матерів до сумарного рівня народжуваності, що сприяє деякому "постарінню" народжуваності й сповільненню темпів формування сім'ї.

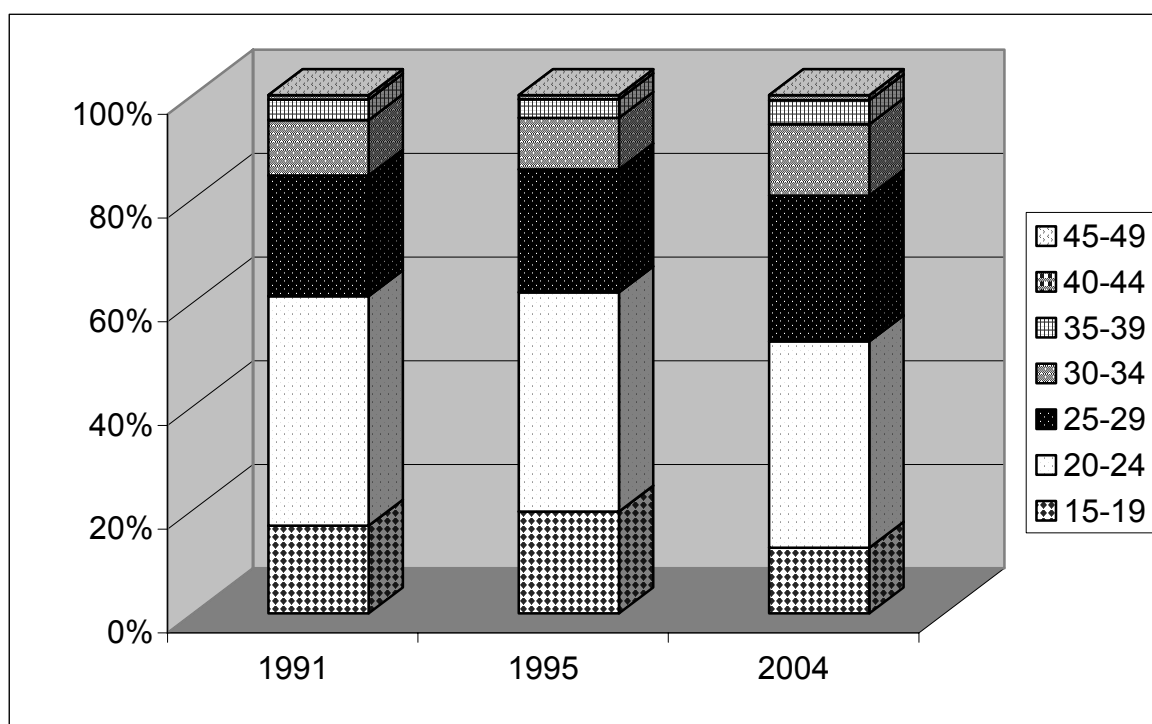


Рисунок 6.4. Внесок окремих груп матерів у загальну народжуваність в Україні, %

Джерело: розраховано фахівцями Інституту демографії та соціальних досліджень НАНУ

Якщо протягом першої половини 90-х років внесок жінок віком до 20 років до сумарної народжуваності підвищився від 17 до 19,7%, то протягом 1995-2004 рр. він знизився до 12,6%. Натомість питома вага коефіцієнтів народжуваності серед 25-29-річних жінок у сумарному показнику народжуваності підвищилась від 23,3% у 1991 р. до 28,0% у 2004 р.; для 30-34-річних жінок це збільшення становило від

10,7 до 13,7% відповідно (рис.6.4). Процес деякого постаріння народжуваності відбувається інтенсивніше у містах. Ця тенденція є позитивною у тому сенсі, що висока питома вага народжень серед жінок надто молодого віку є несприятливою і проблематичною з точки зору збереження здоров'я матері і дитини.

По-перше, вагітності та пологи у надто ранньому віці супроводжуються підвищеним ризиком невиношування та ускладненим перебігом пологів, підвищеною захворюваністю і смертністю серед недоношених немовлят, високим ризиком материнської смертності. По-друге, рання народжуваність і раннє завершення дітородної діяльності на тлі недостатнього поширення контрацепції призводить до того, що наступні, небажані вагітності, здебільшого, перериваються абортom, що завдає непоправної шкоди репродуктивному здоров'ю жінки.

Таблиця 6.3. Середній вік матері за черговістю народження в Україні у 2003 р.

Черговість народження	Вік матері, років		
	Міські поселення і сільська місцевість	Міські поселення	Сільська місцевість
Перша	23,2	23,7	22,0
Друга	27,8	28,7	26,3
Третя	30,6	31,7	29,6
Четверта	31,9	32,7	31,4
П'ята і більше	34,3	34,7	34,1
Усі черговості	25,4	25,7	24,9

Джерело: розраховано фахівцями Інституту демографії та соціальних досліджень НАНУ

У зв'язку із змінами у повіковій народжуваності в Україні дещо підвищився середній вік матері: за нашими розрахунками протягом 1991-2003 рр. від 24,9 року до 25,4 року. Проведений аналіз середнього віку матері при народженні дітей різної черговості дозволяє зробити такі висновки. По-перше, дітей перших трьох черговостей жінки України народжують у досить молодому віці, і навіть четверта дитина народжується у жінок в середньому у 31,9 року (табл. 6.3).

По-друге, чим вища черговість народження, тим меншою є різниця у віці матері для різних черг народження. Матері других за порядком дітей старші за матерів первістоків на 4,6 року; матері дітей третьої черги народження старші за матерів, у яких народились другі діти, вже на 2,8 року; для матерів третіх і четвертих дітей ця різниця ще менша і становить лише 1,3 року. Це означає, що тим, хто вже має одну дитину (першу), наважитися народити другу дитину важче, ніж тим, хто вже має вже дві дитини, народити третю. Третю дитину народжують швидше, ніж другу, четверту – швидше, ніж третю і т. д. Це дає підставу зробити припущення, що по мірі зростання дітності (числа вже народжених дітей) інтервали між народженнями скорочуються, і найважче нашим жінкам зважитися на народження саме другої дитини. Свідченням цього є скорочення різниці у віці матері по мірі підвищення черговості народження, за винятком останньої виділеної нами групи, яка акумулює в собі дітей високих черг народження (п'ятої і більше).

Варто зазначити, що традиційна триєдина "зчепленість" сексуальної, шлюбної і дітородної поведінки населення України у сучасний період зазнає певних змін. Як засвідчило проведене нами обстеження у 2004 рр., ставлення населення до рішення жінки народити дитину без встановлення при цьому міцних, постійних стосунків з чоловіком, є досить ліберальним: третина опитаних схвалюють таку можливість; 25% вважають, що це залежить від обставин, і 32% респондентів висловили своє відверто негативне ставлення.

Вступ до шлюбу вже не відразу супроводжується швидким народженням першої дитини. Йдеться, як вже зазначалось, про відкладання народження дітей, в

тому числі первістків, та деяке підвищення віку матері при його народженні. Не менш важливим є те, що народження дитини поза шлюбом не завжди зумовлює поспішне взяття шлюбу, коли внаслідок незапланованої вагітності укладаються так звані “вимушені шлюби”, які здебільшого бувають нетривалими і, з одного боку, сприяють омолодженню народжуваності, а з іншого – підвищенню рівня розлучень серед сімей, тобто, своєрідна „захисна” функція шлюбу при цьому дещо ослабла.

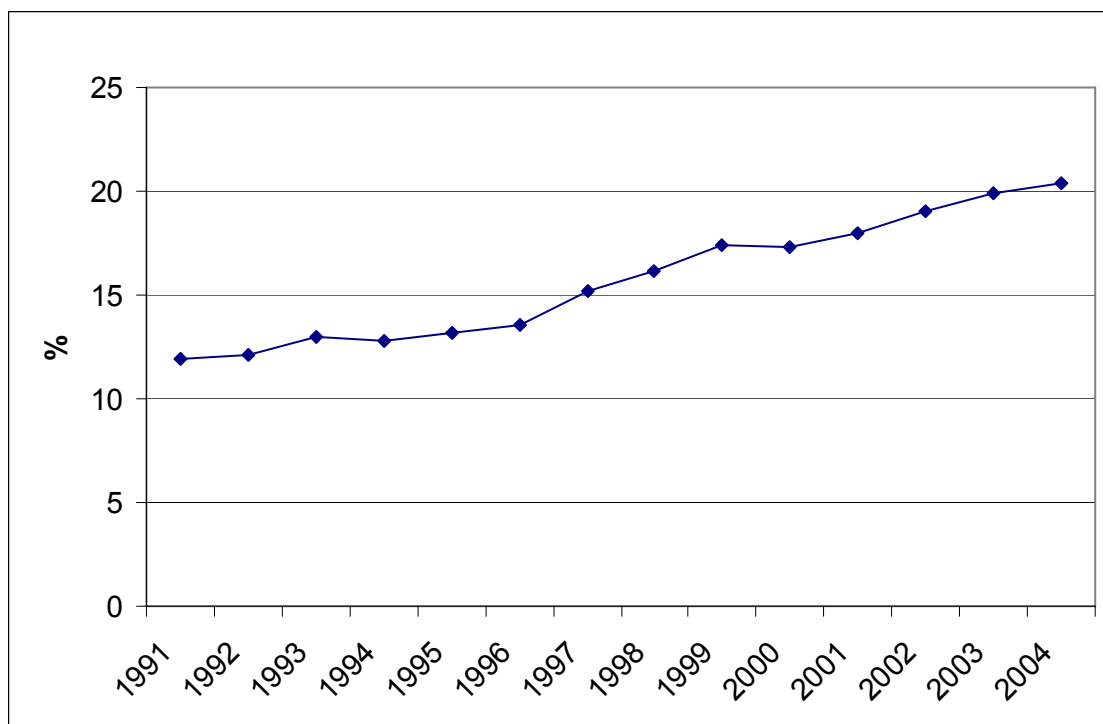


Рисунок 6.5. Питома вага дітей, народжених у батьків, які не перебувають у зареєстрованому шлюбі, 1991-2004 рр.

Джерело: дані Держкомстату України

Посилення питомої ваги позашлюбних народжень на тлі зниження загального рівня народжуваності є характерною рисою її динаміки протягом останніх років в Україні. Так, протягом 1991-2004 рр. частка дітей, народжених у батьків, які не перебували у зареєстрованому шлюбі, підвищилась від 11,9 до 20,4% (рис. 6.5). Якщо на початку 90-х років рівень позашлюбної народжуваності був вищим в селах, то у сучасний період позашлюбні народження серед міського та сільського населення поширені майже однаково: їхня питома вага у 2003 р. становила 20,7% у містах та 20,3% в селах.

6.3. Народжуваність за типом населеного пункту

Порівняльний аналіз показників народжуваності міського та сільського населення є важливим аспектом дослідження народжуваності, оскільки відмінності між ними можуть свідчити про особливості впливу економічних, соціальних, побутових та інших умов життя на формування репродуктивних орієнтацій населення. Хоча рівень дитородної активності сільського населення України є вищим, ніж міського, загальні коефіцієнти народжуваності в селах були тривалий час нижчими, ніж відповідні показники у містах. Це пов'язано з дуже несприятливим, старим віковим складом сільських жителів, який сформувався

внаслідок значного вибуття селян у міста через нерівноцінність умов життя та праці міської та сільської людності. Це тенденція посилювалась довгочасною непродуманою соціальною політикою радянських часів. Високий рівень постаріння сільського населення сприяв зниженню кількості народжених, що у поєднанні з вищою смертністю сприяло початку депопуляції у сільській місцевості України ще у 1979 р. Протягом 1991-2004 рр. загальні коефіцієнти народжуваності міського населення України знизились від 11,9 до 8,9 народжених у розрахунку на 1000 осіб, сільського – від 12,6 до 9,3‰ відповідно.

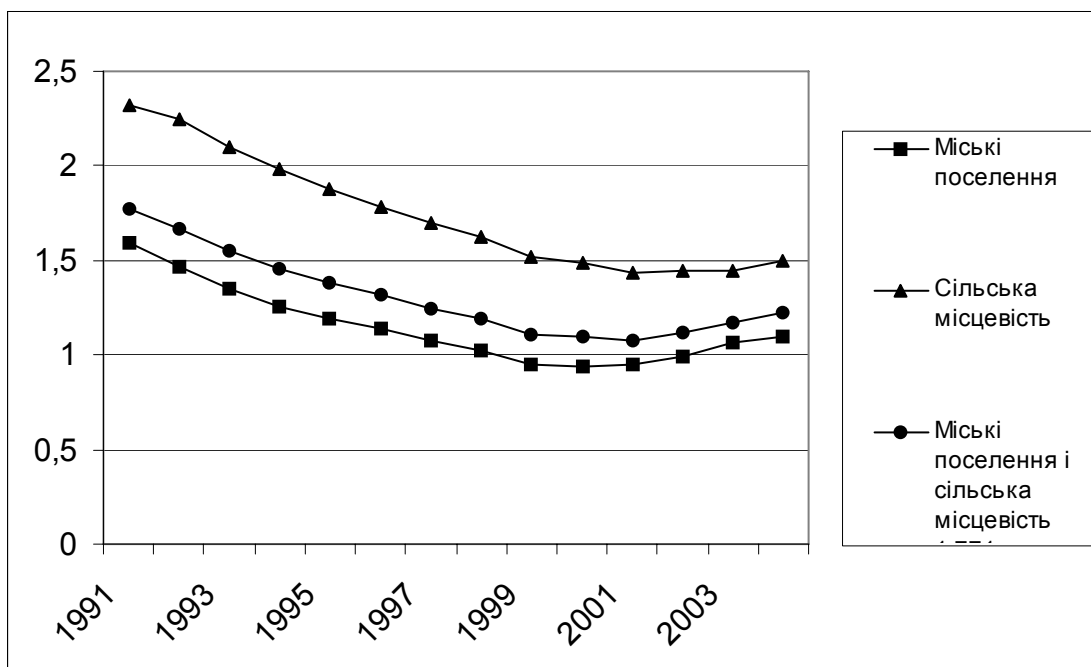


Рисунок 6.6. Динаміка сумарного коефіцієнта народжуваності за типами поселень (1991-2004 рр.)

Джерело: розраховано фахівцями Інституту демографії та соціальних досліджень НАНУ

Оскільки величина загального коефіцієнту народжуваності населення тісно пов'язана із впливом вікового складу населення, остільки для аналізу істинних змін у рівні народжуваності необхідно використовувати показники, які не залежать від дії структурних чинників. Такою об'єктивною характеристикою може бути показник сумарної народжуваності населення, динаміка якого у 90-х роках відзначалася невпинним зниженням свого рівня. За період з 1991 по 2000 р. він зменшився від 1,8 до 1,09 відповідно, в тому числі від 1,6 до 0,9 у містах та від 2,3 до 1,5 в селах (рис. 6.6).

По-третє, у сільській місцевості спостерігається більш ранній вік народження дітей усіх черговостей, тобто сільські жительки починають свою дитородну діяльність дещо раніше, ніж городянки. Так, першу дитину народжують у сільській місцевості в середньому на 1,7 року раніше, ніж у містах; другу – на 2,4 року. Відмінності наростають по мірі зростання черговості народження: від першої до другої дитини, а починаючи з третьої і більше – падають. Це означає, що місце проживання як фактор диференціації народжуваності має значення при народженні перших і других дітей, а для дітей більше високих черговостей народження він вже не важливий. Жінки, які зважаються на багатодітність як у містах, так і в селах, і очевидно, не користуються засобами контрацепції та відмовляються від абортів, народжують дітей високих черг народжень майже в однаковому віці. Тобто вікові характеристики багатодітних жінок за місцем

проживання відрізняються мало і є тим подібнішими, чим вищим за черговістю є народження.

Зростання сумарної народжуваності протягом 2001-2004 рр. відбулось головним чином, за рахунок міського населення, для якого цей показник збільшився від 0,95 до 1,1. Сумарний коефіцієнт народжуваності сільського населення за цей період зріс з 1,4 до 1,5.

Зниження народжуваності протягом 90-х років супроводжувалось чітко вираженою тенденцією до підвищення питомої ваги первістків у складі новонароджених та скорочення частки дітей високих черговостей. У 2004 р. порівняно з 1991 р. питома вага первістків збільшилась від 54,3% до 60,4%, натомість частка других дітей скоротилась від 33,1% до 29,9%, третіх - від 8% до 6,3%. Питома вага дітей четвертої черговості і вище є незначною і коливається близько 4%.

Майже 65% дітей, які народились в 2004 р. в міських поселеннях України, були первістками; у сільській місцевості вони становили понад половину (51,4%) з усього загалу новонароджених (рис. 6.7). Частка других дітей в селах в 1,2 рази перевищує відповідний показник у містах. Питома вага третіх дітей серед новонароджених у сільській місцевості удвічі вища, ніж у міських поселеннях. Загалом, близько третини усіх первістків, 39% других дітей та більше половини дітей, що були третіми за порядком, із числа усіх новонароджених у 2004 р. народилася саме в селах.

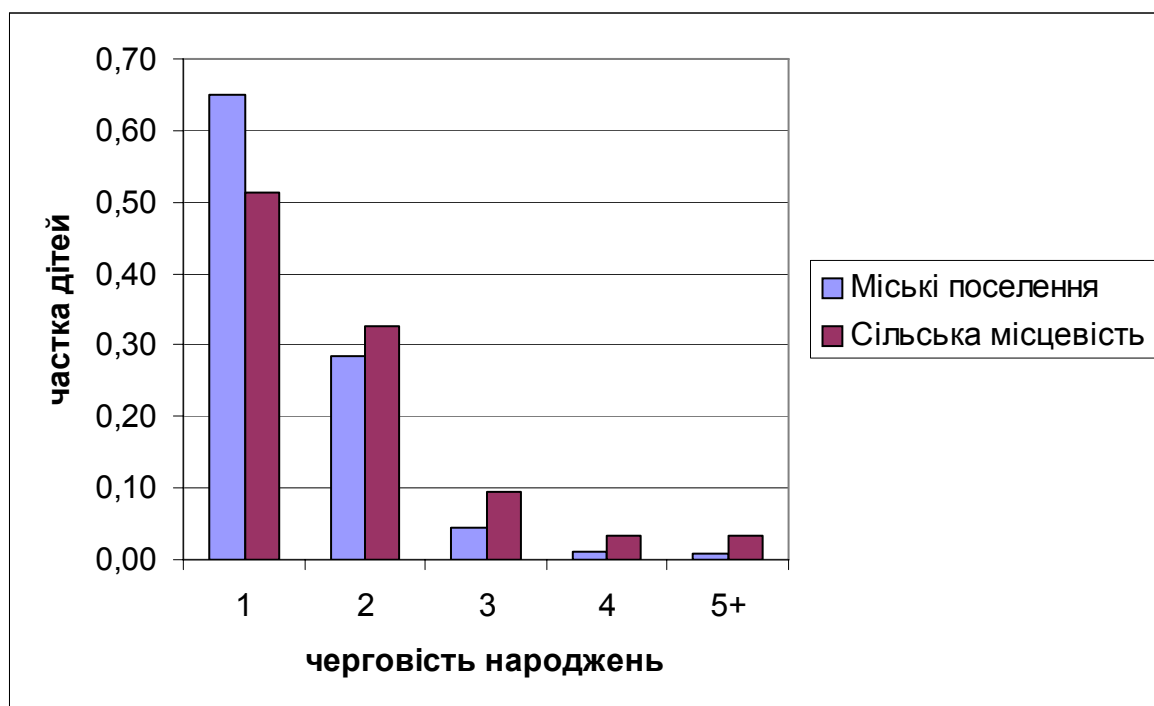


Рис 6.7. Склад новонароджених за черговістю народження у міських поселеннях та сільській місцевості України у 2004 р., %

Джерело: дані Держкомстату України

Варто відзначити, що переважання первістків у складі новонароджених в Україні певною мірою пояснюється значною часткою шлюбів у молодому віці та високою питомою вагою молодих матерів. Як відомо, жінки у нашій країні традиційно вступають до шлюбу і народжують дітей досить рано. Більшість жінок народжує у віці до 30 років, перебуваючи у зареєстрованому шлюбі, тобто головний внесок до поповнення чисельності населення новими поколіннями

належить молодим сім'ям. Так, з усього загалу народжених у 2004 р. 80,3% дітей були народжені жінками віком до 30 років, 81% з яких, в свою чергу, перебували в офіційно зареєстрованому шлюбі. Рання шлюбність і рання народжуваність свідчать про раннє завершення жінками своєї дітородної діяльності та швидкі темпи побудови сім'ї.

Як свідчить рисунок 6.8, цей показник відзначається суттєвою регіональною варіацією: у 2003 р. він коливався від мінімального рівня у містах Київ і Севастополь (6-10%) до максимальних значень у Херсонській та Кіровоградській областях (17-18%).

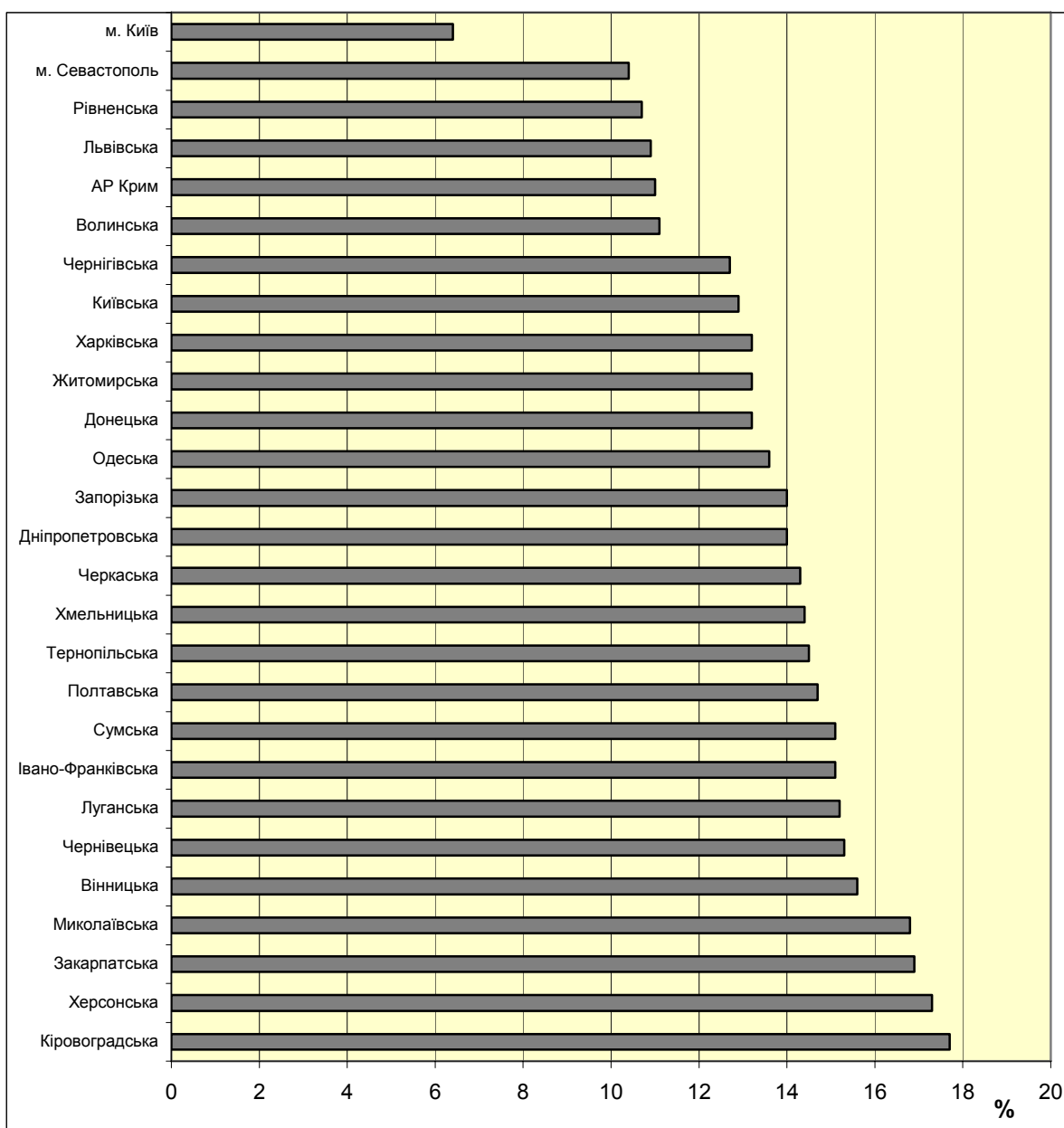


Рис. 6.8. Частка дітей, народжених жінками віком до 20 років, у загальному числі народжених в областях України у 2004 р., %

Джерело: дані Держкомстату України

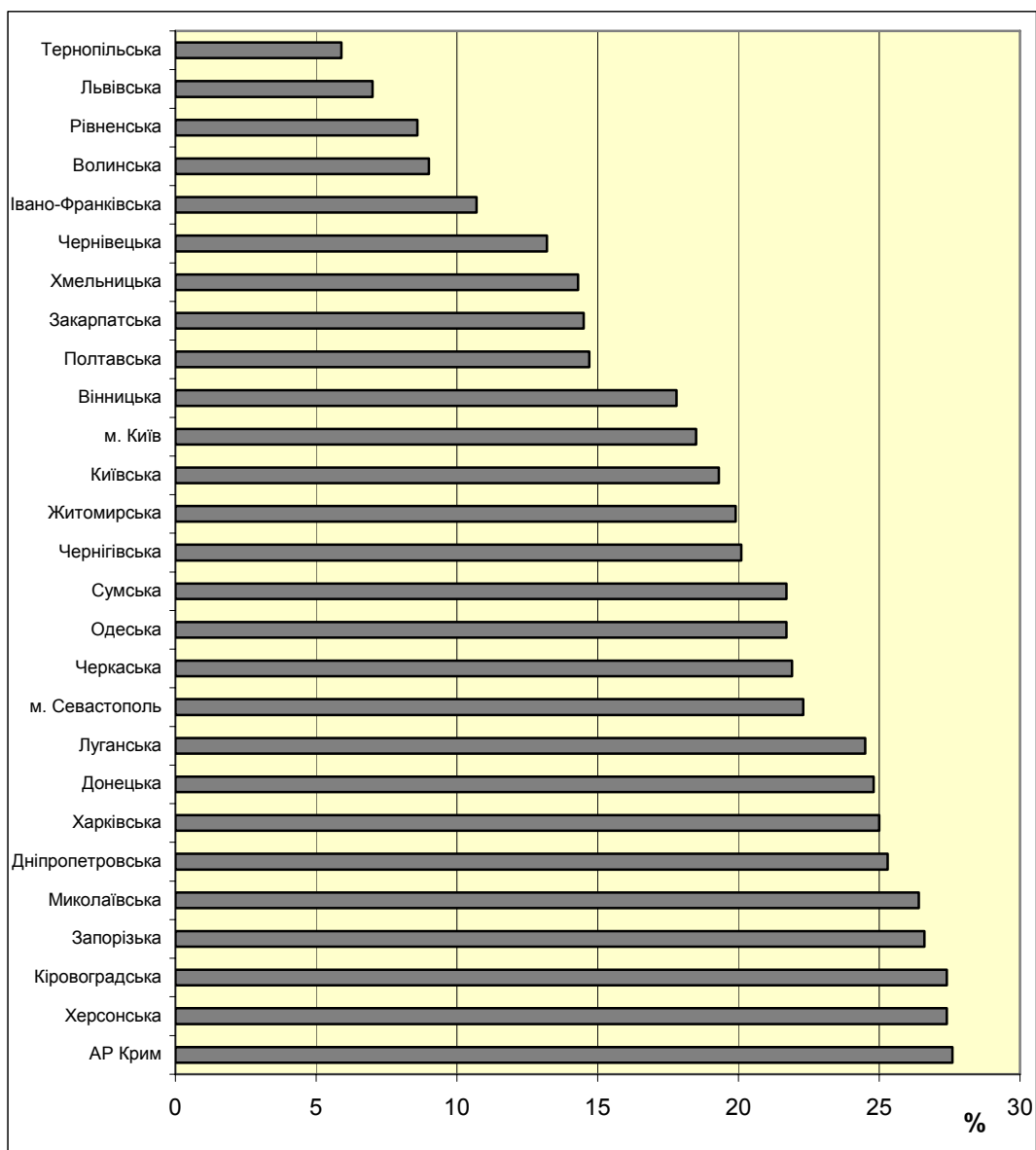


Рис. 6.9. Частка дітей, народжених у батьків, які не перебувають у зареєстрованому шлюбі, у загальному числі народжених в областях України у 2004 р., %

Джерело: дані Держкомстату України

Показники позашлюбної народжуваності в Україні традиційно відзначаються яскраво вираженою регіональною диференціацією. Якщо у більшості західних областей частка дітей, народжених поза офіційно зареєстрованим шлюбом становить менше є 10%, то у південних та південно-східних областях вона перевищує чверть усіх народжених (рис. 6.9). Найнижчий рівень позашлюбної народжуваності у 2004 р. спостерігався у Тернопільській області (6,5%), найвищий – у Херсонській області (29,6%).

Варто відзначити, що позашлюбні народження не завжди означають народження у самотніх жінок. Певна частина дітей народжується у шлюбі, але не зареєстрованому. Так звані консенсуальні шлюби набувають все більшого поширення серед молоді. Водночас наявні статистичні дані не дають змоги отримати відомості про те, яка саме частка дітей, народжених у незареєстрованому шлюбі, визнається їхніми батьками.

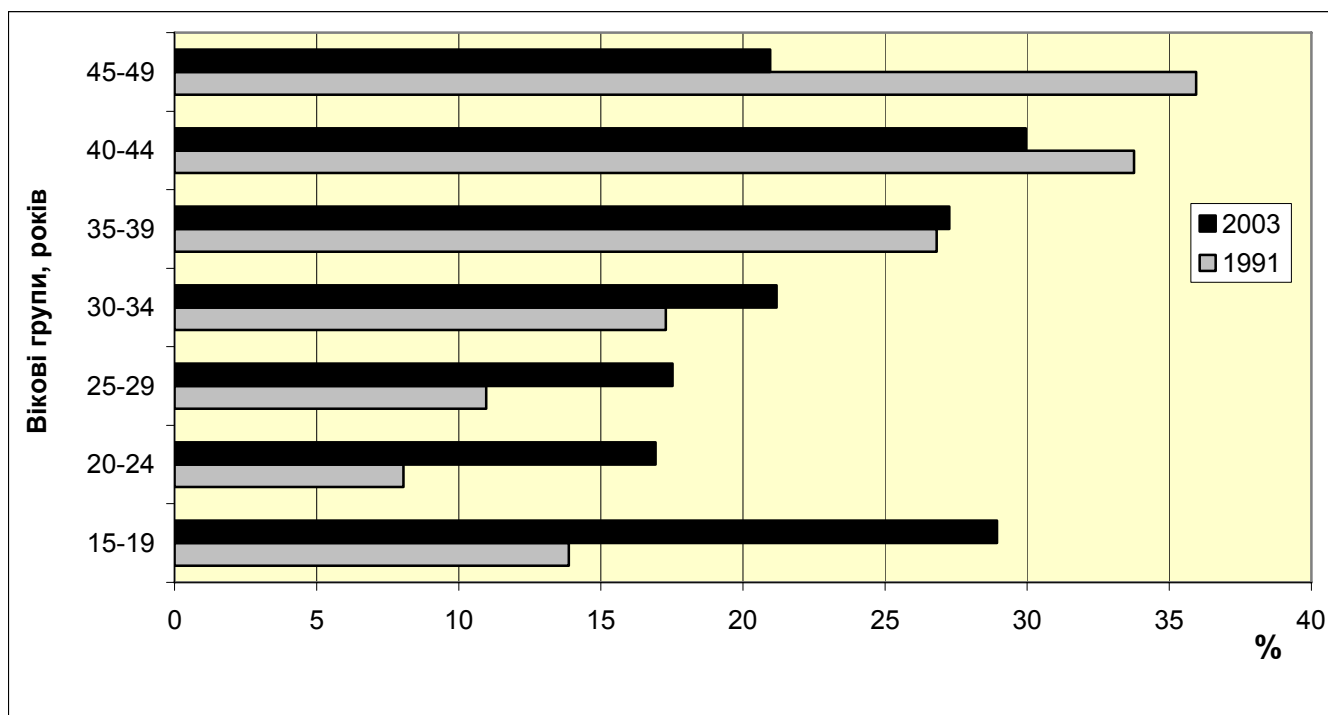


Рис. 6.10. Частка позашлюбних народжень серед народжених у матерів різних вікових груп в Україні у 1991 та 2004 р., %

Джерело: дані Держкомстату України

Загальноприйнятим вважається, що позашлюбні народження найбільше поширені у наймолодшій та найстаршій вікових групах матерів і є наслідком або недостатнього поширення контрацепції у досить молодому віці або рішенням самотньої жінки старшого віку народити дитину для себе. Водночас рисунок 6.10 свідчить, що, по-перше, протягом останнього десятиліття внесок жінок старших вікових груп до позашлюбної народжуваності помітно скоротився; натомість позашлюбні народження стають все більше поширеними серед жінок найактивнішого шлюбоздатного і дітородного віку. Зокрема, протягом 1991-2003 рр. частка позашлюбних народжень у 20-29-літніх жінок підвищилась від 9,5% до 17,0%, для жінок віком 30-39 років вона зросла не так помітно (від 21,9% до 23,0%), а у 40-49-літніх жінок зменшилась від 34,1% до 29,5% відповідно.

По-друге, питома вага дітей, народжених серед наймолодших матерів, які не перебували у зареєстрованому шлюбі, підвищилась удвічі, і нині понад 30% дітей, народжених у жінок віком до 20 років, є позашлюбними. Такі тенденції, очевидно, пов'язані із змінами у сексуальній поведінці сучасної молоді, мотивації сексуальних відносин, ставленні до шлюбу та сім'ї. Ставлення до сексуальних стосунків серед молодих людей стало більш розкутим, очевидним проявами чого є розповсюдження дошлюбних статевих відносин, зниження віку початку сексуального життя, часта зміна партнерів, щорічне зростання позашлюбної народжуваності. Зокрема, як показало проведене обстеження молодих сімей у 2003 р., тільки 5% опитаних нами сімей віком до 30 років вважають неприпустимими дошлюбні сексуальні стосунки, 42% молодих людей проживало спільно до створення своєї нинішньої сім'ї.

По-третє, позашлюбна дитина не завжди є першою і єдиною дитиною у жінки. Середня черговість народження залежно від шлюбного стану матері нині майже не відрізняється. Той факт, що середня черговість народження в Україні у 2004 р. становила 1,78 і понад половина усіх новонароджених дітей була первістками, дозволяє стверджувати, що серед населення продовжує переважати установка на одностатевість. Водночас проведене нами опитування стосовно

бажаної в ідеалі кількості дітей у сім'ї дозволило виявити такі особливості репродуктивних установок населення.

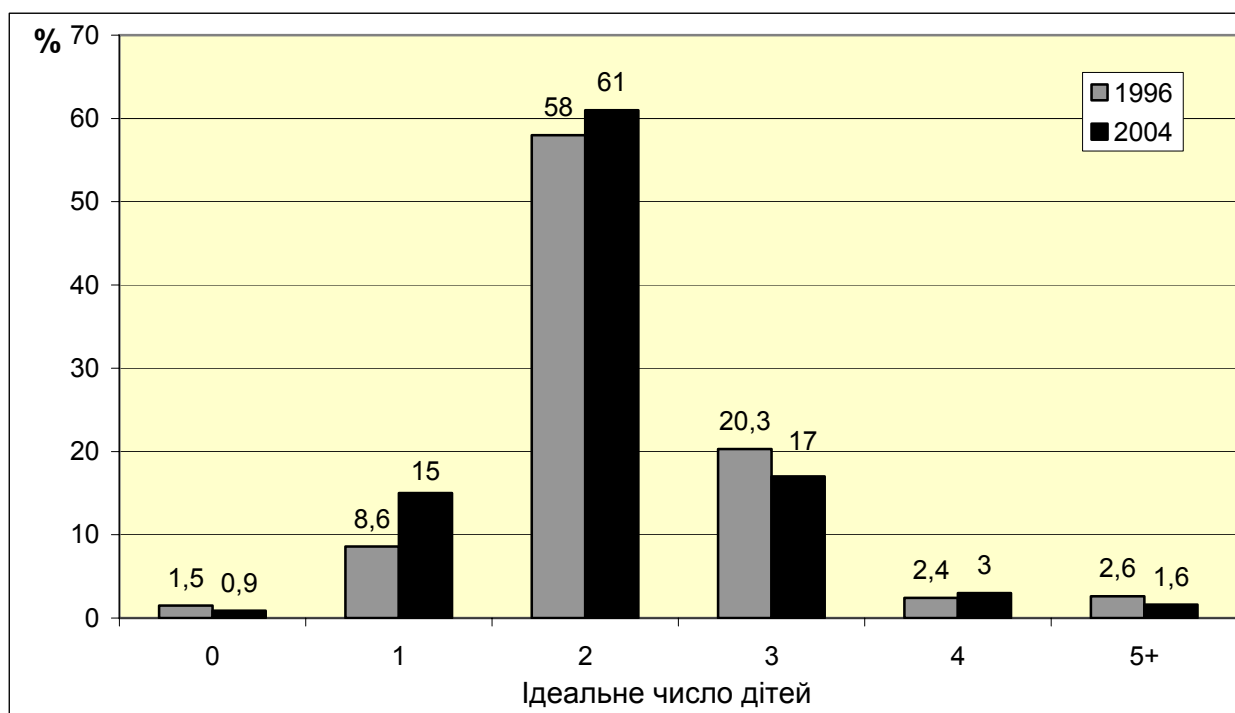


Рис. 6.11. Розподіл відповідей респондентів про бажане в ідеалі число дітей у сім'ї за результатами опитування населення України у 1996 та 2004 рр., %

По-перше, майже дві третини респондентів вважають ідеальною дводітну сім'ю, причому частка таких відповідей є досить сталою: вона становила 58% у 1996 р. та 61% у 2004 р. Водночас протягом 1996-2004 рр. питома вага тих, хто притримується думки, що у сім'ї достатньо однієї дитини, помітно збільшилась, а тих, хто хотів би мати трьох дітей, навпаки, скоротилася (рис. 6.9), внаслідок чого показники середньої ідеальної кількості дітей дещо зменшилися. У 1996 р. він становив 2,2 дитини, у 2004 р. – 2,13.

По-друге, не існує яскраво виражених гендерних відмінностей щодо дітородних орієнтацій: думка чоловіків майже збігається з думкою жінок. Проте репродуктивні установки дещо відрізняються залежно від віку, освіти та соціального становища респондентів. Вони підвищені серед осіб з початковою освітою, працівників сільського господарства, непрацюючих та непрацевдатних, знижені – серед молоді з високим освітнім та соціальним статусом (табл. 6.4).

По-третє, простежується тенденція до зниження дітородних установок серед молодих поколінь порівняно із старшими. За нашими розрахунками ідеальна кількість дітей у сім'ї на думку молодих людей віком 18-28 років у 1996 р. становила 2,18, для всього дорослого населення – 2,2. У 2004 р. ці показники становили вже 1,9 та 2,13 відповідно.

Таблиця 6.4. Середнє ідеальне число дітей у сім'ї за результатами опитування населення України у 2004 р.

Соціально-демографічні характеристики респондентів	Середнє ідеальне число дітей у сім'ї
Усі респонденти, в т. ч.:	2,13
- чоловіки	2,13

- жінки	2,13
- молодь віком 18-28 років	1,90
- з початковою освітою	2,62
- з середньою освітою	2,12
- з вищою освітою	2,05
- керівники підприємств, їхніх підрозділів та підприємці	2,10
- спеціалісти, службовці і військовослужбовці	2,00
- робітники кваліфіковані та некваліфіковані	2,05
- працівники сільського господарства, фермери та орендарі	2,28
- непрацюючі, непрацездатні, домогосподарки і пенсіонери	2,21

Таблиця 6.5. Середня фактична дітність жінок віком 15-49 років та 50 років і старше, які народжували дітей, за даними Всеукраїнського перепису населення 2001 р*.

	Вік жінок, років	
	15-49	50 і старше
Міські поселення та сільська місцевість, в т. ч.:	1,7	2,2
- для жінок, які перебувають в офіційно зареєстрованому шлюбі	1,8	2,2
- для зайнятих жінок	1,7	1,9
Міські поселення, в т. ч.:	1,6	1,9
- для жінок, які перебувають в офіційно зареєстрованому шлюбі	1,6	1,9
- для зайнятих жінок	1,6	1,8
Сільська місцевість, в т. ч.:	2,0	2,6
- для жінок, які перебувають в офіційно зареєстрованому шлюбі	2,0	2,6
- для зайнятих жінок	2,0	2,3

* середнє число дітей у розрахунку на одну жінку із числа тих, хто народжував дітей
Джерело: розраховано фахівцями Інституту демографії та соціальних досліджень НАНУ

Разом з тим результати проведених обстежень не дають підстави однозначно стверджувати про послаблення сімейних цінностей і, зокрема, зниження цінності дітей. Як засвідчило, опитування молодих сімей у 1996 р. 88,2% чоловіків та 92,5% жінок розглядали народження та виховання дітей як одну з визначальних функцій сім'ї. У 2003 р. такої думки притримувались 82% чоловіків та 88% жінок, у 2004 р. – 88% та 91,2% відповідно. Окрім цього стійка питома вага тих, хто вважає двоє дітей ідеальним для родинного життя, наводить на думку, що серед населення та його соціальних груп досягнуто певного єдиного стереотипу щодо бажаного розміру сім'ї. Водночас більшість населення не реалізує ці дітородні установки, і фактична дітність жінок суттєво відрізняється від бажаної, що тісно пов'язано із поширенням однодітного способу життя

Розрахунки, проведені за результатами Всеукраїнського перепису населення 2001 року, свідчать, що середнє число дітей у жінок віком 50 років і старше, тобто підсумкова народжуваність у жінок, які вже завершили свій репродуктивний період життя, становить 2,2 дитини (табл. 6.5). Саме стільки в середньому народжували жінки протягом попередніх 30 років. Нині ситуація змінилася, і для жінок, які ще перебувають у дітородному віці, середнє число дітей становить 1,7. На його величину впливають, хоч і опосередковано, різні соціальні

характеристики батьків, зокрема місце проживання, зайнятість, освітній та сімейний статус жінок. Якщо перебування у шлюбі сприяє деякому підвищенню дітності, то вплив зайнятості, очевидно, є зворотним. Проте найвагоміші розбіжності спостерігаються серед жінок з різним рівнем освіти.

Таблиця 6.6. Середня фактична дітність жінок віком 15-49 та 50 років і старше, які народжували дітей, залежно від рівня їхньої освіти (за даними Всеукраїнського перепису населення 2001 р.*)

Освіта	Вік жінок, років	
	15-49	50 і старше
Вища (повна, базова, початкова і незакінчена)	1,6	1,8
Загальна середня (повна і базова)	1,8	2,2
Початкова загальна середня (і ті, хто не мають початкової)	2,0	2,5
Неписьменні	2,7	3,0
Усі жінки	1,7	2,2

* середнє число дітей у розрахунку на одну жінку із числа тих, хто народжує дітей

Джерело: розраховано фахівцями Інституту демографії та соціальних досліджень НАНУ

Як відомо, рівень освіти та кваліфікації жінки значною мірою визначає її соціальний статус, рівень культури, особливості сімейного укладу життя, структуру потреб, що у підсумку впливає на рішення стосовно кількості дітей у сім'ї. Як свідчить таблиця 6.6, середнє число дітей зростає по мірі зниження освітнього статусу матерів: якщо у жінок віком 50 років і старше, які здобули вищу освіту, протягом їхнього дитородного періоду життя народилось в середньому 1,8 дитини, то серед тих, хто здобув лише загальну середню освіту – 2,2 дитини, початкову – 2,5 дитини. Впадає у вічі, що саме внесок неписьменних жінок до репродуктивного „запасу” дітності є найвагомішим: кожна з них народила в середньому три дитини.

Таким чином, по-перше, найнижча народжуваність спостерігається у групі найосвіченіших матерів, а багатодітність характерна для найменш освічених жінок. По-друге, зазначені відмінності стосуються як фактичного числа дітей, так і його величини, бажаної в ідеалі. По-третє, відчутний вплив освіти як чинника формування сім'ї проявляється не стільки для перших дітей, скільки для народжень наступних черговостей. Більш освічені жінки відкладають, а потім і відмовляються від народження других дітей значно частіше, ніж менш освічені. Зважаючи на той факт, що рівень освіти населення в цілому і жінок зокрема, в Україні за міжпереписний період 1989-2001 рр. помітно підвищився, логічно передбачити, що подальше його зростання буде одним із факторів обмеження дітонороджень у майбутньому. Високі життєві стандарти, характерні для більш освіченої частини населення, турбота про виховання, освіту та якісний професійно-кваліфікаційний рівень підростаючого покоління, що потребує від батьків певних капіталовкладень, з одного боку, та високий рівень зайнятості, значне трудове навантаження жінки у сім'ї і на роботі – з іншого, сприяють обмеженню розміру сімей і змушує батьків задовольняти потребу у дітях народженням лише однієї дитини.

Ще одним важливим чинником, який суттєво впливає на рівень народжуваності в Україні є рівень абортів і стан репродуктивного здоров'я жінок. Значна частота абортів, особливо при першій вагітності підвищує ризик невиношування та подальшого безпліддя, що у підсумку призводить до того, що жінки позбавлені можливості мати бажане число дітей у сім'ї. Негативні наслідки абортів для здоров'я жінки актуалізуються, таким чином, з особливою силою,

оскільки вони можуть виступати чинником, що перешкоджає задоволенню потреби сім'ї у дітях.

Таблиця 6.7. Розподіл відповідей респондентів на питання „Чи схвалюєте Ви аборт за таких обставин?” за результатами опитування населення України у 1999 та 2004 рр., %

	Схвалюю		Не схвалюю		Важко відповісти	
	1999	2004	1999	2004	1999	2004
Коли жінка незаміжня	36,7	33,0	35,5	44,0	25,9	19,0
Коли подружня пара не хоче більше мати дітей	50,6	39,0	30,8	38,0	16,7	19,3

Ставлення населення до абортів при цьому є неоднозначним. На нього помітно впливають мотиви та обставини, за яких жінка вирішила відмовитись від народження дитини (табл. 6.7). Зокрема, коли подружня пара не хоче більше мати дітей, ставлення до абортів є менш критичним, ніж тоді, коли жінка пояснює цей вчинок своїм незаміжнім статусом. Порівняльний аналіз даних опитувань у 1999 та 2004 рр. свідчить також, що негативна оцінка абортів з боку респондентів має тенденцію до посилення. Наприклад, у разі відмови подружжя від подальшого народження дітей аборт схвалювали 50,6% респондентів у 1999 р. та лише 39% у 2004 р.; у випадку відсутності чоловіка та незаміжжя жінки – 36,7 і 33% відповідно.

Варто зазначити, що різкий спад народжуваності в Україні в 90-х роках у разі подовження цієї негативної тенденції матиме довготривалі негативні наслідки. Народжуваність, як відомо, є важливою складовою відтворення населення, необхідною для заміщення поколінь, забезпечення чисельного оновлення населення й досягнення таким чином, його тривалого існування. Низька народжуваність є не лише однією з причин депопуляції, внаслідок якої Україна протягом останніх років втрачає близько 365-370 тис. осіб в середньому за рік. До негативних наслідків різкого зниження народжуваності належать також суттєві коливання чисельності населення та деформації його вікового складу, зменшення з часом чисельності осіб працездатного віку та посилення їхнього демографічного навантаження внаслідок виходу за межі працездатного віку більш чисельної групи пенсіонерів.

Зазначені явища будуть характерними для демографічної динаміки України найближчої доби, оскільки корінного перелому у сфері дітонороджень не очікується: показник сумарної народжуваності до 2010 року не перевищить 1,3 дитини у розрахунку на одну жінку. Тому, незважаючи на те, що нині і протягом найближчого десятиліття до дітородного віку вступатимуть чисельніші покоління жінок, народжених у 80-і роки, демографічна поведінка населення, яка базується на установці на одну дитину у сім'ї, негативно впливатиме на рівень народжуваності. Перспективи розвитку сучасної сім'ї в Україні, таким чином, тісно пов'язані з одностаттністю. Позитивні зміни у цій сфері, коли кожна сім'я зможе реалізувати свої плани стосовно бажаної кількості дітей, набудуть сталої

спрямованості лише у разі суттєвого підвищення матеріального добробуту населення, поліпшення умов життя, побуту та дітородної діяльності.

6.4. Чинники зниження народжуваності

Зниження народжуваності і перехід до одностатевості стали характерною рисою новітніх демографічних процесів у нашій країні. Вони пов'язані із змінами у дітородній поведінці населення, обумовленими, з одного боку, зовнішніми економічними умовами, що характеризують соціальний статус жінки у суспільстві, рівень її освіти, зайнятості, доходів, соціальної захищеності, а з іншого – ступенем задоволення особистих потреб та інтересів. Всі ці чинники безпосередньо впливають на формування тієї чи іншої структури потреб, у якій роль та місце потреби в дітях зазнали певних змін. Відсутність економічної зацікавленості в дітях призвела до того, що низька народжуваність та пов'язане з нею незабезпечення самовідтворення населення стали феноменом і основним викликом для сучасного високорозвинутого суспільства. У цьому плані Україна не є винятком серед багатьох європейських країн, демографічний режим яких відзначається спадом народжуваності.

Меншу кількість дітей можна розглядати як стратегічний вибір сім'ї, яка прагне зберегти певний рівень матеріального достатку і забезпечити дітям кращу якість догляду, виховання, освіти. Менший розмір сім'ї створює більші можливості для жінок брати участь у трудовому і суспільному житті, задовольняти свої власні кар'єрні прагнення.

Менша кількість дітей з цієї точки зору веде до зростання якісних характеристик населення. Потрібно мати на увазі, що термін «якісний» не означає більш низьку якість або нестачу якості в сім'ях, які демонструють високий рівень народжуваності. Це термін є описовим, він вказує на соціодемографічну ситуацію, за якої менша кількість дітей веде до можливості більших інвестицій в одну дитину.

Однак, надто різке падіння народжуваності, що спостерігалось в Україні наприкінці 90-х років минулого століття та на початку нинішнього не можна пояснити лише названими чинниками. Глибокий економічний спад, зниженням рівня життя та доходів більшості населення обумовив значне звуження матеріальної бази реалізації потреби в дітях, внаслідок чого молоді люди почали відкладати народження дітей до кращих часів. Стрімкі соціально-економічні перетворення в Україні у 90-х роках не могли не позначитися на формуванні рівня дітородної активності населення і призвели до значних зрушень у народжуваності і складі сімей. Проте, різке падіння народжуваності цього періоду не можна пов'язувати виключно з економічним чинником. Економічна криза крім суто матеріальних втрат формує у свідомості людей відчуття невпевненості у завтрашньому дні і імовірно навіть більше, ніж матеріальні негаразди, обумовлює обережне ставлення до можливості народження дітей.

Окрім того, зниження народжуваності початку 90-х частково було наслідком «штучних» мір стимулювання народжуваності 80-х років. В середині 80-х років держава стала проводити активну політику, спрямовану на допомогу сім'ям, що мають дітей, саме тоді відмічався останній сплеск народжуваності. Багато сімей у той час реалізувало народжуваність раніше певного терміну і, відповідно, виник зміщений календар народжень на більш ранній період. До початку 90-х років, відповідно, відбулось зміщення календаря народжень у протилежний бік, і це послужило ще одним чинником різкого зниження народжуваності 90-х.

Проведений аналіз народжуваності засвідчує, що якби у 2003 р. жінки народжували так само, як у 1989 р., тобто до початку соціально-економічних перетворень, ймовірний потенціал дітонароджень становив би 677,1 тис, а загальний коефіцієнт народжуваності – 14,2 замість реального 8,5 у розрахунку на 1000 осіб. При цьому у містах ймовірна кількість народжених становила 447,8 тис., в селах – 229,3 тис., тобто вона могла бути в 1,6-1,7 рази більшою, ніж насправді. Дефіцит народжень у 2003 р., а саме різниця між реальним і гіпотетичним числом народжених, складає, таким чином, 268,5 тис.

Вплив структурного чинника на динаміку народжених є неоднозначним. Протягом 90-х років він дещо посилював процес спаду народжуваності. За умови незмінного вікового складу жінок дітородного віку на рівні 1989 р. абсолютне число народжених у 2003 р. могло становити 425 тис. осіб, тобто бути на 16,4 тис. більшим, ніж це спостерігалось у дійсності.

Характерною ознакою демографічної ситуації в Україні є також те, що криза народжуваності у нас поєднується з різким погіршенням здоров'я населення, в тому числі репродуктивного, підвищенням смертності і скороченням тривалості життя, що у розвинутих країнах не спостерігається.

Отже ще одним чинником зниження народжуваності 90-х років є підвищення рівня смертності чоловіків активного репродуктивного віку.

Різка падіння народжуваності в Україні 90-х років, яке наклалось на глобальну тенденцію зниження народжуваності, визначило цілу низку серйозних соціально-економічних загроз:

- Надмірне постаріння населення і пов'язане з ним значне зростання демографічного навантаження на працездатну частину населення обумовлюють загострення проблем фінансового забезпечення пенсійної системи;
- Надмірне навантаження працюючу частину населення може провокувати конфлікт інтересів різних вікових груп – працюючих економічно активного віку (платників пенсійних внесків) и людей похилого віку – отримувачів пенсійних виплат;
- Різкі коливання чисельності контингентів може викликати тимчасову нестачу або надлишки інфраструктурної мережі: дошкільних закладів, шкіл, а також педагогічних кадрів, утримання яких поглинає велику частину бюджету на освіту.

7.1. Здоров'я населення та тенденції захворюваності

Здоров'я є ключовою характеристикою населення і важливим ресурсом соціально-економічного розвитку держави. Досягнення добробуту у сфері здоров'я населення та подовження тривалості здорового життя (без хвороб) є однією з головних інвестицій в економічну розбудову країни. Водночас відтворення здоров'я є не лише першоосновою соціально-економічного благополуччя, але й наслідком, відображенням умов суспільної життєдіяльності. Відмінності у показниках здоров'я і смертності є доволі чутливим індикатором якості та рівня життя на тій чи іншій території, ефективності розподілу ресурсів, рівня розвитку соціальної інфраструктури, напруженості екологічної ситуації тощо. Тому специфіку формування стану здоров'я населення необхідно вивчати у тісному зв'язку із суспільним середовищем, в якому воно відбувається.

В українському суспільстві протягом останнього десятиліття відбулися суттєві зміни у способі та якості життя населення і, як результат, у рівнях його захворюваності й смертності. Громадське здоров'я в Україні і до того знаходилося у вкрай незадовільному стані, отримавши у «спадщину» з радянських часів важкий тягар численних контингентів хронічних хворих, з одного боку, та неефективне управління галуззю охорони здоров'я, – з іншого. Сучасна криза здоров'я населення в Україні має складний комплекс причин: різке падіння рівня життя населення, погіршення стану державної системи охорони здоров'я, відсутність належної оцінки та усвідомлення вартості здоров'я як з боку держави, так і з боку самих громадян. До недавнього згідно з радянською ідеологією стан здоров'я розглядався виключно як продукт-наслідок діяльності державної системи охорони здоров'я. Виникла ситуація, коли громадяни не несли ніякої відповідальності за поведінку у сфері життєзбереження, а держава – за якість медичних послуг. Не було сформовано суспільних механізмів, які б сприяли підвищенню відповідальності та поінформованості населення у питаннях збереження здоров'я і надавали б реальні можливості для поліпшення його стану. Протягом 90-их років ситуація у цій сфері помітно погіршилась. В умовах скорочення доходів та посилення соціального розшарування доступність медичного обслуговування для населення помітно зменшилась, а недостатність державного фінансування закладів охорони здоров'я суттєво погіршила якість їхніх послуг. Доволі поширеним, передусім, для найменш забезпечених груп населення, стало відкладання або відмова від необхідного лікування через нестачу коштів. Не менш значну роль відіграло і посилення стресу, спровокованого труднощами перехідного періоду, що призвело до посилення алкоголізації населення, зростання насильства і самогубств. Як наслідок, на тлі соціально-економічної кризи 90-х в Україні істотно посилились несприятливі тенденції у формуванні медико-демографічних процесів, відбулися відчутні негативні зрушення у динаміці та структурі захворюваності населення.

Погіршення стану здоров'я населення України протягом останнього десятиліття відзначається такими особливостями:

По-перше, посилюється процес хронізації хвороб, наслідком якого стало накопичення значної кількості хронічних хворих. Згідно з даними МОЗ України показник первинної захворюваності⁷ населення у 1990-2004 рр. підвищився на 11%, а рівень загальної захворюваності (поширеності хвороб) за цей період

⁷ Показник первинної захворюваності враховує кількість нових випадків захворювань (хворих з уперше в житті встановленим діагнозом) протягом певного проміжку часу у розрахунку на певну чисельність населення, а загальної захворюваності (поширеності) – кумулятивну кількість випадків захворювань (хворих), тобто як тих, що виявлені раніше, так і нових у розрахунку на певну чисельність населення.

збільшився у півтора раза: від 110,5 тис. до 168,2 тис. випадків у розрахунку на 100 тис. осіб (рис. 7.1.1). Щороку в Україні реєструється близько 67-68 тис. захворювань, виявлених вперше.

По-друге, відбулися несприятливі зрушення у структурі захворюваності населення. Йдеться про підвищення частки інфекційних хвороб (передусім, туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, інфекцій, що передаються статевим шляхом), з одного боку, та збільшення питомої ваги таких важких хронічних хвороб як серцево-судинні, ендокринні, новоутворення, – з іншого.

По-третє, підвищення захворюваності спостерігалось серед усіх груп населення, однак найвідчутнішим воно було серед дітей віком 0-14 років та підлітків віком 15-17 років. Неблагополуччя у стані здоров'я підростаючого покоління є однією з найбільш болючих проблем сьогодення. Первинна захворюваність дорослого населення (віком 18 років і старше) протягом 1991-2004 рр. підвищилась незначною мірою, а серед дітей – в 1,2 раза, підлітків – в 1,6 раза. Рівень загальної захворюваності дорослих підвищився за цей період в 1,4 раза, дітей – в 1,6 раза, підлітків – майже удвічі.

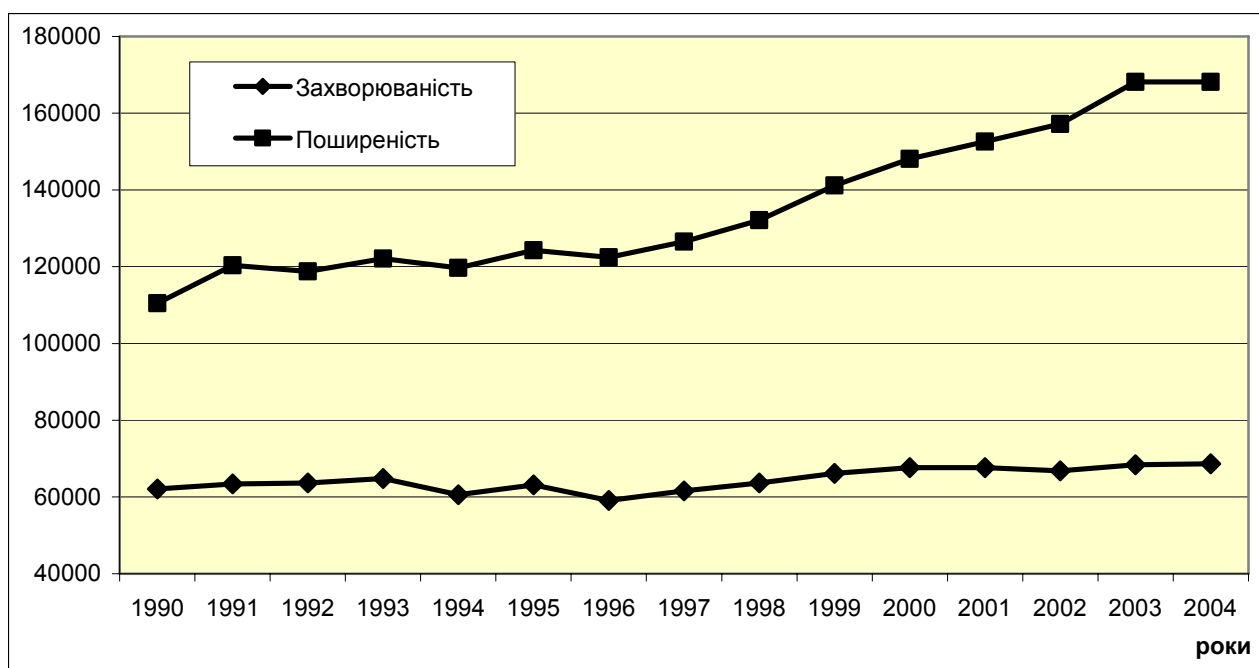


Рис. 7.1.1. Динаміка показників захворюваності та поширеності хвороб в Україні у 1990-2004 рр. (на 100 тис. осіб)

Джерело: дані Центру медичної статистики МОЗ України

Провідна роль у структурі захворюваності й поширеності хвороб в Україні належить хворобам органів кровообігу та органів дихання. За рівнем поширеності виділяються також хвороби органів травлення, кістково-м'язової системи і сполучної тканини, ока та його додаткового апарату, сечостатевої системи. У структурі захворюваності населення у 2004 р. перше місце посідали хвороби органів дихання, які становили 41,5% вперше зареєстрованих хвороб, друге – захворювання системи кровообігу, третє – травми та отруєння, четверте – патології сечостатевої системи, п'яте – хвороби шкіри та підшкірної клітковини. На ці 5 причин у 2004 р. припадало майже 70% усіх вперше зареєстрованих випадків (рис. 7.1.2).

Погіршення здоров'я населення впродовж минулого десятиліття відбувалось в Україні на тлі зростання показників захворюваності практично по

усіх класах хвороб. Особливо відчутним воно було для ряду неінфекційних соматичних захворювань (табл. 7.1.1). Зокрема, протягом 1989-2004 рр. рівень захворюваності на хвороби системи кровообігу підвищився у 2,3 раза: від 2341 до 5283 випадків у розрахунку на 100 тис. осіб. З-поміж нозологічних форм цього класу хвороб особливо виділяються гіпертонічна хвороба та стенокардія: у 2004 р. на них припадало 67,3% від загального числа вперше зареєстрованих захворювань системи кровообігу. При цьому рівень захворюваності на гіпертонію є вищим серед жінок, а гострі інфаркти міокарду та інсульты частіше трапляються серед чоловіків.



Рис. 7.1.2. Структура захворюваності й поширеності хвороб за основними класами в Україні у 2004 рр., %

Джерело: дані Центру медичної статистики МОЗ України

Таблиця 7.1.1. Показники захворюваності населення за класами хвороб в Україні у 1989 та 2004 рр. (на 100 тис. осіб)

Класи хвороб	1989	2004	2004 у % до 1989
Кількість уперше зареєстрованих випадків усіх захворювань, в т. ч.:	63784	68907	108,0
хвороби органів дихання	33861	28582	84,4
хвороби нервової системи та органів чуття*	5131	7528	146,7
вагітність, пологи та післяпологовий період***	3241	5302	163,6
хвороби системи кровообігу	2341	5283	225,7
травми, отруєння та деякі інші наслідки зовнішніх дій	5712	4748	83,1
хвороби сечостатевої системи	2442	4555	186,5
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	3532	4055	114,8
хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини	2669	3403	127,5
хвороби органів травлення	2363	2990	126,5
інфекційні та паразитарні хвороби	2560	2822	110,2
хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин та імунітету**	648	1191	183,8

новоутворення	611	859	140,6
хвороби крові та кровотворних органів	174	508	292,0
розлади психіки та поведінки	556	489	88,0
уроджені аномалії, деформації і хромосомні порушення	78	117	150,0

* включаючи хвороби ока та вуха

** показники 1989 р. не включають гіперплазію щитовидної залози I-II ступеню

*** у розрахунку на 100 тис. жінок віком 15-49 років

Джерело: розраховано за даними Держкомстату України

Як відомо, виникнення та розвиток гіпертонічної хвороби тісно пов'язаний з наявністю таких факторів ризику як неякісне, незбалансоване харчування (надмірне споживання насичених жирів), зловживання алкоголем, паління, надлишкова маса тіла, низька фізична активність, надмірні психоемоційні навантаження тощо. У 2004 р. було зареєстровано понад 1 млн. нових випадків гіпертонічної хвороби, а на кінець 2004 р. в Україні 3,9 млн. осіб перебувало під диспансерним наглядом з діагнозом цієї патології. Гіпертонічна хвороба часто призводить до виникнення таких серцево-судинних захворювань як ішемічна хвороба серця та порушення мозкового кровообігу, що в свою чергу, є одними з найпоширеніших причин інвалідності та передчасної смерті. Про масштаби та негативні наслідки високого рівня захворюваності на ці патології свідчить той факт, що рівень смертності населення України від судинних уражень мозку утричі, а від ішемічної хвороби серця – у 5 разів перевищує відповідні показники розвинутих європейських країн. Водночас зменшення втрат, пов'язаних з гіпертонією, є досить проблематичним, по-перше, через низьку обізнаність населення щодо цієї хвороби, відсутність практики контролю за своїм тиском, поширення шкідливих звичок; по-друге, через незадовільну організацію профілактики, своєчасної діагностики та ефективного лікування хворих з метою попередження важких ускладнень.

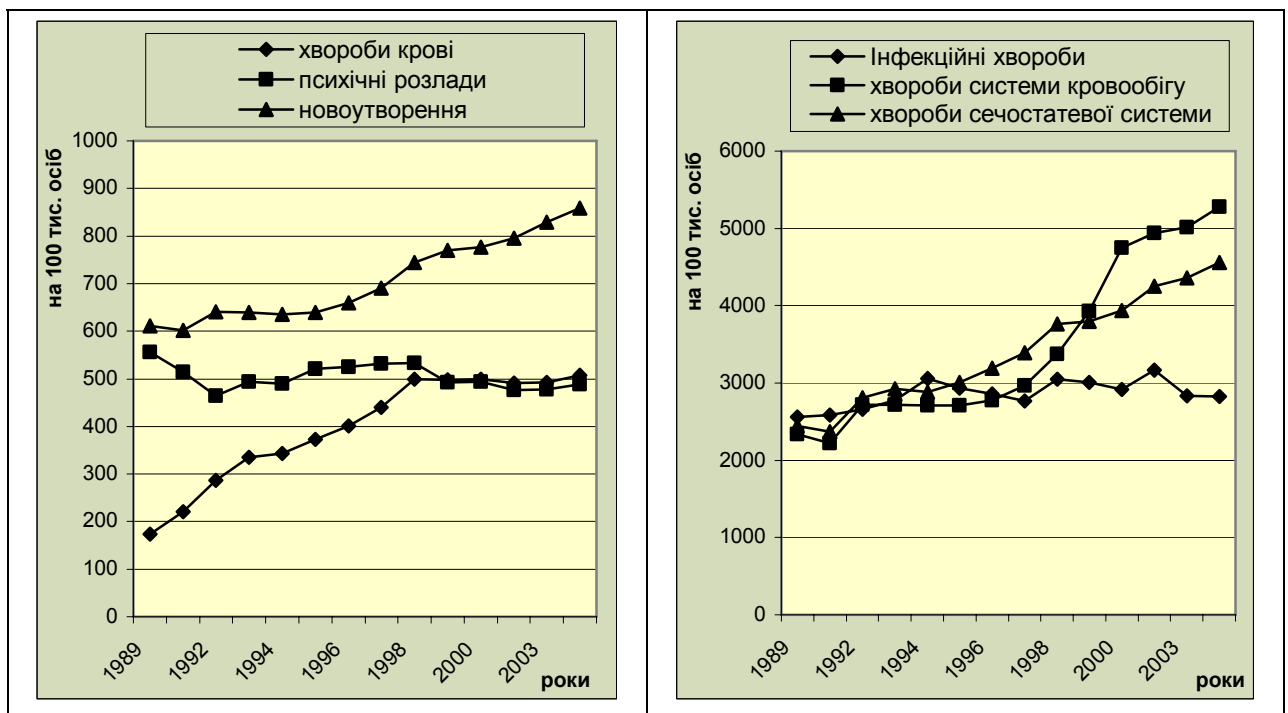


Рис. 7.1.3. Динаміка показників захворюваності на інфекційні хвороби, хвороби системи кровообігу, сечостатевої системи, крові та кровотворних органів, психічні розлади та новоутворення в Україні протягом 1989-2004 рр. (на 100 тис. осіб)

Джерело: дані Держкомстату України

Окрім хвороб кровообігу невпинно зростає в Україні захворюваність населення на хвороби сечостатевої системи, показники якої у 2004 р. порівняно з 1989 р. збільшилися в 1,9 раза, ускладнень під час вагітності та післяпологовий період (1,6 раза), уроджених аномалій (1,5 раза). Зростання онкологічної захворюваності населення України протягом 1989-2004 рр. становило 1,4 раза (табл. 7.1.1, рис. 7.1.3). У 2004 р. діагноз вперше зареєстрованого злоякісного новоутворення був поставлений 155,9 тис. осіб. Серед чоловіків найпоширенішими є рак легенів, шлунку, шкіри, сечового міхура та передміхурової залози, серед жінок – злоякісні новоутворення молочної залози, шлунку, шкіри, тіла та шийки матки. Водночас дещо зменшилась захворюваність населення на хвороби органів дихання, травми, отруєння та інші наслідки дії зовнішніх причин.

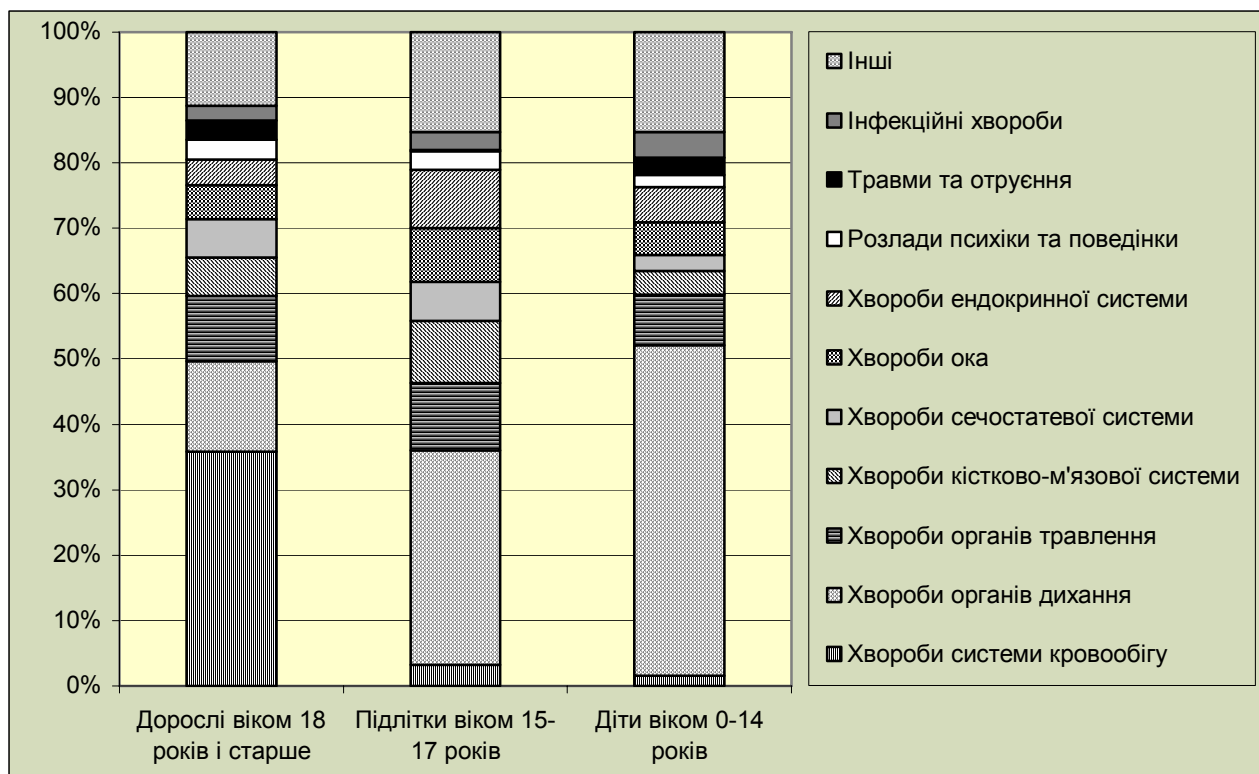


Рис. 7.1.4. Структура поширеності хвороб за основними класами серед дорослих, підлітків та дітей в Україні у 2004 рр., %

Джерело: розраховано за даними Центру медичної статистики МОЗ України

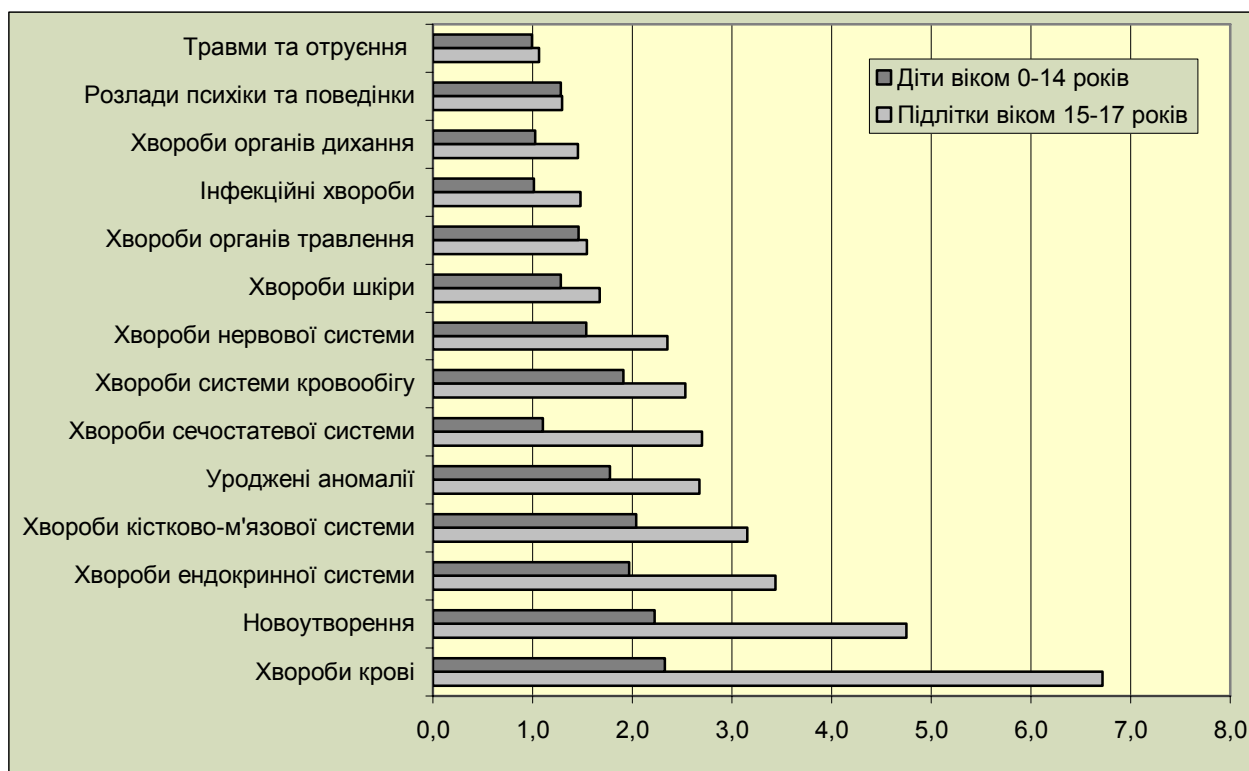


Рис. 7.1.5. Темпи зростання показників захворюваності дітей та підлітків в Україні у 2004 р. порівняно з 1991 р., разів

Джерело: розраховано за даними Центру медичної статистики МОЗ України

Аналіз динаміки поширеності й захворюваності підлітків та дітей свідчить про погіршення стану здоров'я цього контингенту населення. Підлітки та діти частіше, ніж дорослі, хворіють на хвороби органів дихання, кістково-м'язової системи, ендокринні патології, хвороби ока та його придаткового апарату. Зокрема, у 2004 р. у структурі поширеності хвороб підлітків та дітей захворювання органів дихання становили 31,1% та понад 50% відповідно, хвороби органів травлення – 9,8 та 7,7%, кістково-м'язової системи та сполучної тканини – 9 та 3,7%, ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин – 8,5 та 5,4%, хвороби ока та його придаткового апарату – 7,8 та 5% (рис. 7.1.4).

Протягом 1989-2004 рр. відбулося зростання рівня патологічних станів за багатьма класами хвороб. Випереджаючі темпи росту частоти хвороб крові та ендокринної системи (утричі серед підлітків та удвічі серед дітей), новоутворень (у 2,5 раза серед підлітків та 2,2 раза серед дітей), кістково-м'язової системи (удвічі), уроджених аномалій та хромосомних порушень (у півтора раза) стали характерними ознаками динаміки захворюваності підростаючого покоління (рис. 7.1.5).



Рис. 7.1.6. Динаміка захворюваності на алкогольні психози й стандартизованих показників смертності від випадкових отруєнь алкоголем в Україні у 1980-2002 рр.
Джерело: дані ВООЗ (HFA DB)

Для України є характерним досить високий рівень алкоголізму серед населення. Офіційно зареєстрована у закладах охорони здоров'я кількість хворих на хронічний алкоголізм й алкогольні психози протягом останніх років становила в Україні понад 700 тис. осіб (за даними Центру медичної статистики МОЗ України на початку 2005 р. – 639,5 тис. осіб). Водночас на думку зарубіжних фахівців поширеність розладів психіки й поведінки внаслідок вживання алкоголю є значно вищою: за їхньою оцінкою близько 2,5 млн. осіб в Україні є алкогольно залежними. Хоча захворюваність на алкогольні психози у 90-х роках відзначалась нестабільною динамікою, протягом останніх років відбувається підвищення її рівня: за даними ВООЗ відповідні показники виросли від 11,2 у 1991 р. до 21,9 у 2002 р. у розрахунку на 100 тис. осіб (рис. 7.1.6). Характерною особливістю захворюваності населення України, з одного боку, є омолодження та фемінізація алкоголізму, а з іншого – високий рівень алкоголізму поєднується з все більш небезпечним розповсюдженням наркоманії серед молоді і у зв'язку з цим з підвищенням рівня захворюваності на розлади психіки й поведінки через вживання психоактивних речовин в цілому. Демографічні наслідки надмірного споживання алкоголю в Україні полягають у втратах здоров'я і формуванні значних обсягів передчасної смертності від причин, що безпосередньо та опосередковано пов'язані зі зловживанням алкоголем (алкогольний психоз, алкогольний цироз печінки, серцево-судинні захворювання, нещасні випадки, отруєння і травми та інші).

Таблиця 7.1.2. Питома вага семи основних причин DALY* у структурі загального навантаження хворобами в Україні та Швеції у 2002 р.

Україна			Швеція		
Причини DALYs	DALYs, тис.	%	Причини DALYs	DALYs, тис.	%
Усі причини, в т. ч.:	11340,8	100,0	Усі причини, в т. ч.:	977,4	100,0
Ішемічна хвороба серця	2067,8	18,2	Монополярні депресивні розлади	95,0	9,7

Цереброваскулярні захворювання	958,4	8,5	Ішемічна хвороба серця	86,1	8,8
Монополярні депресивні розлади	525,3	4,6	Цереброваскулярні захворювання	52,5	5,4
ВІЛ/СНІД	354,5	3,1	Хвороба Альцгеймера	52,3	5,3
Травми через самопошкодження	339,3	3,0	Втрата слуху	39,1	4,0
Хронічні захворювання легенів	321,4	2,8	Алкогольно залежні захворювання	35,0	3,6
Отруєння	312,3	2,8	Хронічні захворювання легенів	28,6	2,9

* DALY (disability-adjusted life-years) – одиниця виміру загального навантаження хворобами, що показує втрати років життя через передчасну смертність та тимчасову або постійну непрацездатність/інвалідність

Джерело: *The European health report 2005: public health action for healthier children and populations.* – WHO, 2005.

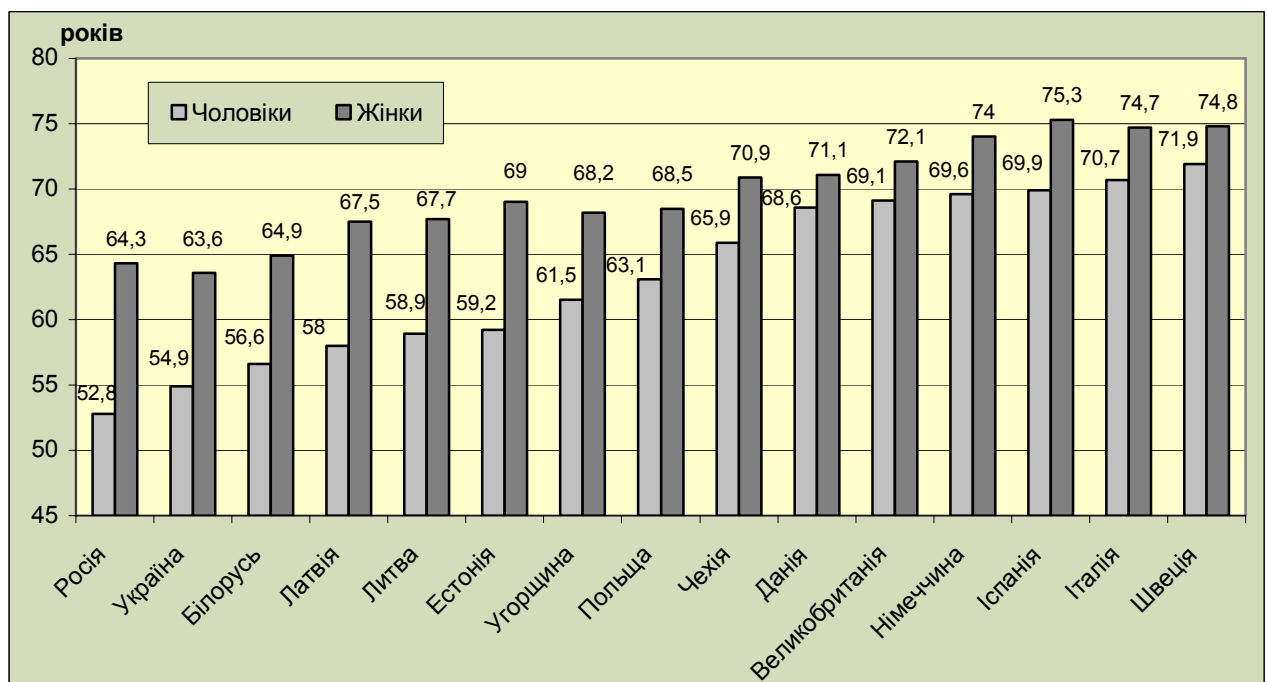


Рис. 7.1.7. Очікувана тривалість здорового життя при народженні (HALE*) в Україні та деяких країнах Європейського регіону у 2002 р., років

* HALE (healthy life expectancy) – очікувана тривалість життя у стані повного здоров'я, без хвороб. При розрахунку даного показника враховується не лише смертність, але й непрацездатність, викликана хворобами.

Джерело: *The European health report 2005: public health action for healthier children and populations.* – WHO, 2005.

Своєрідною інтегральною характеристикою стану здоров'я населення, точніше його не здоров'я, є запропонований ВООЗ рівень загального навантаження хворобами, одиницею виміру якого є показник DALY, що показує роки втраченого або неякісно прожитого життя через передчасну смертність чи непрацездатність, обумовлену хворобами. Порівняння зазначених показників, розрахованих для України та Швеції, (країни з однією з найвищих у Європейському регіоні тривалістю життя), переконливо висвітлює проблеми здоров'я населення та його охорони у нашій країні (табл. 7.1.2). У 2002 р. в Україні було втрачено 11,3 млн. людино-років життя, пов'язаних з передчасною смертністю та непрацездатністю/інвалідністю.

Відмінності щодо причин втрат здоров'я в Україні порівняно з розвинутими країнами полягають у їхній високій обумовленості такими факторами ризику як: тютюнопаління, зловживання алкоголем, незбалансоване харчування, ризикова

сексуальна поведінка, шкідливі умови праці, малорухливий спосіб життя. Саме цим, очевидно, можна пояснити розбіжності у структурі загального навантаження хворобами, які полягають у підвищеній частці втрат здорових років життя через ішемічну хворобу серця та цереброваскулярні захворювання, з одного боку, та ВІЛ/СНІД, отруєння і травми – з іншого. Як наслідок, очікувана тривалість здорового життя при народженні (HALE) становила в Україні у 2002 р. лише 54,9 року для чоловіків і 63,6 року для жінок, Розрив з відповідними показниками Швеції досягав 17 років для чоловіків і 11,2 року для жінок (рис. 7.1.7).

Поліпшення стану медико-демографічних процесів в Україні вимагає реалізації широкого комплексу суспільних заходів, спрямованих, на збереження здоров'я і життя населення. Хоча останнім часом зусилля державного сектору охорони здоров'я значно активізувалися, серйозною перешкодою на шляху досягнення сталих і системних зрушень у цій сфері залишається слабкість та низька ефективність існуючої системи медичного обслуговування. Наразі в Україні відсутнє чітке бачення реформування системи охорони здоров'я; немає однастайності стосовно запровадження нових механізмів фінансування медицини та підвищення ефективності діяльності медичної галузі. Це стосується, передусім, шляхів децентралізації фінансування та управління медичних закладів, можливостей запровадження медичного страхування, вирішення питань приватизації медицини.

Стан фінансування сфери охорони здоров'я в Україні не задовольняє потреби споживачів медичних послуг на сучасному рівні. Що більше обмежені ресурси, то їх потрібно розподіляти на обслуговування дедалі більше зростаючої кількості хворих. Водночас доволі слушно зауважити той факт, що протягом останніх кількох років обсяги фінансування системи охорони здоров'я в Україні, хоча й повільно, але поступово збільшувались, проте суттєвого покращення якості медичного обслуговування не відбулося. Це дає змогу висловити припущення, що причини низької ефективності охорони здоров'я слід шукати не лише у нестачі коштів, але й ще більшою мірою в не раціональному розподілі наявних фінансових ресурсів та у відсутності ефективного контролю за їхнім використанням. Про це свідчить глибокий розрив між кількісними та якісними показниками діяльності медичної галузі в Україні. Існування високих, нерідко необґрунтовано завищених показників існуючої медичної інфраструктури як от забезпеченість лікарняними закладами, використання лікарняних ліжок, госпіталізація хворих та інше не призвело до досягнення високої якості медичних послуг, що у кінцевому рахунку негативно позначилось на показниках стану здоров'я населення. Дотепер існуюче централізоване фінансування галузі охорони здоров'я не відповідає фактичному навантаженню лікарняних закладів, а рівень оплати праці – ефективності їхньої діяльності. Розвиток та посилення інституційної спроможності держави у сфері охорони здоров'я й життєзбереження може бути досягнутий через реалізацію чіткої стратегії реформування медичної галузі, спрямованої на поліпшення якості медичних послуг та підвищення їх доступності для усіх громадян.

Водночас ще більш важливим є формування в Україні суспільної налаштованості на пріоритет здорового способу життя, соціальної та особистісної мотивації до збереження та зміцнення здоров'я. Зменшення втрат здоров'я та подовження тривалості здорового життя є неможливим без підвищення рівня добробуту та зміни якості життя, без створення середовища, сприятливого для вибору моделі поведінки, зорієнтованої на турботу і охорону здоров'я на індивідуальному рівні, без формування і виховання тієї „волі до здоров'я», яка спонукає до тривалого, здорового і продуктивного життя.

7.2. Проблеми репродуктивного здоров'я.

Репродуктивне та сексуальне здоров'я є важливою складовою загального стану здоров'я населення, оскільки його благополуччя визначає можливості задовільного і безпечного сексуального життя, здатність до материнства і батьківства. Охорона і підтримка репродуктивного здоров'я є невід'ємним правом людини, тому забезпечення широкого доступу молодих людей до якісних послуг у цій сфері має стати одним із пріоритетних напрямків розвитку сучасної організації медичної допомоги. Питання збереження репродуктивного добробуту населення актуалізується з особливою силою з огляду на несприятливу ситуацію, що склалася в Україні. Незадовільний стан здоров'я матері і дитини, підвищені показники гінекологічної захворюваності, зростання поширеності інфекцій, що передаються статевим шляхом, та ВІЛ, достатньо високий рівень абортів і безпліддя свідчать про невирішеність багатьох питань охорони репродуктивного здоров'я в Україні. Ситуація ускладнюється тим, що погіршення стану репродуктивного здоров'я перетворилось у вагомий чинник зниження народжуваності, рівень якої нині не забезпечує простого відтворення населення і заміщення поколінь.

Питання репродуктивного здоров'я тісно пов'язані з інтимними аспектами життя молодих людей, характером і мотивацією сексуальної поведінки, стосунками і взаємовідносинами між статями. У сучасний період сексуальна поведінка молоді в Україні зазнала суттєвих змін, наслідком яких стало більш розкуте ставлення до статевих стосунків, про що свідчить поширення дошлюбних сексуальних контактів, зниження віку початку сексуального життя, часта зміна партнерів, щорічне зростання позашлюбної народжуваності. Окремі обстеження свідчать, що молоді люди, які ведуть активне сексуальне життя, лояльніше ставляться до можливості сексу з випадковими партнерами, до- і позашлюбних сексуальних зв'язків. Сексуальна поведінка молоді досить часто набуває ризикованих форм, оскільки вона нерідко відзначається низькою культурою статевих стосунків, недостатнім рівнем поширення контрацепції, особливо при першому сексуальному контакті.

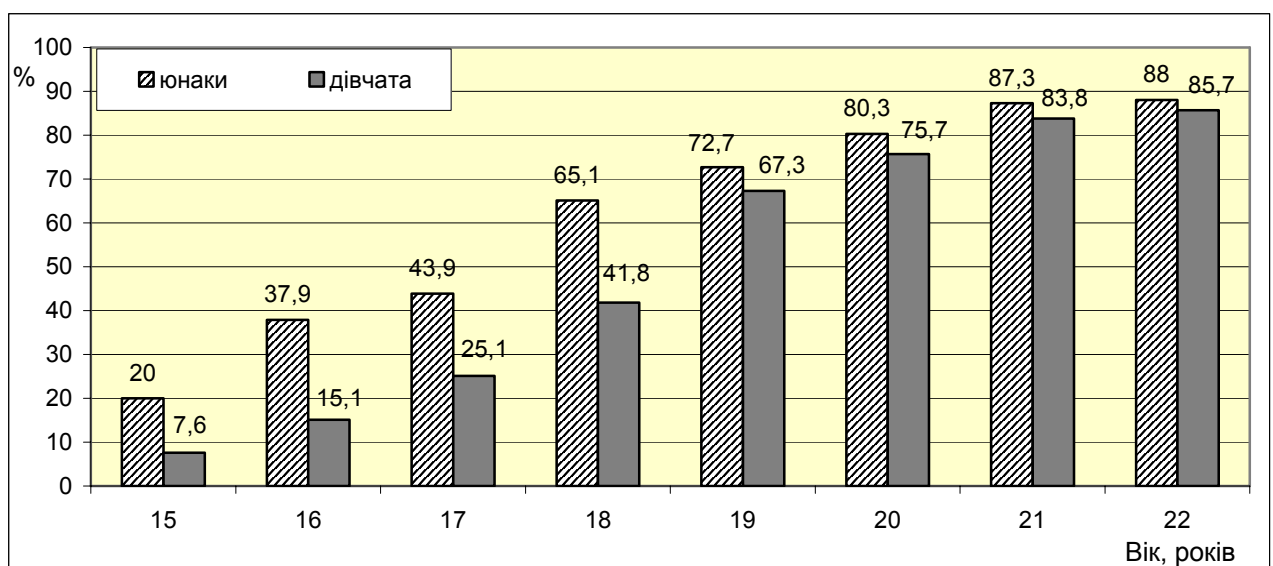


Рис. 7.2.1. Питома вага сексуально активних юнаків та дівчат із числа опитаної молоді віком 15-22 роки, %

Джерело: Національне опитування підлітків та молоді у 2003 р., проведене Українським інститутом соціальних досліджень [4]

Це підтверджують результати численних соціологічних опитувань в Україні. Зокрема, за результатами Національного опитування молоді віком 10-22 років, проведеного Українським Інститутом соціологічних досліджень у 2003 р., серед учнів віком 10-14 років 12% хлопців та 4% дівчаток заявили, що вже мали сексуальні стосунки. При цьому частка сексуально активних підлітків з віком швидко збільшується: досвід статевих стосунків мали кожен п'ятий опитаний юнак та 7,5% дівчат віком 15 років (рис. 7.2.1). У 18 років сексуально активними були дві третини опитаних юнаків (65,1%) та майже 42% дівчат, а у 22 роки до сексуального життя виявились залученими близько 86-88% респондентів [4]. Тенденція до омолодження набуття сексуального досвіду заслуговує особливої уваги з огляду на той факт, що показники середнього віку вступу до шлюбу та народження дитини останніми роками в Україні поступово підвищуються, а початок сексуального життя – знижується, вступ до шлюбу та народження дитини втрачають свою „зчепленість” і набувають все більшої пролонгованості у часі. Зниження віку початку сексуального життя серед молодших поколінь порівняно з більш старшими, поширення дошлюбних статевих стосунків, з одного боку, свідчить про „лібералізацію” сексуальних установок сучасної молоді, а з іншого – актуалізує проблему профілактики небажаних вагітностей та захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ).

Саме інфекції, що передаються статевим шляхом, небажані вагітності і, як наслідок, аборти є головними чинниками порушення репродуктивного здоров'я та причиною репродуктивних втрат в Україні. Так, наявність ЗПСШ не лише обумовлює безпосередні втрати здоров'я (безпліддя, вроджені вади розвитку та підвищений ризик смерті новонароджених), але й суттєво підвищує сприйнятливність до ВІЛ. Неблагополучна ситуація із захворювань, що передаються статевим шляхом, є одним із вагомих чинників, що сприяють розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні.

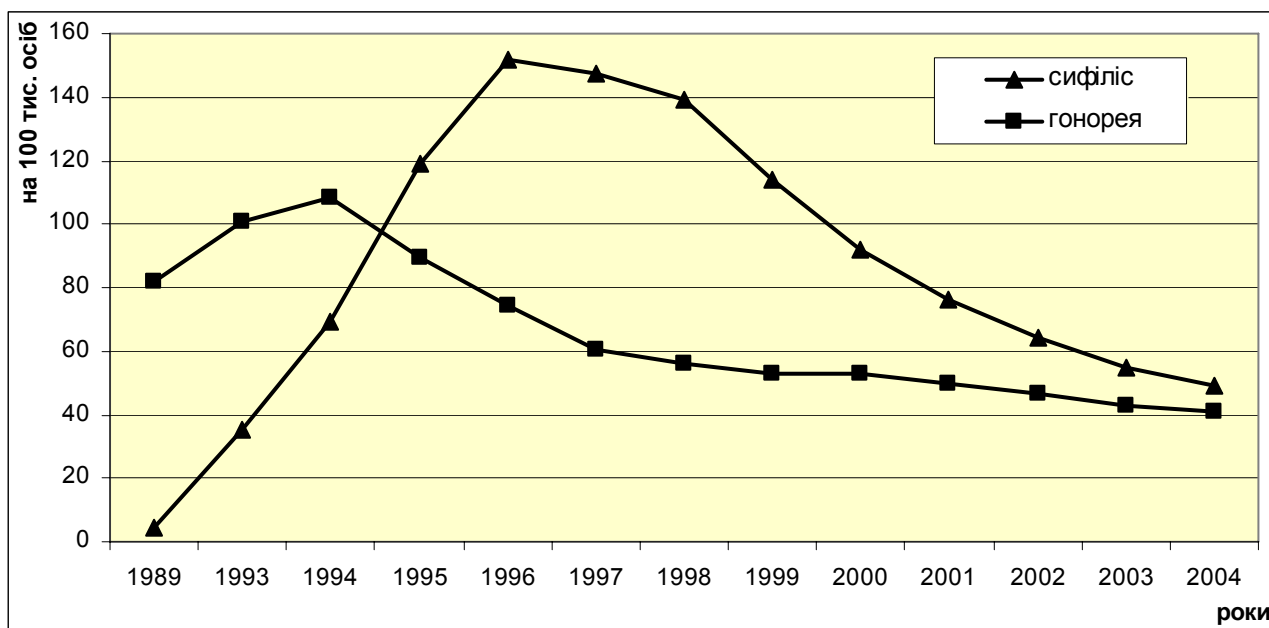


Рис. 7.2.2. Динаміка показників захворюваності на сифіліс та гонорею в Україні у 1989-2004 рр. (на 100 тис. осіб)

Джерело: дані Держкомстату України

Значного розмаху у першій половині 90-х років набули, зокрема, темпи поширення сифілісу. Кількість хворих із вперше у житті встановленим діагнозом сифілісу підвищилась в Україні від 4,1 випадків у 1989 р. до 151,6 у 1996 р. (у розрахунку на 100 тис. осіб), тобто у 37 разів; гонореї – від 81,9 випадків у 1989 р. до 108,2 у 1994 р. (на 100 тис. населення). Пік зростання захворюваності на сифіліс спостерігався у 1996 р., гонореї (гонококова інфекція відповідно до МКХ–10) – у 1994 р., після чого розпочалось зниження їх рівня (рис. 7.2.2). У 2004 р. показник захворюваності на сифіліс в Україні становив 48,9 випадків у розрахунку на 100 тис. осіб, гонореї – 41,0 відповідно. Темпи зниження захворюваності на гонорею суттєво випереджували відповідні показники захворюваності на сифіліс. Така динаміка викликає певні сумніви з огляду на ймовірний статистичний недооблік багатьох випадків гонореї, що не реєструються і не потрапляють у відповідну медичну статистику. Це, в свою чергу, пов'язано з можливістю приватного медичного обслуговування та лікування гонореї.

Стрімкоподібне зростання поширеності сифілісу у 90-х роках найбільшою мірою торкнулося наймолодших груп населення: якщо у 1993 р. показник захворюваності на сифіліс серед підлітків віком 15-17 років становив 51 на 100 тис. осіб, то у 1996 р. — 218,7. Протягом останніх років він знизився до 35,2 у 2004 р. При цьому відзначимо, що рівень розповсюдження сифілісу та інших ЗПСШ серед дівчат значно перевищує відповідні показники серед юнаків: понад дві третини хворих становлять дівчата. Підвищена уразливість дівчат щодо статевих інфекцій певною мірою може бути пов'язана з тим, що вони найчастіше мають сексуальними партнерами не однолітків, а старших за віком чоловіків, які мають більший сексуальний досвід і відповідно вищу ймовірність наявності у них інфекції. Незахищені сексуальні стосунки та велика кількість статевих партнерів при цьому підвищують ризик передачі ЗПСШ. Окрім цього, значні статеві розбіжності щодо рівня захворюваності на ЗПСШ у підлітковому віці можуть бути доказом ранньої проституції серед дівчат. За даними МОЗ України у 2004 р. із кожних 100 тис. жінок захворіло на сифіліс 46 осіб, серед дівчат віком 15-17 років – 54 відповідно.

Небезпека поширення ЗПСШ серед підлітків полягає в тому, що вони, зазвичай, неохоче звертаються до фахівців, легковажно ставляться до лікування, слухаючи сумнівні поради друзів та знайомих. Між тим, наслідками тривалого перебігу цих хвороб є високий ризик подальшого розвитку патологій репродуктивної сфери як от безпліддя, не виношування вагітності, внутрішньоутробне інфікування плоду, уроджені аномалії та вади розвитку у новонароджених. Розповсюдження ЗПСШ сприяє підвищенню частоти запальних хвороб статевих органів. Близько 10% дівчат віком 15-17 років мають зазначені патології: частота сальпінгітів і оофоритів серед дівчат-підлітків підвищилась від 6,9 у 1995 р. до 15,3 у 2004 р. у розрахунку на 1000 осіб [6, 5]. Окрім ЗПСШ на формуванні репродуктивного здоров'я майбутніх матерів несприятливо позначається підвищення соматичної захворюваності в цілому. Вже у ранньому віці серед дівчаток існує значний тягар нездоров'я за рахунок навантаження хворобами, що у подальшому можуть значно ускладнити перебіг вагітності та пологів. Це стосується, передусім, поширеності цукрового діабету та уроджених аномалій системи кровообігу, показники яких протягом останнього десятиліття помітно збільшилися.

Питання материнства і батьківства, можливості задоволення потреби в дітях тісно пов'язані з багатьма проблемами у сфері репродуктивного і сексуального здоров'я, свідченням невирішеності яких є достатньо високий рівень захворюваності вагітних і значна поширеність не виношування вагітності. Так, питома вага вагітних, що мали анемію, збільшилась в Україні від 20,4% у 1993 р.

до 36,4% у 2004 р., пізній токсикоз – від 7,3 до 10,4%, хвороби сечостатевої системи – від 6,5 до 16,5% відповідно (рис. 7.2.3). Погіршення стану здоров'я вагітних пов'язане з дією багатьох чинників: зниженням рівня та якості життя населення, недостатністю та низькою якістю послуг з охорони репродуктивного здоров'я, поширенням ризикованої сексуальної поведінки. Незадовільний стан соматичного здоров'я вагітних підвищує ризик не виношування вагітності і ускладненого перебігу пологів. Нормальні пологи становлять в Україні в середньому близько третини від їх загального числа (у 2004 р. – 36,2%). Їх частка знижується внаслідок підвищення частоти ускладнень пізнім токсикозом (від 70 випадків на 1000 пологів у 1993 р. до 98,5 у 2004 р.), хворобами системи кровообігу (відповідно від 116,4 до 248,1). Проблема не виношування вагітності набула в Україні особливої гостроти на тлі низької народжуваності, адже не виношування вагітності є безпосередніми репродуктивними втратами, найчастіше втратами бажаних дітей. Її показник збільшився в Україні від 7,3% у 1990 р. до 10,2% у 1996 р., головним чином, за рахунок підвищення частоти спонтанних викиднів. Протягом останніх років рівень не виношування вагітності стабілізувався і становив у 2004 р. 6,7% (рис. 7.2.4).

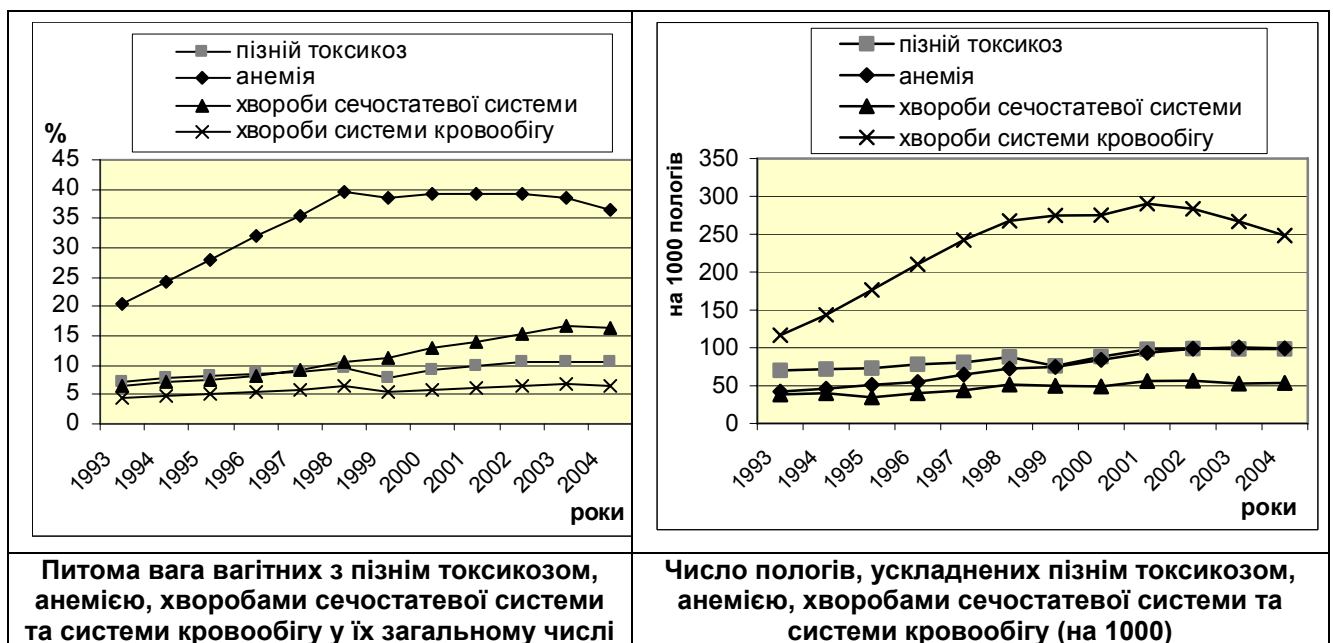


Рис. 7.2.3. Деякі показники здоров'я вагітних та ускладнень при пологах в Україні у 1993-2004 рр.

Джерело: дані Центру медичної статистики МОЗ України

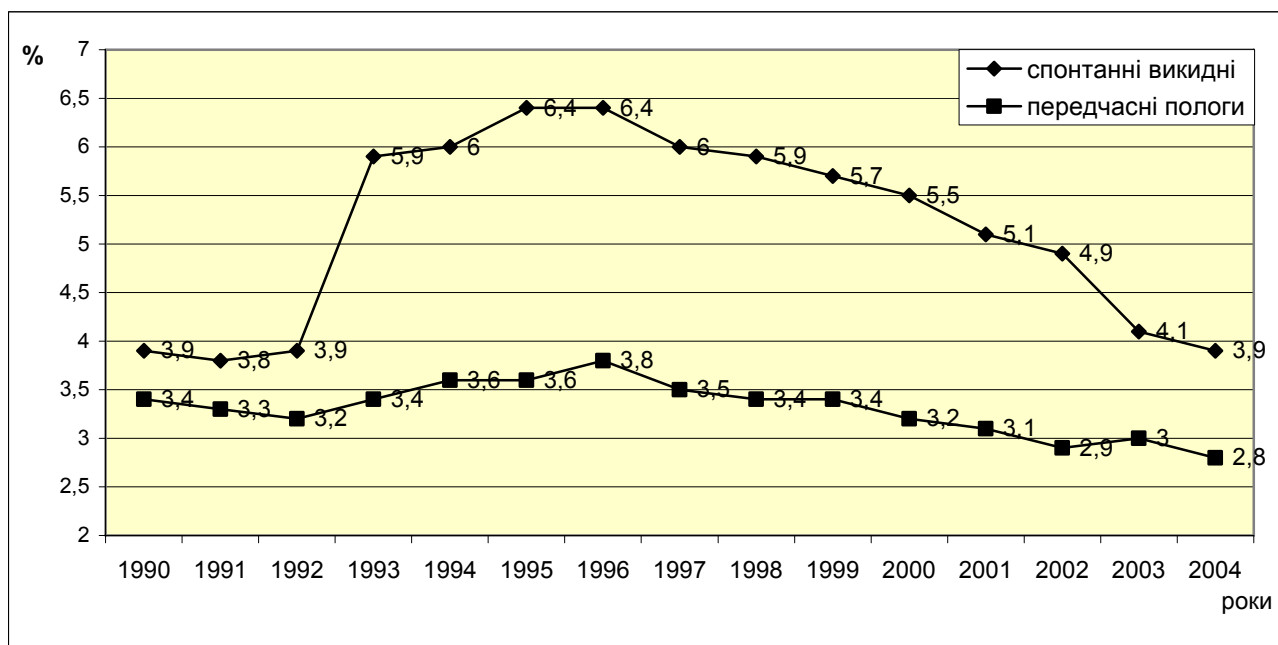


Рис. 7.2.4. Динаміка показників не виношування вагітності в Україні у 1989-2004 рр. (на 100 тис. осіб)

Джерело: дані Центру медичної статистики МОЗ України

Важливим індикатором рівня розвитку охорони репродуктивного здоров'я є показник смертності дітей віком до 1 року. Смертність немовлят в Україні інтенсивно зростала у першій половині 90-х років: від 12,8 у 1990 р. до 14,7 у 1995 р. (у розрахунку на 1000 живонароджених). Найвищий її рівень було зафіксовано у 1993 та 1995 рр., коли помирало майже 15 дітей із кожної тисячі народжених живими. Починаючи з 1996 р. показник смертності дітей віком до одного року в Україні стало знижується і у 2004 р. становив 9,5 померлих на 1000 живонароджень (рис. 7.2.5). Зниження показника смертності немовлят протягом 1995–2004 рр. становило 1,4 раз а, або 35%. Водночас варто підкреслити, що офіційна статистика смертності немовлят викликає неоднозначну і суперечливу оцінку з огляду, передусім, на недооблік перинатальних і неонатальних втрат, оскільки розрахунок показників перинатальної смертності та смертності немовлят в цілому ґрунтується на врахуванні смертності новонароджених з масою тіла 1000 грам і більше. Не врахування реальної, доволі високої смертності дітей, народжених з масою тіла до 1000 грам, помітно впливає на величину показників перинатальної, ранньої неонатальної смертності, мертвонароджуваності, і таким чином занижує показник смертності немовлят.

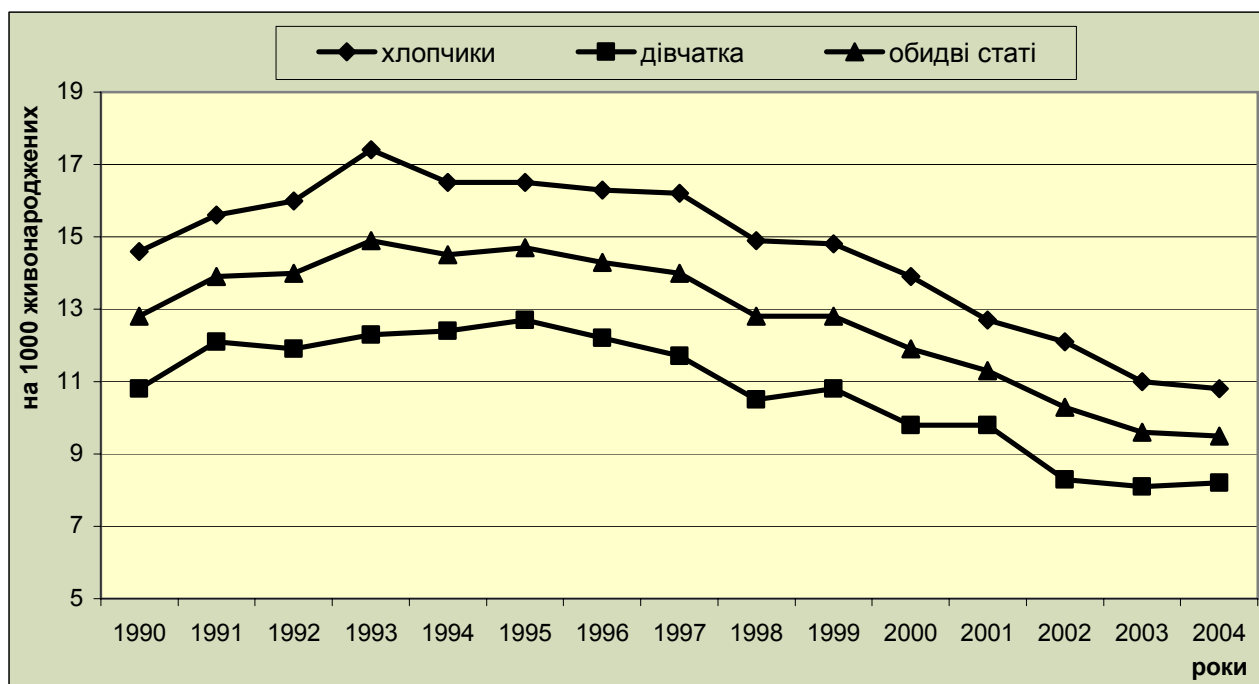


Рис. 7.2.5. Динаміка показників смертності дітей віком до одного року в Україні у 1990-2004 рр. (на 1000 живонароджених)

Джерело: дані Держкомстату України

Аналіз структури смертності дітей віком до одного року за причинами смерті свідчить, що основною причиною в Україні були й лишаються стани, що виникають у перинатальний період, показник смертності від яких протягом 90-х роках дещо зменшився і нині становить 36,8 у розрахунку на 10 тис. новонароджених. Друге місце у структурі причин смерті немовлят посідають вроджені вади розвитку та спадкова патологія, від яких у 2004 р. померло 1,2 тис. дітей або 28,2 у розрахунку на 10 тис. новонароджених. Вроджені і спадкові вади розвитку відіграють провідну роль у формуванні ранньої інвалідності дітей. Нещасні випадки та зовнішні дії є третьою найбільш поширеною причиною смерті новонароджених у сучасний період, показник смертності від яких продовжує підвищуватись, що є вкрай негативною тенденцією на тлі загального зниження рівня смертності дітей віком до одного року. Зокрема, у 2004 р. від цього класу причин загинуло 0,4 тис. дітей або 8,6 у розрахунку на 10 тис. новонароджених. Досить високий рівень смертності дітей від зовнішніх дій свідчить про значні невикористані резерви у справі поліпшення ситуації зі смертністю немовлят в Україні.

Багато українських жінок не мають належного рівня репродуктивного здоров'я через перенесені аборти. Достеменно відомо, що значна частота репродуктивних патологій в Україні є наслідком, передусім, традиційно високої розповсюженості штучного переривання небажаної вагітності. Згідно з результатами обстеження „Репродуктивне здоров'я населення України – 1999” близько 45% вагітностей українських жінок завершилися живонародженнями, 7% – викиднями та мертвонародженнями і майже 50% – штучними абортами [7]. Опитування показало, що лише менше половини останніх вагітностей у жінок були запланованими, і біля 54% вагітностей – незапланованими, з яких 38% виявились небажаними, тобто на момент виникнення вагітності жінка вже народила таке

число дітей, яке бажала. Пологами завершилися лише 5% небажаних вагітностей [7].

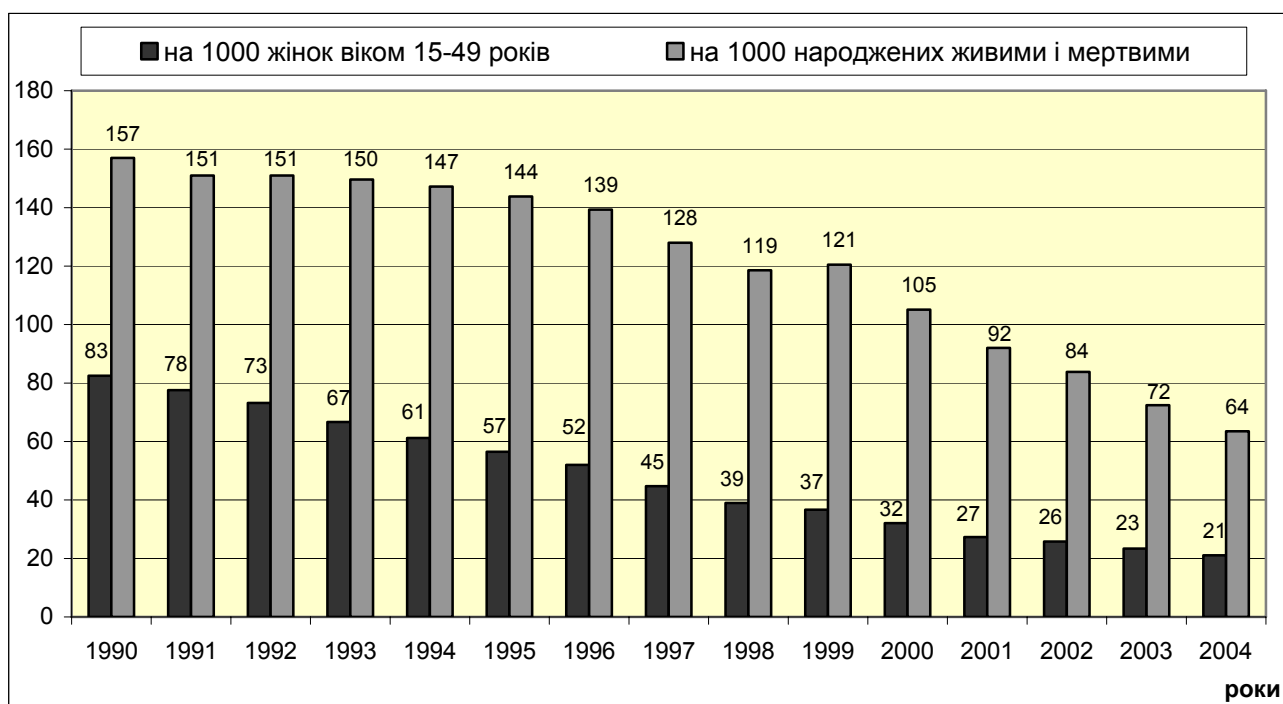


Рис. 7.2.6. Динаміка показників абортів в Україні у 1990-2004 рр.

Джерело: дані Центру медичної статистики МОЗ України

Як відомо, після абортів досить часто виникають запальні захворювання органів статеві сфери, що призводить до не виношування вагітності або безпліддя. Тобто, аборти безпосередньо впливають на реалізацію і задоволення потреби в дітях: значна частина абортуючих жінок позбавлена можливості в подальшому мати бажане число дітей.

Динаміка абортів в Україні впродовж останнього десятиліття, відзначалась спадом їхніх абсолютних та відносних показників, в тому числі серед підлітків. Зокрема, частота абортів протягом 1993-2004 рр. знизилась від 66,7 до 21,1 у розрахунку на 1000 жінок дітородного віку, в тому числі серед дівчат віком 15-17 років від 31 до 6 випадків відповідно (рис. 7.2.6). У 2004 р. порівняно з 1993 р. рівень абортів скоротився серед підлітків у 5,2 раза, жінок віком 18-34 роки – 2,8 раза, жінок у віці 35-49 років – 3,5 раза (рис. 7.2.7). Аналіз показників абортів на тлі динаміки пологів та вагітностей дозволяє стверджувати, що частка пологів серед усіх вагітностей зростає, а питома вага абортів зменшується, тобто все менше зачаття завершується абортами. Якщо на початку 90-х років із кожних 10 вагітностей в Україні 6 завершувались абортами, то нині – 4. Зниження кількості абортів протягом останніх років помітно випереджувало скорочення числа пологів і у підсумку частота абортів у розрахунку на 100 пологів протягом 1990-2003 рр. знизилась у 2,5 раза: від 157 до 63,5. Той факт, що число абортів зменшувалось набагато швидше, ніж кількість пологів, свідчить, що все більше жінок практикує контрацепцію з метою запобігання вагітності.

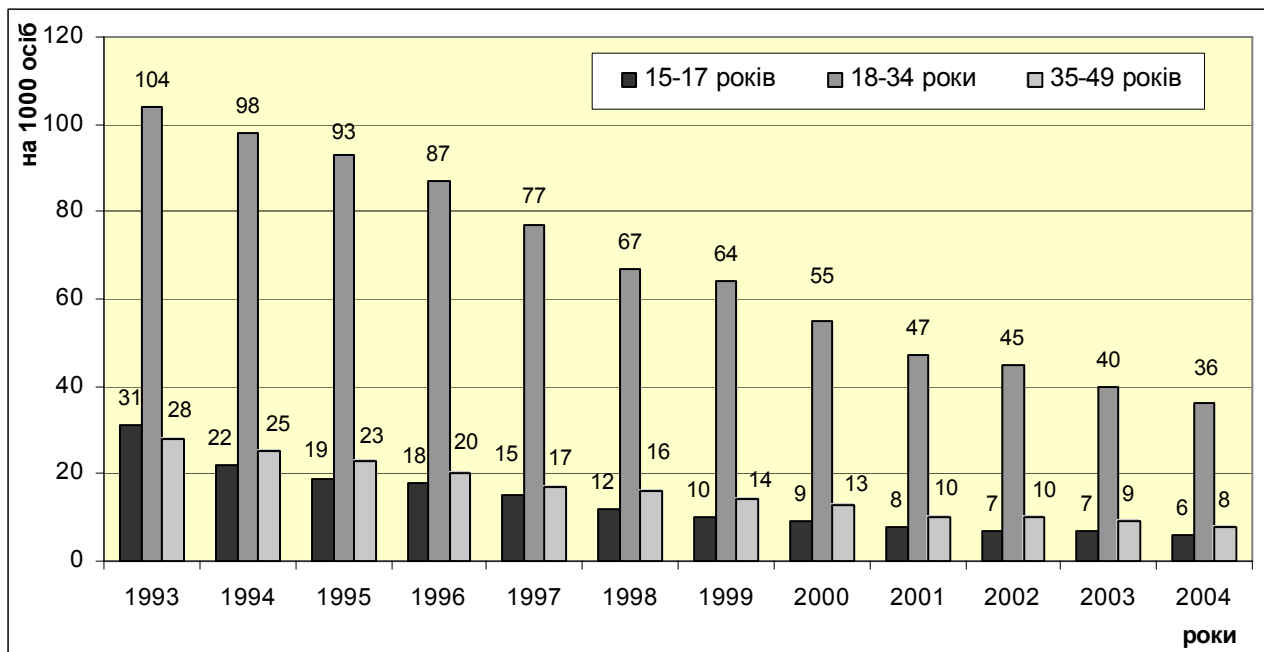


Рис. 7.2.7. Динаміка показників абортів серед жінок різних вікових груп в Україні у 1993-2004 рр.

Джерело: дані Центру медичної статистики МОЗ України

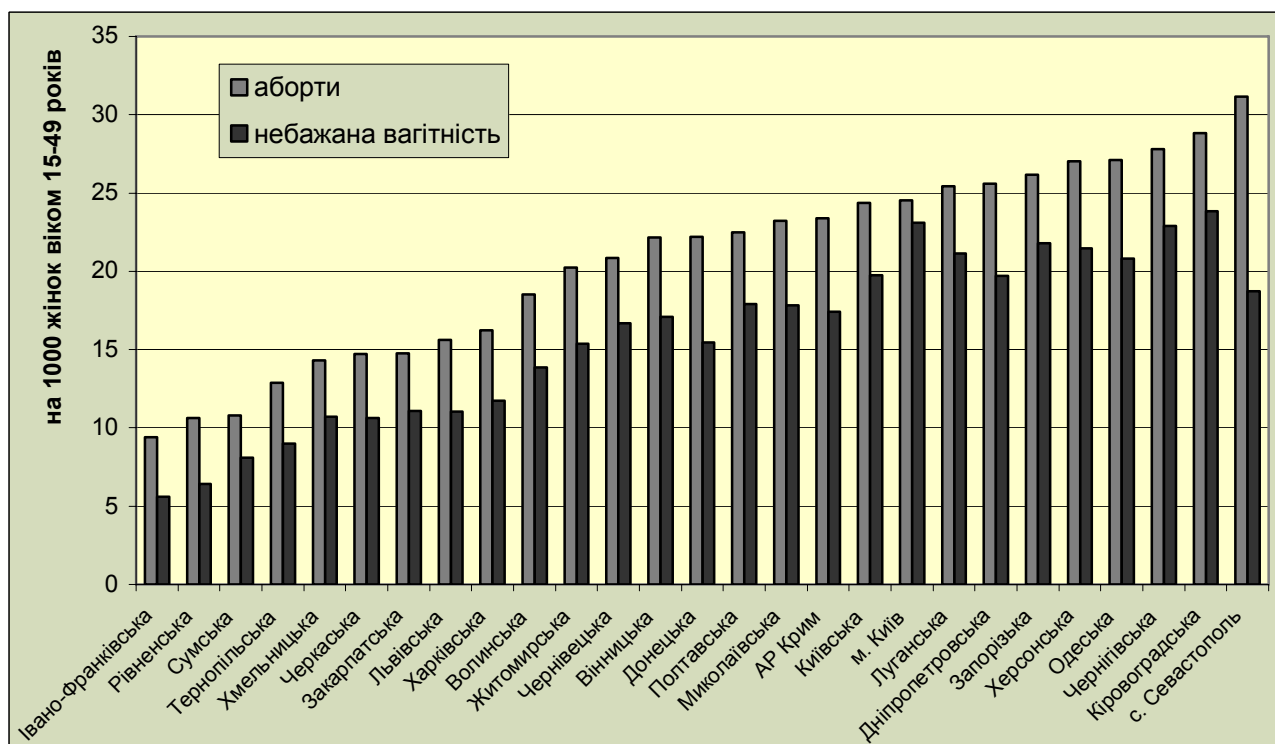


Рис. 7.2.8. Показники абортів та небажаної вагітності у регіонах України у 2004 рр. (на 1000 жінок дітородного віку)

Джерело: дані Центру медичної статистики МОЗ України

Практика абортів поширена в Україні досить неоднорідно у регіональному контексті. Високі показники абортів стало спостерігається у південних та південно-східних областях, значно нижчими вони є у західному регіоні. Зокрема, у 2004 р. найвищий рівень абортів було зареєстровано в Одеській, Херсонській, Дніпропет-

ровській, Запорізькій, Луганській областях, а також на Кіровоградщині, Чернігівщині і м. Севастополь (рис. 7.2.8).

Більшість абортів відбувається за бажанням жінки: у 2004 р. їх частка становила 76,2%. При цьому штучні легальні аборти становили 42,8% від їх загального числа, міні-аборти методом вакуум-аспірації – 32,9%, Штучні аборти за соціальними показаннями не перевищували 0,5%, за медичними показаннями – 1,8%, самовільні – 4,9%, кримінальні – 0,02%, не уточнені – 11,2% [5, с. 9].

Позитивна динаміка абортів в Україні, з одного боку, є свідченням підвищення показників використання контрацепції. Водночас варто відмітити, що рівень абортів в Україні залишається все ще досить високим порівняно з розвинутими країнами (рис. 7.2.9). Зокрема, якщо у Німеччині, Франції, Італії, Данії на кожну тисячу живо народжених дітей припадає в середньому 15-25 абортів, то в Україні – майже 90 у 2002 р. та 68 у 2004 р. Неабиякою мірою цьому сприяє традиційна соціально-психологічна налаштованість і готовність українських жінок до проведення абортів.

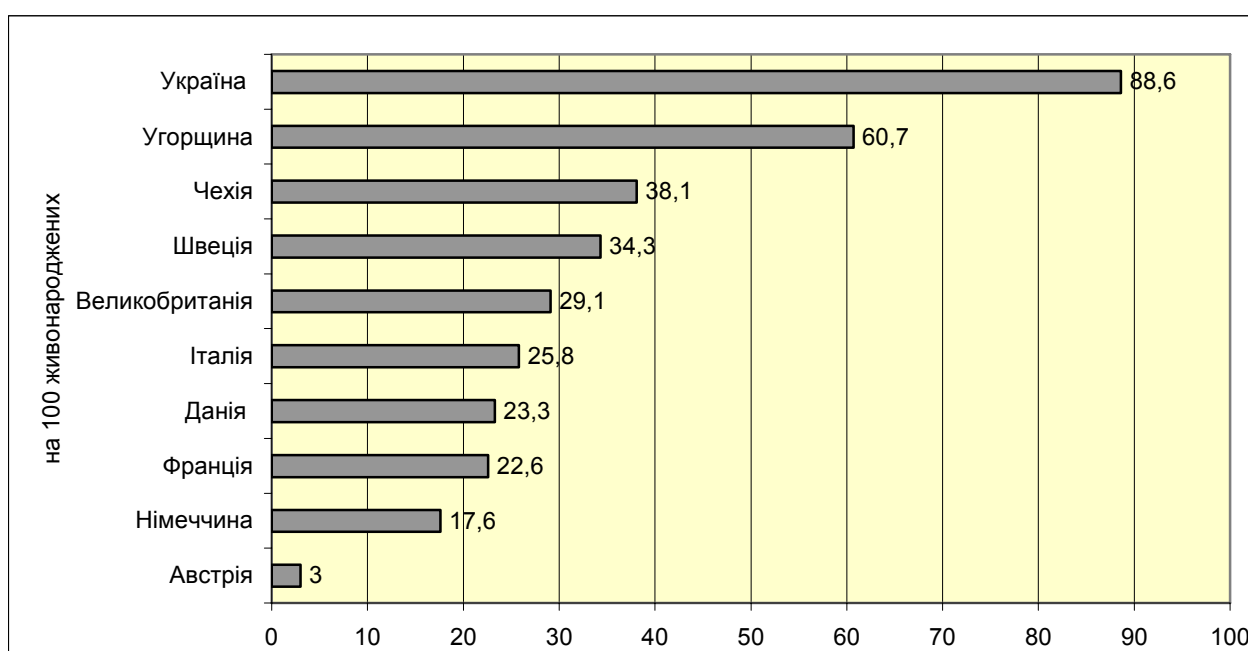


Рис. 7.2.9. Показники абортів в Україні та деяких європейських країнах у 2000-2002* рр.

* Франція – дані 1997 р., Італія – 1999 р., Україна – 2002 р., решта країн – 2000 р.

Джерело: *Recent demographic developments. Council of Europe Publishing, 2002; дані Держкомстату України.*

Попри наявне відчутне зниження рівня абортів в Україні перестороги стосовно однозначного трактування поліпшення ситуації пов'язані з такими обставинами.

По-перше, існують певні сумніви щодо достовірності офіційної статистики абортів, облік яких ускладнений через те, що певна частина абортів, виконаних у приватних жіночих консультаціях або по знайомству, не реєструється (передусім, міні-аборти, виконані методом вакуум-аспірації). Якщо у середині 80-х років частка незареєстрованих абортів за оцінками експертів становила не менше 10%, то у сучасний період у зв'язку з діяльністю комерційних медичних закладів, де виконують аборти, вона може досягати 20-30% [8].

По-друге, відбуваються негативні зміни у структурі абортів. Зокрема, зростає частота абортів при першій вагітності, що є свідченням високого рівня

небажаної або незапланованої вагітності серед наймолодших жінок як наслідку недостатнього поширення контрацепції. Штучне переривання першої вагітності завдає особливо значної шкоди репродуктивному здоров'ю жінки. Питома вага штучного переривання першої вагітності у загальній кількості абортів становила в Україні у 2004 р. 12,2%. Варто відзначити, що високий рівень абортів у першовагітних спостерігається не лише у регіонах із значною розповсюдженістю абортів, але й ще більшою мірою на територіях з відносно низьким рівнем абортів. У 2004 р. частка абортів у першовагітних коливалась в Україні від 7,5-7,9% у Луганській, Кіровоградській та Херсонській областях до 14-16% у Донецькій, Дніпропетровській, Одеській, Івано-франківській, Тернопільській областях та м. Київ (рис. 7.2.10).

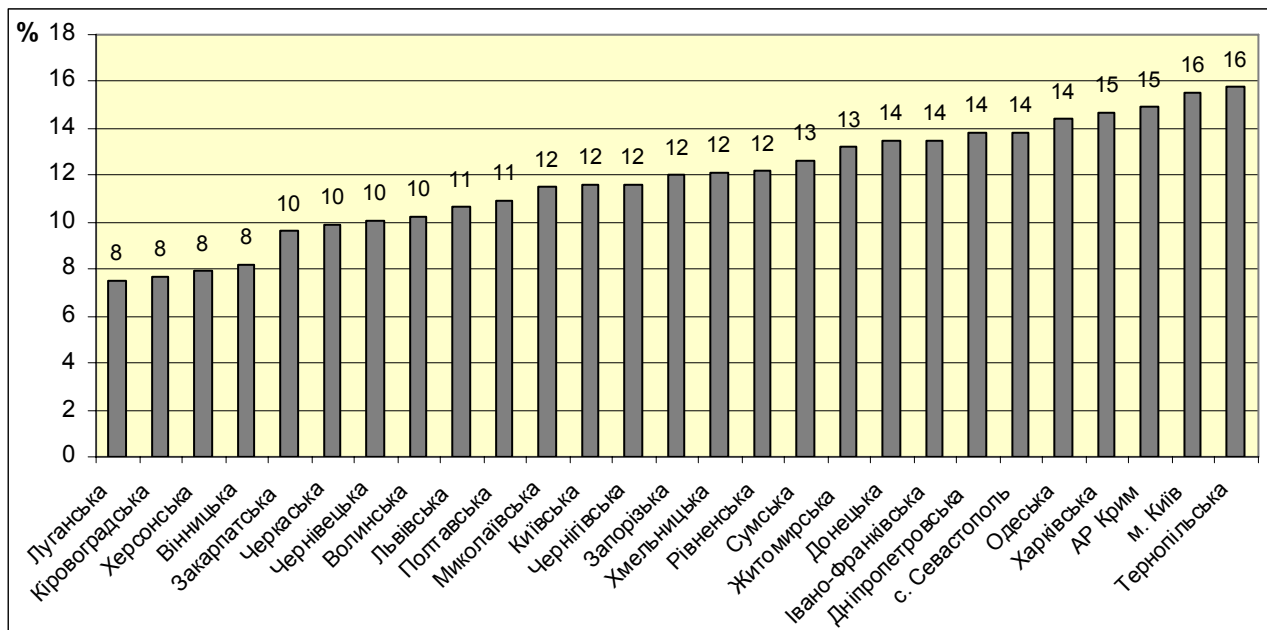


Рис. 7.2.10. Питома вага абортів серед першовагітних у регіонах України у 2004 рр., %

Джерело: дані Центру медичної статистики МОЗ України

По-третє, викликають занепокоєння аборти серед дівчаток-підлітків, хоча останніми роками в Україні співвідношення абортів і пологів у підлітковому віці помітно поліпшилось: у 2004 р. серед кожної тисячі дівчат віком 15-17 років відбувалось 9 пологів та майже 6 абортів. Частота абортів серед дівчат віком 10-14 та 15-17 років помітно знизилась, проте їх питома вага у загальному числі абортів залишається стабільною: для дівчаток віком 10-14 років вона становить 0,05%, 15-17 років – 2,4%. На думку медиків абортів у такому ранньому віці взагалі не повинно бути з огляду на дуже високий ризик різноманітних післяабортних ускладнень для життя і здоров'я молодої жінки, особливо враховуючи той факт, що вони проводяться, зазвичай, на пізніх строках вагітності. Підлітки дуже часто вдаються до абортів у позалікувальних умовах за межами стаціонару, нерідко самі намагаються зірвати вагітність. Це доводить, що рівень використання протизаплідних засобів серед підлітків є досить низьким, а отже потреба у послугах планування сім'ї для цієї наймолодшої групи жінок залишається незадоволеною. Попередження небажаної вагітності у юному віці тісно пов'язане з підвищенням поінформованості сексуально активних підлітків щодо сучасних методів планування сім'ї, доступністю ефективних засобів контрацепції,

можливістю консультування та надання відповідної допомоги, в тому числі стосовно проведення безпечного абортів.

Саме штучне переривання вагітності, особливо при першій вагітності, є основною причиною вторинного безпліддя. Окрім абортів важливими чинниками, що можуть призвести до небажаного безпліддя, є також гормональні порушення, запальні захворювання органів статеві сфери, що значно знижують ймовірність зачаття. За даними МОЗ України у 2004 р. в Україні діагноз безпліддя був поставлений 44,1 тис. особам, 87% з яких становили жінки. Частка чоловіків не перевищує 13%. Згідно з офіційною статистикою показник поширення безпліддя в Україні є невисоким: впродовж останнього десятиліття він становить 3 випадки на кожну тисячу жінок та 0,3-0,4 випадки серед кожної тисячі чоловіків дітородного віку. Водночас соціологічні обстеження свідчать, що небажане безпліддя стосується 10-15% українських сімей. За експертними оцінками близько 1 млн. подружніх пар в Україні є безплідними. [9, с. 34].

Принагідно відзначимо, що питання репродуктивного здоров'я не виправдано пов'язують виключно із «жіночими» захворюваннями; активна суспільна увага в Україні оминає проблеми репродуктивного здоров'я чоловіків, що тривалий час замовчувалися. Причина цього не в тому, що українські чоловіки не мають проблем (вони страждають на різноманітні розлади не менше, ніж жінки), а в тому, що молоді чоловіки, по-перше, соромляться зізнатися в цьому, по-друге, у слабкому розвитку в Україні відповідної медичної інфраструктури, низькій якості послуг у сфері охорони репродуктивного і сексуального здоров'я чоловіків.

Важливою характеристикою сексуальної, в тому числі репродуктивної поведінки населення є рівень використання контрацепції. Різноманітні дослідження свідчать, що поширення контрацепції в Україні зростає. Досить показовими у цьому плані є дані таблиці 7.2.1. Якщо у 1999 р. 67,5% користувались будь-якими методами запобігання вагітності, то у 2003 р. – 92%. При цьому помітно підвищився рівень користувачів сучасними методами контрацепції: від 37,6 до 65% відповідно. Хоча більшість нині віддає перевагу сучасним методам контрацепції, водночас насторожує той факт, що поряд з ними значна частина населення України (в середньому 30-35%) продовжує користуватись традиційними малоефективними засобами. Найпоширенішими в Україні є використання презервативу (30%), переривання статевого акту (19%), ВМС (12%), оральні контрацептиви (14%).

Таблиця 7.2.1. Показники використання окремих методів контрацепції в Україні у 1999 та 2003 рр., %

Методи контрацепції	1999 р.	2003 р.
Усі методи	67,5	92,0
Сучасні методи	37,6	65,0
ВМС	18,6	12,4
Оральні контрацептиви	3,0	14,5
Презервативи	13,5	29,9
Переривання статевого акту	10,4	19,4
Періодичне утримання (календарний метод)	19,5	6,5

Джерело: „Репродуктивне здоров'я населення України – 1999” [9], [2]

Згідно з офіційними даними МОЗ України використання гормональних контрацептивів збільшилось від 34,3 у 1996 р. до 137,8 у 2004 р. (на кожну тисячу жінок), а внутрішньоматкових спіралей (ВМС), навпаки, зменшилось від 169 до 145 відповідно. При цьому показник небажаної вагітності помітно знизився: якщо у середині 90-х у кожній тисячі жінок дітородного віку 45 вагітностей були небажаними, то у 2004 р. – лише 16. Незважаючи на це, рівень небажаної вагітності залишається досить високим, що свідчить про недостатній рівень її

профілактики (рис. 7.2.11). Найвищі рівні небажаних вагітностей спостерігаються у регіонах з найвищою поширеністю абортів. Так, у 2004 р. у Кіровоградській, Одеській, Херсонській, Луганській, Запорізькій, Чернігівській областях та м. Київ, показники небажаних вагітностей становили понад 20-24 випадки на кожну тисячу жінок.

Аналіз структури методів контрацепції, поширених в Україні дозволяє аргументувати такі висновки. По-перше, високий рівень використання презервативів є цілком виправданим з огляду на вкрай несприятливу епідеміологічну ситуацію із ЗПСШ та ВІЛ/СНІДу, що склалася в країні. Молодь найчастіше віддає перевагу саме цьому засобу незалежно від того, чи йдеться про випадковий зв'язок чи постійного партнера, хоча у розвинутих країнах молоді люди з постійним партнером користуються, зазвичай, гормональними контрацептивами. При цьому соціологічні опитування молодих людей свідчать, що вони найчастіше розглядають презерватив не стільки як засіб попередження передачі ЗПСШ, скільки виключно як метод запобігання вагітності.

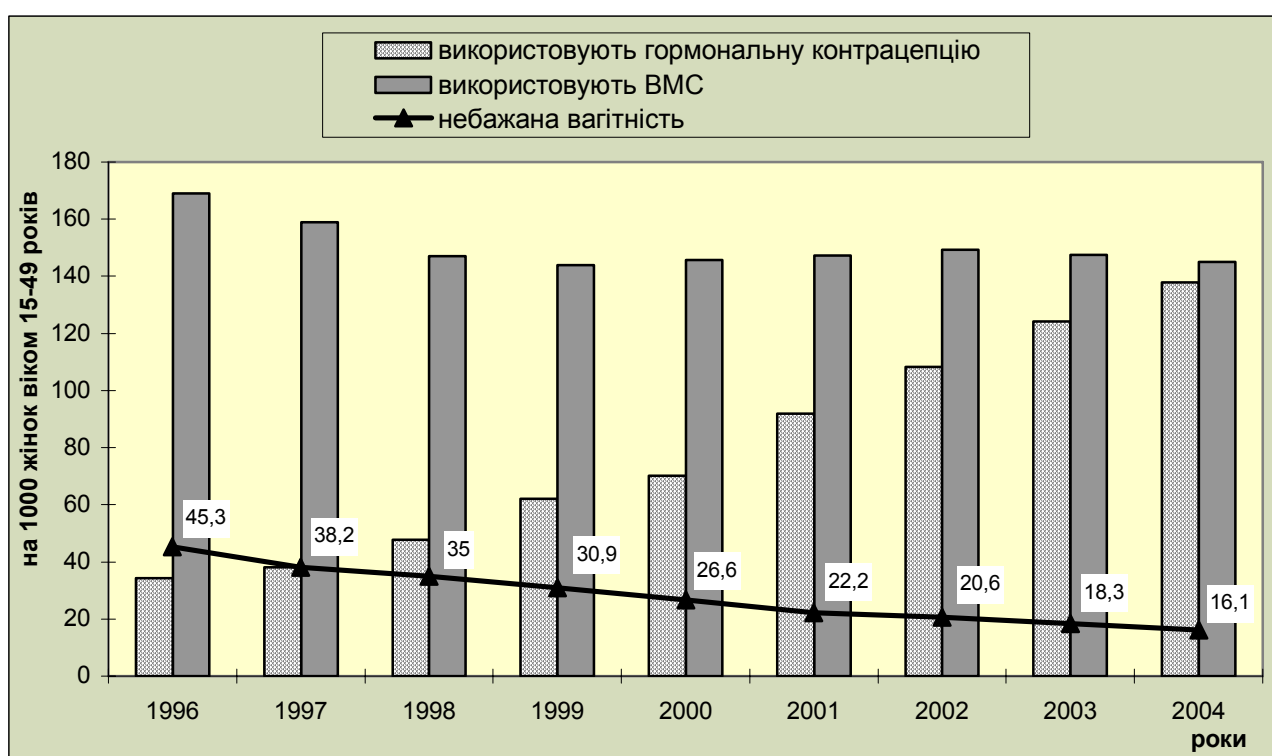


Рис. 7.2.11. Динаміка показників використання ВМС і гормональних контрацептивів та рівень небажаної вагітності в Україні у 1996-2004 рр.,

Джерело: дані Центру медичної статистики МОЗ України

По-друге, досить низький рівень використання оральних контрацептивів тісно пов'язаний із упередженим ставленням до гормональних препаратів, поширенням традиційних методів, з одного боку, і невиправданою прихильністю до абортів з іншого. Зауважимо, що у розвинутих країнах гормональними проти-запліднювальними засобами користуються близько 30-40% жінок дітородного віку, в Україні – лише 14%. [9]. Поміж тим, окремі модельні розрахунки показують, що навіть при недостатньому загальному рівні поширення контрацепції зміна самої структури контрацепції у бік підвищення питомої ваги сучасних надійних методів запобігання вагітності дозволяє помітно вплинути на динаміку абортів і суттєво скоротити їх показники.

По-третє, викликає занепокоєння низький рівень використання контрацепції серед підлітків. Згідно з результатами Національного опитування молоді у 2003 р. уникали будь-яких контрацептивних засобів кожен десятий із загального числа опитаних сексуально активних підлітків віком 15-16 років (11,7%) і ще майже 30% використовували традиційні не ефективні методи. Саме ця частина молоді становить найбільшу групу ризику щодо інфікування ЗПСШ, явищ небажаної вагітності, раннього аборту, з одного боку, та є свідченням непокритої потреби як об'єкта служби планування сім'ї – з іншого. Саме на них, передусім, має бути спрямована медико-профілактична допомога та просвітницька діяльність щодо питань інтимного життя, консультування з приводу шляхів передачі ЗПСШ, своєчасна діагностика та лікування гінекологічних захворювань.

Таким чином, незважаючи на певні успіхи у сфері планування сім'ї, пов'язані з підвищенням поширеності контрацепції, поки що явища незапланованої вагітності, народження небажаних дітей та аборти залишаються досить поширеними в Україні. Рівень використання контрацепції протягом останніх років зростає, однак залишається недостатнім для того, щоб стати реальною альтернативою аборту, який продовжує посідати провідне місце серед чинників, що суттєво впливають на стан репродуктивного здоров'я жінок, і залишається одним із головних методів регулювання народжуваності в Україні.

У зв'язку з цим підкреслимо, що головною передумовою поліпшення ситуації у сфері репродуктивного здоров'я в Україні та вагомим внеском до зниження репродуктивних втрат в цілому є обґрунтована і добре налагоджена система первинної профілактики та доступність якісних медичних послуг. Йдеться, передусім, про планування сім'ї як підрозділ медико-акушерської служби, що має на меті не стільки регулювання дітородної діяльності, скільки збереження здоров'я майбутньої матері і дитини. Служба планування сім'ї повинна стати дієвою силою у профілактиці небажаних вагітностей та передачі ЗПСШ. Вона відіграє також важливу роль у соціально-гігієнічній профілактиці материнської захворюваності та смертності і має сприяти поширенню знань стосовно факторів, які підвищують ризик ускладнень до і під час вагітності та пологів.

Водночас поліпшення репродуктивного здоров'я не вичерпується суто медичними аспектами його охорони. Доводиться констатувати, що доступний виклад та ознайомлення з можливими проблемами сексуальності людини, її статевої поведінки дотепер лишаються осторонь освітніх закладів. Високий рівень захворюваності на ЗПСШ разом із поширенням дошлюбних сексуальних зв'язків та нераціональною структурою контрацепції на тлі матеріальних труднощів і нестійкого фінансового становища, що провокують ризиковану поведінку дають підстави аргументувати висновок про те, що зростання сексуальної активності серед молоді та омолодження початку статевого стосунку дещо випереджують підвищення рівня її обізнаності щодо сучасних засобів контрацепції та запобігання передачі ЗПСШ. Тому потрібні серйозні зусилля у напрямках діяльності, пов'язаної із вихованням та формуванням у молодих людей навичок відповідальної та безпечної сексуальної й репродуктивної поведінки, що має на меті збереження репродуктивного здоров'я до вступу до шлюбу, можливість подальшого повноцінного статевого життя, батьківства та материнства.

7.3. Соціально детерміновані захворювання: ВІЛ/СНІД та туберкульоз

Соціально-економічна нестабільність в українському суспільстві, поширення бідності, що відзначається нестачею матеріальних та інших соціальних ресурсів, зниженням доступності до необхідних послуг, звуженням життєвих потреб і можли-

востей їх задоволення, створили умови, сприятливі для наступу соціально детермінованих захворювань. Соціальні патології набувають в Україні все більшого розмаху: поширюється криміналізація суспільного та політичного життя, зростає розповсюдженість алкоголізму й наркоманії, підвищується захворюваність на СНІД і туберкульоз. Значною мірою цьому сприяють зміни у соціальній структурі українського суспільства, а саме: поглиблення соціальної нерівності й маргіналізація значної частини населення. Безсумнівно, що ризик захворіти і померти від соціально детермінованих причин смерті є найвищим серед „низько статусних” осіб (безпритульних, мігрантів, біженців, алкоголіків, наркоманів, ув'язнених і звільнених з виправних установ), що тісно пов'язано з особливостями їхнього способу та умов життя. Соціальні відхилення неминучі у будь-якому суспільстві. Однак Україна потерпає від надмірного поширення соціальних патологій, „дистанційованість” яких від більшості населення стає все меншою, поширення яких відзначається виходом із вузько локалізованих соціально-дезадаптованих верств на основне населення.

У даному розділі розглядаються такі складові соціально детермінованих демографічних втрат як захворюваність і смертність від туберкульозу та СНІДу. Ці показники є не лише індикаторами погіршення ситуації у сфері охорони здоров'я, але й відображенням ступеню сприятливості умов, в яких відбувається розвиток населення в цілому. Захворюваність і смертність від цих причин є попереджуваною, тобто такою, якої можна уникнути і якій можливо запобігти. Демографічні втрати від них можна звести до мінімуму за умови створення і підтримки середовища, що сприятиме здоров'ю, безпеці і добробуту населення

Туберкульоз. Туберкульоз в Україні посідає провідне місце серед причин смерті з інфекційною патологією. Його епідеміологічне значення неодноразово змінювалось. До початку 90-х років в Україні було досягнуто значних успіхів у боротьбі з туберкульозом. Неабияку роль у цьому відіграла добре налагоджена у колишньому Радянському Союзі система контролю та профілактики інфекцій, хоча рівень смертності від туберкульозу продовжував відставати від показників розвинутих країн. У 90-і роки розпочалося різке зростання захворюваності й смертності від цієї хвороби, внаслідок чого у 1995 р. в Україні було оголошено епідемію туберкульозу.

У сучасний період рівні захворюваності й смертності населення від туберкульозу в Україні є ганебно високими. Про це переконливо свідчать різючі відмінності у показниках нашої країни та розвинутих європейських держав (рис. 7.3.1). Якщо у 1980 р. рівень захворюваності на туберкульоз в Україні перевищував відповідні показники країн Європейського Союзу в 1,7 раза, то у 2003 р. – у 6 разів. Ще більш вражаючим є розрив у рівнях смертності: у 1980 р. в Україні вмирали від туберкульозу утричі частіше, ніж у розвинутих європейських державах, а нині цей розрив сягає 20-21 раз. Нині щорічно від туберкульозу помирає близько 10-11 тис. українців, що становить в середньому 21-23 померлих у розрахунку на 100 тис. населення. Водночас у країнах Європейського Союзу відповідний показник смертності становить близько 1,0-1,1 померлих на 100 тис. осіб.

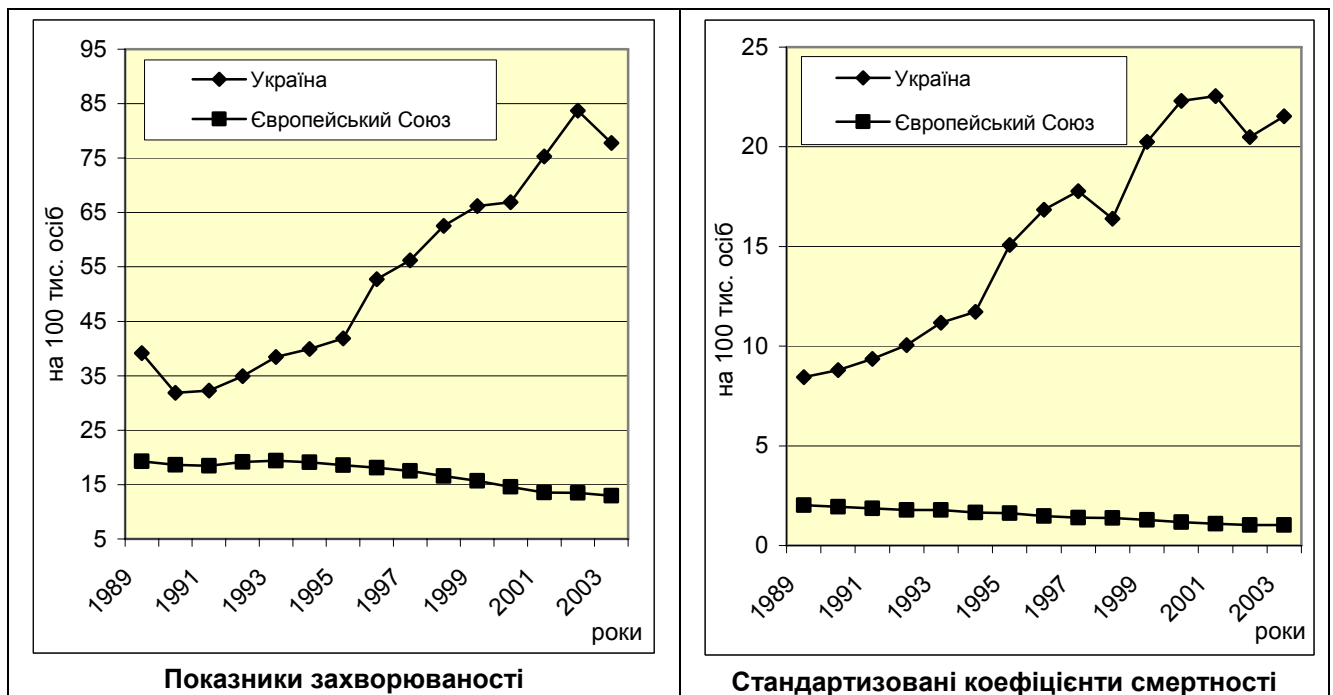


Рис. 7.3.1. Показники захворюваності і смертності від туберкульозу в Україні та країнах Європейського Союзу протягом 1989-2003 рр. (у розрахунку на 100 тис. осіб)
 Джерело: дані ВООЗ (HFA DB)

Характерними особливостями погіршення епідемічної ситуації з туберкульозу в Україні протягом останнього десятиліття є:

По-перше, суттєве підвищення захворюваності на туберкульоз спостерігалось як серед дорослих, так і дітей та підлітків. Щорічно діагноз вперше виявленого активного туберкульозу ставлять близько 40 тис. осіб, в тому числі 1,5 тис. дітей та підлітків віком 0-17 років. Рівень захворюваності на активний туберкульоз підвищився серед всього населення від 34,5 у 1989 р. до 81,2 у 2004 р., серед дітей віком 0-14 років – від 4,6 до 9,5 відповідно (у розрахунку на 100 тис. осіб). Така тенденція викликає особливу тривогу, оскільки, як відомо, зростання рівня захворюваності серед дітей є вельми несприятливою ознакою з огляду перспектив розвитку епідемічної ситуації в майбутньому.

По-друге, приріст показників смертності від туберкульозу в Україні швидко та неухильно наростає до середини 90-х років, після чого їхні темпи зростання сповільнилися. Протягом 1989-2004 рр. рівень смертності від туберкульозу підвищився утричі: від 7,8 до 22,7 померлих у розрахунку на 100 тис. осіб. Впродовж останніх років показники смертності від туберкульозу стабілізувались з тенденцією до незначного зростання у 2003-2004 рр. Той факт, що різкий підйом смертності від туберкульозу відбувався на тлі більш сповільненого зростання захворюваності може пояснюватись, з одного боку, суттєвим недообліком хворих на туберкульоз, а з іншого, – бути свідченням досить низької ефективності їх лікування і підвищенням летальності.

Якщо рівень захворюваності населення на активний туберкульоз виріс в Україні у 2,4 раза, то поширеності – у півтора рази⁸. У 2004 р. на обліку у медичних закладах з діагнозом активний туберкульоз перебувало 106,7 тис. осіб (у 2003 р. –

⁸ Це означає, що захворюваність на туберкульоз характеризує поточну епідемічну ситуацію, а поширеність відображає кінцеву ефективність усіх протитуберкульозних заходів як то: рівень раннього виявлення хворих, своєчасність діагностики, ефективність лікування, якість диспансеризації хворих тощо.

141,4 тис. осіб⁹). Принагідно відзначимо, що аналіз динаміки захворюваності на туберкульоз в Україні ускладнений через недостовірність відповідної медичної статистики, яка формується за результатами реєстрації хворих при звертанні у лікувально-профілактичні заклади і не відображає справжньої кількості вперше виявлених хворих, що на думку фахівців може бути у півтора-два рази більшою за офіційно зареєстровану.

Підвищення рівня смертності населення України від туберкульозу обумовило посилення його ролі у структурі смертності від інфекцій. До початку 90-х років туберкульоз дещо витіснявся з ряду інфекційних хвороб як причин смерті, оскільки темпи зниження смертності від нього випереджували показники смертності від інфекційних захворювань в цілому. Зокрема, на початку 80-х туберкульоз обумовлював 40-50% усіх смертей від інфекційних патологій серед жінок та 70% серед чоловіків. У 2004 р. туберкульоз став причиною смерті 75% чоловіків та 55% жінок, померлих від інфекційних захворювань.

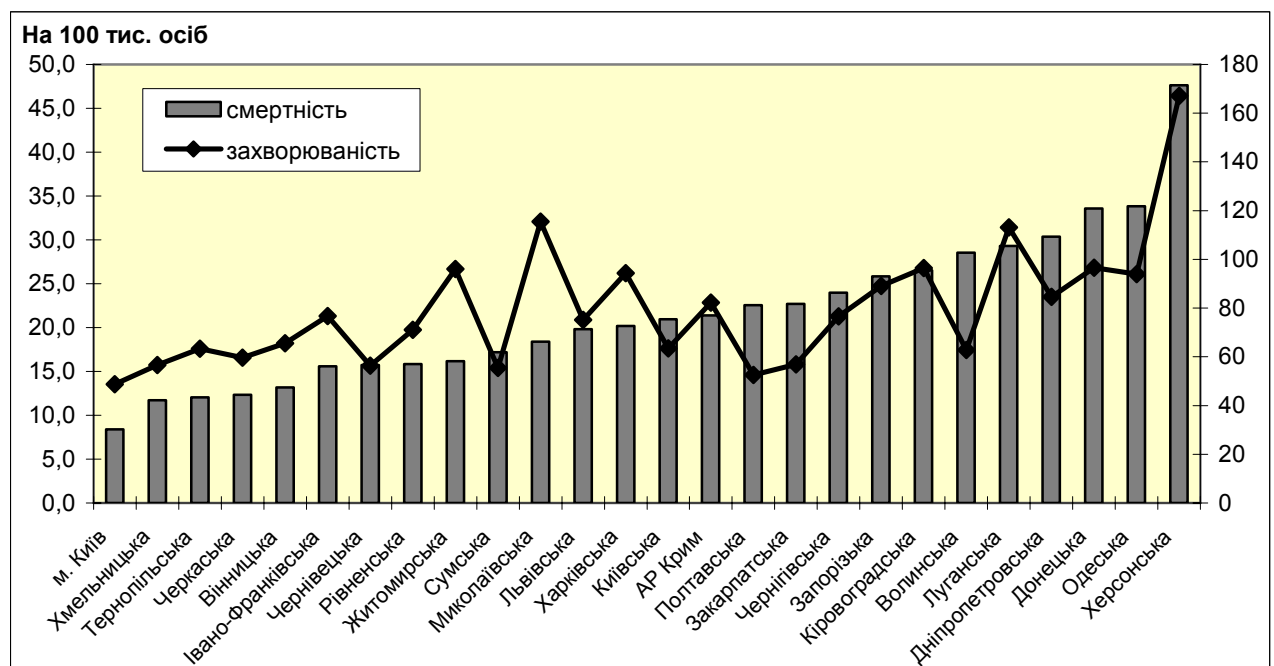


Рис. 7.3.2. Показники смертності від туберкульозу й захворюваності на активний туберкульоз у 2004 р. в адміністративних областях України

Джерело: розраховано за даними Держкомстату України

Епідемічна ситуація з туберкульозу є досить неоднорідною у регіональному контексті. Найвищі рівні смертності, обумовлені туберкульозом, спостерігаються у південно-східному і південному регіонах України. Лідером вже не перший рік є Херсонщина, де рівень смертності удвічі перевищує відповідний середньо-український показник: 47,5 проти 22,7 у 2004 р. (на 100 тис. населення). Досить відчутними є втрати, пов'язані з туберкульозом, у Донецькій, Луганській, Дніпропетровській та Одеській областях, показники яких у 2004 р. становили від 29 до 34 померлих у розрахунку на 100 тис. осіб (рис. 7.3.2). Найнижчий рівень смертності від туберкульозу спостерігається у центральних областях: Вінницькій, Черкаській, Хмельницькій та місті Києві. Відповідні показники коливаються тут в межах від 8 до 13 померлих із кожних 100 тис. осіб, що в 1,7-2,8 рази нижче, ніж в

⁹ Зменшення в Україні кількості хворих на активний туберкульоз, що перебували на обліку у медичних закладах на кінець 2003 і 2004 рр., пояснюється рішенням МОЗ України про перегляд контингентів осіб, що підлягають диспансерному обліку.

середньому по Україні. У західному регіоні України ситуація є нестабільною і відзначається досить високим рівнем смертності на Волині, підвищеними втратами на Закарпатті, Рівненщині, Житомирщині та відносно благополучною ситуацією на Тернопільщині.

Підтверджує вищезазначене регіональний аналіз темпів зростання показників смертності від туберкульозу впродовж 1989-2004 рр.. Найсуттєвіше підвищення рівня смертності спостерігалось на сході країни, менш відчутним воно було на її окремих центральних і західних територіях. Серед областей України найбільшим приростом показників у 2004 р. порівняно з 1989 р. вирізнялись такі: Херсонська (у 4 рази серед чоловіків та 8 разів серед жінок), Луганська, Дніпропетровська, Запорізька (у 4 рази), Донецька, Полтавська, Одеська (у 3 рази). Викликає занепокоєння різке погіршення ситуації на Львівщині та Волині, де відповідні показники смертності у 1989-2004 рр. виростили у 3-5 разів серед чоловіків та 2-4 рази серед жінок на тлі офіційно зареєстрованої низької захворюваності. Натомість у Рівненській, Чернівецькій та Кіровоградській областях спостерігається більш благополучна ситуація зі смертністю від туберкульозу, а також відносно невисокі показники захворюваності населення в цілому, проте досить помітний рівень захворюваності дітей на активний туберкульоз може розглядатись як провісник загального погіршення епідемічної ситуації у найближчому майбутньому.

Таблиця 7.3.1. Показники смертності населення працездатного віку від туберкульозу в адміністративних областях України у 2004 р., на 100 тис. осіб

Адміністративні області	Обидві статі	Чоловіки	Жінки	Адміністративні області	Обидві статі	Чоловіки	Жінки
Херсонська	68,6	120,5	15,1	Харківська	28,1	47,3	8,4
Дніпропетровська	45,7	75,2	16,0	Миколаївська	27,9	45,7	9,8
Одеська	49,4	77,8	20,1	Житомирська	24,8	41,8	6,7
Донецька	48,3	82,0	14,4	Рівненська	23,6	40,8	5,5
Луганська	41,2	70,2	11,4	Полтавська	34,0	59,8	7,4
Волинська	38,8	66,2	9,8	Чернівецька	23,1	39,5	6,1
Кіровоградська	38,4	64,0	12,1	Івано-Франківська	22,0	37,9	5,0
Запорізька	36,9	65,5	8,1	Сумська	24,5	43,5	5,0
Чернігівська	36,2	64,7	5,9	Вінницька	20,0	34,2	5,3
Закарпатська	34,5	51,6	16,2	Черкаська	19,3	34,3	3,9
Україна	33,0	55,8	9,5	Хмельницька	15,7	29,1	1,6
АР Крим**	30,9	52,3	9,4	Тернопільська	15,4	27,2	3,2
Київська	29,3	48,8	9,0				
Львівська	28,2	49,0	5,8	м. Київ	10,9	19,0	3,0

* області розміщено у порядку зростання показника смертності для обох статей

** включаючи м. Севастополь

Джерело: розраховано за даними Держкомстату України

Статеві-віковий склад померлих від туберкульозу відзначається такими регіональними особливостями.

По-перше, „левова” частка втрат, обумовлених туберкульозом, концентрується у працездатному віці. Зокрема, у 2004 р. вона становила в Україні 86,3%. Показники смертності працездатного населення, обумовленої туберкульозом, протягом 1989-2004 рр. збільшилися утричі: від 9,5 до 33,0 у розрахунку на 100 тис. осіб відповідно. Регіональні значення показників смертності чоловіків працездатного віку у 2004 р. коливалися в межах від 120,5 у Херсонській області до 19,0 у м. Києві, жінок – від 20,1 в Одеській області до 1,6 у Хмельницькій області у розрахунку на 100 тис. населення (табл. 7.3.1). Ризик смерті від туберкульозу для чоловіків працездатного віку, які проживають у західних та центральних територіях, в середньому удвічі нижчий, ніж для жителів

південно-східних областей України. Так, чоловіки–жителі Донеччини та Дніпропетровщини у 2004 р. вмирали від туберкульозу у 2-3 разів частіше ніж, мешканці Тернопільщини, Хмельниччини, Черкащини та Вінниччини, а жінки, що проживають в Одеській та Херсонській областях – у 5-7 разів частіше, ніж киянки.

По-друге, у 60-80-і роки пік смертності від туберкульозу коливався в межах 60-70 років. У 90-х роках він зсунувся у бік молодших вікових груп: у 2004 р. максимальна інтенсивність смертей спостерігалась серед 45-49-річних чоловіків та 40-44-річних жінок. Це свідчить про помолодшання смертності від туберкульозу, жертвами якого дедалі частіше стають люди молодого і середнього віку.

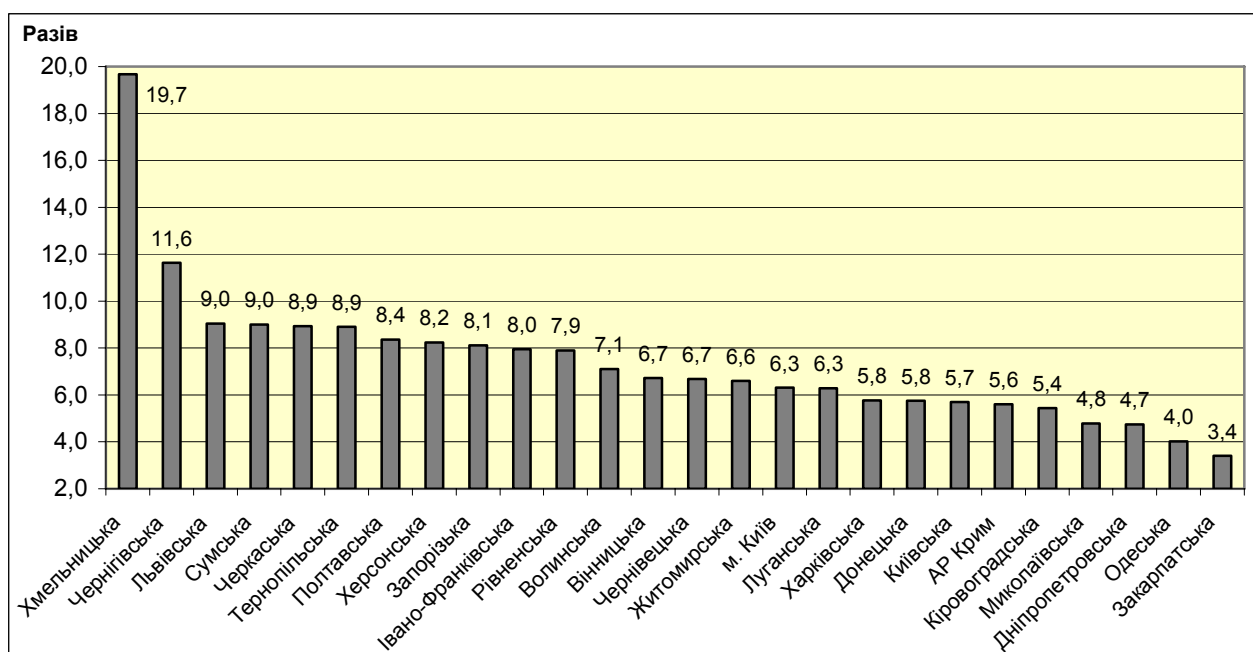


Рис. 7.3.3. Співвідношення кількості чоловіків та жінок працездатного віку, померлих від туберкульозу, в адміністративних областях України у 2004 р. (жінки = 1)

Джерело: розраховано за даними Держкомстату України

По-третє, існують суттєві відмінності у смертності чоловіків та жінок від туберкульозу. Зокрема, у 2004 р. 84,6 % серед загальної кількості померлих від туберкульозу становили чоловіки. Нині на кожну померлу від туберкульозу жінку припадає 5-6 померлих чоловіки. Статевий дисбаланс у показниках смертності більш яскраво виражений у регіонах з відносно невисоким рівнем смертності від туберкульозу. Якщо у Дніпропетровській, Одеській, Миколаївській областях у 2004 р. на кожну померлу від туберкульозу жінку працездатного віку припадало 4-5 померлих чоловіки, то у Полтавській, Черкаській, Сумській, Львівській, Тернопільській – 8-9, у Чернігівській – 12, а у Хмельницькій – майже 20 (рис. 7.3.3). Загалом, проведений аналіз дозволяє стверджувати про помітну регіональну диференціацію демографічних втрат від туберкульозу та її посилення у напрямку із заходу на південний схід країни. Такі регіональні „ножиці” доводять існування значних можливостей щодо зниження рівня смертності, обумовленої туберкульозом, передусім, серед чоловіків.

Основними чинниками формування загрозливої епідемічної ситуації з туберкульозу, свідченням якої є стрімке підвищення захворюваності і смертності від цієї хвороби у всіх регіонах України, є:

– Погіршення загальної соціально-економічної ситуації в країні. Як відомо, інфікованість населення туберкульозною паличкою у світі є досить високою, проте не всі інфіковані хворіють на туберкульоз. Перехід інфекції у захворювання відбувається у несприятливих умовах, що стосуються загального стану здоров'я людини, наявності супутніх хронічних патологій, умов проживання, якості харчування та інше. Негативні наслідки соціально-економічних перетворень протягом минулого десятиліття створили підґрунтя для активізації наявного в Україні резервуару туберкульозної інфекції. Зниження рівня доходів і, як наслідок, погіршення кількісних та якісних характеристик харчування, що суттєво відстають від встановлених норм, вкрай негативно вплинуло на стан здоров'я дітей і дорослих та підвищило їх уразливість до туберкульозної палички. З іншого боку, наслідком недостатнього фінансування фтизіатричної служби, пов'язаного із тривалою економічною кризою, стало скорочення кількості тубдиспансерів і робочих місць лікарів-фтизіатрів, незадовільне забезпечення відповідних закладів протитуберкульозними препаратами та обладнанням для діагностики, що знизило ефективність діагностики та лікування туберкульозу.

– Маргіналізація значної частини населення, вкрай низький рівень обстежень груп підвищеного ризику через труднощі та обмежені можливості охоплення їх лікувально-профілактичними заходами. Найвищий ризик ураження туберкульозом характерний для соціально-дезадаптованих груп населення (бездомних, алкоголіків, споживачів наркотиків, ув'язнених та звільнених з виправних установ, ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД; мігрантів), а також осіб із хронічними захворюваннями й ослабленим імунітетом, осіб, що контактують з хворими на туберкульоз. Рівень захворюваності серед маргінальних верств населення у десятки разів перевищує показники, середні для країни в цілому, а ступінь виявлення та ефективність лікування хворих серед них є вкрай недостатніми. Водночас наявність значної кількості невиявлених і нелікованих хворих із бактеріовиділенням постійно активує та підтримує резервуар туберкульозної інфекції в країні і посилює небезпеку ураження туберкульозом для всього населення.

– Використання низько ефективних методів виявлення хворих на туберкульоз, незадовільна якість діагностики. Як відомо, основними методами діагностики туберкульозу в Україні є флюорографічне обстеження дорослого населення (1 раз у два роки) і туберкулінодіагностика серед дітей. Водночас за результатами багатьох досліджень в середньому понад половина хворих на туберкульоз в Україні виявляється за клінічною симптоматикою, тобто несвоєчасно, часто із вкрай важкими, запущеними формами хвороби. Це дозволяє стверджувати про низьку ефективність та недоцільність масового скринінгу: на думку фахівців-епідеміологів значно результативнішими є вибіркові обстеження груп підвищеного ризику. Особливою проблемою залишається низька якість діагностики позалегенових форм туберкульозу. Є підстави вважати, що тривалий, не виправдано низький рівень захворюваності на позалегеновий туберкульоз в Україні пов'язаний з недовиявленням хворих через відсутність відповідної медичної інфраструктури та недостатній рівень знань лікарів щодо даної патології. Про це може свідчити і наявність значних розбіжностей у показниках захворюваності на туберкульоз позалегенової локалізації у різних областях країни.

– Розповсюдження ВІЛ-асоційованого туберкульозу. Туберкульоз і СНІД є супутніми захворюваннями, що розвиваються на тлі імунодефіцитного стану. Ослаблення імунної системи вірусом ВІЛ значно посилює сприйнятливність людського організму до туберкульозної палички. Перебіг туберкульозу у ВІЛ-інфікованих є досить важким і мало піддається лікуванню, що підвищує небезпеку ураження туберкульозом для всього населення. Масштаби і темпи епідемії

ВІЛ/СНІДу, що розгорнулася в Україні, дозволяють стверджувати, що ВІЛ буде доволі потужним активатором збудника туберкульозу у найближчій перспективі, а ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД – додатковим джерелом поповнення резервуару туберкульозної інфекції, передусім у південному та південно-східному регіонах України.

– Недостатня ефективність лікування туберкульозу. Значну роль у хронізації хворих, збільшенні кількості контингентів із рецидивними та хронічними формами захворювання відіграло застосування в Україні протягом 90-х років низько ефективних схем лікування, обумовлених нестачею ліків, з одного боку, та некомпетентністю лікарів – з іншого. Саме ці причини, на думку більшості фахівців, стали основною причиною, поширення хіміорезистентного туберкульозу, тобто таких форм хвороби, які є стійкими до антибіотиків: частота первинної хіміорезистентності в Україні становить 20–30%, вторинної – до 75% [11, с. 5].

Основними резервами у зниженні надмірно високої захворюваності і смертності від туберкульозу є поліпшення якості фтизіатричної служби, покращення ранньої діагностики, підвищення ефективності лікування на засадах рекомендованої ВООЗ DOTS-стратегії боротьби з туберкульозом, що передбачає відмову від масового скринінгу та використання більш дешевого мікроскопічного методу виявлення хворих; запровадження короткотривалого, переважно амбулаторного, контрольованого лікування хворих. Назріла нагальна необхідність в реорганізації фтизіатричної служби України, що тривалий час перебувала на узбіччі охорони здоров'я; потребує поліпшення матеріально-технічна база і кадровий потенціал її регіональних підрозділів. Не є секретом, що виконання Національної програми боротьби із туберкульозом (2002-2005 рр.) було зведено, головним чином, лише до закупівлі необхідних медичних препаратів за кошти із державного бюджету. Фінансування інших важливих складових програми (раннє виявлення хворих, своєчасна та якісна діагностика, профілактика та інше) є вкрай недостатнім, оскільки здійснюється із місцевих бюджетів за залишковим принципом. Не налагоджено і системи контролю та оцінки ефективності виконання протитуберкульозних заходів в рамках задекларованої програми на регіональному рівні.

У цьому контексті варто зазначити, що впродовж кількох останніх років ситуація щодо забезпечення регіонів протитуберкульозними препаратами суттєво поліпшилась завдяки налагодженню централізованої закупівлі ліків для лікування вперше виявлених хворих, що розпочалася з 2000 р. Певний оптимізм викликає і нещодавня угода України з Глобальним фондом боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією щодо надання гранту на закупівлю необхідних ліків та обладнання. Разом з тим дотепер не існує досконалого механізму регіонального розподілу ліків, вакцин та іншого обладнання. Зокрема, через відсутність чітких критеріїв визначення обсягів необхідної протитуберкульозної допомоги протягом 2000-2004 рр. в одних областях спостерігалась нестача ліків, а в інших – накопичувався їх залишок. Для того, щоб реально вплинути на епідемічну ситуацію в регіонах необхідне створення не лише національного, а й регіональних реєстрів осіб підвищеного ризику ураження туберкульозом та їх систематичне обстеження. Це, по-перше, дасть змогу здійснювати моніторинг осіб з підвищеним ризиком інфікування, оскільки існування значних контингентів, неохоплених діагностикою, сприяє неконтрольованому та латентному поширенню туберкульозної інфекції. По-друге, створення таких реєстрів дозволить планувати закупівлю протитуберкульозних препаратів і здійснювати їх обґрунтований розподіл відповідно до реальних потреб регіонів.

ВІЛ/СНІД. Епідемія ВІЛ/СНІДу стала невід'ємною складовою нової демографічної реальності в Україні, вона перешкоджає людському розвитку, суттєво обмежуючи права дітей та дорослих на здорове і продуктивне життя, на досягнення адекватних життєвих стандартів та доступність до різного роду ресурсів. За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України за період з 1987 р. до 1 листопада 2005 р. чисельність офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих становила в Україні 85,9 тис. осіб (в т. ч. 10,5 тис. дітей); захворіли на СНІД 12,2 тис., померло від СНІДу 7,1 тис. Водночас за останньою оцінкою вітчизняних фахівців та експертів ЮНЕЙДС загальна кількість ВІЛ-інфікованих в Україні у 2005 р. може становити близько 300 тис. осіб (1,3% населення віком 15-49 років). Понад дві третини ВІЛ-інфікованих в Україні є молоді люди віком до 30 років.

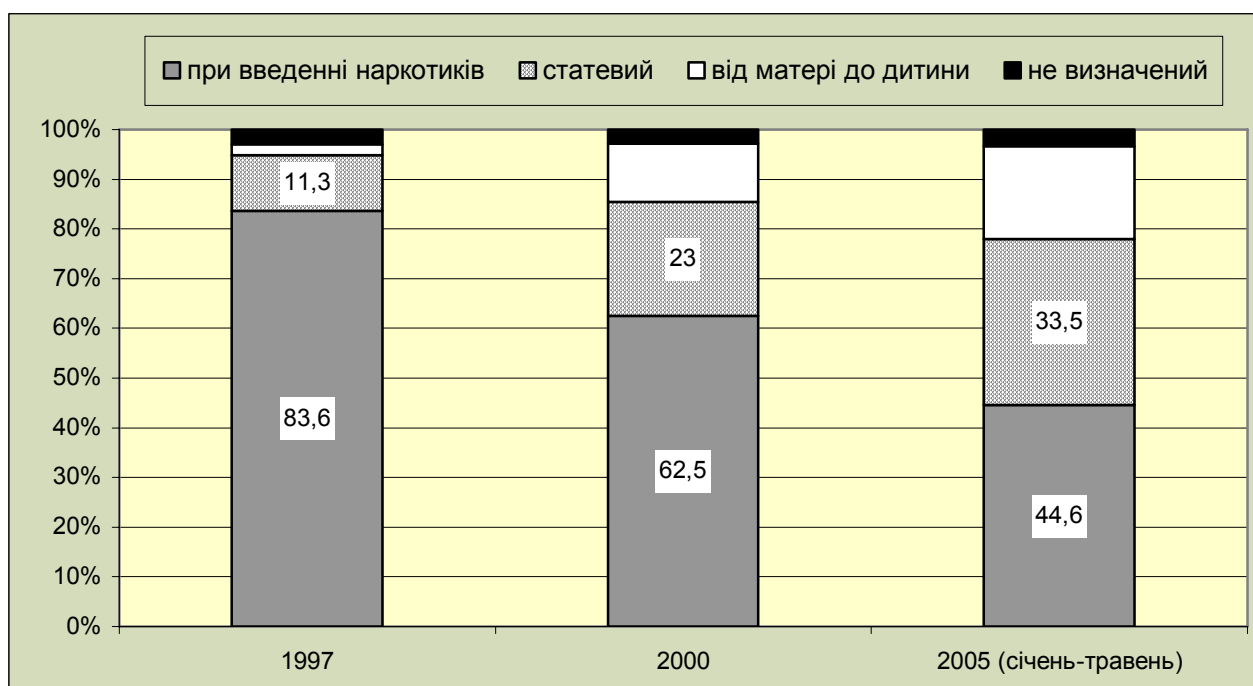


Рис. 7.3.4. Структура шляхів передачі ВІЛ в Україні у 1997, 2000 та 2005 (січень-травень) рр., %

Джерело: дані Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України

Причини вибухоподібного розвитку епідемії в Україні фахівці пов'язують, передусім, із зростанням кількості ін'єкційних наркоманів, особливостями споживання ін'єкційних наркотиків, значним запізненням початку профілактичної діяльності серед груп з високим ризиком ураження ВІЛ. Водночас останні спостереження дають підставу стверджувати про поступовий вихід ВІЛ-інфекції за межі основних груп ризику і її поширення на все населення. Про це свідчить тенденція до зменшення у складі шляхів передачі нових випадків ВІЛ питомої ваги ін'єкційного вживання наркотиків (від 84% у 1997 р. до 46% у 2004 р. та 45% у першому півріччі 2005 р.) при одночасному зростанні кількості інфікувань статевим шляхом і передачі ВІЛ від матері до дитини (рис. 7.3.4). У 2004 р. було зареєстровано найбільшу за останні роки кількість нових випадків ВІЛ-інфекції – 12,5 тис., що на 25% перевищує відповідний показник 2003 р. Динаміка поширення ВІЛ у 2000-2004 рр. дає підстави стверджувати про початок другої хвилі епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні, зумовленої поширенням ВІЛ статевим шляхом серед відносно благополучних щодо ризику інфікування верств населення.

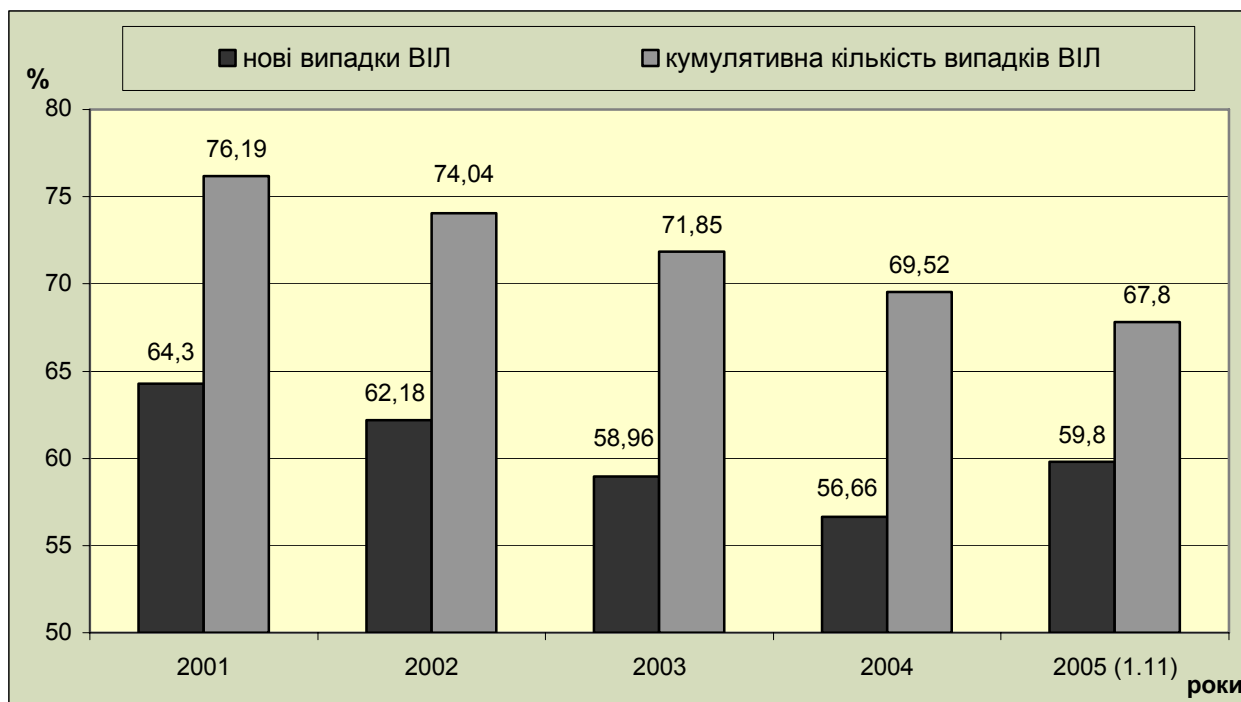


Рис. 7.3.5. Динаміка частки споживачів ін'єкційних наркотиків серед нових випадків ВІЛ та кумулятивної кількості ВІЛ-інфікованих у 2001-2005* р., %

Джерело: дані Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України

* - станом на 1.11.2005 р.

Незважаючи на зміни у складі шляхів ВІЛ-інфікування, споживачі ін'єкційних наркотиків все ще становлять більшість у загальному (кумулятивному) числі ВІЛ-інфікованих в Україні: станом на 1 листопада 2005 р. їх частка становила 67,8% (рис. 7.3.5)¹⁰. Саме наркоманія стала головним рушієм епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні. За даними Всеукраїнської наркологічної асоціації чисельність зареєстрованих споживачів наркотиків на початку 2005 р. становила в Україні близько 85 тис. осіб або 179,2 у розрахунку на 100 тис. осіб. Згідно з даними МВС України правоохоронними органами на початку 2005 р. зареєстровано близько 124,8 тис. осіб, які споживають наркотичні речовини. Водночас є підстави вважати, що офіційна статистика є доволі не повною, а тому недостовірною; вона відображає не стільки справжні масштаби поширення наркоманії в Україні, скільки активність та якість роботи правоохоронних органів і доступність відповідних медичних служб. Реальна кількість споживачів наркотиків в Україні є значно вищою. Зокрема, згідно з розрахунками вітчизняних експертів у 2005 р. число споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) в Україні лежить в межах від 324,0 до 424,8 тис. осіб [12]. Оскільки СІН за експертними оцінками становлять в середньому 80-85% від усієї кількості наркозалежних в Україні, ймовірно передбачити, що загальне число споживачів наркотиків є ще більшим.

Активні наркоспоживачі зазнають комбінованого впливу таких основних чинників зараження ВІЛ та іншими інфекційними захворюваннями як ризикова

¹⁰ Ці дані заслуговують на увагу, оскільки у країнах Західної Європи (на відміну від України) частка СІН у загальному числі ВІЛ-інфікованих не перевищує 10%, а питома вага молоді віком до 30 років становить лише 30%.

практика споживання наркотиків (при приготуванні, вживанні наркопрепаратів й використанні ін'єкційного інструментарію) з одного боку, та ризикована сексуальна поведінка – з іншого. Окремі дослідження свідчать, що нові, „чисті” шприци використовують для першої ін'єкції 66% СН [13]. За даними дозорних епідеміологічних спостережень рівень поширення ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків в Україні становить в середньому 37%. Наявність високого ризику ВІЛ-інфікування призвела до того, що ін'єкції наркотиків нині безпосередньо асоціюються з ВІЛ/СНІДом, а споживачі ін'єкційних наркотиків створюють основний потенціал поширення ВІЛ-інфекції в українському суспільстві.

ВІЛ/СНІД поширений по території України вкрай нерівномірно. Найбільш напружена епідемічна ситуація щодо ВІЛ/СНІДу спостерігається у південному та південно-східному регіонах, значно менш ураженими є західні та центральні області (рис. 7.3.6, 7.3.7). Епідеміологічний аналіз свідчить, що питома вага споживачів ін'єкційних наркотиків серед ВІЛ-інфікованих у регіонах з найвищим рівнем поширення ВІЛ протягом останніх років дещо зменшується, а на територіях з низьким та середнім рівнем поширення ВІЛ, навпаки, зростає. що дає підставу стверджувати про досягнення певного ступеню насичення епідемічної ситуації серед наркозалежних на півдні та південному сході країни та несприятливі прогностичні тенденції її розвитку у західних та центральних областях.

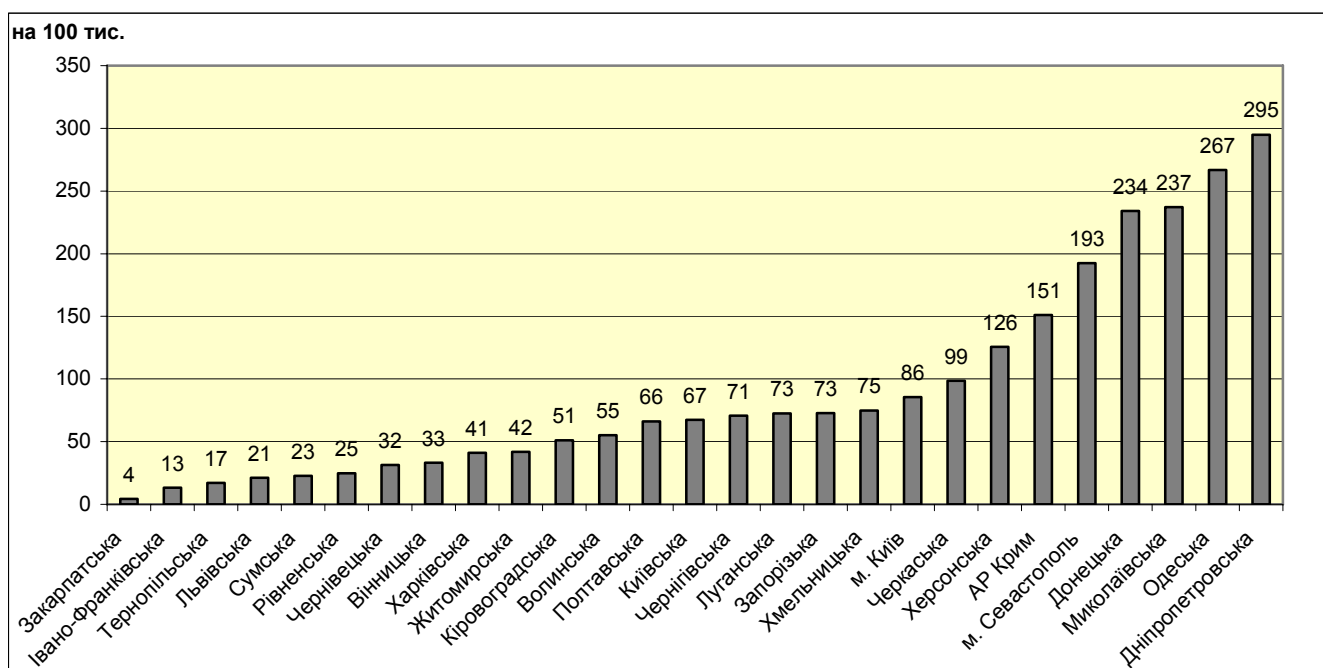


Рис. 7.3.6. Показники офіційно зареєстрованої поширеності ВІЛ в адміністративних областях України на початок 2005 р. (у розрахунку на 100 тис. осіб)

Джерело: дані Держкомстату України

Глибина і довготривалість наслідків епідемії ВІЛ/СНІДу залежать від демографічних та економічних умов, в яких вона відбувається. Україна перебуває у полі посиленого ризику ураження ВІЛ через те, що, по-перше, складна демографічна ситуація (передусім, незадовільний стан здоров'я її громадян) та невизначеність її економічних перспектив є чинниками, що безсумнівно посилюватимуть сприйнятливність до цієї небезпечної недуги, особливо за умови низького рівня життя населення та соціального неблагополуччя у суспільстві.

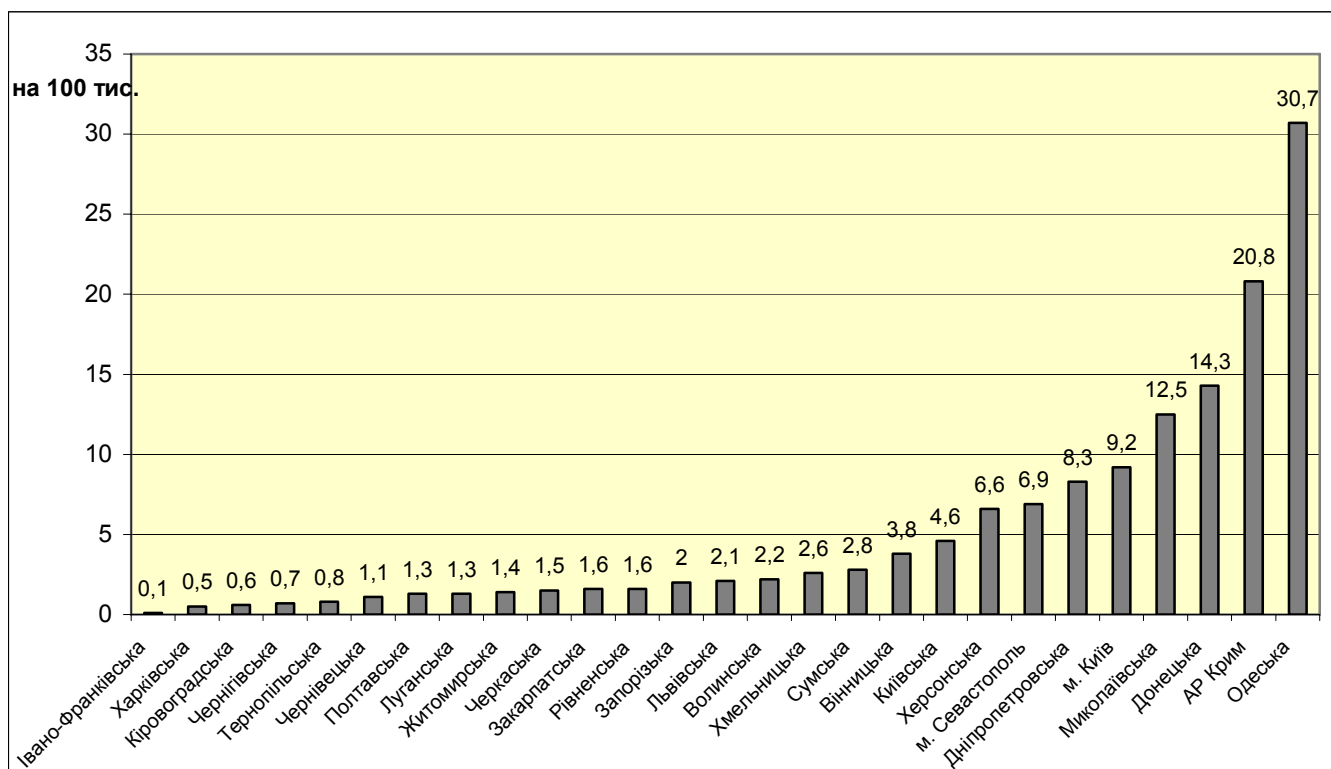


Рис. 7.3.7. Показники офіційно зареєстрованої поширеності СНІДу в адміністративних областях України на початок 2005 р. (у розрахунку на 100 тис. осіб)
Джерело: дані Держкомстату України

По-друге, в умовах депопуляції, що відбувається в Україні, поліпшення стану здоров'я населення та приріст тривалості життя могли б відіграти роль компенсуючого фактора, що протистоїть кількісному убутку населення внаслідок зниження народжуваності. Поширення ВІЛ/СНІДу буде цьому перешкоджати і порушувати нормальний перебіг демографічних процесів у майбутньому.

Наслідки, пов'язані з епідемією ВІЛ/СНІДу в Україні, полягають у втратах широкого соціально-демографічного змісту. Для їх оцінки міжгалузеву групою фахівців під керівництвом МОЗ України та Світового банку у 2005 р. був здійснений прогноз розвитку епідемії у 1994-2014 рр. за допомогою модулів DemProj та AIM програми Spectrum [14]. Проведене дослідження показало, що серед демографічних наслідків епідемії найвідчутнішим буде її вплив на стан здоров'я, рівень захворюваності і смертності населення. Як свідчать отримані результати, згідно з середнім сценарієм прогнозу, чисельність ВІЛ-інфікованих осіб може досягнути максимуму у 2009 р. (640,7 тис. чол.). У 2014 р. вона може становити від 478,5 тис. (за оптимістичним варіантом) до 820,4 тис. осіб (за песимістичним варіантом). Поширення ВІЛ-інфекції означає зростання кількості передчасних смертей, поширення випадків непрацездатності, підвищення рівня СНІД-асоційованої захворюваності (передусім, туберкульозу), скорочення середньої очікуваної тривалості життя.

Результати дослідження дають підстави стверджувати, що роль СНІДу у структурі причин смерті населення помітно посилиться. У зв'язку з тим, що жертвами СНІДу є переважно молоді люди, найвагоміші зрушення відбудуться саме у структурі смертності населення активного працездатного і дітородного віку. Найбільших втрат зазнає населення віком 30-39 років. Поширення СНІДу і пов'язана з ним смертність гальмуватиме і перешкоджатиме процесу підвищення середньої тривалості життя в Україні. Внаслідок впливу епідемії ймовірні очікувані

втрати тривалості життя у 2014 р. коливатимуться в межах від 3,2 до 4-х років для чоловіків і від 2,9 до 4,8 року для жінок.

Головний наслідок епідемії ВІЛ/СНІДу полягає у загостренні та поглибленні існуючих негативних демографічних тенденцій в Україні, що несприятливо позначиться на демоекономічних перспективах розвитку країни. Водночас доводиться визнати, що, незважаючи на розробку численних державних концепцій та програм, відсутність комплексного підходу та міжгалузевої координації діяльності різних органів і структур, невирішеність питань управління, контролю та оцінки виконання прийнятих рішень, декларативність багатьох постанов і програм, що не забезпечені і не підкріплені відповідними фінансовими ресурсами, становить серйозну перешкоду на шляху запобігання подальшому поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні. Для того, щоб мінімізувати негативні впливи і наслідки епідемії, необхідна розробка й реалізація комплексної, міжвідомчої стратегії протидії епідемії у контексті основних принципів схваленої ООН та ВООЗ стратегії зменшення шкоди. Це передбачає:

– перенесення пріоритетів державної політики із кримінального переслідування наркоспоживачів на мінімізацію суспільно шкідливих наслідків, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, на профілактику наркозалежності та ВІЛ-інфікування. Оскільки поширення наркоспоживання і нині лишається основним чинником розповсюдження ВІЛ, остільки ефективна наркополітика є однією з головних передумов призупинення поширення ВІЛ/СНІДу. Досягнення системних змін у цій сфері потребує, по-перше, декриміналізації національного законодавства щодо наркозалежних: домінування силових і репресивних підходів та жорсткий правоохоронний контроль в Україні стосується не стільки наркодилерів, скільки простих споживачів наркотиків, що призводить до все більшої маргіналізації СН та ускладнює можливості допомоги з боку як державних органів охорони здоров'я, так і громадських неурядових організацій, що займаються інформаційно-просвітницькою діяльністю. По-друге, потребує чіткого узгодження і координації чинна державна політика щодо профілактики наркоманії і політика щодо запобігання ВІЛ/СНІДу, яка дотепер в Україні значною мірою розділена і не скоординована, так само неузгодженими є фінансування і відповідальність;

– доступність лікування для хворих на наркоманію, в тому числі надання замісної підтримувальної терапії. В Україні не створено дієвої системи лікування наркоманії та ефективного механізму її реалізації, який би передбачав профілактику, лікування й ресоціалізацію споживачів наркотиків. Залишається недоступною замісна підтримувальна терапія, до позитивних ефектів впровадження якої фахівці відносять зниження ризику передачі ВІЛ та інших

інфекційних захворювань, зменшення злочинності, пов'язаної із незаконним придбанням наркотичних препаратів. Водночас опоненти метадонових програм стверджують, що їх виконання рівносильне схваленню використання нелегальних наркотичних речовин. Надання замісної терапії для осіб, що її потребують, формально МОЗ України дозволено, а фактично заборонено і здійснюється лише у вигляді пілотних проектів у кількох містах¹¹. Попри усі за і проти замісної терапії можна бути певним того, що невирішеність питань, пов'язаних із можливістю лікування наркозалежності становить вагомий перешкоду на шляху протидії епідемії наркоманії та ВІЛ/СНІДу;

– розширення доступності антиретровірусного лікування. Міжнародний досвід свідчить, що запровадження АРВ-терапії дає змогу суттєво знизити смертність, обумовлену СНІДом. У зв'язку з цим необхідно відзначити, що можливості лікування СНІДу в Україні суттєво збільшилися починаючи з 2005 р. завдяки гранту Глобального фонду боротьби зі СНІДом і туберкульозом: нині близько 3 тис. хворих отримують антиретровірусне лікування і їх кількість буде надалі зростати. Водночас частка ВІЛ-інфікованих споживачів наркотиків у складі тих, хто приймає лікування, є невеликою. Це пояснюється тим, що для досягнення ефективності лікування необхідні систематичні прийом ліків, медичний контроль і спостереження, що досить важко досягнути серед наркозалежних через відсутність у них прихильності і зацікавленості у лікуванні. Окрім цього лікування наркоспоживачів не доповнюється замісною терапією, що є необхідною складовою АРТ.

– соціальна підтримка та доступність соціальних послуг для ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД. Особливої уваги потребує активне залучення й підтримка громадських неурядових організацій з метою реалізації нових соціальних підходів щодо профілактики поширення ін'єкційної наркоманії та ВІЛ й створення передумов для соціальної інтеграції наркозалежних та ВІЛ-інфікованих. У цьому контексті варто підкреслити, що розширення доступності АРВ-лікування аж ніяк не означає призупинення епідемії. Важливо, щоб впровадження АРВ-терапії супроводжувалось одночасним розширенням програм профілактики. Міжнародна практика показує, що активізація просвітницької діяльності у середовищі споживачів наркотиків, виконання програм обміну шприців дає змогу суттєво впливати на поведінку осіб, що вживають наркотики, і знизити їх уразливість щодо ВІЛ-інфікування. Рівень охоплення СН профілактичними програмами в Україні є недостатнім: за оцінкою Українського інституту соціальних досліджень у містах він становить близько 15% [13, с. 66]. Водночас на думку експертів для досягнення суттєвих змін необхідно, щоб цей показник становив не менше 60%.

І насамкінець Україні сьогодні вкрай бракує системної інформаційної державної політики, спрямованої на широке ознайомлення суспільства з проблемами ВІЛ/СНІДу та формування неупередженого, толерантного ставлення до людей з ВІЛ, подолання відвертих проявів дискримінації й стигматизації ВІЛ-позитивних. Оскільки епідемія нині входить у загальну стадію і поширюється на все населення, необхідні профілактичні зусилля не лише у середовищі груп ризику, але й для широких верств. При цьому заходи щодо протидії епідемії потребують децентралізації й ресурсної підтримки на регіональному рівні, особливо в областях з найбільш напруженою епідемічною ситуацією. Це стосується як інформаційно-консультативного, так і фінансового забезпечення діяльності регіональних програм з питань профілактики ВІЛ/СНІДу (в тому числі за рахунок відрахувань з місцевих бюджетів), формування прихильності регіональної та місцевої влади, партнерства

¹¹ Нині в Україні замісну підтримуючу терапію отримують лише близько 100 споживачів ін'єкційних наркотиків.

і співпраці з громадськими неурядовими організаціями. Реалізація такої стратегії на національному та регіональному рівнях має стати наріжним каменем сучасної політики у сфері призупинення епідемії ВІЛ/СНІДу.

7.4. Загальна характеристика смертності та тривалості життя населення України

Загальні тенденції. Проблеми смертності є чи не найгострішими серед усього кола демографічних проблем сучасної України. Сформовані вони не сьогодні – коріння їх криється у подіях принаймні піввікової давності, коли поступово почав виявлятися глибокий розрив у тенденціях смертності та тривалості життя населення СРСР і економічно розвинених країн.

До середини 1960-х років процеси смертності в СРСР та економічно розвинених країнах розвивалися доволі синхронно, а зниження основних показників смертності відбувалося переважно під впливом державної санітарно-гігієнічної політики – знезаражування питної води, профілактичних щеплень від основних інфекційних захворювань, здобутків медицини тощо. Продовжувала швидко знижуватися смертність немовлят та дітей до 16 років, випереджаючими темпами скорочувалась материнська смертність; проводилась ефективна боротьба з інфекційними захворюваннями, передовсім із туберкульозом, породжуваним за звичай поганими умовами життя. В результаті були істотно мінімізовані втрати від так званої екзогенної, тобто обумовленої переважно зовнішніми чинниками смертності. І на цей час рівні смертності населення України та економічно розвинених країн світу практично не розрізнялись.

Однак потім профілактика захворювань зазнала принципових змін. Якщо запобігання виникненню та обмеження поширення інфекційних та паразитарних захворювань досягається внаслідок ефективних масових заходів, які практично не вимагають індивідуальних дій (знезаражування питної води, щеплення, дієва протиепідемічна робота медиків, поширення холодильної техніки, асептики та антисептики, ряд революційних відкриттів у медицині, що обумовили принципові зміни перебігу численних захворювань тощо), то успіхи у боротьбі із захворюваннями переважно ендогенної етіології можливі лише за умови сумісних цілеспрямованих суспільних та індивідуальних зусиль. Вирішального значення набувають засоби самозбережувальної поведінки населення, поширення здорового способу життя, що передбачає зміну ціннісних орієнтацій, формування розумного відношення до власного життя, до здоров'я та життя своїх дітей, а отже до формування необхідних навичок у повсякденному житті. Але в цей період домінування суспільного над приватним в ідеології радянського суспільства практично прирекло його на відставання. Перші негативні ознаки розвитку процесів смертності виявилися ще у другій половині 1960-х років. Однак на фоні загальних успіхів зростання рівнів смертності у старших працездатних і після працездатних вікових групах не привернуло належної уваги. До того ж можна було очікувати, що це короткотривале зростання не перевищить звичайних флуктуацій. Але з кінця 1960-х років розпочалося тотальне зростання смертності, яке охопило все населення України старше 20 років.

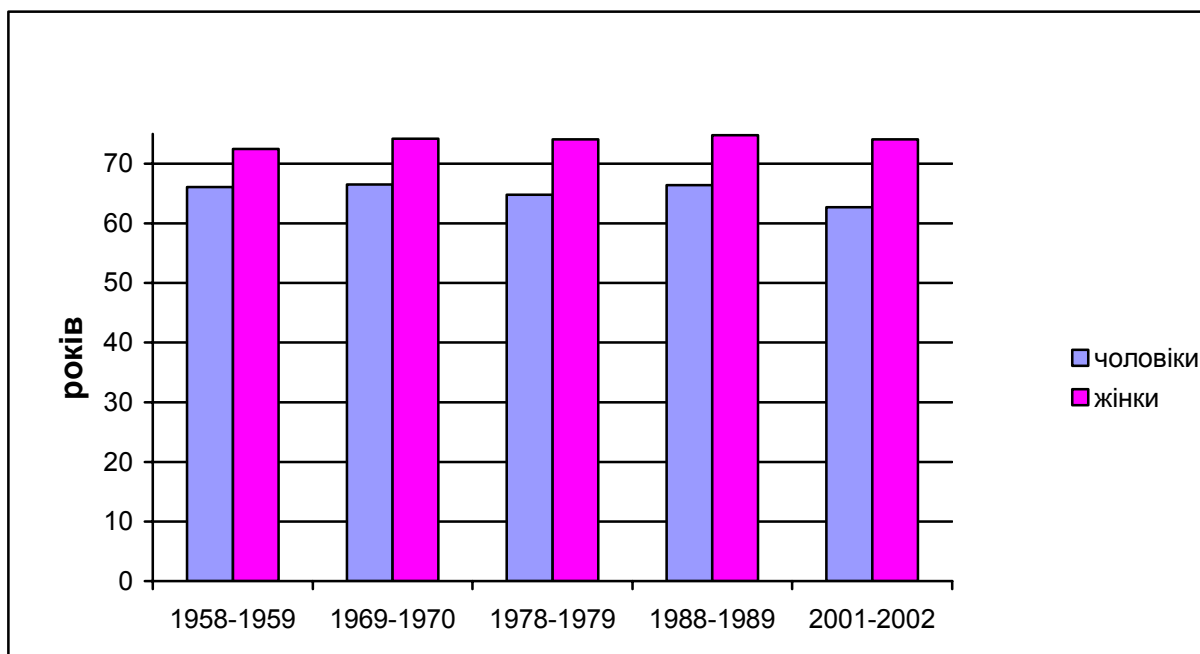


Рис. 7.4.1. Очікувана тривалість життя при народженні за статтю, Україна, роки проведення переписів населення, років

Практично ми зіткнулися з доволі дивним проявом тенденцій смертності населення України – на відміну від таких у переважній більшості країн Європи вони мають хвилеподібний характер, який майже повністю визначається процесами смертності чоловіків працездатного віку.

Так, у середині 1980-х років відбувся короткотерміновий підйом тривалості життя, імовірно обумовлений інтенсивною протидією зловживання алкоголю і зниженням смертності чоловіків від нещасних випадків, отруєнь та травм, але уже наприкінці декади цей показник знову скоротився, і знову скорочення було більш помітним серед чоловіків. Напередодні незалежності в Україні тривалість життя чоловіків була на 5-7 років нижчою, ніж в розвинених європейських країнах. Тотальна трансформаційна криза останнього десятиріччя ХХ сторіччя, яка зруйнувала традиційний для України спосіб життя, критично загострила ситуацію. Однак попри поширену тезу тенденції тривалості життя населення не збігаються із змінами економічної ситуації та рівня життя – саме на час найглибшої економічної кризи (1995-1999 роки) припало доволі тривале як для України зниження смертності і жінок, і чоловіків, а період економічного зростання (2000-2004 роки) супроводжується вельми негативними тенденціями і зниженням середньої очікуваної тривалості життя.

У цілому формування режиму смертності населення України впродовж другої половини ХХ сторіччя відбувалося під впливом як позитивних (досягнення профілактичної медицини та акушерства, зростання освітнього рівня населення, контроль за якістю питної води та основних продуктів харчування, урбанізація), так і негативних чинників (екстенсивне використання робочої сили на технологічно недосконалих виробництвах, забруднення довкілля, недостатня обізнаність населення у значенні самозбережувальної (“вітальної”) поведінки у забезпеченні індивідуального здоров’я і самого життя, недоліки медичного обслуговування, врешті-решт низький рівень життя та глибока соціально-економічна криза 1990-х років). Проте найбільшою мірою на зростання тривалості життя впродовж останніх 50 років вплинуло істотне зниження смертності дітей, передовсім немовлят, та

населення працездатного віку, що стало результатом досягнень профілактичної медицини у боротьбі з інфекціями та широкого впровадження антибіотиків у лікування інфекційних та запальних захворювань.

Від часу проголошення української незалежності у хвилеподібних тенденціях смертності населення виокремлюються 3 етапи: перший (прискорене зростання смертності) припадає на 1991-1995 роки; другий – зниження смертності – спостерігався впродовж періоду найглибшої економічної кризи 1996-1998 років; третій – нове зростання смертності населення середнього та старшого віку триває 1999 року дотепер.

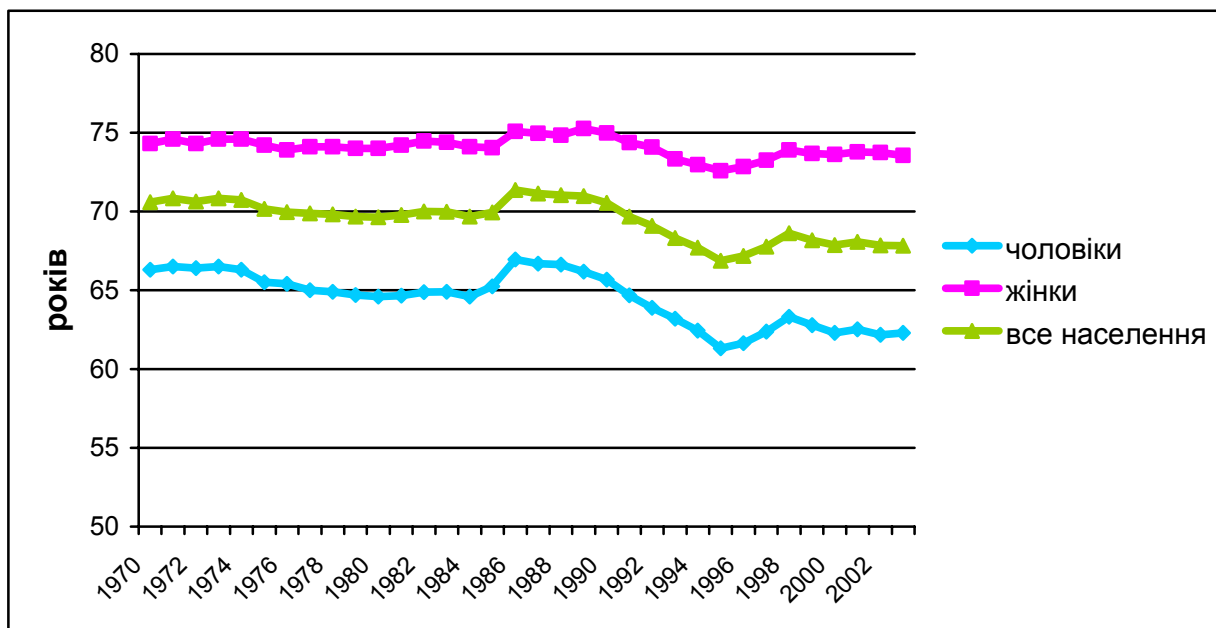


Рис. 7.4.2. Середня очікувана тривалість життя при народженні за статтю, років.

Проілюструвати принципові відмінності новітніх тенденцій смертності населення України від провідних країн світу можна за допомогою порівняння, наприклад, із СНД, сусідньою Польщею та ЄС у цілому.

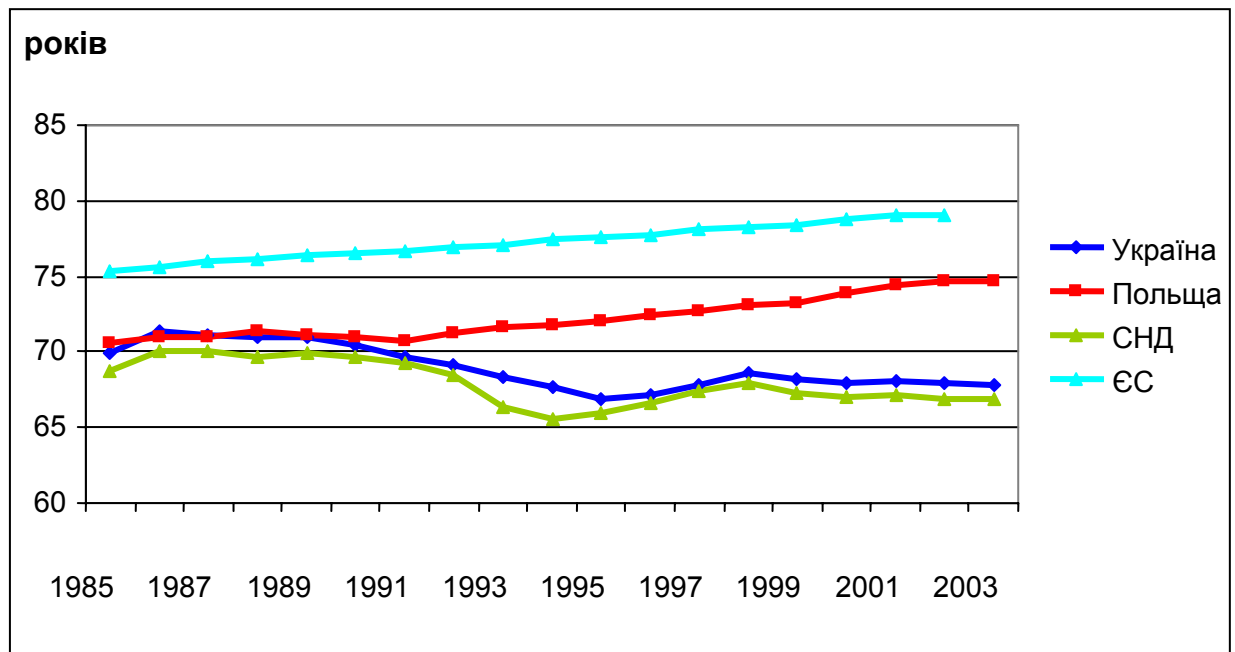


Рис. 7.4.3. Середня очікувана тривалість життя при народженні в Україні та окремих країнах Європи.

Криві тривалості життя населення України та СНД у цілому є дуже подібними. Привертає увагу хіба що менш драматичне зниження цього показника в Україні в першій половині 1990-х років. Водночас впадають в око істотні відмінності тенденцій тривалості життя українців та поляків. Якщо до початку 1990-х років різниця вимірювалась приблизно 0,5 року (йдеться про середню очікувану тривалість життя при народженні), то поступово вона почала збільшуватися і за даними 2003 року перевищує 8 років для чоловіків і 6 років для жінок.

Аналогічним чином співвідносяться новітні тенденції смертності населення України та економічно розвинених країн. В результаті Україна не тільки не скоротила свого відставання, але й збільшила його. За показником очікуваної тривалості життя при народженні Україна відстає від 27 європейських країн із найнижчими рівнями смертності (так званий регіон Європа-А)¹² на 11,2 року, від 25 країн Європейського регіону з більш високими рівнями смертності (регіон Європа-В+С)¹³ – на 6,6 року, а від Швейцарії (країни з найвищою в Європі тривалістю життя) – на 13,1 року.

¹² До регіону Європа-А ВООЗ включені країни європейського регіону з найнижчими рівнями смертності дітей та дорослих: Австрія, Андорра, Бельгія, Велика Британія, Греція, Данія, Ірландія, Ісландія, Іспанія, Італія, Кіпр, Люксембург, Мальта, Монако, Нідерланди, Німеччина, Норвегія, Португалія, Сан Маріно, Словенія, Фінляндія, Франція, Хорватія, Чехія, Швейцарія, Швеція – див. The World Health Report 2004. Changing History. – Geneva, WHO, 2004 (<http://www.who.int/whr/2004/en>)

¹³ До регіону Європа-В включені 16 країн з низькими рівнями смертності дітей та дорослих: Азербайджан, Албанія, Болгарія, Боснія та Герцеговина, Вірменія, Грузія, Киргизстан, Македонія, Польща, Румунія, Сербія та Чорногорія, Словаччина, Таджикистан, Туреччина, Туркменістан; до регіону Європа-С включені 9 країн з низькими рівнями смертності дітей і високими рівнями смертності дорослих: Білорусь, Естонія, Казахстан, Латвія, Литва, Молдова, Росія, Угорщина, Україна; – див. The World Health Report 2004. Changing History. – Geneva, WHO, 2004 (<http://www.who.int/whr/2004/en>)

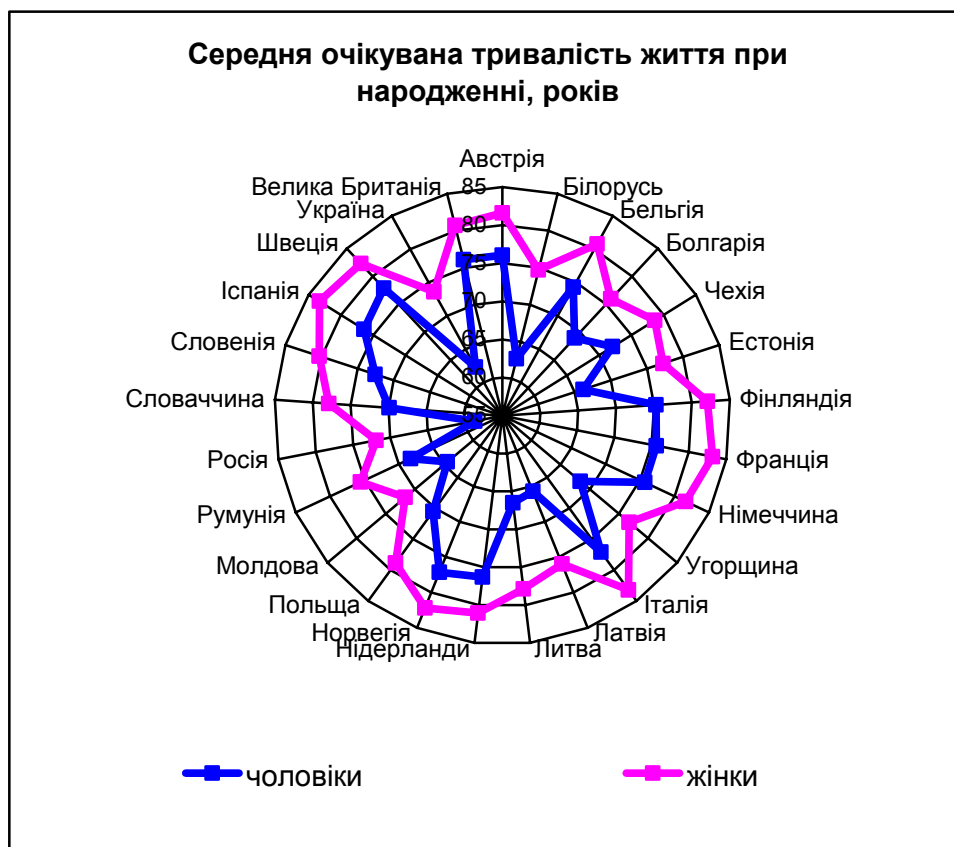


Рис. 7.4.4. Середня очікувана тривалість життя при народженні в окремих Європейських країнах, років

Всесвітня організація охорони здоров'я відносить Україну до групи з найвищими в європейському регіоні рівнями смертності – до регіону Європа-С, але і серед цих 9 країн ми пасемо задніх. Це – прірва, подолати яку буде надзвичайно важко: необхідні цілеспрямовані зусилля всього суспільства впродовж десятків років.

Згідно даних ВООЗ, за умов смертності 2003 р. середня очікувана тривалість життя при народженні в Україні становила 67,8 року¹⁴, що перевищувало показники тільки Росії (64,9) та СНД у цілому (66,9). Зрушення, що відбулися впродовж 2004-2005 рр., тільки погіршили співвідношення із економічно розвиненими країнами.

Гендерні відмінності смертності. Значно вищою порівняно з більшістю європейських країн є смертність і жінок, і чоловіків. Проте, більших втрат Україна все ж несе через передчасну смертність чоловіків: якщо середня очікувана тривалість життя при народженні жінок нижче, ніж серед регіону Європа-А в середньому на 8,4 року, то чоловіків – на 13,7 (порівняно з регіоном Європа-В+С різниця становить 0,03 і 2,1 року відповідно).

Значно перевищує середньоєвропейські параметри і різниця в середній очікуваній тривалості життя жінок та чоловіків, при чому суто українською особливістю є збільшення цієї різниці.

¹⁴ За даними Держкомстату України – 68,2 роки.

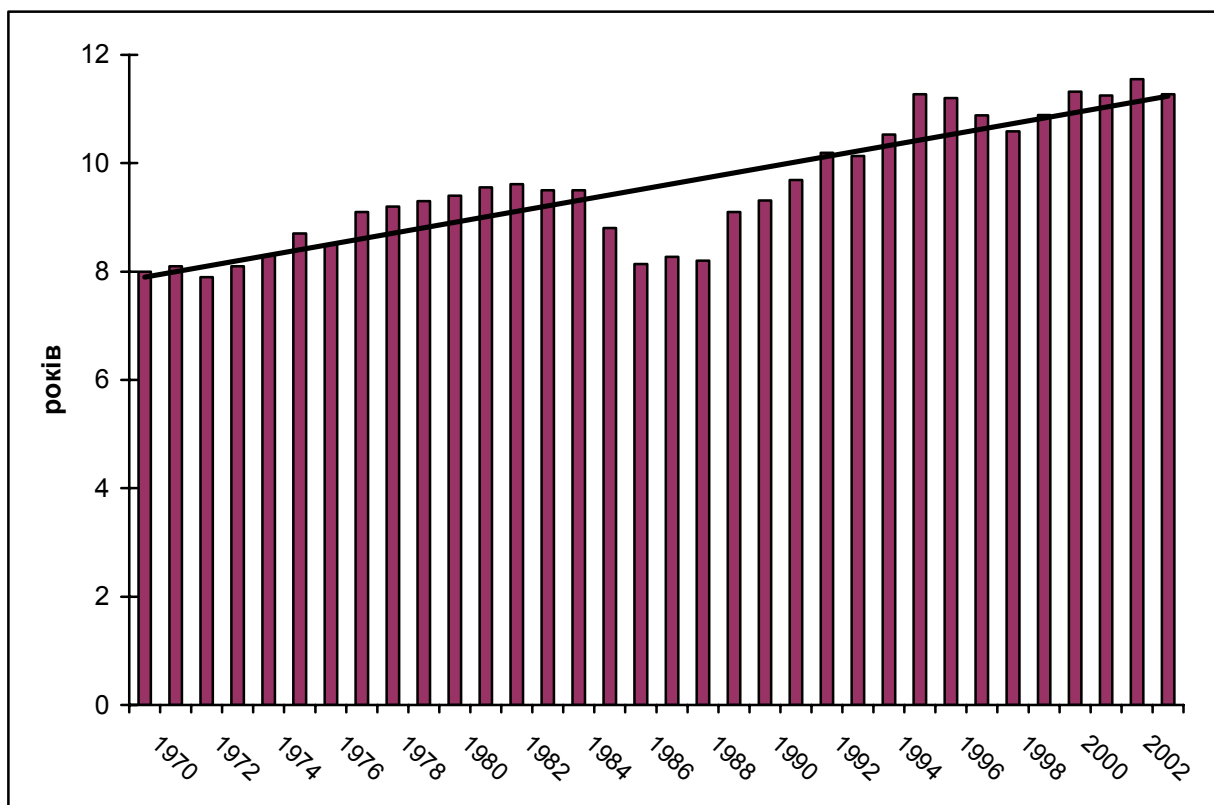


Рис. 7.4.5. Різниця у тривалості життя жінок і чоловіків в Україні, років.

На загальноєвропейському фоні в цілому доволі високої надсмертності чоловіків різниця в тривалості життя при народженні жінок і чоловіків в Україні – 11,3 року¹⁵ – приблизно відповідає стандартам СНД (11,0 року) та більшості інших європейських країн, що раніше входили до складу СРСР (в Росії – 13,2 року, в Білорусі – 12,0 року, в Литві – 11,3 року, в Естонії – 11,0 року в Латвії – 10,2 року) і значно перевищує аналоги економічно розвинених країн (в Ісландії – 3,8 року, в Данії та Швеції – 4,4 року, у Великій Британії – 4,6 року, в Греції – 4,8 року). В середньому по регіону Європа-А різниця в тривалості життя при народженні жінок і чоловіків становить 6 років, а по регіону Європа-В+С – 9,2 року.

Основний внесок у формування такого розриву належить надсмертності чоловіків найбільш активного віку – 20-54 роки, коли чоловіки вмирають у середньому майже в 3,5 разу частіше за своїх однолітків-жінок.

Підвищена смертність хлопчиків у віці до 1 року обумовлює 2% загальної різниці у середній тривалості життя при народженні, у віці 1-14 років – 1%, у віці 15-44 років – 34%, у віці 45-64 років – 44% і старше 65 років – 19%.

І до початку, і після припинення активної економічної діяльності індекси надсмертності є значно нижчими, а після 65 років різниця у смертності чоловіків та жінок України стає такою ж, як і в усіх економічно розвинених країнах. У найстарших вікових групах (після 75 років) хоча очікувана тривалість життя жінок є вищою, ніж чоловіків, різниця (1,7 року) є значно меншою ніж, наприклад, в Австрії (2,3 року) чи Канаді (2,7 року).

¹⁵ За даними Держкомстату України – 11,5 років.

Табл. 7.4.1. Різниця у середній очікуваній тривалості життя жінок та чоловіків при досягненні певного віку в 2003 р. (років)

	0 років	15 років	45 років	65 років
Україна	11,2 (11,5)*	11,1 (11,3)*	8,1(8,4)*	3,6 (3,9)*
Європа-А	6,0	5,9	5,1	3,7
Європа-В+С	9,2	9,9	7,4	3,6
СНД	11,0	10,8	7,9	3,7
Польща	8,4	8,3	6,9	4,1
Угорщина	8,4	8,3	7,2	3,9
Чехія	6,6	6,5	5,6	3,4

Джерело: Розраховано за матеріалами бази даних "Здоров'я для всіх" регіонального офісу ВООЗ у Європі, 2005.

* за даними Держкомстату України за 2003-2004 роки.

Аналіз динаміки гендерних розбіжностей у смертності населення України доводить поступове зміщення періоду найвищої надсмертності чоловіків з 20-34 років у 1990 році до 35-49 у 2004. Фактично йдеться про те ж саме покоління, яке постарішало на 14 років.



Рис. 7.4.6. Індеси над смертності чоловіків в Україні.

Отже, надсмертність чоловіків в Україні є результатом, по-перше, більшого поширення зайнятості у шкідливих та небезпечних умовах праці, а по-друге, тієї диференціації способу життя, яка виявляється саме у цьому віці. Ідеться передовсім про зловживання алкоголю та паління. Не можна забувати і про вищу суїцидальність представників сильної статі в Україні.

Висока зайнятість на роботах із шкідливими та небезпечними умовами, передовсім у гірничодобуванні, металургії та сільському господарстві, більшою

мірою поширена серед чоловіків (у сільському господарстві підвищений травматизм характерний головним чином для механізаторів, якими переважно працюють чоловіки).

Табл. 7.4.2. Кількість працівників, які працюють в умовах, що не відповідають санітарно-гігієнічним нормам (станом на 31 грудня 2004 р.)

	Жінки, тис. осіб	Чоловіки, тис. осіб	Співвідношення чоловіків та жінок, %
Всього	397,9	1 210,9	304,4
Сільське господарство	28,8	65,0	226,2
Добувна промисловість	57,1	306,7	537,5
з них видобування кам'яного, бурого вугілля і торфу	39,0	218,8	561,6
Обробна промисловість	228,3	474,9	207,9
з них:			
виробництво коксу, продуктів нафтоперероблення	8,9	24,9	281,1
хімічне виробництво	26,7	37,6	140,8
виробництво гумових та пластмасових виробів	5,7	10,7	188,2
металургія та оброблення металу	62,8	174,3	277,6
Виробництво та розподілення електроенергії, газу та води	42,7	119,1	279,2
Будівництво	10,0	79,6	796,0
Транспорт та зв'язок	31,1	165,5	532,2

*Розраховано за даними: Праця України у 2004 році, с. 312, 314

Нині в Україні палять 52% чоловіків і 6% жінок старше 15 років, при чому поширення паління серед чоловіків істотно перевищує аналоги всіх європейських країн за винятком Албанії, Білорусі та Литви.

Табл. 7.4.3. Поширеність регулярного паління серед населення окремих європейських країн у віці 15 років і старше, 2000 рік, %

	Чоловіки	Жінки	Гендерне співвідношення поширеності регулярного паління, %
Албанія	60	18	333,3
Бельгія	36	26	138,5
Білорусь	54	7	771,4
Велика Британія	29	25	116,0
Естонія	44	20	220,0
Італія	32	17	188,2
Литва	52	16	325,0
Молдова	40	2	2000,0
Нідерланди	36	29	124,1
Німеччина	40	32	125,0
Норвегія	31	31	100,0
Польща	42	23	182,6
Румунія	32	10	320,0
Угорщина	41	26	157,7

Україна	58(52*)	14 (6*)	414,3 (866,7*)
Фінляндія	27	20	135,0
Франція	33	21	157,1
Швеція	17	21	81,0
Чехія	36	22	163,6

Джерело: Розраховано за матеріалами бази даних "Здоров'я для всіх" регіонального офісу ВООЗ у Європі, 2005.

* За даними обстежень умов життя домогосподарств Держкомстату України

За даними обстеження умов життя домогосподарств пересічний українець викурює в середньому 1140 цигарок на рік (українці, які курять, викурюють в середньому по 5087 цигарок на рік)

За даними міжнародної статистики, в середньому один українець палить 1027 цигарок на рік, що істотно менше за показник по переважній більшості європейських країн: по регіону Європа-А менше на 579 цигарок, по регіону Європа-В+С – на 694, по СНД – на 742. Порівняно з поляками українці палять на 907 цигарок менше, з угорцями – на 1124, з чехами – на 464. Передовсім виникають сумніви у якості наданої міжнародним структурам інформації – паління визнається одним з важливих чинників захворюваності та смертності населення, а тривалість життя населення України є істотно нижчою за усі згадані регіони за винятком СНД. Звісно, не можна нехтувати і якістю цигарок – імовірно, що дається взнаки поширення нелегальних тютюнових виробів в Україні.

Порівняння показників поширення паління за окремими статеві-віковими групами свідчить про найбільшу популярність вживання тютюну серед чоловіків 26-50 років (палять більше 60% населення). Серед жінок вирізняються молоді та середні вікові групи – 18-40 років, що особливо небезпечно в контексті репродуктивної діяльності.

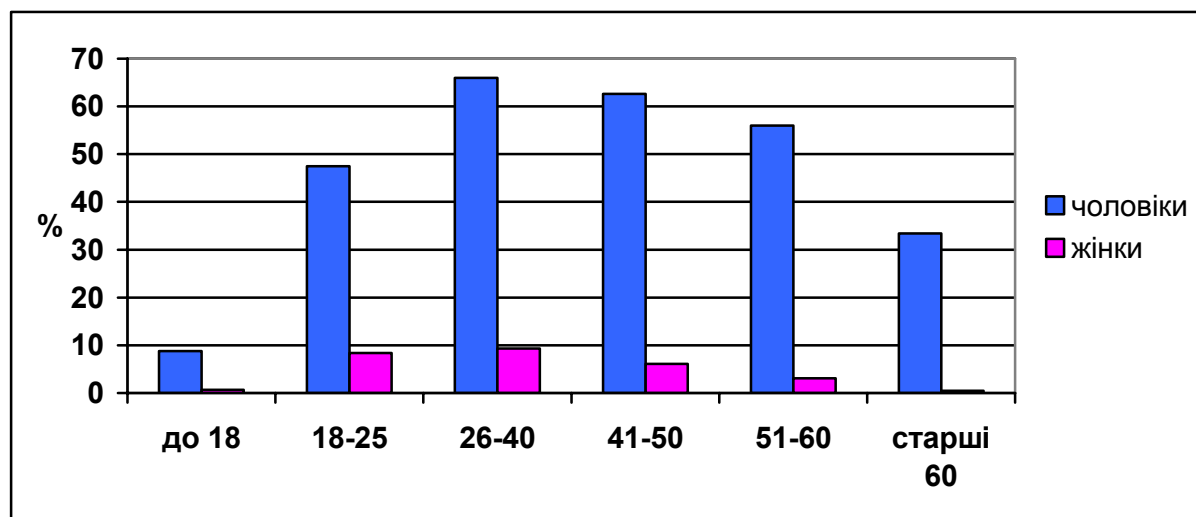


Рис. 7.4.7. Питома вага курців серед чоловіків та жінок різного віку в Україні, %.

Інформація щодо вживання алкоголю, на жаль, практично недоступна через поширення – особливо у сільській місцевості та невеликих містах – вживання горілки та вина домашнього вироблення.

Судячи з офіційних даних пересічний українець споживає 4 л. чистого алкоголю на рік, що на 5 л. менше за регіон Європа-А, на 1,5 л. менше за регіон Європа-В+С, на 2 л. менше за СНД. Порівняння рівнів річного споживання чистого

алкоголю із Польщею, Угорщиною та Чехією – також на користь України: на 3, 8 та 10 л. менше в розрахунку на одного мешканця впродовж року. На жаль, мало підстав довіряти наведеним даним, оскільки окремі соціологічні та експертні опитування свідчать про високий рівень алкоголізму. Непрямою ознакою поширеності цього явища є висока – і до того ж зростаюча – смертність від причин, пов'язаних з алкоголем. Так, якщо у 1990 році рівень смертності від цих причин становив 12,6 випадки в розрахунку на 100 000 жителів, то в 1995 – 27,3, в 2000 – 25,8, а в 2004 – 34,9 випадки. У 2004 році від причин, пов'язаних із алкоголем, померло 16567 осіб, тобто 2,2% загальної кількості летальних випадків.

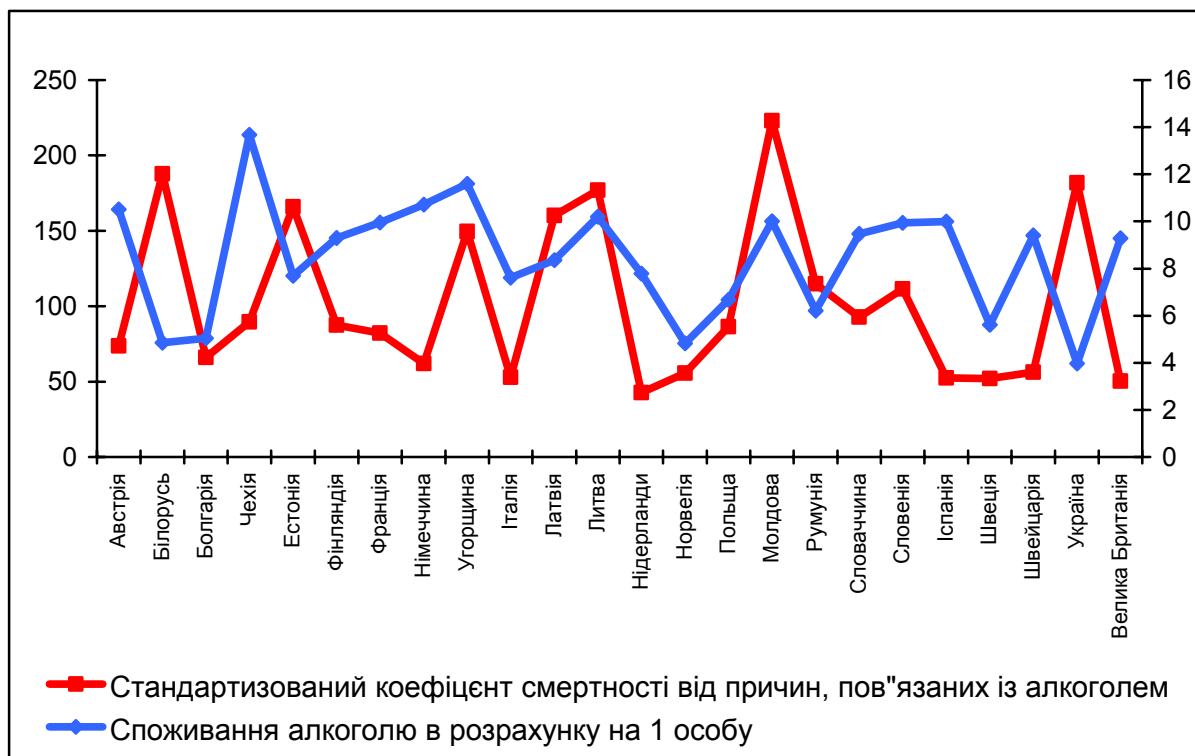


Рис. 7.4.8. Взаємозв'язок споживання алкоголю та рівня смертності від причин, пов'язаних із алкоголізмом.

Наявність доволі тісного зв'язку підтверджують і результати аналізу залежності між споживанням алкоголю та рівнем смертності від причин, з ним пов'язаних, за міжнародними даними.

Тенденції смертності від самогубств є вельми позитивними – за 10 років загальна чисельність летальних суїцидів зменшилась на 22,8% (порівняно з 1995 р.). Більш помітним з огляду на загальні масштаби виявилось скорочення смертності від самогубств серед чоловіків (2,6 тис. життів, тоді як серед жінок – 0,8 тис.). в цілому ж загальна кількість померлих від самогубств у 2004 році сягнула майже 11,3 тис. випадків, тобто перевищила 1,5% всіх смертей.

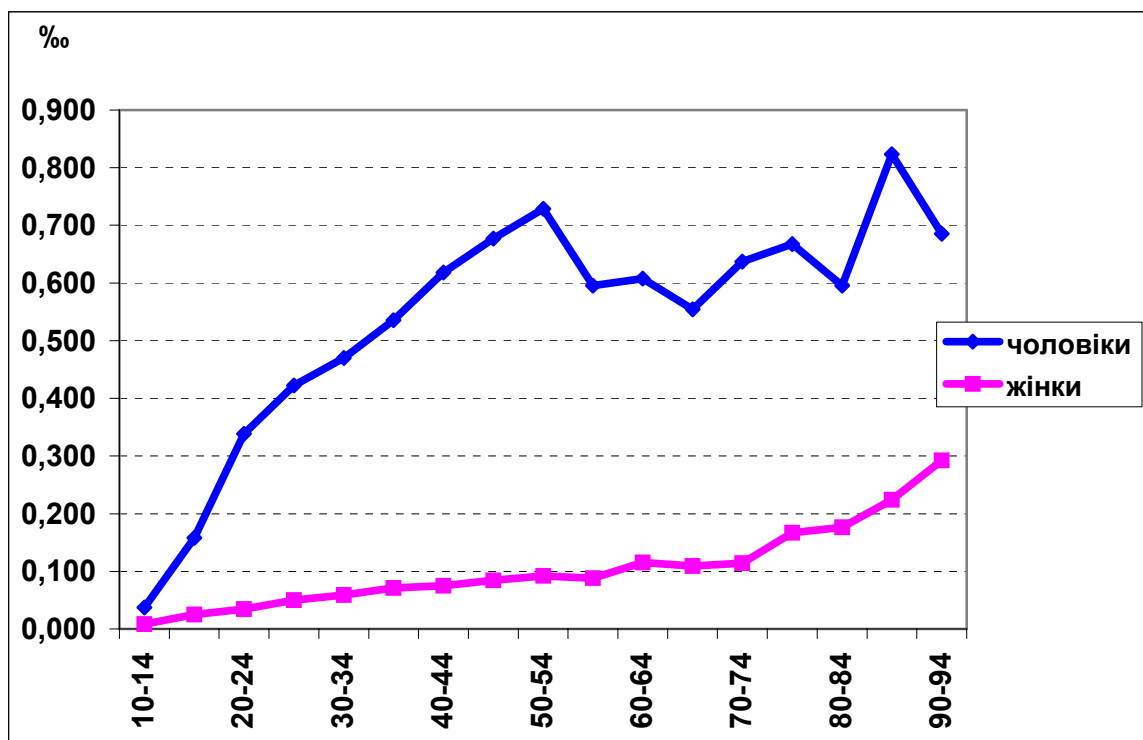


Рис. 7.4.9. Диференціація смертності від самогубств за статтю та віком, 2004р., ‰

Важливим чинником надсмертності чоловіків є дорожньо-транспортні пригоди. В розрахунку на 100 000 осіб стандартизований коефіцієнт смертності в Україні в 2003 р. становив 15,6 випадків, включаючи 25,3 випадки серед чоловіків і 7,1 серед жінок. І хоча ці показники лише на 10-30% перевищують аналоги європейських країн, слід зазначити, що в Україні в дорожньо-транспортних пригодах чоловіки гинуть в 3,7 разу частіше за жінок.

В усіх вікових групах смертність від самогубств серед чоловіків є значно вищою, але найбільшою є різниця в працездатних вікових групах. До того ж, якщо серед жінок максимум спостерігається в найстарших групах, то серед чоловіків після потужного зростання до початку пенсійного віку після його настання спостерігається певний спад, і нове збільшення ризику самогубства розпочинається після досягнення 85 років.

В результаті ризик смерті тільки у працездатному віці сягає для чоловіків 37% (для жінок – 8%), практично не змінюючись впродовж останньої чверті сторіччя.

Вікові особливості режиму смертності. Різну спрямованість векторів смертності у різних вікових інтервалах акумулюють показники середньої очікуваної тривалості життя при досягненні різного віку та їх порівняння із європейськими стандартами.

Табл. 7.4.4. Середня очікувана тривалість життя при досягненні певного віку в 2003 р. (років)

	0 років		15 років		45 років	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Україна	62,3	73,6	48,4	59,5	23,3	31,4

Європа-А	75,9	81,9	61,5	67,4	33,1	38,2
Європа-В+С	64,4	73,6	50,1	60,0	24,4	31,8
СНД	61,6	72,6	48,0	58,9	23,1	30,9
Польща	70,5	78,9	62,6	67,6	34,1	38,4
Угорщина	68,4	76,6	54,1	62,4	26,3	33,5
Чехія	72,1	78,7	57,6	64,1	29,3	34,8
Україна – Європа-А	-13,7	-8,4	-13,1	-7,9	-9,8	-6,8
Україна – Європа-В+С	-2,1	-0,0	-1,7	-0,5	-1,1	-0,4
Україна – СНД	0,7	1,0	0,4	0,7	0,2	0,5
Україна – Польща	-8,2	-5,4	-7,9	-5,1	-5,2	-4,0
Україна – Угорщина	-6,1	-3,2	-5,7	-2,9	-3,0	-2,1
Україна – Чехія	-9,8	-5,1	-9,2	-4,6	-6,0	-3,4

** Розраховано за матеріалами бази даних “Здоров’я для всіх” регіонального офісу ВООЗ у Європі, 2005.*

Разюча різниця у середній очікуваній тривалості життя при народженні стає більш-менш прийнятною (особливо у порівнянні із країнами з економікою перехідного типу) після припинення активної економічної діяльності (при досягненні 65 років).

Одним з основних показників смертності населення країни, який доволі точно і швидко реагує на зміни санітарно-гігієнічної ситуації, рівня життя та медичного обслуговування населення, якості харчування тощо є рівень смертності немовлят.

На жаль, після доволі благополучного рівня смертності немовлят на теренах принаймні Центральної та Східної Європи від початку 1990-х рр.. ситуація змінилась на протилежну, і замість відчутних переваг за цією ознакою Україна почала поступатися більшості сусідів. Після вкрай негативних тенденцій першої половини 1990-х рр.. впродовж останнього десятиріччя спостерігається практично невинне зниження смертності немовлят. Однак попри це її рівень у 2-3 рази перевищує аналоги економічно розвинених країн, що викликає особливе занепокоєння на фоні дуже низької народжуваності.

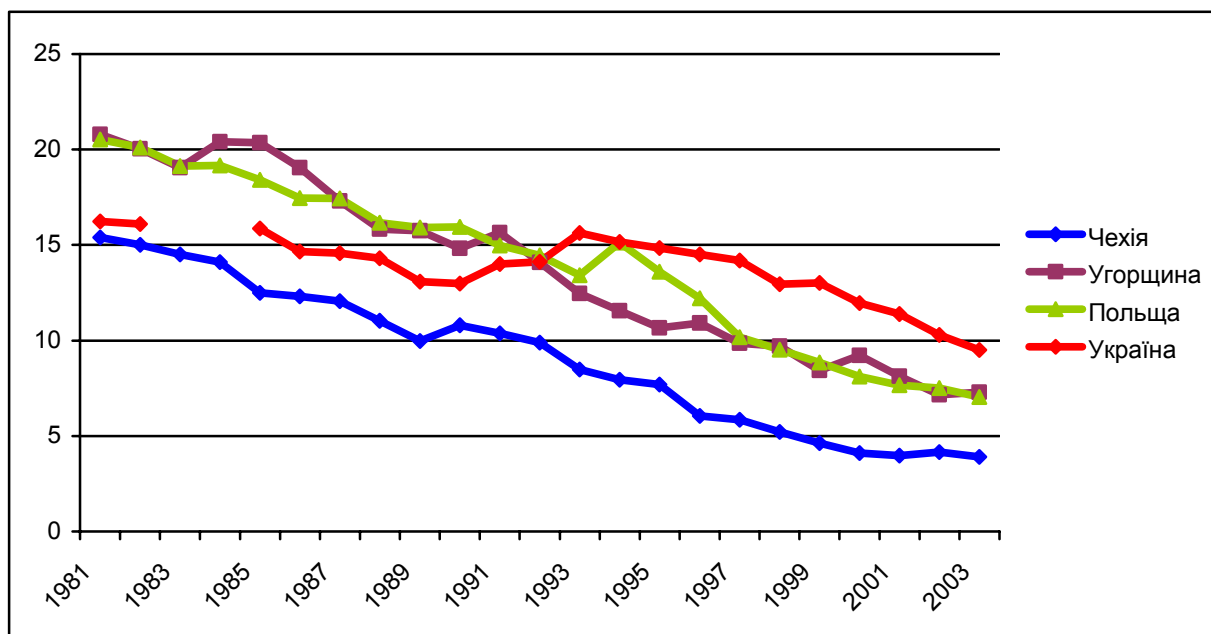


Рис. 7.4.10. Смертність немовлят в окремих Європейських країнах, на 1000 народжених.

За даними 2004 року імовірність смерті на першому році життя становила для хлопчиків 10,8‰, а для дівчаток – 8,2‰. Для порівняння: в середньому по регіону Європа-А – 5,1 і 4,1‰, по регіону Європа-В+С – 14,4 і 11,2‰.

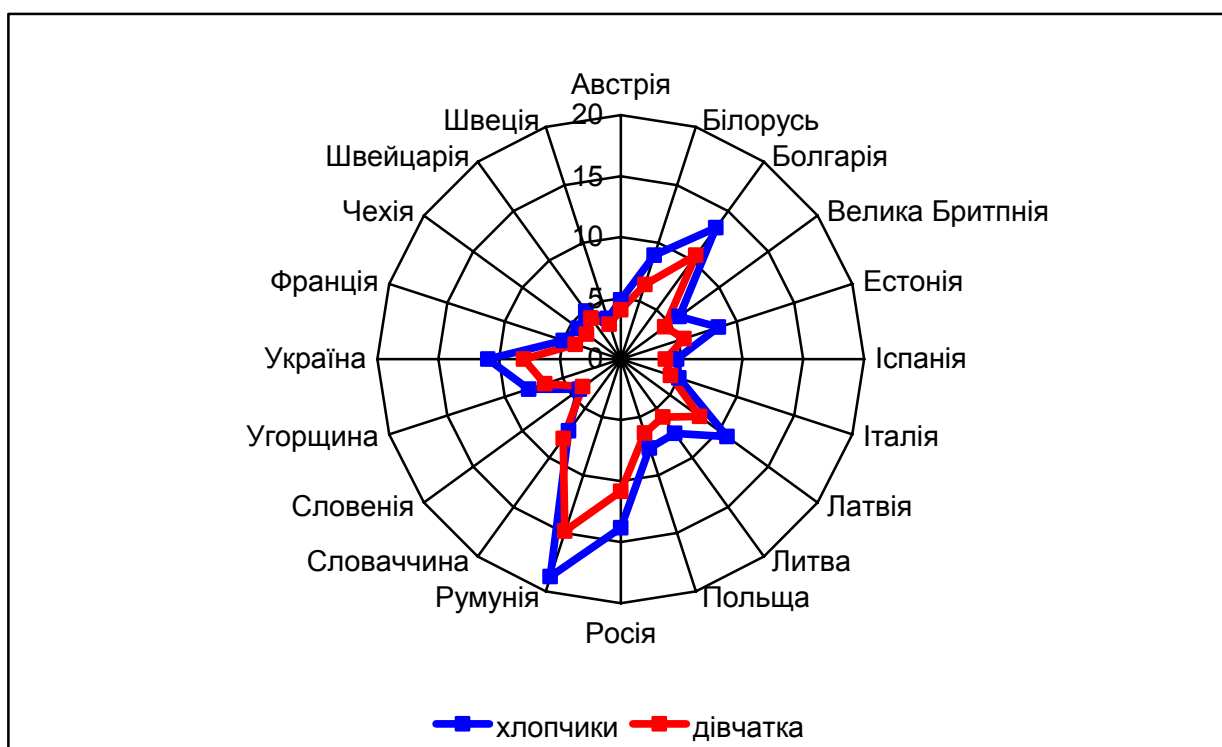


Рис. 7.4.11. Смертність немовлят за статтю в окремих Європейських країнах, на 1000 народжених.

Однак слід підкреслити, що попри поширену тезу про начебто вирішальне значення смертності немовлят у низькій тривалості життя населення України зниження цього

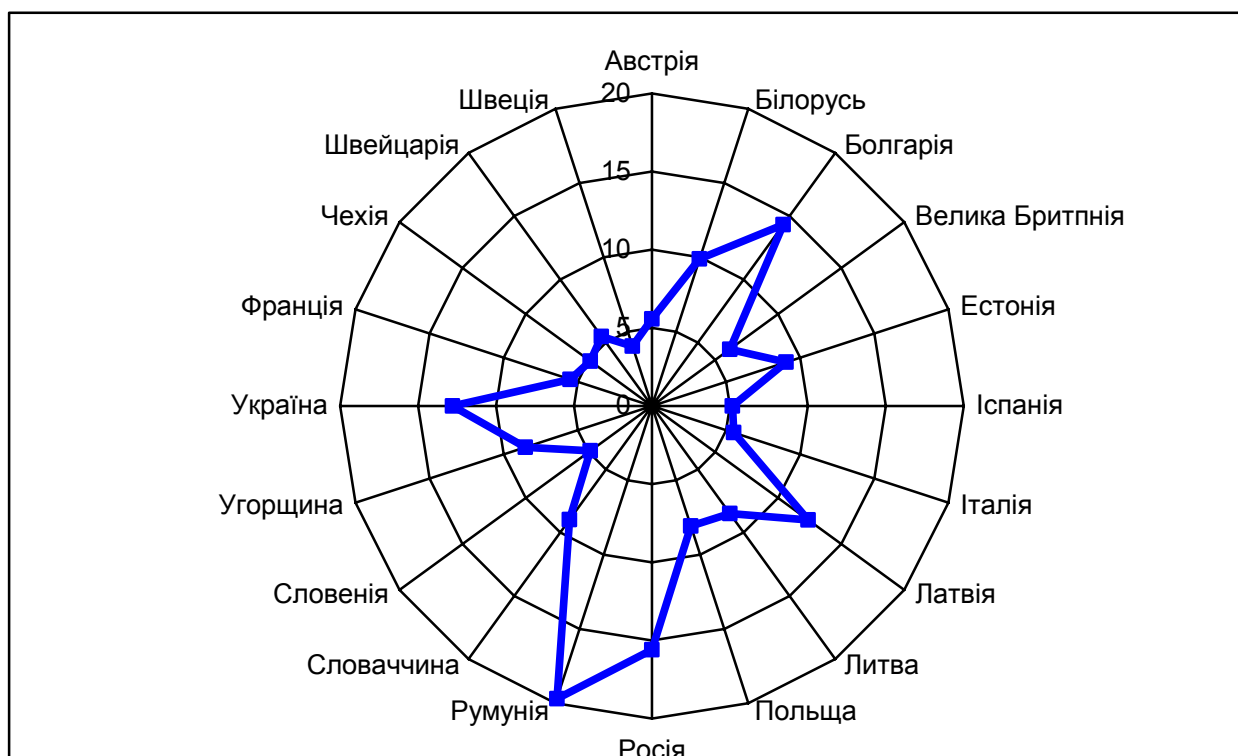
показника до сучасного європейського рівня не призведе до помітного зростання середньої очікуваної тривалості життя при народженні. Навіть досягнення рівня Швейцарії (за умовами 2002 р. – 4,85‰ серед хлопчиків і 4,14‰ серед дівчаток – найнижчий в Європі показник) призвело б до збільшення тривалості життя чоловіків на 0,37 року, а жінок – на 0,30. реальна ж різниця становить 16,08 року серед чоловіків і 9,70 року серед жінок.

Табл. 7.4.5. Коефіцієнт смертності дітей у віці до 5 років за статтю,
на 1000 народжених

	2000	2001	2002	2003	2004
Обидві статі	16,0	14,4	13,6	12,9	12,4
Хлопчики	18,3	16,3	16,1	14,7	14,0
Дівчатка	13,6	12,5	11,0	11,0	10,7

Джерело: дані Держкомстату

Показники смертності дітей до 5 років використовується як доповнення до показника смертності немовлят. Обумовлене це передовсім успіхами сучасної медицини, яка дуже часто в змозі “відтягти” на рік-два летальний кінець, але не завжди здатна остаточно вилікувати дитину. Дається взнаки і загальне поліпшення якості догляду немовлят. Відповідно міжнародні організації для характеристики якості медичного обслуговування та загального розвитку гуманітарної сфери використовують порівняння ймовірностей смерті дітей до досягнення не 1 року, як це було раніше, а 5 років. За цим показником тенденції в Україні є також доволі сприятливими, але відставання від економічно розвинених країн – не меншим.



7.4.12. Імовірність смерті до 5 років в окремих Європейських країнах, на 1000 народжених живими

Основним чинником цього відставання є надсмертність від нещасних випадків, отруєнь і травм, які уносять життя маленьких українців у 6-7 разів частіше

за їх однолітків із Швейцарії, у 3-4 рази частіше за маленьких чехів, угорців та поляків. Перевищення смертності є надзвичайно великим, хоча загальна кількість загиблих дітей і не дуже численною.

У цілому рівні смертності дітей та підлітків до 15 років більш-менш відповідають аналогам країн регіону Європа-В+С, але значно перевищують такі в регіоні Європа-А.

Табл. 7.4.6. Стандартизовані коефіцієнти смертності дітей до 5 років від нещасних випадків, отруєнь і травм (за європейським стандартом) в 2003 р.
на 100 000 осіб

	Обидві статі	Хлопчики	Дівчатка
Швейцарія	6,15	7,79	4,41
Швеція	3,27	4,25	2,24
Чехія	10,08	10,24	9,9
Польща	9,77	11,41	8,04
Білорусь	33,09	38,79	27,03
Естонія	37,62	45,97	28,96
Казахстан	48,11	52,56	43,44
Латвія	41,68	39,7	43,73
Литва	26,57	32,22	20,56
Молдова	57,52	72,79	41,2
Росія	42,06	47,99	35,83
Угорщина	10,1	9,85	10,37
Україна	38,55	44,54	32,2
Регіон Європа	18,96	21,64	16,13
Європа-А	7,53	8,79	6,19
Європа-В+С	34,54	39,11	29,72
СНД	40,72	46,06	35,07
Україна/Європа-А	512,0	506,7	520,2
Україна/Європа-В+С	111,6	113,9	108,3
Україна/СНД	94,7	96,7	91,8
Україна/Швейцарія	626,8	571,8	730,2
Україна/Чехія	382,4	435,0	325,3
Україна/Польща	394,6	390,4	400,5
Україна/Угорщина	381,7	452,2	310,5

* Європейська база даних по смертності регіонального офісу ВООЗ у Європі, 2005

Найбільшими є втрати населення у віці 15-59 років. Імовірність смерті у цьому віці становить в Україні 393‰ для чоловіків і 145‰ для жінок, тоді як у Польщі ці показники становлять 204 і 82‰, в Угорщині – 259 і 110‰, у Чехії – 163 і 72‰ відповідно [15].

У табл. 7.4.7 наведені розрахунки ймовірностей повністю прожити доволі тривалі періоди життя по країнах регіону Європа-А (Швейцарії та Чехії), регіону Європа-В (Польщі) і усіх 9 країнах регіону Європа-С. Представлені дані свідчать про те, що до 15 років в Україні доживають 978 хлопчиків і 984 дівчинки з кожної 1000 народжених, тоді як, наприклад, у Швейцарії – країні з найнижчими в Європі рівнями смертності - 992 і 994 відповідно. Отже, на цьому 15-річному життєвому інтервалі Україна втрачає порівняно з еталоном додатково 14 чоловічих і 10 жіночих життів. Порівняння з іншими країнами дає таке поле втрат: по чоловіках – більше на 15 втрачених життів порівняно із Чехією і менше на 49 втрачених життів порівняно із Казахстаном, по жінках – на 10 більше, ніж у Чехії і на 34 менше, ніж у Казахстані.

Табл. 7.4.7. Імовірності прожити повністю весь період в 2001 р., ‰

Країна	Чоловіки				Жінки			
	0-14	15-39	40-59	15-59	0-14	15-39	15-59	40-59
Швейцарія	992	978	926	905	994	990	957	
Чехія	993	973	855	832	995	990	937	
Польща	989	962	816	785	951	988	926	
Білорусь	982	904	698	632	987	974	889	
Естонія	985	933	738	688	987	982	906	
Казахстан	929	888	704	625	950	949	833	
Латвія	982	928	742	688	986	978	904	
Литва	987	937	779	730	989	983	920	
Молдова	971	938	738	692	979	977	869	
Росія	972	868	646	560	980	964	873	
Угорщина	987	960	756	725	990	984	896	
Україна	978	904	690	624	984	971	885	

* Розраховано за даними Статистичної інформаційної системи ВООЗ

Другий великий інтервал – 30-річний – забирає в Україні значно більше життів: порівняно із Швейцарією додатково 74 чоловічих і 19 жіночих життів. Порівняння з іншими вибраними країнами по чоловіках: на 69 більше, ніж у Чехії і на 37 менше, ніж у Росії, по жінках: на 19 більше, ніж у Чехії та на 22 менше, ніж у Казахстані. З огляду на удвічі більшу тривалість цього періоду можна вважати ці втрати цілком порівнювальними із втратами періоду дитинства та юнацтва. Але впродовж наступних 20 років – від 40 до 60 – Україна втрачає значно більше, ніж будь-яка інша країна європейського регіону за винятком Росії (по жінках ще менше, ніж у Казахстані та Молдові) – 310 чоловічих і 115 жіночих життів. Порівняно із Швейцарією ці втрати є більшими на 236 і 71 життя, порівняно із Чехією – на 165 і 52. Отже, саме цей період визначає переважну більшість втрат населення України через надмірну смертність.

Табл. 7.4.8. Розрахунки втрат людських життів впродовж визначених інтервалів в Україні порівняно з іншими країнами в 2001 р., на 1000

Країна	Чоловіки				Жінки			
	0-14	15-39	40-59	15-59	0-14	15-39	15-59	40-59
Швейцарія	+15	+73	+236	+282	+11	+19	+7	
Чехія	+15	+69	+165	+208	+10	+19	+5	
Польща	+11	+57	+127	+161	+7	+17	+4	
Білорусь	+4	0	+9	+8	+3	+3	+4	
Естонія	+8	+29	+48	+64	+4	+11	+2	
Казахстан	-49	-16	14	1	-34	-22	-5	
Латвія	+4	+23	+52	+64	+2	+7	+1	
Литва	+9	+33	+89	+106	+5	+11	+3	
Молдова	-7	+34	+48	+68	-5	+6	-1	
Росія	-5	-37	-44	-64	-4	-7	-1	
Угорщина	+9	+55	+66	+102	+6	+13	+1	

* Розраховано за даними: Статистичної інформаційної системи ВООЗ.

У цілому ж до 60 років в Україні вмирає 26,9% населення – вищим є цей показник тільки в Російській Федерації (29%), тоді як у більшості інших країн з

економікою перехідного типу він є нижчим за 20%. Можна стверджувати, що надмірний рівень передчасної смертності є тією високою соціальною ціною, яку українське населення сплачує за низьку ефективність економічних реформ, за низьку якість продуктів харчування, за погані умови життя в цілому, за недоступність якісної медичної допомоги, за недоліки профілактичної роботи, за відсутність власної спрямованості на дотримання здорового способу життя.

З різних причин не має належного доступу до якісних медичних товарів та послуг кожне шосте домогосподарство (16,2% населення країни), хоча вважають, що потребують їх – 92%¹⁶, і відповідно менше 40% населення оцінюють свій стан здоров'я як добрий. Стагнація цих показників впродовж усього періоду спостереження (від 2000 року) віддзеркалює як об'єктивно існуючі негаразди системи охорони здоров'я, так і незадоволення населення.

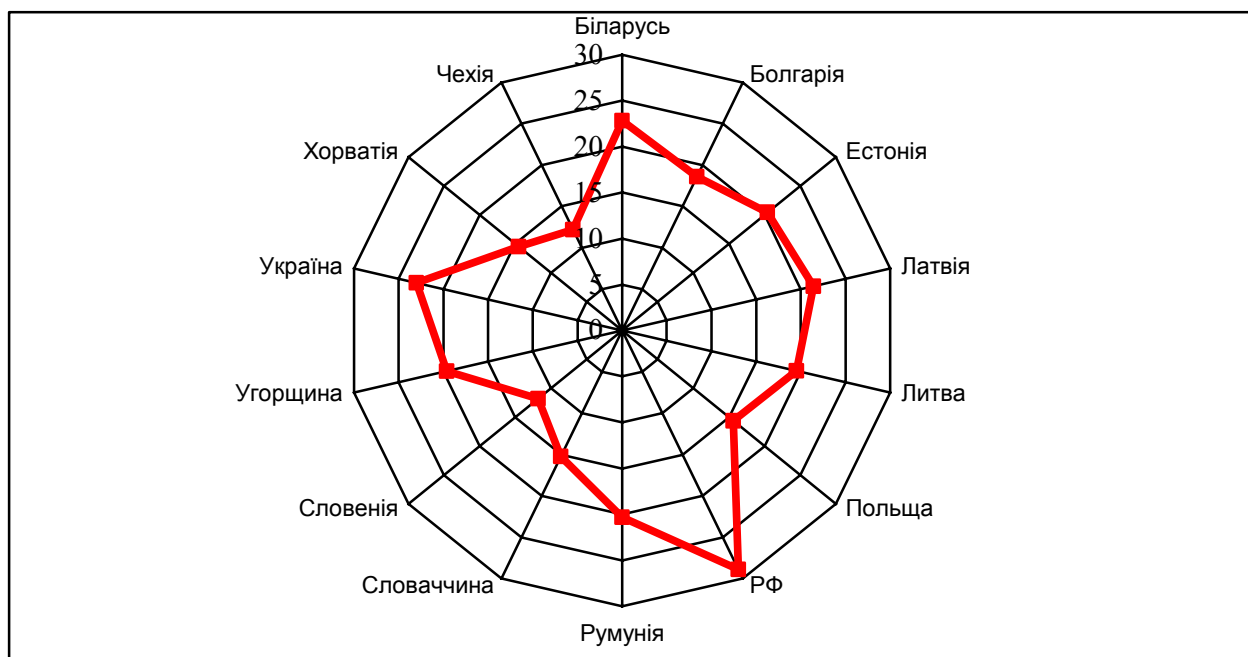


Рис. 7.4.13. Імовірність смертні у віці до 60 років в окремих Європейських країнах, %.

Харчування

Безумовно, важливою ознакою способу життя, що має безпосередній вплив на стан здоров'я і врешті-решт на параметри режиму смертності населення країни, є якість раціону харчування. Незважаючи на загальний доволі низький рівень життя, енергетична цінність раціону харчування населення України в середньому відповідає європейським стандартам. Однак висока калорійність забезпечується за рахунок споживання продуктів з високим вмістом жирів, переважно рослинного походження. Внаслідок цього восьма частина населення України у віці 18 років і старші і майже кожна шоста жінка мають надмірну вагу – серед осіб віком 50-60 років відповідні частки дорівнюють 20,1% і 26,4%. Це, безумовно, відбивається на стані здоров'я, зокрема на підвищеній схильності до серцево-судинних захворювань.

¹⁶ За даними Обстеження умов життя 10 092 домогосподарств за 9 місяців 2004 року



Рис. 7.4.14. Енергетична цінність добового раціону в окремих Європейських країнах, ккал.

Якість раціону харчування, зокрема споживання овочів, фруктів, риби є відверто недостатнім серед всіх верств населення. Наприклад, якщо в середньому по країнах ЄС населення споживає 227 кг фруктів та овочів на рік, то в Україні – майже на третину менше (по Україні споживання фруктів та овочів у 2002р. – 137кг., у 2004р. – 149 кг.)

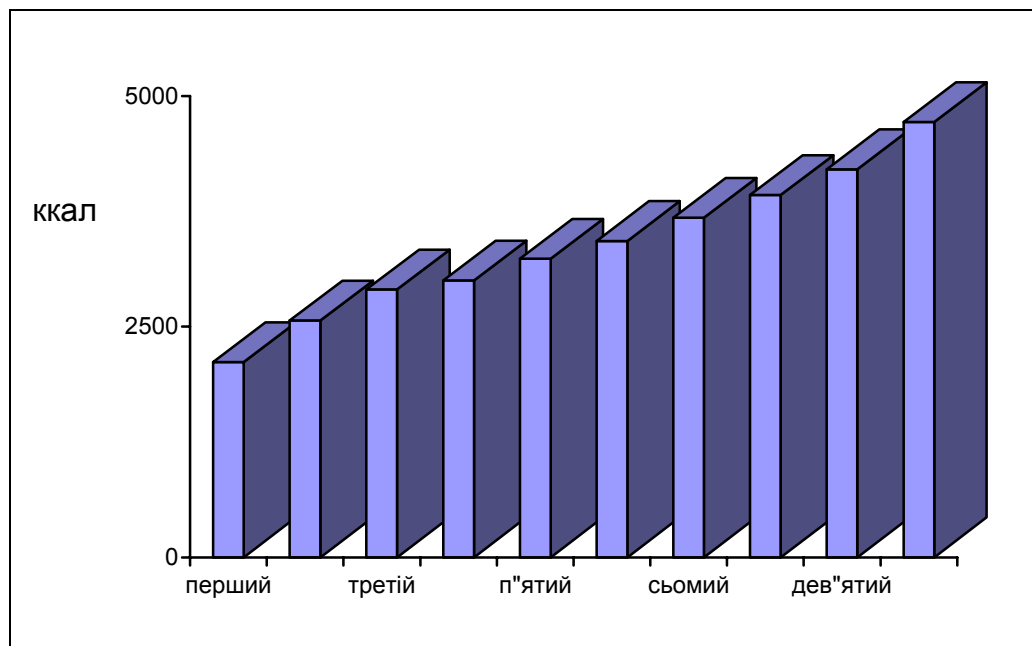


Рис. 7.4.15. Енергетична цінність добового раціону харчування населення, яке відноситься до різних децилей за доходами, ккал.

Особливі проблеми з якістю раціону харчування у соціально вразливих груп населення, передовсім багатодітних сімей та домогосподарств, які потерпають від

хронічної бідності. Вони не просто споживають недостатньо молочних продуктів, овочів, фруктів, м'яса та риби – енергетична цінність добового раціону 10% найбідніших мешканців країни становить 2222 ккал., що ледь перевищує межу 2100 ккал., визначену ВООЗ ознакою крайньої бідності.

**Джерело: База даних "Здоров'я для всіх" регіонального офісу ВООЗ у Європі, 2005.*

7.5. Причини смерті населення України.

Загальні структурні зрушення. Основним чинником надмірних демографічних втрат є висока смертність від нещасних випадків, вбивств, самогубств та інших зовнішніх чинників. За даними 2004 року ці – суто екзогенні причини, які забирають життя майже виключно у молодому та середньому віці – викликали 10,5% усіх смертей в Україні.

Табл. 7.5.1. Характеристика смертності від основних причин смерті

Причини смерті	Кількість померлих, осіб				Середній вік померлих, років			
	1986	1991	1996	2004	1986	1991	1996	2004
Інфекційні та паразитарні захворювання	6322	6419	10535	15136	43,9	46,5	45,2	43,7
туберкульоз	4037	4524	8233	10787	53,6	52,0	48,1	46,3
Новоутворення	90654	105135	99153	92118	62,2	62,9	62,6	63,9
шлунку	15604	15990	13364	10866	64,1	64,7	64,0	65,1
трахеї, бронхів, легенів	18858	22725	19781	16345	62,6	63,4	63,5	64,9
молочної залози	6023	7054	7663	7891	60,1	60,9	61,0	62,5
жіночих статевих органів	8204	8601	8309	7507	63,0	63,6	62,9	62,7
Хвороби системи кровообігу	346652	349270	446824	473746	74,6	73,2	73,0	73,5
ішемічна хвороба серця	217494	190508	272885	311101	75,4	73,1	73,4	73,9
цереброваскулярні хвороби	102542	114027	122561	103735	74,3	73,9	73,0	73,8
Хвороби органів дихання	40562	38745	43991	28486	67,9	68,1	66,9	65,2

Нещасні випадки, вбивства, самогубства та інші зовнішні чинники	41787	60989	80352	71329	44,0	44,6	45,3	47,5
самогубства	9472	10743	15258	11259	50,1	49,3	48,5	48,3
Разом	525977	560558	680855	680815	69,1	67,5	67,4	68,5

Джерело: Розраховано за даними Держкомстату.

Закономірно більшість летальних випадків (62,2%) викликають хвороби системи кровообігу, значення яких зростає з часом через старіння населення і зниження смертності від більшості інших причин. Проте, смерті від серцево-судинних захворювань настають в Україні значно раніше, ніж в економічно розвинених країнах. Це є наслідком відсутності традицій систематичних профілактичних оглядів, безвідповідального ставлення до власного життя більшості населення країни, незадовільного стану системи охорони здоров'я тощо.

Неприпустимою в сучасних умовах є висока смертність від хвороб органів дихання, яка спостерігається серед населення не тільки старшого, а і середнього і навіть молодого віку. За звичай вважається, що летальність хвороб органів дихання є наслідком забруднення навколишнього середовища і недоступності якісної медичної допомоги.

Дається взнаки і надто високий рівень смертності від інфекційних та паразитарних захворювань, що є наслідком передовсім медико-гігієнічних негараздів у країні. Чисельність померлих від цих причин стрімко зростає, і до того ж смерті настають все раніше. Особливо загрозливими є тенденції смертності від туберкульозу, який в 2004 році уніс 10,8 тис. життів, середній вік померлих від туберкульозу становив 46,3 року.

Взагалі рівень смертності від інфекційних і паразитарних хвороб утричі перевищує стандарти регіону Європа-А, більш ніж учетверо – Польщі, більш ніж ушестеро – Угорщини, майже в 10 разів – Чехії.

Ще гіршими є результати порівняльного аналізу смертності від туберкульозу. Стандартизований коефіцієнт смертності по Україні перевищує такий по регіону Європа-А в 29 разів, по Польщі – в 9,3 разу, по Угорщині – у 8,9 разу, по Чехії – у 31,7 разу.

Табл. 7.5.2. Зміни чисельності та середнього віку померлих від основних причин смерті

Причини смерті	Різниця у чисельності померлих у 2004 р. порівняно із		Різниця у середньому віці померлих у 2004 р. порівняно із	
	1986	1991	1986	1991
Інфекційні та паразитарні захворювання	8814	8718	-0,2	-2,8
туберкульоз	6750	6263	-7,3	-5,7
Новоутворення	1464	-13017	1,7	1,0
Шлунку	-4738	-5124	1,0	0,4
трахеї, бронхів, легенів	-2513	-6380	2,3	1,5
молочної залози	1868	837	2,4	1,6
жіночих статевих органів	-697	-1094	-0,3	-0,9
Хвороби системи кровообігу	127094	124476	-1,1	0,3
ішемічна хвороба серця	93607	120592	-1,5	0,8

цереброваскулярні хвороби	1193	-10292	-0,5	-0,1
Хвороби органів дихання	-12076	-10259	-2,7	-2,9
Нещасні випадки, вбивства, самогубства та інші зовнішні чинники	29542	10340	3,5	2,9
самогубства	1787	516	-1,8	-1,0
Разом	154838	120258	-0,6	1,0

Джерело: Розраховано за даними Держкомстату

Порівняно із 1986 р. середній вік померлих в Україні зменшився на 0,6 року переважно через несприятливі структурні зрушення – випереджаюче збільшення впливу тих причин, які викликають смерті переважно у молодому віці (інфекційних та паразитарних захворювань, передовсім туберкульозу, нещасних випадків, отруєнь і травм). Порівняння із 1991 р. дає зовсім іншу картину – середній вік померлих підвищився на 1 рік, і вплинуло на це головним чином „постаріння” смертності від більшості основних причин, вплив же структурних зрушень виявився мінімальним.

Співвідношення різних причин смерті в загальному процесі смертності здійснює значний вплив на формування середньої очікуваної тривалості життя, її регіональну варіацію та часовий перебіг, оскільки сукупності летальних випадків за окремими причинами характеризуються за звичай різним віком їх настання. Отже, що вища питома вага померлих, наприклад, від інфекційних та паразитарних захворювань (це переважною мірою – діти), то нижчою за рівних інших умов є середній вік померлих від усіх причин, а отже нижчою є і середня очікувана тривалість життя. В Україні впродовж останніх років вирішальний внесок у динаміку вносять саме структурні зрушення.

Табл. 7.5.3. Характеристика смертності від основних причин смерті за елімінування впливу статево-вікових структур

	Стандартизовані за європейським стандартом коефіцієнти смертності, на 100 000 населення					Співвідношення коефіцієнта смертності в Україні із аналогом					
	С	Є	По	Угор	Ук	Ч	С	Є	По	Угор	Ч
	С	льща	льща	щина	раїна	ехія	С	льщі	щини	ехії	
Інфекційні та паразитарні хвороби											
981	1	7 0,0	55 ,4	73,9	95 ,9	7 9,6	1 37,0	17 3,0	129, 8	1 20,5	
986	1	6 2,7	60 ,2	66,0	77 ,2	6 9,1	1 23,1	12 8,1	117, 0	1 11,7	
991	1	5 3,7	42 ,9	53,6	68 ,6	4 6,7	1 27,6	15 9,8	127, 8	1 46,9	
996	1	5 4,8	38 ,4	50,2	78 ,6	3 9,7	1 43,5	20 4,5	156, 5	1 97,9	
001	2	4 6,1	38 ,9	33,6	59 ,5	3 7,9	1 29,0	15 3,1	177, 2	1 56,9	
002	2	4 6,9	37 ,6	36,0	56 ,7	3 8,2	1 20,7	15 0,6	157, 3	1 48,2	
003	2	4 7,6	41 ,5	41,4	53 ,7	4 2,4	1 12,8	12 9,5	129, 6	1 26,8	
Новоутворення											
981	1	2 40,4	19 6,4	241, 5	15 4,2	2 43,4	7 6,9	78 ,5	63,9	6 3,4	
	1	2 04,4	20 7,5	253, 4	17 0,0	2 54,9	8 3,2	81 ,9	67,1	6 6,7	

986										
991	1	2	21	270,	18	2	9	88	69,8	7
		04,8	3,8	2	8,5	57,1	2,1	,2		3,3
996	1	1	21	278,	17	2	9	82	63,6	7
		96,6	3,8	0	6,8	43,4	0,0	,7		2,6
001	2	1	21	265,	16	2	9	78	63,6	7
		87,6	6,5	6	9,0	34,1	0,1	,1		2,2
002	2	1	21	262,	16	2	8	77	63,6	7
		86,6	6,7	3	6,9	33,8	9,5	,0		1,4
003	2	1	21	263,	16	2	8	76	62,3	7
		86,3	4,7	8	4,3	34,2	8,2	,5		0,1
Хвороби системи кровообігу										
981	1	4	53	683,	70	6	1	13	103,	1
		27,9	1,8	2	7,9	58,8	65,4	3,1	6	07,5
986	1	4	59	665,	66	6	1	11	100,	9
		07,8	8,4	0	6,4	73,9	63,4	1,4	2	8,9
991	1	3	60	635,	61	6	1	10	96,2	9
		70,4	9,4	5	1,5	15,7	65,1	0,4		9,3
996	1	3	52	587,	77	5	2	14	131,	1
		22,5	4,6	4	4,6	29,7	40,2	7,6	9	46,2
001	2	2	43	503,	77	4	2	18	154,	1
		74,5	1,5	8	7,2	59,8	83,1	0,1	3	69,0
002	2	2	41	503,	79	4	2	19	158,	1
		70,7	3,9	9	9,7	56,0	95,5	3,2	7	75,4
003	2	2	41	508,	81	4	3	19	161,	1
		70,3	6,7	3	9,7	61,9	03,3	6,7	3	77,5
Хвороби органів дихання										
981	1	7	55	73,9	95	7	1	17	129,	1
		0,0	,4		,9	9,6	37,0	3,0	8	20,5
986	1	6	60	66,0	77	6	1	12	117,	1
		2,7	,2		,2	9,1	23,1	8,1	0	11,7
991	1	5	42	53,6	68	4	1	15	127,	1
		3,7	,9		,6	6,7	27,6	9,8	8	46,9
996	1	5	38	50,2	78	3	1	20	156,	1
		4,8	,4		,6	9,7	43,5	4,5	5	97,9
001	2	4	38	33,6	59	3	1	15	177,	1
		6,1	,9		,5	7,9	29,0	3,1	2	56,9
002	2	4	37	36,0	56	3	1	15	157,	1
		6,9	,6		,7	8,2	20,7	0,6	3	48,2
003	2	4	41	41,4	53	4	1	12	129,	1
		7,6	,5		,7	2,4	12,8	9,5	6	26,8
Нещасні випадки, вбивства, самогубства та інші зовнішні чинники										
981	1	6	72	116,	10	8	1	14	92,6	1
		0,7	,3	2	7,5	5,7	77,2	8,7		25,4
986	1	5	75	118,	81	8	1	10	69,4	9
		7,8	,7	1	,9	4,2	41,8	8,2		7,3
991	1	5	86	117,	11	8	2	13	101,	1
		7,2	,8	2	8,7	2,2	07,6	6,8	3	44,3
996	1	4	72	95,0	15	7	3	21	166,	2
		9,0	,4		8,2	0,1	22,9	8,5	6	25,8
	2	4	63	80,7	15	6	3	23	186,	2

001	4,2	,4		0,0	0,9	39,5	6,6	0	46,5
2	4	64	81,6	15	6	3	23	188,	2
002	3,8	,2		3,5	0,5	50,0	9,1	0	53,7
2	4	62	80,0	14	6	3	23	182,	2
003	3,6	,4		6,0	4,2	35,0	3,8	5	27,4

* Розраховано за даними: матеріалами бази даних "Здоров'я для всіх" регіонального офісу ВООЗ у Європі, 2005

Імовірності смерті від окремих причин – це не зовсім незалежні величини, оскільки сумарна імовірність смерті від усіх причин для кожної окремої людини дорівнює 1, тобто імовірність того, що все стаціонарне населення, яке розглядається при побудові таблиці смертності, вимре від сукупності усіх причин, також дорівнює 1. на практиці це означає, що успіхи медицини та підвищення санітарно-гігієнічної культури суспільства, які призводять до зниження ризику смерті від більшості переважно екзогенних причин, завжди супроводжується відповідним зростанням питомої ваги смертей ендегенної та квазіендегенної етіології. В дійсності не існує жорстко лінійних тенденцій, що пов'язано із різними ступенями інерційності ендегенних та квазіендегенних причин, неоднаковою тривалістю латентного періоду між дією патогенного чинника та проявами захворювання, між проявом захворювання та смертю, врешті-решт, з кумулятивним характером дії більшості ендегенних причин. У цілому захворювання переважно ендегенної етіології обумовлюють менш значні, але й менш суперечливі зміни тривалості життя населення: відбувається майже невинне зростання частки пов'язаних із ними смертей та посилюється їх вплив на середню тривалість життя. Смертність від екзогенних причин значно сильніше залежить від впливу цивілізаційного прогресу.

Порівняно з усіма країнами Європи – як з розвиненою, так і з перехідною економікою – Україна помітно втратила свої позиції за рівнем смертності населення. Про це свідчать передовсім розрахунки співвідношень стандартизованих коефіцієнтів смертності від окремих причин в Україні та інших країнах Європи, включаючи ЄС у цілому. Поліпшення згаданих співвідношень спостерігається за хворобами органів дихання та за інфекційними і паразитарними хворобами. Однак і по тих, і по тих причинах рівні смертності в Україні істотно перевищують європейські аналоги.

Причини дитячої смертності. Загальне зниження смертності немовлят в Україні віддзеркалює її зменшення практично від усіх основних причин. Виняток становлять, на жаль, нещасні випадки, отруєння і травми – ті причини, смерті від яких найпростіше уникнути за умов належного догляду. Однак тільки за 3 останніх роки рівень смертності саме від цих причин зріс на 13,2%, а серед дівчаток – на 27,1%. Найбільший внесок у формування цієї вкрай негативної тенденції здійснює зростання смертності від випадкового механічного задушення – ця причина обумовлює нині 58,3% всіх смертей від нещасних випадків, отруєнь і травм і викликає загалом загибель 5 немовлят з кожних 10 тисяч новонароджених.

Табл. 7.5.4. Смертність немовлят за основними причинами смерті, Україна
кількість померлих на 10 000 народжених живими

	1991	1995	2000	2004
Всього померлих	139,0	146,8	119,4	94,9
з них за класами хвороб				
стани, що виникають у перинатальному періоді	52,8	48,4	46,3	36,8

вроджені аномалії	38,6	42,6	34,7	28,2
нещасні випадки, отруєння і травми	7,8	9,1	8,7	8,6
хвороби органів дихання	15,4	14,5	7,8	4,0
інфекційні та паразитарні захворювання	8,8	11,2	6,0	4,3
хвороби нервової системи та органів чуттів	4,5	5,6	3,0	3,0

Джерело: дані Держкомстату

Майже 70% усіх смертей немовлят обумовлюють стани, що виникають у перинатальному періоді, та вроджені аномалії. У свою чергу, левову частку з них викликають внутрішньоматкова гіпоксія й асфіксія, вроджена й аспіраційна пневмонії та інші респіраторні стани.

Але попри певні позитивні зрушення структура смертності немовлят за причинами смерті істотно відрізняється від такої у більшості країн не тільки регіону Європа-А, а й регіону Європа-В+С. Головним чинником зазначених розбіжностей є, безумовно, смертність від зовнішніх дій – саме вони у декілька разів частіше, ніж у Польщі, Угорщині та Чехії є причиною смертей немовлят. Найбільшою є різниця у смертності від інфекційних та паразитарних захворювань, від нещасних випадків, отруєнь і травм.

Табл. 7.5.5. Смертність немовлят за основними причинами смерті в 2003 р.

	Кількість померлих на 100 тис. народжених живими				Співвідношення рівня смертності в Україні із		
	Польща	Угорщина	Україна	Чехія	Польщею	Угорщиною	Чехією
Всього померлих	704,0	729,0	950,0	390,0	134,9	130,3	243,6
стани, що виникають у перинатальному періоді	346,5	442,6	392,9	206,9	113,4	88,8	189,9
вроджені аномалії	224,6	164,9	277,0	98,6	123,3	168,0	280,9
нещасні випадки, отруєння і травми	18,0	21,3	81,8	20,4	454,4	384,0	401,0
хвороби органів дихання	21,2	30,9	51,0	20,4	240,6	165,0	250,0
інфекційні та паразитарні захворювання	27,5	5,3	41,9	5,4	152,4	790,6	775,9

* Розраховано за даними: матеріалами Європейської бази даних по смертності регіонального офісу ВООЗ у Європі, 2005

Смертність від новоутворень. Вельми специфічною на європейському фоні є ситуація із смертністю від новоутворень. Це чи не єдиний із вагомих класів хвороб, смертність від якого в Україні традиційно нижче за аналоги європейських країн, як із розвиненою, так і з перехідною економікою. Так ситуація може бути обумовлена як реально нижчими рівнями смертності, так і – що видається більш імовірним – гіршою діагностикою причини смерті на теренах колишнього СРСР (про це, зокрема, свідчать співвідношення рівнів смертності від раку в Україні та СНД). Цілком імовірно, що частина онкологічних смертей помилково фіксується як смерті від хвороб системи кровообігу, передовсім від ішемічної хвороби серця.

Всупереч поширеній тезі про стрімке поширення новоутворень через Чорнобильську катастрофу порівняно з європейськими стандартами ситуація принаймні не погіршилась (відносно, наприклад, Польщі та Угорщини вона навіть поліпшилась); про це свідчить і динаміка коефіцієнтів власне по Україні.

Табл. 7.5.6. Стандартизовані коефіцієнти смертності від основних новоутворень

на 100 000 осіб

Країни	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Новоутворення в цілому							
ЄС	203,79	204,13	198,91	189,44	187,56	186,55	186,31
СНД	172,41	184,01	178,48	169,41	165,68	163,92	162,3
Польща	206,13	212,82	215,41	215,92	216,46	216,67	214,73
Угорщина	244,68	266,68	276,19	268,16	265,58	262,26	263,81
Україна	164,29	184,4	182,66	173,18	169,04	168,4	165,7
Чехія	248,44	258,59	252,19	237,83	234,07	233,75	234,22
Україна/ЄС	0,806	0,903	0,918	0,914	0,901	0,895	0,882
Україна/СНД	0,953	1,002	1,023	1,022	1,020	1,018	1,012
Україна/Польща	0,797	0,866	0,848	0,802	0,781	0,770	0,765
Україна/Угорщина	0,671	0,691	0,661	0,646	0,636	0,636	0,623
Україна/Чехія	0,003	0,003	0,004	0,004	0,004	0,004	0,004
Новоутворення органів дихання							
ЄС	41,26	41,9	41,54	39,58	39,23	39,12	38,99
СНД	34,36	38,9	36,46	32,15	30,83	30,31	29,35
Польща	46,27	51,44	53,12	51,72	52,49	53,22	51,96
Угорщина	50,75	61,15	64,99	64,96	64,84	64,92	66,49
Україна	34,18	40,82	37,77	33,37	31,72	35,7	34,3
Чехія	53,91	55,48	52,63	48,91	47,55	46,14	45,27
Україна/ЄС	0,828	0,974	0,909	0,843	0,809	0,785	0,757
Україна/СНД	0,995	1,049	1,036	1,038	1,029	1,013	1,005
Україна/Польща	0,739	0,794	0,711	0,645	0,604	0,577	0,568
Україна/Угорщина	0,673	0,668	0,581	0,514	0,489	0,473	0,444
Україна/Чехія	0,634	0,736	0,718	0,682	0,667	0,665	0,652
Рак молочної залози							
ЄС	29,56	30,11	29,67	26,94	26,66	26,31	26,23
СНД							
Польща	21,06	22,59	22,94	21,46	21,46	21,36	21,48
Угорщина	31,32	32,22	32,68	32,48	31,57	30,64	31,22
Україна	18,29	21,08	24,2	24,99	24,22	24,87	24,67
Чехія	29,06	30,84	31,84	27,85	27,52	27,51	27,12
Україна/ЄС	0,619	0,700	0,816	0,928	0,908	0,945	0,941
Україна/СНД							
Україна/Польща	0,868	0,933	1,055	1,164	1,129	1,164	1,149
Україна/Угорщина	0,584	0,654	0,741	0,769	0,767	0,812	0,790
Україна/Чехія	0,629	0,684	0,760	0,897	0,880	0,904	0,910
Рак шийки матки							
ЄС	4,76	4,42	3,88	3,45	3,3	3,26	3,21
СНД	7,61	7,02	6,87	6,63	6,66	6,59	6,64
Польща	11,32	10,35	9,77	9,26	8,26	8,41	8,22
Угорщина	10,3	9,56	8,36	7,25	8,2	7,98	7,16

Україна	7,99	7,95	7,83	7,66	7,48	7,57	7,37
Чехія	8,91	6,83	7,26	5,8	6,28	6,12	6,05
Україна/ЄС	1,679	1,799	2,018	2,220	2,267	2,322	2,296
Україна/СНД	1,050	1,132	1,140	1,155	1,123	1,149	1,110
Україна/Польща	0,706	0,768	0,801	0,827	0,906	0,900	0,897
Україна/Угорщина	0,776	0,832	0,937	1,057	0,912	0,949	1,029
Україна/Чехія	0,706	0,768	0,801	0,827	0,906	0,900	0,897

* Розраховано за матеріалами бази даних "Здоров'я для всіх" регіонального офісу ВООЗ у Європі, 2005

Смертність від хвороб системи кровообігу. Натомість збільшилося відставання за смертністю від хвороб системи кровообігу. Якщо у 1985 році рівень смертності від хвороб системи кровообігу перевищував такий по країнах ЄС на 79,5%, то в 2003 – більше, ніж утричі. Це відбулося через помітне зростання рівня смертності в Україні на фоні його стрімкого скорочення в країнах ЄС. Результати порівняння із східноєвропейськими країнами не такі загрозливі, але також відбивають відносно погіршення ситуації в Україні. Деяке її покращення спостерігається тільки порівняно із СНД.

Характерною ознакою смертності від хвороб системи кровообігу є цілком відповідні європейським стандартам індекси надсмертності чоловіків: і від причин цього класу в цілому, і від ішемічної хвороби серця чоловіки в Україні вмирають у 1,6 разу частіше за жінок, а від цереброваскулярних захворювань - у 1,4 разу частіше. Але слід підкреслити, що і жінки, і чоловіки в Україні від усіх хвороб системи кровообігу вмирають у кілька разів частіше за мешканців більшості європейських країн.

Табл. 7.5.7. Стандартизовані коефіцієнти смертності від хвороб системи кровообігу,

на 100 000 осіб

Країни	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Системи кровообігу в цілому							
ЄС	418,7	373,6	331,8	281,7	274,5	270,65	270,3
СНД	708,9	628,9	777,0	773,4	772,8	797,19	821,4
Польща	611,4	589,2	532,2	444,0	431,5	413,9	416,7
Угорщина	681,0	643,9	592,0	521,0	503,8	503,9	508,3
Україна	751,5	589,0	780,2	790,7	777,2	799,7	819,6
Чехія	676,9	645,0	559,6	462,5	459,8	456,0	461,9
Україна/ЄС	1,795	1,576	2,351	2,806	2,831	2,955	3,033
Україна/СНД	1,060	0,937	1,004	1,022	1,006	1,003	0,998
Україна/Польща	1,229	1,000	1,466	1,781	1,801	1,932	1,967
Україна/Угорщина	1,104	0,915	1,318	1,518	1,543	1,587	1,613
Україна/Чехія	1,110	0,913	1,394	1,709	1,690	1,754	1,775
Ішемічна хвороба серця							
ЄС	153,4	142,1	129,4	111,9	108,1	105,9	105,8
СНД	405,1	330,6	411,92	409,9	407,5	420,7	433,8
Польща	106,7	121,0	107,1	141,0	133,5	125,8	124,9
Угорщина	237,6	239,7	248,7	226,9	225,5	221,7	232,7
Україна	492,8	317,1	465,8	505,5	499,3	517,0	530,9
Чехія	313,5	311,0	259,9	187,0	184,2	179,2	176,1

Україна/ЄС	3,213	2,232	3,599	4,519	4,619	4,880	5,020
Україна/СНД	1,217	0,959	1,131	1,233	1,225	1,229	1,224
Україна/Польща	4,617	2,622	4,350	3,585	3,741	4,111	4,249
Україна/Угорщина	2,074	1,323	1,872	2,228	2,215	2,332	2,282
Україна/Чехія	1,572	1,020	1,792	2,702	2,711	2,885	3,015

Цереброваскулярні хвороби

ЄС	107,8	93,0	80,6	69,9	68,6	67,6	66,9
СНД	232,7	213,7	251,7	245,4	246,5	245,0	250,8
Польща	76,6	73,1	78,8	103,6	103,0	98,6	95,5
Угорщина	197,9	177,2	158,6	141,7	138,7	135,6	134,6
Україна	209,7	191,2	229,1	197,6	190,0	184,6	183,6
Чехія	224,0	202,8	151,7	136,1	133,4	130,5	132,4
Україна/ЄС	1,945	2,055	2,842	2,826	2,769	2,731	2,746
Україна/СНД	0,901	0,894	0,910	0,805	0,771	0,753	0,732
Україна/Польща	2,761	2,616	2,905	1,907	1,845	1,872	1,923
Україна/Угорщина	1,060	1,079	1,444	1,394	1,370	1,361	1,364
Україна/Чехія	0,936	0,943	1,509	1,452	1,425	1,414	1,387

*Розраховано за матеріалами бази даних "Здоров'я для всіх" регіонального офісу ВООЗ у Європі, 2005

Найбільш драматичні тенденції смертності від зазначено класу причин відносяться до ішемічної хвороби серця, смертність від якої традиційно є надто високою в Україні. На жаль впродовж останніх десятиріч її рівень продовжував зростати, тоді як, наприклад, у Чехії він знизився майже удвічі. За даними 2003 року рівень смертності від згаданої причини уп'ятеро перевищує такий у країнах ЄС.

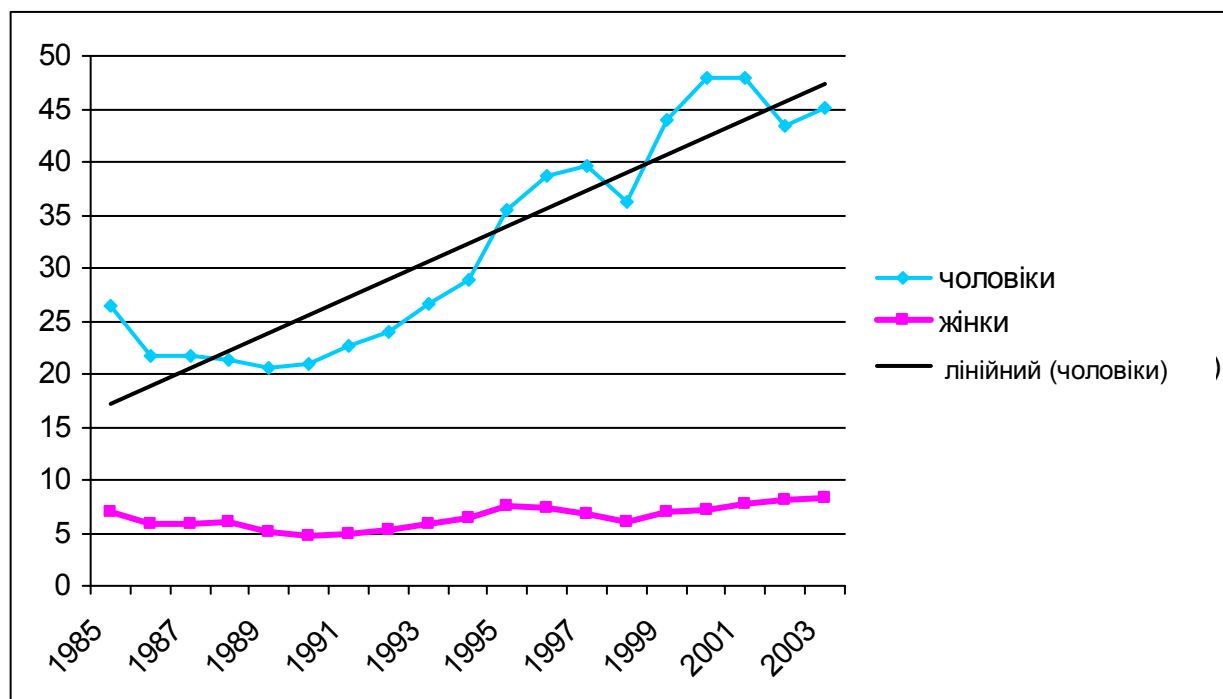


Рис. 7.5.1. Стандартизовані коефіцієнти смертності від інфекційних та паразитарних захворювань, на 100 000

Смертність від інфекційних та паразитарних захворювань. Смертність від цих причин зростала чи не найбільш швидко серед чоловіків, що й обумовило загальну динаміку цього показника. Зрозуміло, що зазначена тенденція є наочним свідченням негараздів у системі охорони здоров'я населення України, але все ж не можна нехтувати тим, що смертність жінок від цього класу причин практично не змінилась за 18 років.

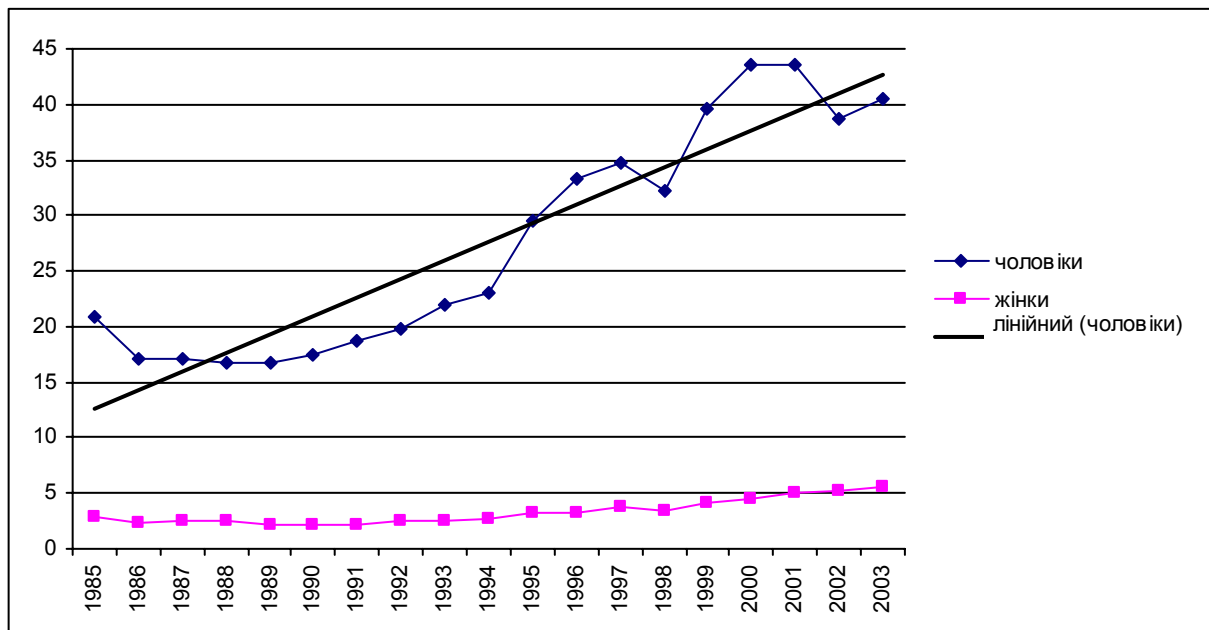


Рис. 7.5.2. Стандартизовані коефіцієнти смертності від туберкульозу, на 100 000 осіб

Важливою складовою інфекційних та паразитарних захворювань є туберкульоз, і на жаль, смертність від цієї – цілком соціальною причини – почала стрімко підвищуватись серед чоловіків від початку 1990-х років, і хоча впродовж останніх років спостерігаються позитивні зрушення, важко оцінити, наскільки тривалим буде це скорочення смертності. І знову-таки, серед жінок такої тенденції не спостерігається, хоча певне зростання смертності від туберкульозу є.

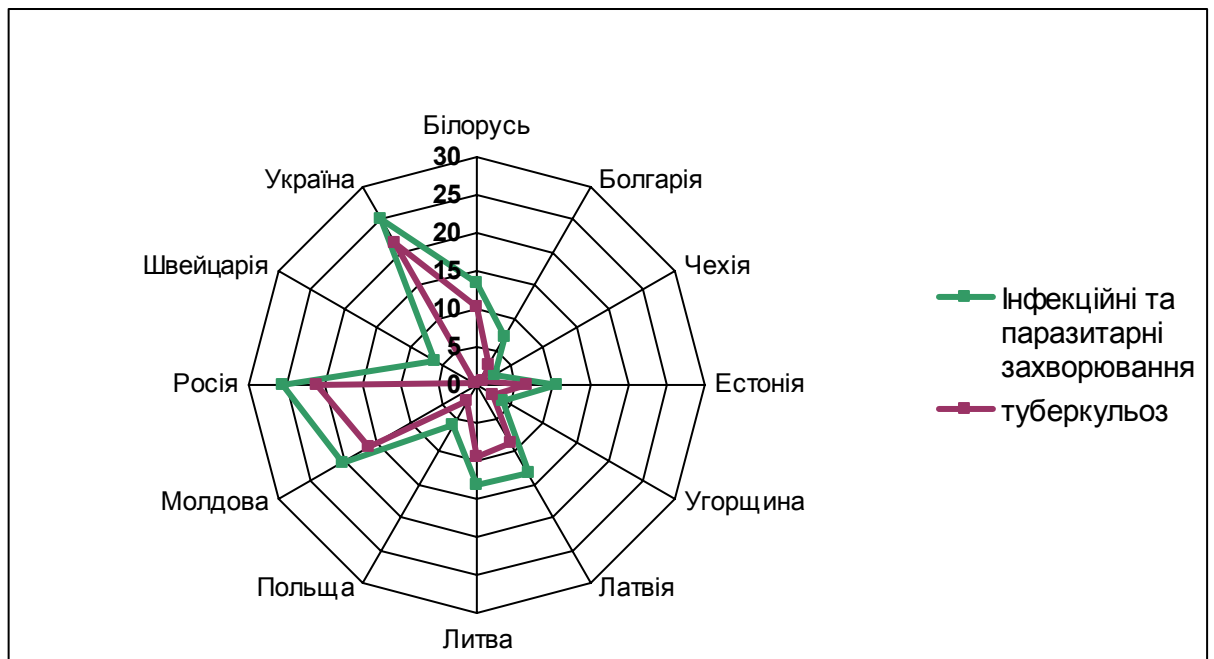


Рис. 7.5.3. Стандартизовані коефіцієнти смертності від інфекційних та паразитарних хвороб, на 100 000 осіб

Результати аналізу і тенденцій смертності в Україні, і міжнародних розбіжностей свідчать про те, що визначальну роль у смертності від інфекційних та паразитарних захворювань відіграє саме туберкульоз, поширений в Україні переважно серед чоловіків.

Нині рівень смертності від туберкульозу в Україні у 30 (!) разів перевищує такий в країнах регіону Європа-А, на 34% - в країнах регіону Європа-В+С, в 9 разів – рівень Польщі та Угорщини, у 32 рази – рівень Чехії. Визнання в Україні наявності епідемії туберкульозу, на жаль, не призвело до бажаних наслідків у його профілактиці, діагностиці і лікуванні. Специфічний характер цього захворювання вимагає суспільних дій – окрема людина має надто обмежені можливості протидії цьому захворюванню. До того ж знижується середній вік померлих від туберкульозу – тільки за 1996-2004 рр. на 1,8 року.

Смертність від нещасних випадків, вбивств, самогубств та інших зовнішніх чинників. Основною негативною рисою смертності від зовнішніх чинників є те, що летальні випадки за звичай настають у доволі молодому віці. Зокрема, за даними 2004 р. середній вік померлих від цих причин становив в Україні 47,5 року (у 1986 р. – 43,5 року). Вмирають люди, цілком здорові, чий життєвий ресурс – ще далеко не вичерпаний.

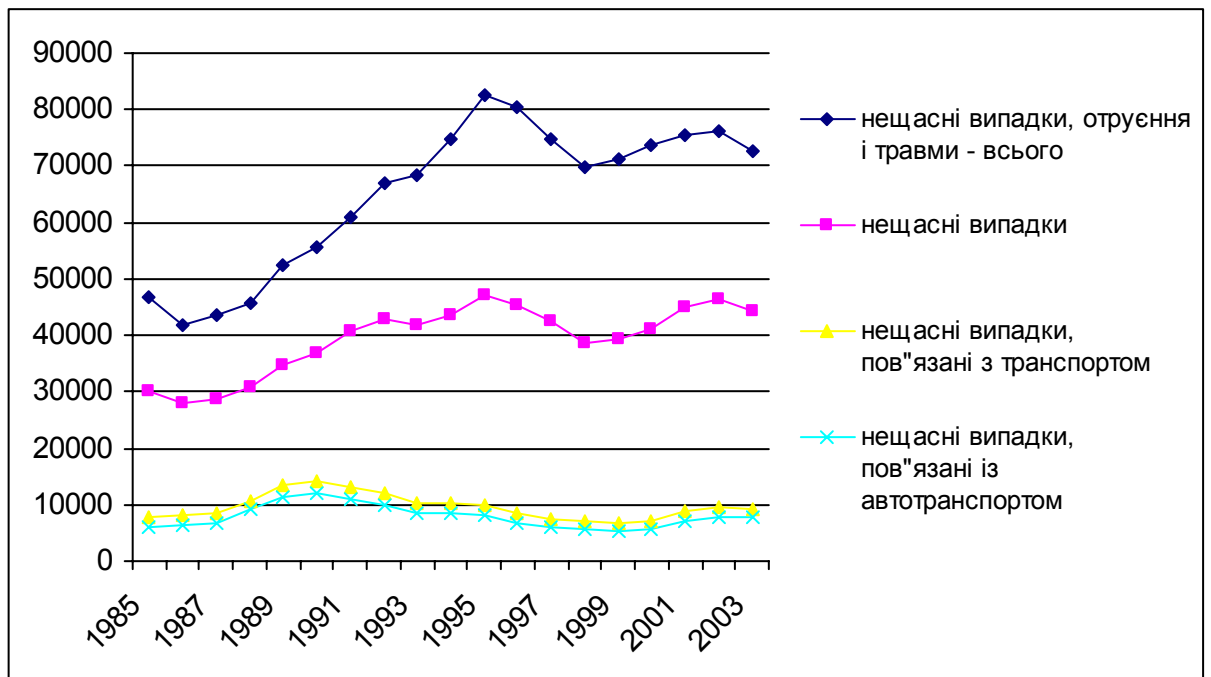


Рис. 7.5.4. Кількість померлих від нещасних випадків, отруєнь і травм

Кількість загиблих від цих причин в Україні після постійного зростання впродовж 1985-1997 рр. почала поступово знижуватись, при чому основний внесок у формування цієї тенденції здійснює динаміка смертності від нещасних випадків.

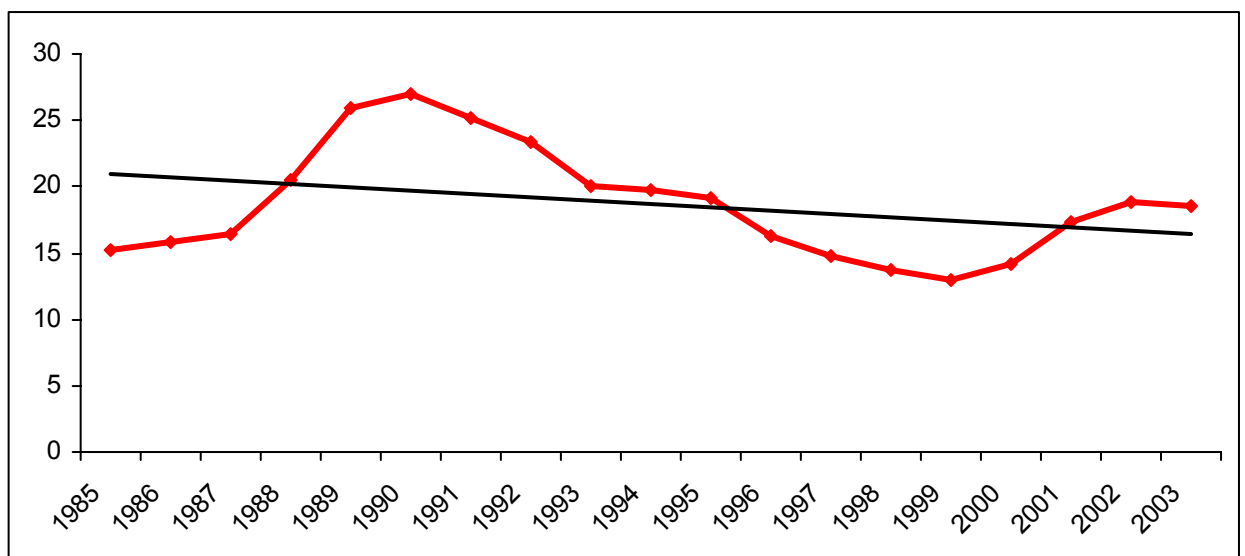


Рис. 7.5.5. Динаміка смертності в дорожньо-транспортних пригодах, на 100 000 населення із стандартною європейською структурою

Однак попри ці більш-менш сприятливі тенденції слід підкреслити багаторазове перевищення смертності від нещасних випадків, вбивств, самогубств та інших зовнішніх чинників аналогічних показників у більшості європейських країн.

Характерно, що найбільші відмінності спостерігаються у наймолодшій групі – 0-4 роки: хлопчики гинуть у 5,7 разу частіше за своїх однолітків із Швейцарії, а дівчатка – у 7,3. Порівняння із східноєвропейськими країнами менш драматичне: із Польщею – 3,9 і 4,0 разу відповідно, із Угорщиною – 4,5 і 3,1 разу, із Чехією – 4,3 і 3,3 разу.

Слід також зазначити, що жінки старшого віку (65 років і більше) в Україні від зовнішніх чинників гинуть навіть рідше, ніж у європейських країнах: порівняння із середніми показниками по регіону Європа-А дає 97,5%, Швейцарії – 91,4%, Польщі – 88,1%, Угорщини – 39,9% (!), Чехії – 52,8.



Рис. 7.5.6. Стандартизовані коефіцієнти смертності від нещасних випадків, вбивств, самогубств та інших зовнішніх чинників, на 100 000 осіб

7.6. Регіональні відмінності смертності населення України.

Традиційною для України є надсмертність сільського населення, переважною мірою обумовлена недоступністю якісної медичного, зокрема профілактичного обслуговування населення. На жаль, не спостерігається жодних ознак покращання цієї ситуації.

Як і у випадку надсмертності чоловіків основний внесок у формування узагальнюючих показників сільської надсмертності належить працездатним і після працездатним віковим групам. Дається взнаки дуже високий рівень травматизму в сільському господарстві, де часто працюють особи пенсійного і навіть похилого віку – припиняють трудову діяльність сільські мешканці значно пізніше за своїх міських однолітків. Не можна нехтувати й різним доступом до якісної медичної допомоги, часто – до незараженої питної води.

Більшими, але й значно рівномірнішими за окремими віковими інтервалами, є розбіжності у смертності чоловіків. Що стосується жінок, то ймовірності смерті у 15-44 роки в містах є значно вищими за ту, що спостерігається у селах.

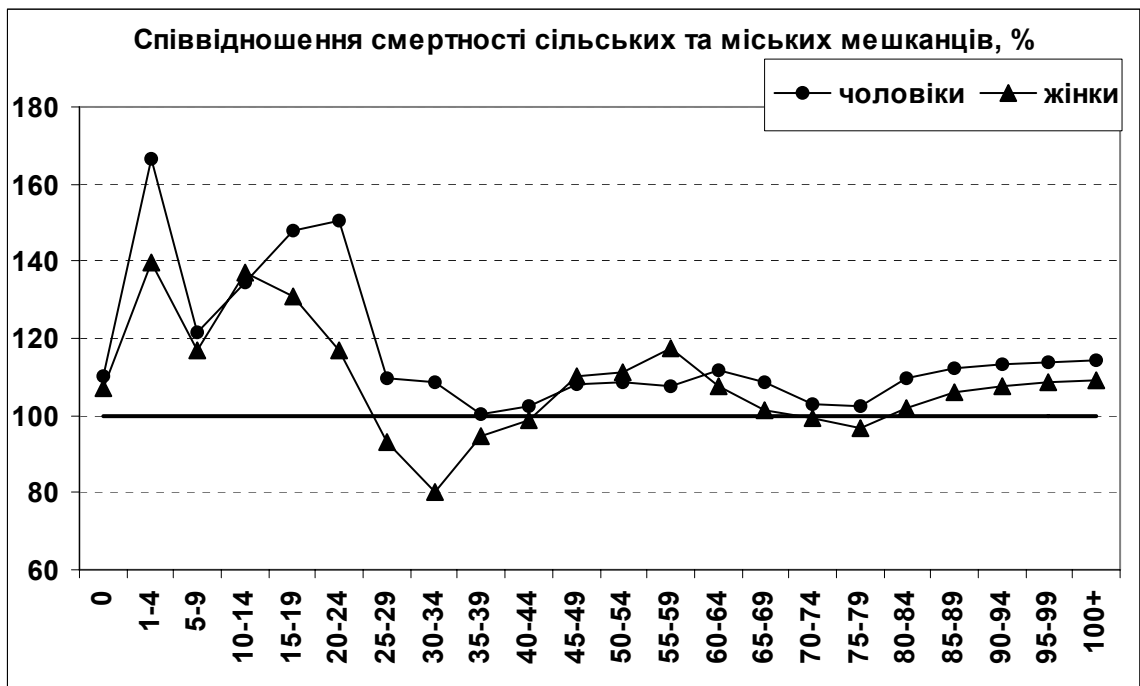


Рис. 7.6.1. Співвідношення смертності сільських та міських мешканців, 2004р., %

Розрахунки доводять доволі тісний зв'язок смертності із рівнем урбанізації, який обумовлює 61,8% регіональної варіації стандартизованих коефіцієнтів смертності від усіх причин та 66,2% варіації смертності від нещасних випадків, вбивств, самогубств та інших зовнішніх чинників. Серед усіх основних причин смерті зворотним є зв'язок із рівнем урбанізації тільки смертності від хвороб органів дихання.

Важливим проявом відмінностей смертності міських та сільських мешканців України є значно вищі і зсунуті у молодші вікові групи індекси чоловічої надсмертності у сільській місцевості. Якщо у міських поселеннях максимальні значення індексу (понад 350%) спостерігаються у 40-49 років, то в міських – у 20-44 роки, при чому в групі 25-29-річних чоловіки вмирають більше, ніж учетверо частіше за своїх однолітків-жінок. Отже, в сільських поселеннях умови та спосіб життя чоловіків значніше відрізняються від таких у жінок.



Рис. 7.6.2. Індекси чоловічої над смертності в Україні, 2004 р, %

В Україні традиційно вже спостерігаються істотні регіональні розбіжності за рівнем смертності населення в усіх без винятку вікових групах і практично від усіх основних причин. Передовсім це віддзеркалюється у диференціації смертності немовлят. Розмах варіації цього показника становить 64,7% середнього по країні рівня – від 7,7‰ у Миколаївській області до 13,0 у Закарпатській. І це цілком закономірно з огляду на те, що за даними обстежень Держкомстату України 94,5% опитаних на Закарпатті повідомили про те, що впродовж року хоча б один член сім'ї не зміг отримати медичну допомогу, придбати ліки чи медичне приладдя (у Миколаївській області цей показник становить 10,6%). Зрозуміло, що більше потерпають від недоступності медичної допомоги сільські мешканці – у містах хоча б первинні медичні послуги надаються незалежно від статків хворого.

Це безпосередньо відбивається на регіональній диференціації усіх без винятку показників смертності, стандартизованих за статеві-віковим складом населення.

На фоні загальних високих показників виокремлюються за рівнем смертності північний острівець навколо Чорнобильської АЕС (Чернігівська, Київська та Житомирська області) і своєрідний чорний пояс, який протягнувся з південного сходу на південний захід країни і охоплює Луганську, Донецьку, Дніпропетровську, Херсонську Кіровоградську, Миколаївську та Одеську області.

Більш-менш благополучні показники, відповідні якщо не регіону Європа-А, то принаймні регіону Європа-В+С, спостерігаються на заході (у Чернівецькій, Тернопільській, Івано-Франківській, Львівській областях) та у м. Києві. Але і тут рівні смертності значно перевищують аналоги Польщі, Румунії, Словаччини, Словенії, Угорщини, Чехії.

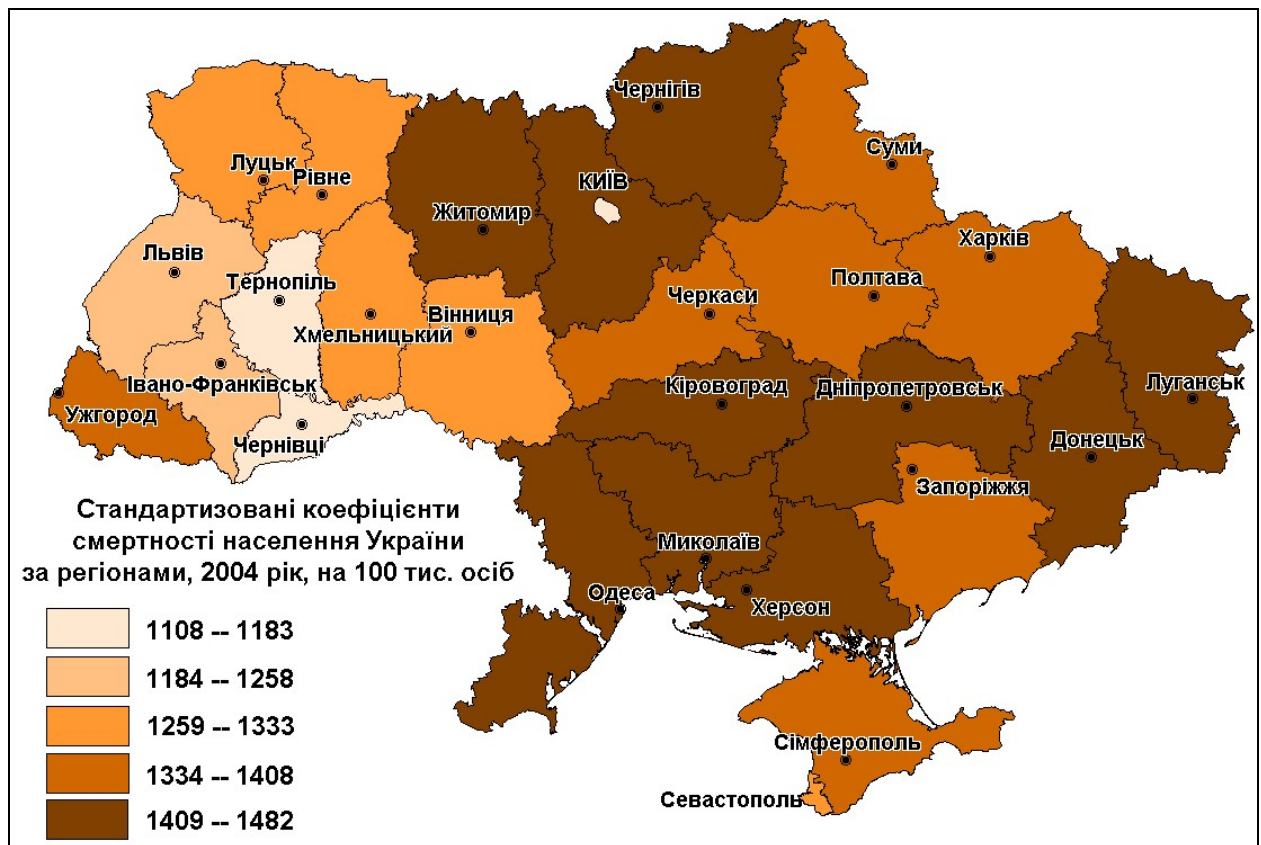


Рис. 7.6.3. Стандартизовані коефіцієнти смертності населення за регіонами України, 2004 р., на 100 000 населення

Закономірно найвищою є варіація смертності від причин, вплив яких істотно залежить від загальної медико-санітарної ситуації – інфекційних і паразитарних хвороб, хвороб органів дихання та нещасних випадків, вбивств, самогубств та інших зовнішніх чинників.

Табл. 7.6.1. Стандартизовані коефіцієнти смертності населення України за причинами смерті та регіонами, 2004 рік,

на 100 000 осіб

	Причини смерті					
	Всього	Інфекційні та паразитарні хвороби	Злоякісні новоутворення	Хвороби системи кровообігу	Хвороби органів дихання	Нещасні випадки, самогубства та інші зовнішні чинники
АР Крим	1359,4	37,9	159,2	868,5	42,2	153,3
Вінницька	1284,3	15,5	146,1	832,4	40,0	129,7
Волинська	1330,3	35,1	144,6	742,4	118,8	125,2
Дніпропетровська	1460,9	44,8	174,2	879,4	55,8	159,9
Донецька	1449,7	46,4	175,7	840,7	43,0	163,8
Житомирська	1481,7	21,4	156,9	927,2	54,6	170,2
Закарпатська	1379,6	32,8	151,8	741,5	45,3	93,9

Запорізька	1378,3	32,1	186,7	631,9	42,7	159,0
Івано-Франківська	1189,7	17,8	146,8	673,4	79,2	89,1
Київська	1450,8	26,7	172,5	962,4	36,7	152,1
Кіровоградська	1463,7	31,3	175,9	723,6	56,4	190,5
Луганська	1475,8	30,6	159,6	892,0	67,6	172,9
Львівська	1193,8	23,7	143,5	734,7	56,4	89,2
Миколаївська	1476,9	51,3	161,7	630,9	41,0	161,8
Одеська	1467,2	63,6	180,1	867,8	46,5	170,7
Полтавська	1376,4	25,4	162,2	785,9	56,0	169,4
Рівненська	1316,3	20,0	161,8	830,2	38,6	107,5
Сумська	1407,2	21,5	157,0	805,2	67,5	178,9
Тернопільська	1169,3	15,1	156,6	737,5	68,0	81,2
Харківська	1355,4	21,9	147,7	883,3	29,1	151,1
Херсонська	1441,4	53,7	178,5	775,2	21,2	167,1
Хмельницька	1266,3	19,9	161,7	642,8	55,6	117,3
Черкаська	1345,6	18,2	145,4	843,1	70,0	148,3
Чернівецька	1167,0	20,3	163,4	748,4	46,9	103,2
Чернігівська	1421,5	28,6	144,7	872,2	61,2	182,5
Київ	1108,2	13,7	172,2	705,1	26,6	88,9
Севастополь	1269,0	25,5	229,0	717,9	35,7	143,4
Коефіцієнт варіації, %	6,7	34,2	7,8	9,9	27,3	20,4
Співвідношення розмаху варіації та середнього рівня, %	27,6	169,5	52,3	42,0	187,9	77,3
Коефіцієнт кореляції із рівнем урбанізації, %	61,8	47,3	43,5	30,2	-20,8	66,2

* Розраховано за даними Держкомстату

Взагалі структура смертності (за стандартизованими показниками) має істотні географічні відмінності. Винятком є хіба що домінування смертності від хвороб системи кровообігу, які в усіх без винятку регіонах України відіграють вирішальну роль. На жаль, в усіх регіонах українське населення від цих причин вмирає не тільки частіше, а значно раніше, ніж у європейських країнах. Даються взнаки і особливості способу життя, і недоліки діагностики та лікування.

Для всіх без винятку регіонів характерне домінування смертності від ішемічної хвороби серця і доволі помірна за українськими стандартами надсмертність чоловіків – 164,5-238,1%. Але якщо на Сумщині рівень смертності від ішемічної хвороби серця на 5,2% перевищує таку від цереброваскулярної хвороби, то на Вінниччині – в 10,7 разу.

Доволі низька регіональна варіація смертності від новоутворень супроводжується вираженим прямим зв'язком із рівнем урбанізації. Звісно, що урбанізовані території відзначаються більшим рівнем забруднення навколишнього середовища, що не може не провокувати більших ризиків злоякісних новоутворень. І дійсно, більше 180 випадків онкологічних смертей в розрахунку на 100 000 осіб стандартного населення спостерігається у Севастополі, Запорізькій та Одеській областях, 170-180 – у Херсонській, Кіровоградській, Донецькій,

Дніпропетровській, Київській областях та м. Києві¹⁷. У цих же регіонах летальні випадки від новоутворень настають дещо пізніше. Імовірно, що поряд із екологічною обумовленістю підвищеної поширеності онкологічних захворювань дається взнаки і більш точний облік причин смерті. Певною мірою цей висновок підтверджує і зворотній зв'язок між смертністю від новоутворень та хвороб органів дихання (табл. 7.6.2).

Вирішальну роль у формуванні онкологічної смертності чоловіків відіграють злоякісні новоутворення трахеї, бронхів та легенів (приблизно у 10 разів більш помітну, ніж серед жінок). Для жінок найбільш загрозливими є злоякісні новоутворення молочної залози.

У 9 областях (Житомирській, Кіровоградській, Луганській, Миколаївській, Полтавській, Сумській, Харківській, Черкаській та Чернігівській) онкологічна смертність посідає лише 3 місце у структурі, а 2 належить нещасним випадкам, вбивствам, самогубствам та іншим зовнішнім чинникам. У структурі чоловічої смертності взагалі в усіх регіонах за винятком заходу (Закарпатської, Івано-Франківської, Львівської, Рівненської, Тернопільської, Хмельницької Чернівецької областей), Києва та Севастополя домінують саме смерті від зовнішніх чинників.

Серед смертей цього класу варто виокремити самогубства, які у Вінницькій, Житомирській, Полтавській, Сумській та Черкаській областях викликають більше смертей, ніж, наприклад, інфекційні та паразитарні хвороби. Смертність через самогубства є значно вищою серед чоловіків, передовсім Сумської та Харківської областей, де вони викликають більше 70 летальних випадків на 100 000 стандартного населення.

Розрахунки доводять, що регіональна варіація смертності значною мірою (85,8%) пояснюється летальними випадками внаслідок дії зовнішніх чинників – принаймні цей клас причин смерті здійснює значно більший вплив, ніж смерті від хвороб системи кровообігу (47,2%) або новоутворень (12,1%), які відіграють істотно помітнішу роль у структурі смертності.

Смертність від хвороб органів дихання впевнено посідає 4 позицію в структурі смертності населення усіх регіонів України. У цьому контексті виокремлюються Волинська, Івано-Франківська та Тернопільська області, де ці захворювання відіграють значно більш важливу роль у структурі жіночої смертності, випереджаючи нещасні випадки, вбивства, самогубства та інші зовнішні чинники.

Смерті внаслідок інфекційних та паразитарних хвороб обумовлюють 64,8% загальної варіації смертності. В ряді областей (Донецькій, Миколаївській, Одеській, Херсонській) ці причини посідають 4 місце у загальній структурі смертності населення, випереджаючи хвороби органів дихання, і обумовлюючи більше 50 летальних випадків на 100 000 стандартного населення. Це є абсолютно неприйнятним для сучасних умов розвитку і свідчить про загальний занепад системи охорони здоров'я. Інфекційні та паразитарні хвороби є більш важливим чинником смертності жінок, ніж чоловіків, хоча абсолютні дані звісно відбивають помітну чоловічу надсмертність.

Табл. 7.6.2. Матриця парних коефіцієнтів кореляції стандартизованих коефіцієнтів смертності за даними 2004 року, %

	Причини смерті					
	Усі	Інфекційні та паразитарні	Злоякісні новоутво	Хвороби системи кровообігу	Хвороби органів	Зовнішні чинники

¹⁷ Тільки в Севастополі рівень смертності від новоутворень є співставним із європейськими показниками

			хвороби	рення		дихання	
Причини смерті	Усі	100,0	64,8	2,1	47,2	-5,5	85,8
	Інфекційні та паразитарні хвороби	64,8	100,0	8,7	-14,6	49,4	47,3
	Злоякісні новоутворення	2,1	8,7	100,0	-15,9	-44,6	24,7
	Хвороби системи кровообігу	47,2	-14,6	-15,9	100,0	-8,1	-20,8
	Хвороби органів дихання	-5,5	49,4	44,6	-8,1	100,0	66,2
	Зовнішні чинники	85,8	47,3	4,7	-20,8	66,2	100,0

* Розраховано за даними Держкомстату

Відповідно до коливань смертності спостерігаються і значні регіональні розбіжності в середній очікуваній тривалості життя: за умовами смертності 2003-2004 рр. загальна різниця сягає 5,3 року по обох статях, в тому числі 4,4 року по жінках і 6,0 по чоловіках. Значно гіршою є ситуація у південно-східній частині країни, відносно благополучною – на заході.

Міжрегіональна варіація середньої очікуваної тривалості життя при народженні не відповідає розбіжностям у доступності медичної допомоги або у рівнях життя населення. Скоріше, її можна пояснити екологічними відмінностями, зокрема якістю питної води, диференціацією споживання алкогольних напоїв та регіональними розбіжностями структур зайнятості.

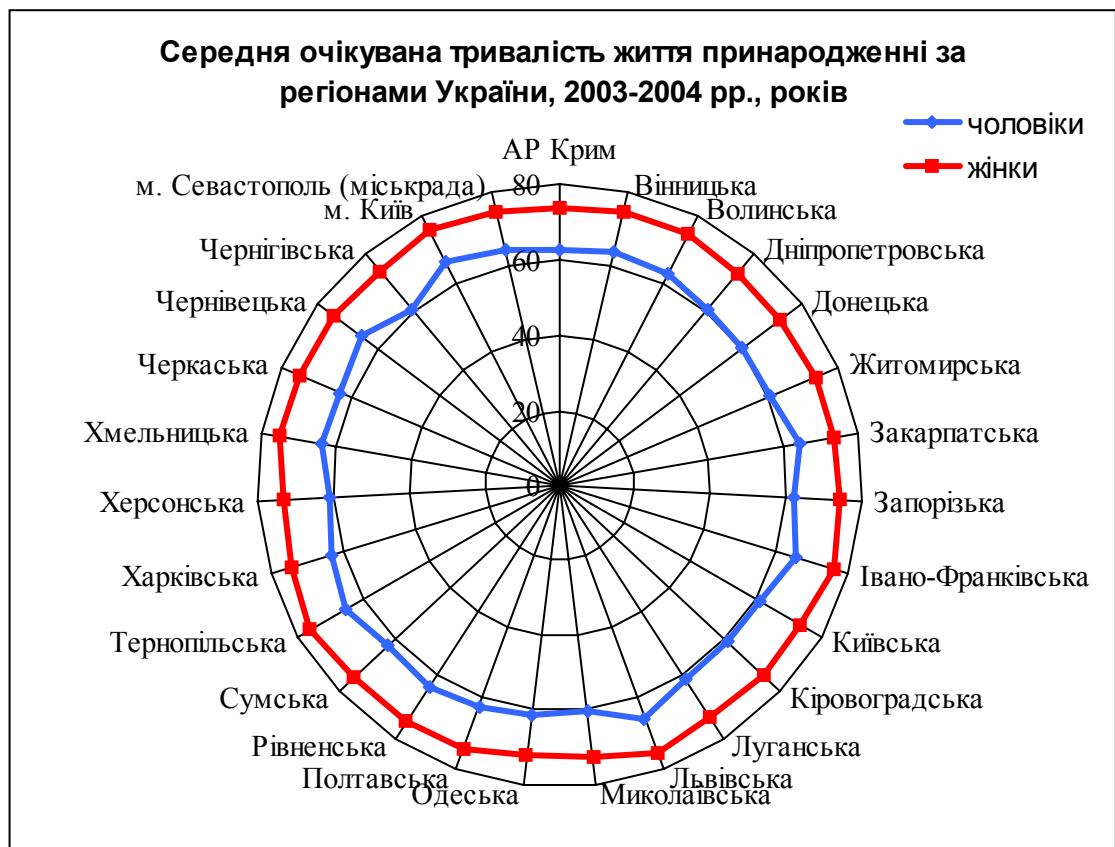


Рис. 7.6.4. Середня очікувана тривалість життя при народженні за регіонами України, 2003-2004 рр., років.

Такі значні регіональні розбіжності віддзеркалюють нерівність населення за широким колом аспектів життя – умовами проживання, доступністю якісної питної води, особливостями зайнятості, зокрема у шкідливих та небезпечних умовах, забрудненням навколишнього середовища, доступністю якісної медичної допомоги, але не відповідають регіональним розбіжностям промислового розвитку. Отже, нагальним завданням української регіональної політики є вирівнювання регіонів не стільки за рівнем економічного, зокрема промислового, розвитку, скільки за стандартами рівня життя, за доступністю якісної медичної допомоги, за станом навколишнього середовища за можливістю вести здоровий спосіб життя.

8. МІГРАЦІЙНІ ПРОЦЕСИ

8.1. Міграційна мобільність та її вплив на демографічний розвиток

На різних етапах історії України міграційні процеси по-різному впливали на динаміку чисельності населення. З кінця XIX ст. Українські землі, що перебували у складі Російської та Австро-Угорської імперій активно включилися до формування потоку мігрантів з Європи за океан. В останні роки існування Російської імперії українці посідали третє місце серед етносів цієї держави за кількістю вибулих до Нового світу (після євреїв та поляків). Чимало було українців і серед осіб, які переїхали до країн Америки з Польщі в період між двома світовими війнами.

Протягом усього періоду перебування нашої держави у складі СРСР міграційна мобільність населення утримувалася на високому рівні. До другої світової війни та в перші післявоєнні роки Україна зазнала значних міграційних втрат населення внаслідок вербування робочої сили на новобудови Східних регіонів колишнього Союзу та освоєння цілинних земель, а також насильницького вивозу з території України розкуркулених та політрепресованих осіб, депортації окремих етнічних груп. Так, в період другої світової війни з південних областей України та Криму до Сибіру, Казахстану та Середньої Азії було депортовано понад 400 тис. німців, майже 200 тис. кримських татар, по 11-15 тис. греків, болгар та вірмен.

З часом на зміну організованим міграціям прийшли стихійні індивідуальні переїзди, у яких також були задіяні численні контингенти осіб. Цьому сприяли значна уніфікація способу життя по всій території єдиної держави (в усякому разі в міських поселеннях), а також наявність робочих місць по всій країні, внаслідок чого громадяни колишнього Союзу мали впевненість в отриманні роботи, а, отже, і засобів існування, після переїзду і тому відносно легко наважувались на міграцію.

Впродовж 1960-80-х рр. сальдо міграцій населення України не перевищувало ± 100 тис. осіб на рік. Більшу частину періоду цей показник був невеликим додатним, забезпечуючи 5-10% (в окремі роки – до чверті) загального приросту населення. Згідно з переписом населення колишнього СРСР 1989 р. 44,4% постійних жителів України хоча б один раз на протязі життя змінили місце проживання. При цьому майже 14 відсотків мешканців нашої держави народилися за її межами.

Потягом періоду переходу до ринкових відносин в Україні міграційні процеси зазнали суттєвих трансформацій. Значно зменшився міграційний оборот, додатне сальдо міграцій у 1991-1992 рр. різко зросло, однак вже наступного року відбувся

надзвичайно різкий спад і з 1994 року кількість вибулих з України почала перевищувати кількість прибулих. Загалом прямі міграційні втрати України за період з початку 1994 р. по кінець 2001 р. помітно перевищили 1 млн. осіб. В цей період різко знизилася інтенсивність стаціонарних міграцій (які пов'язані із зміною місця проживання і фіксуються державною статистикою), в той же час набули широкого поширення нові для пострадянського простору форми міграційних переміщень – зовнішня трудова міграція, рух біженців, транзит нелегальних мігрантів.

До України з проголошенням незалежності повернулося чимало етнічних українців та представників депортованих народів, натомість відбулося повернення до країн походження численних груп росіян та представників ряду інших етносів колишнього СРСР. Як наслідок, перепис 2001 р. зафіксував зростання порівняно з 1989 р. питомої ваги осіб, що народилися в Україні при помітному зниженні частки народжених в більшості держав СНД і Балтії. Відбулося деяке підвищення питомої ваги народжених в Узбекистані внаслідок повернення кримських татар, частина з яких народилася вже після депортації.

Внаслідок економічної кризи та зниження рівня життя населення рівень міграційної мобільності різко знизився (йдеться про стаціонарну міграцію, яка пов'язана із зміною офіційного місця проживання і реєструється державною статистикою). Якщо на рубежі 1980-1990-х років в міграціях брали участь 3-3,5 млн. жителів України, то нині - біля 1,6 млн. Значною мірою це зумовлено зубожінням населення і відсутністю у широких мас людей засобів, необхідних для здійснення переїзду, а також появою безробіття і проблематичністю працевлаштування практично в усіх регіонах, в результаті чого наші громадяни нині більше, ніж у радянські часи цінують своє робоче місце. Іншою причиною зниження мобільності став розпад Радянського Союзу: різко посилюлися відмінності в соціальному, зокрема мовному середовищі між колишніми республіками, в кожній з них прийнято специфічне законодавство, введена власна валюта. Загальний обсяг міждержавної міграції зменшився істотніше, ніж внутрішньодержавної – з близько 1,5 млн. осіб до 85 тис. осіб у 2004 році. Більше того, у другій половині 1990-х років та на початку XXI століття зменшення міграційного обороту відбувалося виключно за рахунок зовнішньої міграції (табл. 8.1.1). В останні роки намітилася тенденція до деякого підвищення внутрішньодержавної міграційної мобільності населення при подальшому зменшенні зовнішнього міграційного обороту.

Таблиця 8.1.1. Обсяги внутрішньодержавної та зовнішньої міграції у 1995-2002 рр.

	<i>тис. осіб</i>			
	1995	2000	2002	2004
Міграція населення - всього	1899,2	1627,5	1553,8	1586,4
Внутрішньодержавна	1446,4	1473,5	1435,1	1501,6
Зовнішня	423,0	154,0	118,7	84,7

Джерело: Держкомстат України

Так, в 1988 р. до України з колишніх республік СРСР прибуло 500 тис. осіб, а вибуло до цих країн 400 тис., в 1996 р. - відповідно 124 та 194 тис. осіб, в 2000 р. - 49,7 та 55,4 тис. осіб, у 2002 р. – 36,3 та 49,5 тис. осіб, а у 2004 р. – 33,0 та 29,0 тис. осіб. І якщо обмін населенням з найбільш етнічно та географічно близькими державами колишнього СРСР - Російською Федерацією, Білоруссю та Молдовою можна вважати відносно активним, то міграційні зв'язки з країнами Балтії практично зійшли нанівець, а контакти з Закавказькими та Центральноазіатськими державами набули одностороннього характеру - гостра економічна і політична

ситуація в Грузії, Вірменії, Азербайджані та Таджикистані, а також процес репатріації представників депортованих народів та етнічних українців - жертв політичних репресій і радянської політики перерозподілу населення, підтримують на досить значному рівні інтенсивність прибуття населення з цих регіонів до нашої держави, тоді як зворотний потік поступово згасає.

Зняття “залізної завіси” у другій половині 1980-х років викликало різку активізацію еміграції за межі колишнього СРСР (в умовах ідеологічної війни її масштаби були незначними). Якщо в останні роки існування СРСР з України за його межі вибувало у 8-10 разів менше людей, ніж до радянських республік, у першій половині 1990-х років співвідношення обсягів цих двох потоків еміграції становило 4:1, то тепер майже 40% вибулих з нашої держави прямує до країн “старого зарубіжжя”.

Основними країнами еміграції (за межами колишнього СРСР) були й залишаються Ізраїль, Німеччина та США, з 2001 р. на першу сходинку вийшла Німеччина, випередивши Ізраїль, наступного року Ізраїль перемістився на третю сходинку, поступившись США. При цьому, однак, за відносною інтенсивністю вибуття з України Ізраїль продовжує посідати перше місце із значним відривом, далі йдуть Молдова, Росія, Білорусь, Німеччина та більшість країн СНД. Основними міграційними партнерами по прибуттю населення до України (за відносними показниками) є Молдова, Російська Федерація, Вірменія, Ізраїль та Білорусь.

Зареєстровані міграційні зв'язки України з країнами Азії (крім держав СНД та Ізраїлю), Африки і Латинської Америки характеризуються незначними масштабами та приблизною рівнозначністю прямого й зворотного потоків. Основним механізмом міграційного обміну населенням з цими регіонами світу є ротація навчальних мігрантів – повернення на батьківщину вихідців із відповідних країн, які закінчили навчання у вузах нашої держави, та заміна їх, новими контингентами.

Різні статево-вікові групи населення відзначаються неоднаковим ступенем участі в міграційних процесах. Основна частина переїздів припадає на учбову та шлюбну міграцію: більше половини (52,4% у 2004 р.) усіх мігруючих – особи віком 15-29 років. Так, міграційна мобільність 15- і 16-річних осіб, які закінчили здобуття неповної середньої освіти і включаються в учбову міграцію, є на порядок більшою, ніж 14-річних. Однак, учбова міграція випускників 9 класу не йде ні в яке порівняння зі ступенем залучення в міграційні процеси осіб, які закінчили середню школу. Коефіцієнт міграційної мобільності осіб віком 17 років майже в 4,7 рази більший, ніж попередньої однорічної групи і є найбільшим з усіх вікових показників. При цьому мобільність 17-річних жінок є майже у півтора рази вищою, ніж їх однолітків-чоловіків, хоча загальні показники для чоловіків та жінок є майже однаковими (рис. 8.1.1).

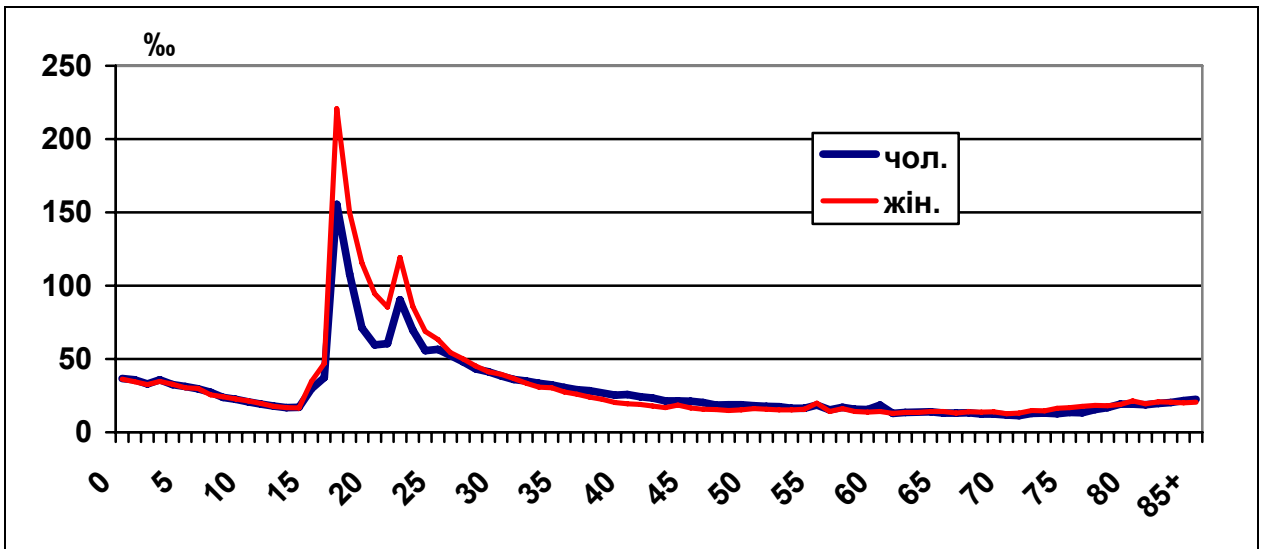


Рис. 8.1.1. Інтенсивність міграцій населення за віковими групами, 2004 р.

Другий пік (після деякого зниження мобільності) зафіксовано для вікової групи 22 роки і пов'язаний в першу чергу з поверненням до місць походження осіб, що закінчили навчання. Після 22 років міграційна мобільність населення знижується досить різко і лише після віку 29 років темпи падіння коефіцієнту міграційного обороту уповільнюються.

Якщо підвищена загальна міграційна мобільність населення спостерігається у віковому діапазоні 17-23 роки, то активне залучення до зовнішніх міграційних переміщень починається з 20-21 року і триває до 33-34 років (пік припадає на вік 25 років), тобто до зовнішньої міграції залучаються переважно особи, які вже мають певний кваліфікаційний рівень (рис. 8.1.2). Впадає в око той факт, що амплітуда коливань коефіцієнту міждержавної мобільності явно менша, ніж загального показника.

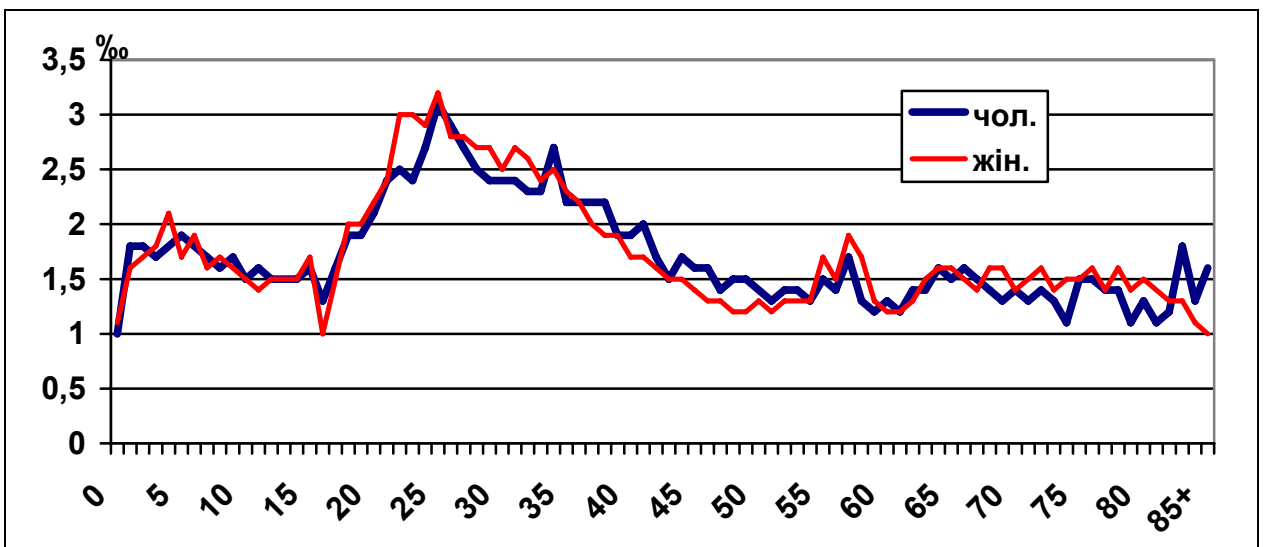


Рис. 8.1.2. Інтенсивність зовнішніх міграцій населення за віковими групами, 2004 р.

Близьке до нуля сальдо зовнішніх міграцій зберігалось в Україні до 1990

року. В 1991-1992 рр. спостерігалось різке зростання міграційного приросту до найбільшого за післявоєнні роки рівня - +287,8 тис.чол. (+5,5‰), в наступні два роки відбувся надзвичайно різкий спад до -142,9 тис.чол. або -2,8‰ в 1994 році. Після помітного зменшення модуля від'ємної величини міграційного сальдо у 1995 р. відбувся новий сплеск міграційних втрат в 1996 році - до -169,2 тис.чол. Однак вже у наступному році модуль від'ємного міграційного сальдо знову зменшився на 20%. Подальше помітне зниження показника зафіксовано у 1999-2000 рр. – на 9-12% порівняно з 1998 р. Це було викликано в першу чергу зменшенням обсягів вибуття до Російської Федерації, спричиненого війною в Чечні (рис. 8.1.3).

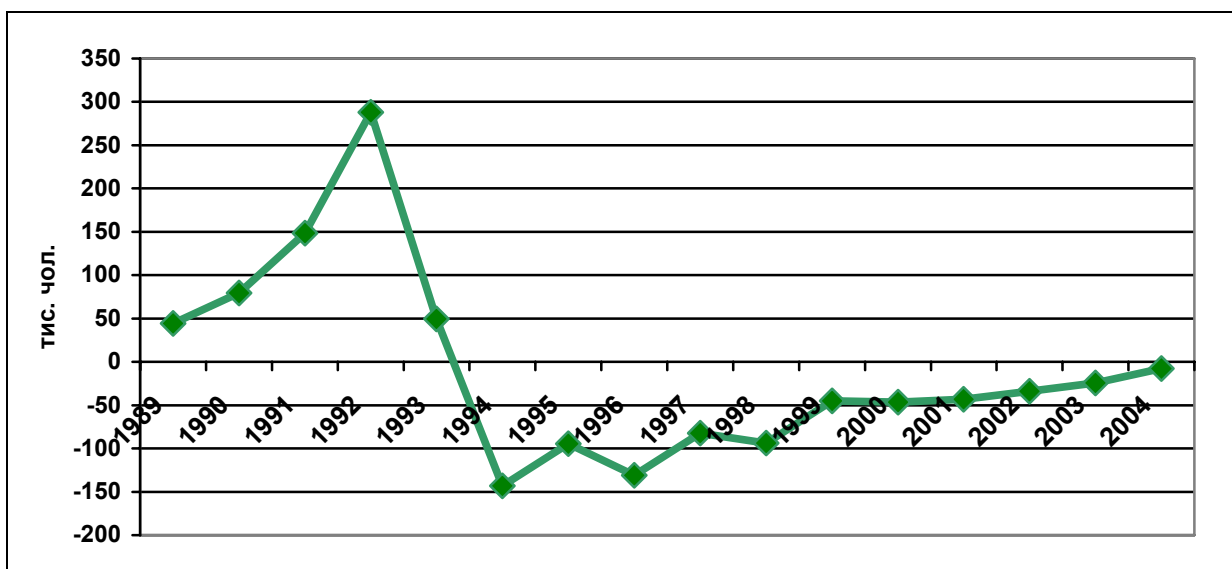


Рис. 8.1.3. Динаміка сальдо міграцій населення України в 1989-2004 рр. (за даними поточної статистики)

Загалом за 1994-2001 роки Україна, тільки за даними поточної статистики, втратила в результаті міграційного обміну населенням з іншими державами майже 680 тис. осіб. Перепис, проведений в кінці 2001 р., показав, що в дійсності міграційні втрати за цей період є в 1,7 рази більшими і становлять 1155,8 тис. осіб. Оскільки серед мігрантів переважають особи молодого та середнього віку, тобто представники найбільш продуктивних у репродуктивному та економічному відношенні прошарків населення, опосередковані втрати населення (через підвищення рівня старіння населення, яке неминуче викличе подальше зменшення чисельності народжених та природного приросту) є набагато суттєвішими, ніж прямі. При цьому основна маса вибулих з України не має наміру повертатися.

В останні роки масштаби міграційних втрат населення України різко скоротилися, перевищення вибуття над прибуттям склало у 2002 р. 33,8 тис. осіб, у 2003 р. – 24,2 тис. осіб, у 2004 р. – 7,6 тис. осіб (оперативні дані про перебіг міграцій населення у 2005 р. свідчать про перехід до додатного міграційного балансу). Однак і невелике від'ємне сальдо міграцій за умов його збереження протягом тривалого часу справляє помітний вплив на демографічний розвиток. Розрахунок комбінованої таблиці смертності та міграцій населення України в умовах 2003-2004 рр. показав, що середня очікувана тривалість життя при народженні з врахуванням міграцій в Україні виявилася майже на рік (на 0,94 року) меншою, ніж відповідний показник без врахування міграцій. Міграційні процеси знижують життєвий потенціал новонароджених на 1,4%.

Помітних трансформацій в 1990-х роках зазнала статеві-вікова структура мігруючих. Так, перевага молоді серед мігрантів стала не такою різкою, як 10-12

років тому: стаціонарна міграція в Україні набула переважно сімейного характеру. Позитивні зрушення 2004-2005 рр. відбулися головним чином за рахунок індивідуальних міграцій, в той час як баланс сімейної міграції залишається від'ємним (рис. 8.1.4).

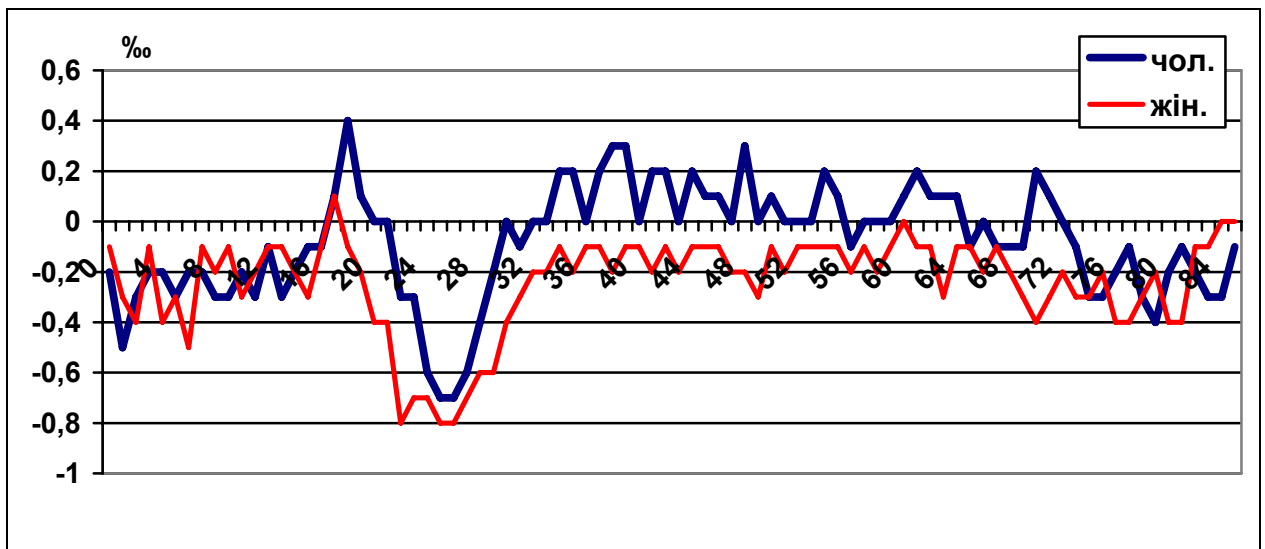


Рис. 8.1.4. Сальдо міграцій за віковими групами, 2004 р.

Аналіз тенденцій міграційних процесів і зокрема їх впливу на трансформації вікової структури населення ускладнений недостатньою достовірністю вихідних даних. Наявні джерела інформації про міграційні переміщення населення дають менш достовірні дані, ніж джерела даних про інші демографічні процеси. Саме тому при дослідженні міграцій поряд з прямими методами отримання відомостей широко застосовуються непрямі, що включають виявлення інформації про міграційний рух, використовуючи джерела, які безпосереднього відношення до обліку міграційних переміщень не мають. Відповідно **оцінка впливу міграцій на динаміку чисельності та структури населення** визначається за міжпереписний період, побудова відповідної моделі спирається виключно на використання інформації про чисельність населення на моменти переписів та кількість народжених і померлих протягом міжпереписних періодів і не враховує даних поточного обліку міграцій.

Модель оцінки впливу міграцій на зміни чисельності та статеві-вікової структури населення ґрунтується на поєднанні балансового методу та методу коефіцієнтів дожиття. Виходячи з того, що кількість жителів тієї чи іншої території змінюється двома шляхами - в результаті *природного руху* (народжень та смертей) і завдяки *міграційним переміщенням*, а статистика першого налагоджена досить добре, достатньо точну інформацію про останні можна отримати **співставляючи загальний приріст населення** за міжпереписний період (різницю між чисельностями населення на два моменти переписів) **та його природний приріст** (різницю між кількістю народжень та смертей) за цей же проміжок часу.

$$S = {}^1P - {}^0P - (N - M)$$

де S – сальдо міграцій за міжпереписний період, 1P – чисельність населення на кінець міжпереписного періоду (дату даного перепису), 0P – чисельність населення на початок міжпереписного періоду (дату попереднього перепису), N – кількість народжених за міжпереписний період, M – кількість померлих за міжпереписний період.

При цьому, однак, слід враховувати, що зміна чисельності населення в результаті щорічних міграцій впливає на кількість народжених та померлих. Гіпотетична кількість народжених протягом міжпереписного періоду за умови відсутності міграцій дорівнюватиме:

$$N' = \frac{N * (\bar{P} - 0,5S)}{\bar{P}}$$

де N' – гіпотетична кількість народжених протягом міжпереписного періоду за умови відсутності міграцій, N – фактична кількість народжених протягом періоду, \bar{P} - середня чисельність населення за міжпереписний період, S – сальдо міграцій за період.

Формула для розрахунку гіпотетичної кількості померлих матиме такий вигляд:

$$M' = \frac{M * (\bar{P} - 0,5S)}{\bar{P}}$$

де M' – гіпотетична кількість померлих протягом міжпереписного періоду за умови відсутності міграцій, M – фактична кількість померлих протягом періоду.

Очікувана чисельність населення на кінець міжпереписного періоду за умови відсутності міграцій обчислюється за формулою:

$${}^1P' = {}^0P + N' - M'$$

Для виявлення впливу міграції на чисельність окремих статевих-вікових груп населення застосовують **метод коефіцієнтів дожиття**. Його суть полягає у співставленні фактичної чисельності певної статевих-вікової групи населення на момент перепису та її очікуваної чисельності, розрахованої на основі даних про кількість осіб віком на тривалість міжпереписного періоду молодше на час проведення попереднього перепису та коефіцієнтів їх дожиття до віку, що розглядається. Останні розраховуються на основі рівнів смертності у міжпереписний період. Цей метод менш точний, ніж балансовий. В його основі лежать досить суперечливі припущення про однаковий рівень смертності мігрантів та немігрантів і про незмінність умов смертності та рівномірність міграційних процесів на протязі міжпереписного періоду. Але, оскільки масштаби смертності (за виключенням наймолодших та найстарших вікових груп) значно менші від розмірів міграцій, а контингенти мігрантів, в свою чергу за чисельністю явно поступаються усьому населенню, застосування методу коефіцієнтів дожиття цілком виправдане.

Таким способом можна розрахувати вплив міграцій на динаміку чисельності вікових груп з 12-14 (залежно від тривалості міжпереписного періоду, розрахунок можна вважати коректним для контингентів, які на момент попереднього перепису мали вік не менше 2 років) і до 70 років. Оскільки у наймолодших та найстарших вікових групах рівень смертності є вищим, можливі похибки визначення коефіцієнту дожиття призведуть до спотворення оцінки вкладу міграцій у зміни їх чисельності. Для обчислення впливу міграцій на динаміку чисельності вікових груп до 14 та старше 70 років необхідно використовувати специфічні прийоми.

Коефіцієнт впливу міграцій на динаміку чисельності тих молодших вікових груп, які прожили увесь міжпереписний період (тобто народилися до моменту попереднього перепису) можна прийняти рівним коефіцієнту впливу міграцій на динаміку чисельності вікової групи 14 років (розрахунки, здійснені для окремих міжпереписних періодів, підтверджують коректність такого припущення). Для груп, що народилися після проведення попереднього перепису показник міграційного впливу на динаміку чисельності пропорційно зменшується до нульового значення для групи 0 років. Зміна чисельності за рахунок міграцій для населення віком 70

років і старше розраховується як різниця між відповідним показником для усього населення та сумою показників для усіх інших вікових груп. Зрозуміло, що точність обчислень вкладу міграцій в динаміку чисельності наймолодших та найстарших вікових груп є меншою, ніж для вікових контингентів 15-69 років.

Для виміру вкладу міграцій в динаміку чисельності населення або певної статеві-вікової групи слід співвіднести зміну чисельності населення (відповідної групи) в результаті міграцій за певний проміжок часу до очікуваної (при відсутності міграційних переміщень) чисельності на кінець періоду.

Оцінка впливу міграцій на трансформацію вікової структури населення здійснюється шляхом порівняння фактичних показників вікової структури (наприклад коефіцієнту старіння, коефіцієнту демографічного навантаження на населення працездатного віку, питомої ваги молоді тощо) з гіпотетичними – які були б зафіксовані за умови відсутності міграцій.

Розрахунки показують, що в Україні протягом 60-80-х років минулого століття склалася унікальна ситуація – при загальному додатному сальдо зовнішніх міграцій спостерігалось міграційне зменшення молоді. На роботу в регіони Сибіру, Далекого Сходу, Крайньої Півночі тощо виїжджали молоді люди, а поверталися переважно пенсіонери. Так, протягом 1959-1989 рр. чисельність усього населення завдяки міграціям зростала менш, ніж на 1% за десятиліття, в той же час внаслідок дії міграційного фактору чисельність чоловіків віком 20-29 років зменшувалася за кожний міжпереписний період на 5-6%, кількість жінок того ж віку – на 2%. Натомість чисельність осіб молодших пенсійних вікових груп (чоловіки 60-69 років, жінки 55-69 років) протягом 1959-1970 рр. внаслідок міграцій постійно зростала (лише у 1980-х роках цей процес призупинився). Такий характер міграційних процесів істотно посилював процес старіння населення та погіршення його трудового потенціалу. Протягом першого післявоєнного міжпереписного періоду (1959-1970 рр.) за рахунок міграцій було забезпечено 12,5% загального приросту коефіцієнта старіння, за 1970-1979 роки цей показник становив 28,3%, за 1979-1989 рр. – 13,8%, за 1989-2001 рр. – 15,5%. Можна стверджувати, що тенденції міграцій населення післявоєнного періоду прискорили настання депопуляції принаймні на кілька років. Крім того, внаслідок постійного відбору фахівців і їхньої концентрації в центрі Союзу знижувався професійний та освітній потенціал України.

Протягом останнього міжпереписного періоду (1989-2001 рр.) загальна чисельність населення України завдяки міграціям зменшилася лише на 1,0%. При цьому чисельність чоловіків віком 25-29 років зменшилася на 6,8%, жінок того ж віку – на 4,9%, чоловіків і жінок віком 30-34 роки – на 3,7 та 2,1% відповідно. В той же час міграційні процеси сприяли зростанню чисельності осіб молодше 20 та старше 70 років, тобто тих контингентів, чия економічна активність є нульовою або невисокою. Міграційні втрати населення України протягом міжпереписного періоду стосуються майже виключно найбільш економічно активних вікових контингентів (табл. 8.1.2).

Таблиця 8.1.2. Структура втрат населення України за віковими групами у результаті міграцій протягом 1989-2001 рр. (станом на кінець періоду)

Статеві-вікова група	У % до загального обсягу втрат
0-14, обидві статі	-18,6
15-19, обидві статі	-15,3
чоловіки 20-49	81,7
жінки 20-49	38,4
чоловіки 50-69	25,4

жінки 50-69	7,9
70+, обидві статі	-19,5
Всього	100,0

Розраховано за даними Держкомстату України.

При відсутності міграцій протягом 1989-2001 рр., перепис 2001 р. зафіксував би в Україні питому вагу осіб найбільш економічно продуктивного віку (25-44 роки) на 0,5 відсоткових пункту більшу від фактично зафіксованої, а величина показника демографічного навантаження на населення працездатного віку виявилася б на 2,5% меншою (табл. 8.1.3).

Таблиця 8.1.3. Фактичні та гіпотетичні показники вікової структури населення України у кінці 2001 р. (у %)

	Фактичний показник	Гіпотетичний (який був би за умови відсутності міграцій протягом міжпереписного періоду)
Коефіцієнт старіння (питома вага осіб віком 60 р. і старші)	21,4	21,2
Демографічне навантаження на населення працездатного віку	723	705
Питома вага осіб віком 25-44 р.	28,7	29,2
Питома вага жінок фертильного віку (15-49 р.)	26,0	26,1

Розраховано за даними Держкомстату України.

Негативний вплив еміграції на демоекономічний розвиток не обмежується змінами у співвідношенні чисельностей вікових груп. Оскільки рівень освіти мігрантів зазвичай вищий, ніж у всього населення, наслідком переваги вибуття над прибуттям, як правило, стає погіршення освітнього потенціалу нації. На сучасному етапі еміграція з України за межі колишнього СРСР має характер "відпливу мозків": питома вага осіб з вищою освітою серед емігрантів до країн "старого зарубіжжя" є більш як у 1,5 рази вищою, ніж серед вибулих до країн СНД та Балтії, а також серед прибулих до України. Особливо високим є освітній рівень вибулих до Канади.

Загалом, в результаті зовнішніх міграційних контактів Україна протягом 2004 р. втратила понад 70 тис. людино-років освіти або 0,0018 року в розрахунку на 1 мешканця віком 16 років і старше. На перший погляд масштаби цих втрат незначні, оскільки контингент мігрантів малий в порівнянні з загальною чисельністю населення. Однак, збереження таких тенденцій протягом десятиліття є негативним чинником розвитку освітнього потенціалу, уповільнюючи темпи зростання освітнього рівня населення.

Протягом січня-вересня 2004 р. з України за кордон виїхало 74 кандидати та 13 докторів наук, тобто кожна з двох груп наукових працівників вищої кваліфікації втратила по 0,12% від загальної кількості. Порівняно з 1995 р. кількість вибулих докторів наук зменшилася майже вчетверо, порівняно з 2002 р. – удвічі, що пов'язано, по-перше, з тим, що основна частина найбільш схильних до еміграції фахівців вже покинули Україну, а, по-друге, з тим, що внаслідок стабілізації економіки, переходу до промислового зростання та появи перших ознак поліпшення життєвого рівня населення в останні роки відбулося певне покращання можливостей заробітку для висококваліфікованих спеціалістів „з ім'ям”. В середині 1990-х років біля третини виїжджаючих докторів прямували до Російської

Федерації, стільки ж – до США, біля 1/6 – до Ізраїлю. Нині чітко виражених географічних пріоритетів еміграції докторів наук немає.

Разом з тим на рубежі тисячоліть відбулося збільшення кількості емігрантів, які мають вчений ступінь кандидата наук: якщо для фахівців „з ім'ям” різниця в умовах праці та можливостях заробітку між Україною та іншими країнами в останні роки помітно зменшилася, то для перспективної молоді еміграція залишається чи не єдиним шляхом швидкого поліпшення добробуту без відмови від наукової діяльності. Найбільшу кількість кандидатів наук Україна втрачає у міграційному обміні зі Сполученими Штатами, Росією, Німеччиною та Канадою (враховуючи співвідношення чисельностей населення перерахованих країн, виїзд кандидатів наук до Канади слід визнати найбільш інтенсивним). Найвища інтенсивність вибуття кандидатів наук (вдвічі вище середнього по сукупності рівня) спостерігається серед осіб віком 31-40 років, тобто тих вікових контингентів кваліфікованих кадрів, які, з одного боку, мають доволі значний досвід роботи, а, з іншого боку, зберігають високий рівень здоров'я та працездатності.

8.2. Регіональні особливості міграційної ситуації

Населення різних регіонів України неоднаковою мірою залучено в міграційні процеси. Питома вага мігрантів в загальній чисельності населення регіонів на момент перепису коливається від 13,5% (Закарпаття) до 60,6% (АР Крим), зростаючи з заходу на схід та з півночі на південь. Частка народжених за межами регіону також вища в найбільш промислово розвинених областях Сходу та в південних регіонах і особливо висока (понад 50%) - в Криму та Києві. Причому, якщо більшість некорінних жителів столиці народилися на території України, то 32,0% кримчан та 33,1% мешканців Севастополя походять з-за меж нашої держави.

Загалом Київ акумулює 15,9% від кількості мешканців України, які проживають поза межами регіону народження (це утричі більше від частки Києва в загальній чисельності населення країни). До цього контингенту входять також особи, які народилися в населених пунктах Київської області, що ввійшли до складу міста Києва (за даними перепису 1,1% киян народилися за межами Києва, але жодного разу не змінювали місце проживання). Серед киян, народжених за межами Києва, 24,0% становлять уродженці Київської області і ще 28,0% - уродженці областей, які межують з Київською. В той же час уродженці столиці становлять 2,5% населення Київщини. Результати перепису підтверджують той факт, що найбільш інтенсивні міграційні зв'язки існують між сусідніми регіонами: в кожному регіоні серед контингентів осіб, народжених в інших регіонах країни, найчисельнішими є групи уродженців прилеглих регіонів. Зокрема, 3,1% населення Київщини – вихідці з Житомирської, а 2,3% - з Чернігівської області, в Запорізькій області 2,4% населення походить з Дніпропетровщини, 1,8% - з Донеччини і 1,6% - з Херсонщини.

Мігранти з-за меж України найбільш вагомих вклад внесли у формування населення Криму: уродженці Росії становлять 26,9% населення Севастополя і 18,8% населення АР Крим, ще 8,1% кримчан народилися в Узбекистані. Якщо не брати до уваги Крим, розселення осіб, що народились в колишніх республіках СРСР, крім Молдови, відповідає територіальній диференціації рівнів економічного розвитку. 35,6% жителів нашої держави, народжених в Молдові, проживає на Одещині, а 37,0% осіб, що народилися за межами колишнього Союзу, припадає на 3 області Галичини, які до другої світової війни знаходилися в складі Польщі. Останній показник порівняно з 1989 р. зменшився, оскільки в ряді інших регіонів

(перш за все у Києві) з'явилися численні групи вихідців з країн старого зарубіжжя – мігрантів з Афро-азіатських держав, представників іноземних фірм, а також дітей військовослужбовців Радянської армії, які народилися в країнах Варшавського договору, де проходили службу їх батьки.

Потреби формування виваженої міграційної політики та розробки достовірних прогнозів міграційного руху (одного з компонентів побудови демографічного прогнозу) вимагають врахування регіональної специфіки міграційної ситуації. Таким чином, одним з найважливіших напрямків дослідження перебігу міграційних процесів стає аналіз та виявлення закономірностей їх територіальної диференціації. Вищим щаблем такого аналізу виступає побудова сітки районування України за міграційними ознаками, виділення міграційних районів.

Основними показниками, покладеними в основу виявлення закономірностей територіальної диференціації міграційної ситуації, є: питома вага осіб, які хоча б один раз за життя змінили місце проживання, в загальній чисельності населення регіону на моменти двох останніх переписів (1989 та 2001 рр.), а також коефіцієнти сальдо міграцій та загальної мобільності населення в 1989-2004 рр. У якості додаткових показників використані: частка народжених за межами регіону (за даними перепису), коефіцієнти міждержавної, міжрегіональної і внутрірегіональної міграційної мобільності населення. При проведенні районування враховано не лише загальнорегіональні показники, а й відмінності між міграційною ситуацією в міській та сільській місцевості.

За підсумками багаторічних міграційних процесів, виявленими переписами населення і особливостями перебігу офіційно зареєстрованих міграцій в кінці ХХ – на початку ХХІ ст. усі регіони України можна об'єднати в 7 географічно цілісних міграційних районів.

1. Кримський – АР Крим і Севастопольська міськрада. Специфіка міграційної ситуації у Криму зумовлена, по-перше, процесом повернення депортованих народів, а по-друге, особливостями етнічної структури населення, зокрема високою часткою етнічних росіян. Згідно з переписом населення 2001 р. Крим займає перше місце в Україні за питомою вагою осіб, які хоча б один раз протягом життя брали участь в міграційних переміщеннях – 60,6% в АРК та 59,3% - в Севастополі. В 1989-1993 рр. в Криму спостерігався надзвичайно великий міграційний приріст населення (+180 тис.чол. за 5 років), у наступні роки, особливо в 1996-1998 р., півострів зазнав найбільш істотних міграційних втрат серед усіх регіонів України. На сучасному етапі (1999-2004 рр.) регіони Кримського міграційного району виділяються на тлі інших територіальних підрозділів України, насамперед, надзвичайно високою інтенсивністю зовнішнього міграційного обороту (в 2004 р. 4,7‰ в АРК та 5,2‰ у Севастополі, тоді як у всіх інших регіонах – менше 3‰) – перш за все за рахунок інтенсивних міграційних контактів з Росією.

2. Південно-Східний - Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Луганська, Миколаївська, Харківська і Херсонська області. Інтенсивність міграційних процесів вища загальнодержавного рівня, причому має місце зближення міграційної ситуації в місті та селі. Питома вага осіб, які хоча б раз у житті змінювали місце проживання, в чисельності сільського населення цих областей більша або майже дорівнює відповідним показникам міського населення, а інтенсивність міграційного обороту в післяпереписному періоді у селах явно вища, ніж у містах. Тобто в економічно розвинених регіонах України проходить зближення демографічної ситуації в місті та селі, що значною мірою обумовлено знаходженням більшої частини сільської місцевості в межах урбанізованого простору міських агломерацій.

3. Середньоукраїнський - Одеська, Кіровоградська, Полтавська та Сумська області. В цих регіонах, що протягнулися неширокою смугою з південного заходу на північний схід і відділяють колишній Південно-Західний економічний район (згідно з сіткою економічного районування, прийнятою в радянський період) від Сходу та Півдня, практично всі основні показники міграційної ситуації близькі до середніх по Україні. Відповідно назва району відображає не лише його географічне положення (середня частина території України між північним заходом та південним сходом), але й особливості тенденцій міграцій.

4. Галицько-Буковинський - Івано-Франківська, Львівська, Тернопільська і Чернівецька області. У цих регіонах спостерігається надзвичайно низька інтенсивність міграцій сільського населення і невисока – міського. Питома вага мігрантів у загальній чисельності населення (за переписом) невелика (26,7% проти 37,2% у цілому по Україні), диспропорції між містом і селом – разючі (якщо вищеназваний показник міського населення в районі майже дорівнює загальнодержавному аналогу, то у сільській місцевості він удвічі менший, ніж в цілому по сільській місцевості країни). Такі характерні риси міграційної ситуації обумовлені історичними особливостями розвитку регіону. Це саме та частина території України, яка ніколи не входила до складу Російської імперії і була приєднана до СРСР лише в ході другої світової війни (слід зазначити, що Волинська і Рівненська області ввійшли до складу УРСР одночасно з Галичиною, однак для них окреме від основної частини України існування було нетривалим). В результаті населення цих областей і в першу чергу його більш “консервативна” частина - сільське населення за своїм менталітетом помітно відрізняється від населення інших регіонів України.

5. Закарпатський. Цей район охоплює однойменну область, приєднану до УРСР майже одночасно з Галичиною та Північною Буковиною. Але Закарпаття було відірване від Українських земель набагато довше – ще з часів Давньоруської держави, відповідно у населення регіону сформувався специфічний менталітет, різко відмінний від менталітету як основної частини мешканців України (включаючи галичан), так і будь-яких інших багаточисельних географічних спільностей людей. Як результат, притаманні сусіднім областям особливості міграційної ситуації проявляються в Закарпатті у більш різкій формі. Нині тут спостерігаються дуже низькі навіть на Галицько-Буковинському тлі рівні міграційного обороту сільського населення (у 2,5 рази нижче, ніж у цілому по країні) і найнижчі по Україні відповідні показники міського населення (на чверть менше загальнодержавного рівня). Питома вага мігрантів за переписом склала 13,5%, у т.ч. у міських поселеннях – 24,8% (у всіх інших регіонах – понад 33%), у сільській місцевості – 7,0%.

6. Північно-Західний - Вінницька, Волинська, Житомирська, Київська (без м.Києва), Рівненська, Хмельницька, Черкаська і Чернігівська області. Як видно з переліку, до складу району входить і ряд центральних областей; назва району пов'язана з тим, що він розташований на північний захід від Середньоукраїнського району, міграційна ситуація в якому розглядається як своєрідна база порівняння. В цілому основні індикатори міграційних процесів міського населення областей близькі до зафіксованих в Південно-Східному районі, тоді як показники міграцій сільського населення наближаються до відповідних рівнів Галицько-Буковинського району. Міграційний оборот усього населення району близький до загальнодержавного рівня, але в міських поселеннях він явно вищий, ніж у сільській місцевості. Низький (за вітчизняними мірками) ступінь урбанізації (підвищена частка сільського населення, недостатній розвиток мережі міських поселень) та нижчий від середнього по Україні рівень економічного розвитку призвели до існування значних диспропорцій між умовами життя в місті і селі. Як

наслідок, в період масового притоку населення до України особи, які мігрували до цих регіонів, віддавали явну перевагу міським поселенням.

7. Столичний – Київська міськрада. Питома вага осіб, що народилися за межами регіону, тут майже так само велика, як і в Криму, причому, на відміну від Криму, більшість некорінних жителів столиці народилися на території України (в основному в Київській та областях, що з нею межують). Такі особливості міграційної ситуації пояснюються, з одного боку, труднощами прописки в столиці, а з іншого, високим рівнем закріплення вже прибулих. Починаючи з 1995 р. Київ є єдиним регіоном України, де спостерігається стабільно додатне сальдо міграцій населення, причому існує тенденція до його зростання (крім столиці, значного перевищення чисельності прибулих над кількістю вибулих ніде в Україні не спостерігається). В період переходу до ринкових відносин сформувався значний розрив в умовах життя між Києвом і всіма іншими регіонами України. У результаті рівень привабливості столиці для мігрантів різко підвищився. Все це дає підстави виділити Київ в окремий Столичний міграційний район (назва в даному випадку відображає основний фактор районуотворення).

Нині в Україні спостерігається тенденція до поступового зменшення міжтериторіальних відмінностей міграційної ситуації. В першу чергу можна говорити про зближення тенденцій розвитку міграційних процесів в Південно-Східному, Середньоукраїнському, Південно-Західному і, частково, Галицько-Буковинському районах. В той же час Київ, Крим та Закарпаття виділяються на загальному тлі досить істотно.



Рис. 8.2.1. Районування України за особливостями міграційної ситуації

Отже, основними чинниками, які визначають специфіку міграційної ситуації в тому чи іншому регіоні України, є його географічне положення та особливості історичного розвитку. Загалом зміна основних показників перебігу міграційних

процесів в географічному просторі України відбувається в напрямку з південного заходу через північ і центр на південний схід. Регіонам, які найбільше виділяються на загальному тлі специфікою історичного розвитку (Закарпаття, Крим), притаманна і унікальна міграційна ситуація.

8.3. Нові форми міграційних процесів: зовнішня трудова міграція, рух біженців та транзит нелегальних мігрантів

При обмежених можливостях працевлаштування на офіційному ринку праці України, зайнятість в зареєстрованому секторі економіки держави не лише не гарантує добробуту, але й часто не забезпечує потреб відтворення робочої сили працюючого. В цих умовах чимало носіїв економічної активності прагнуть використати нестандартні способи її реалізації: працюють на двох (або більше) роботах, займаються неформальною або тіньовою діяльністю, веденням особистого підсобного господарства, або ж стають учасниками трудових міграцій. Трудові міграційні поїздки українських громадян за кордон стали об'єктивною реальністю і, без сумніву, масовим явищем.

Першочерговими завданнями дослідження трудових міграцій є оцінка їх масштабів та виявлення основних напрямів (розподілу трудових мігрантів за країнами призначення). У вітчизняній науковій та публіцистичній літературі наводяться різні оцінки щодо чисельності зовнішніх трудових мігрантів. Згідно з даними обстеження "Життєві шляхи населення України", проведеного у березні 2001 р. на засадах додаткового модулю до обстеження з питань економічної активності населення, яке щоквартально здійснюється Держкомстатом, в 2000 р. за межами України працювало (за наймом) 380,5 тис. жителів 8 областей Західної України та Донбасу, що в 70 (!) раз більше контингенту, зареєстрованого державною статистикою (5579 чол.) [16]. Рівень участі усього населення в трудових міграціях (відношення кількості осіб, які протягом року брали участь у трудових міграціях до загальної чисельності населення віком 15-70 років) склав 3,2%, в т.ч. рівень участі в цьому процесі осіб віком 20-49 років – 4,9%. При цьому виявлений обсяг трудових міграцій населення 8 областей України є мінімальною оцінкою, свого роду нижньою межею довірчого інтервалу масштабів явища. Поєднання результатів обстеження з інформацією інших джерел дозволяє оцінити обсяг трудових міграцій по усій державі, як мінімум, в 1 млн. осіб.

Найбільш масові потоки трудової міграції мешканців прикордонних регіонів, згідно з даними згаданого обстеження, спрямовані до Росії (37,2%), Польщі (18,7%), Чехії (16,9%), Італії (8,5%), Португалії (3,8%), Угорщини (2,5%), Греції (2,2%), Словаччини (2,0%), Білорусі (1,7%). У цілому на країни Західної і Центральної Європи (включаючи Туреччину і Кіпр) припадає майже 60% загального потоку трудових мігрантів з 8 областей України. У т.ч. країни Вишеградської групи (Польща, Чехія, Словаччина, Угорщина) акумулюють 2/5 обсягу трудових мігрантів або 2/3 потоку міграції до країн нового зарубіжжя. Майже 40% українських трудових мігрантів працює в державах СНД і Балтії, на частку неєвропейських країн (США, Канада, Аргентина) припадає менше 1% трудових мігрантів.

Основними країнами призначення заробітчани-мешканців сільської місцевості Тернопільщини згідно з даними обліку трудових мігрантів на 1 жовтня 2001 р., здійсненого Тернопільським обласним центром зайнятості, є Польща (30,8%), Італія (21,1%), Росія (13,3%), Португалія (12,0%), Іспанія (5,1%) та Чехія (4,2%) [17]. За розрахунками дослідників сумарні обсяги трудових міграцій населення по області становлять 42,4 тис. осіб, а по Україні в цілому – „не перевищують двох

мільйонів осіб” [17].

За експертними оцінками МЗС України, за кордоном на заробітках нелегально перебуває понад 2 млн. громадян України, з них половина – в Російській Федерації (у сезонний пік ця чисельність збільшується втричі), у Польщі працює 300 тис. наших громадян, в Італії – 200 тис., в Чехії – 100-200 тис., у Португалії – 150 тис., Іспанії – 100 тис., Туреччині – 35 тис., у США – 20 тис., Словаччині – 5 тис., Аргентині та Білорусі – по 4 тис., у Греції – 3 тис. [17].

Отже, дані експертної оцінки МЗС практично співпадають з оцінками Тернопільського обласного центру зайнятості, в той же час ряд аналітиків називає набагато більші цифри. Так, фахівці Міністерства праці та соціальної політики України оцінюють трудову міграцію за кордон у 2,5-3 млн., враховуючи “зниклих” з національного ринку праці осіб працездатного віку. Спеціалісти Держкомстату України на основі даних про кількість працюючих в економіці України, кількість осіб, які навчаються з відривом від виробництва, безробітних та ряду інших категорій населення, визначили чисельність трудових мігрантів у 2,4-3 млн. осіб. Однак, не виключено, що частина громадян, які не потрапляють у жодну з зафіксованих державною статистикою категорій осіб, працює у тіншовому секторі економіки в межах України. В доповіді Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини називається цифра у 5 млн. трудових мігрантів [18].

Згідно з даними загальнонаціонального соціологічного моніторингу, що здійснюється Інститутом соціології НАН України, досвід роботи за кордоном мають представники 12% домогосподарств. Якщо припустити, що в жодному домогосподарстві немає більш, ніж однієї дорослої особи з досвідом зовнішніх трудових поїздок, ми отримуємо обсяг трудових міграцій у 2,1 млн. осіб, а враховуючи вірогідну поширеність поїздок двох і більше членів одного домогосподарства – 2,3-2,8 млн. трудових мігрантів. Однак у цьому випадку мова йде не про осіб, які працюють за кордоном в конкретний момент часу, і не про тих, що виїздили працювати за кордон протягом певного періоду, а про громадян, які хоча б один раз за життя брали участь у трудових міграціях.

Отже, трудові міграційні поїздки українських громадян за кордон стали об'єктивною реальністю і, без сумніву, масовим явищем, масштаби якого за різними оцінками становлять від 1 до 5-х млн. осіб, за найбільш реальними оцінками – від 2 до 2,7 млн. Основними центрами тяжіння трудових мігрантів з України є Росія (40-50%), Польща (15-20%), Чехія (10-12%), Італія (близько 10%), Португалія (5-8%).

При цьому спостерігаються суттєві відмінності в напрямках зовнішніх трудових міграцій чоловіків та жінок. Так, серед основних країн-реципієнтів вітчизняної робочої сили різка перевага жінок спостерігається серед мігруючих до Італії, крім того переважно жіночий характер має трудова міграція до Туреччини та Японії [18], а також Греції. Росія та Португалія є країнами переважно чоловічої міграції з України, серед виїжджаючих до Польщі та Чехії співвідношення чоловіків та жінок майже таке ж, як і по всіх міграційних потоках (табл. 8.3.1). В цілому можна виділити чотири основні країни-реципієнти української жіночої робочої сили – Італію, Польщу, Росію та Чехію, причому потоки міграції жінок до трьох перших країн є приблизно однаковими (по 22-27% від загалу), потік до Чехії – удвічі менший від середнього по трьох вищевказаних потоках, п'яте місце серед пріоритетів наших співвітчизниць посідає Греція.

Таблиця 8.3.1. Питома вага жінок серед виїжджаючих до окремих країн (за результатами різних досліджень)

Країна	Обстеження „Життєві шляхи населення України”	Облік трудових мігрантів сільської місцевості Тернопільщини	Опитування українських трудових мігрантів в Італії	%
Росія	19	11	-	
Польща	36	36	-	
Чехія	26	24	-	
Італія	87	79	85 ¹⁸ -91 ¹⁹	
Португалія	11	16	-	
Греція	72	81	-	

Інтенсивність трудових міграцій помітно вища в областях, які мають кордони з країнами далекого зарубіжжя, і особливо висока – у Закарпатській області, що межує з усіма чотирма західними сусідами України. Трудові мігранти – майже виключно особи віком 20-49 років, тобто представники найбільш економічно продуктивних вікових груп. Максимальний рівень участі в трудових міграціях спостерігається у віковому діапазоні 25-29 років. Частіше до роботи за кордоном залучається сільське населення, майже 70% становлять чоловіки. Одружені чоловіки і заміжні жінки більшою мірою залучені до трудової міграції, ніж особи, які ніколи не перебували в шлюбі. Багато в чому це пояснюється суттєвішими потребами сімейних бюджетів у надходженнях “міграційних грошей”, у порівнянні з бюджетами самотніх людей. Однак, найбільш висока інтенсивність трудових міграційних поїздок властива розлученим, які, з одного боку, мають досвід сімейного життя і заробітку грошей для сім'ї, а з іншого боку, не пов'язані подружніми зобов'язаннями і не підпадають під ризик загубити сім'ю внаслідок тривалої розлуки. Крім того, розлучені нерідко стикаються з проблемою утримання дитини без допомоги другого з батьків (особливо це стосується мігрантів-жінок), і часто саме трудова міграція стає чи не єдиним засобом вирішити цю проблему. Згідно з даними обстеження українських трудових мігрантів, що працюють в Італії, тільки 6,1% мігранток-жінок не мають дітей, тоді як понад 3/4 залишили вдома по 1-2 дітей, а майже 8% – по 3 і більше [19].

Частіше трудовими мігрантами стають особи з професійно-технічною та повною середньою освітою. Малоосвічені люди через низьку кваліфікацію мають заздалегідь невеликі можливості працевлаштування за кордоном, а високоосвічені прошарки менше зацікавлені в цьому через кращі можливості працевлаштування в Україні. Майже ¾ осіб, які мають досвід трудових міграцій, орієнтовані на повторення поїздки.

Реалізація економічної активності на зовнішньому ринку праці включає, крім

¹⁸ Масове соціологічне опитування українських заробітчани в Італії, проведене Західноукраїнським Центром „Жіночі перспективи” у 2002 р.

¹⁹ Соціологічне дослідження „Стан сучасної української еміграції в Італії”, здійснене у 2003 р. соціологом Н.Шегдою

власне трудової міграції, також економічний туризм („човникову торгівлю”). В більшості досліджень економічний туризм розглядають як різновид трудової міграції. Однак, такий підхід слід визнати невиправданим: попри зовнішню подібність між човниковими поїздками, з одного боку, та міграцією, з другого боку, це зовсім різні процеси. Кардинальна відмінність полягає у становищі економічних туристів та зовнішніх трудових мігрантів на вітчизняному ринку праці: частина трудової діяльності, пов'язаної із здійсненням човникової торгівлі, відбувається в межах України. Човниковий бізнес є територіально рухомою формою організації самозайнятості або підприємницької діяльності.

Для багатьох громадян України човникова торгівля стала джерелом не лише виживання в найскрутніший період, але й набуття „ринкової” свідомості, досвіду підприємництва, первинного нагромадження капіталу, знаходження ніш на ринках праці сусідніх країн. Нині економічний туризм поступово втрачає своє колишнє значення, однак він залишається джерелом засобів до існування для окремих верств населення. Постає питання: скільки „човників” нараховується нині в Україні. На жаль, відповідної статистики не існує, однак результати численних вибіркового досліджень дозволяють зробити приблизну оцінку чисельності даного контингенту.

Згідно з даними обстеження трудових мігрантів у містах Києві, Чернівцях та селі Прилбичі Львівської області [20], здійсненого Національним інститутом проблем міжнародної безпеки у 2002 р., чисельність „човників” та кількість трудових мігрантів співвідносяться як 1:5,7. Результати обстеження „Життєві шляхи населення України” [дають дещо інше співвідношення обсягів контингентів – 1:4. Спираючись на дані обстеження НІПМБ, отримуємо чисельність човників у 350-475 тис. осіб, а спираючись на дані обстеження НАН України та Держкомстату – 500-675 тис. осіб.

На основі комбінації даних прикордонного обліку та соціологічних опитувань фахівці оцінюють щорічну кількість комерційних поїздок з України за кордон у 3 млн. Виїздів [20]. Беручи за основу виявлену в ході обстеження „Життєві шляхи населення України” середню кількість поїздок, що припадає на 1 особу, а саме 4,5 поїздки [16], отримуємо кількість човників у 670 тис. осіб. Отже, поєднуючи результати трьох оцінок, можна з досить високим ступенем точності стверджувати, що кількість економічних туристів в Україні становить від 350 до 700 тис. осіб. Відповідно рівень участі населення 15-70 років у човниковій торгівлі (частка „човників” у загальній чисельності населення у віці 15-70 років) становить 1,0-2,0%.

Найбільші потоки „човників” спрямовані до Росії (близько половини) та Польщі (майже третина); для мешканців окремих регіонів важливе значення мають також поїздки до Словаччини, Румунії, Угорщини, Білорусі, Туреччини. Кожен десятий човник відвідує більш, ніж одну країну.

Контингент економічних туристів відрізняється від контингенту трудових мігрантів не тільки сферою діяльності, тривалістю та частотою поїздок, але й численними соціально-демографічними характеристиками. Так, якщо трудові мігранти – це переважно сільські чоловіки з невисоким рівнем освіти, мешканці передусім західних регіонів, то економічний туризм приблизно однаковою мірою поширений в різних регіонах України, головним чином серед високоосвічених городян. „Човники” в середньому дещо старші від трудових мігрантів. Згідно з даними обстеження „Життєві шляхи населення України”, пік участі в човниковій торгівлі зафіксований для вікової групи 35-39 років (у трудових міграціях – у віці 25-29 років). У комерційному туризмі дещо активніше беруть участь жінки, особливо розлучені.

Трудова міграція громадян України здійснюється за запрошенням безпосередньо з боку іноземних роботодавців, за допомогою організацій, які займаються посередництвом у працевлаштуванні громадян за кордоном (у тому

числі туристичних агенцій), самостійного пошуку громадянами України роботи за кордоном (через осіб, які раніше виїхали на заробітки, за сприянням родичів і знайомих в країні-реципієнті, за допомогою Інтернету тощо). В структурі трудової еміграції громадян України за ступенем легальності та можливостями статистичного обліку можна виділити 4 якісно особливі рівні:

1. офіційна трудова міграція – переміщення українських громадян, які виїжджаючи за кордон декларують мету участі в трудовій діяльності і є легальними трудовими мігрантами в приймаючих країнах;

2. неофіційна легальна міграція – поїздки наших співвітчизників за кордон з декларованою ціллю туризму, відвідування родичів тощо, з послідувачим працевлаштуванням та реєстрацією в країні-реципієнті; учасники таких поїздок не можуть бути відстежені вітчизняною статистикою, але при цьому стають цілком легальними трудовими мігрантами в країнах-реципієнтах;

3. успішна нелегальна міграція – поїздки за кордон, пов'язані з незареєстрованою зайнятістю видами діяльності, дозволеними законодавством відповідних країн;

4. міграція жертв злочинних угруповань – торгівля людьми та інші випадки перебування громадян України в нелюдських умовах або зайнятість протиправною діяльністю за кордоном не з власної волі.

В доповіді Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини виділено чотири категорії громадян України, які перебувають на території інших країн з метою працевлаштування, в залежності від їхнього правового статусу [18]:

♦ особи, які мають дозвіл на постійне проживання на території іноземної держави, що одночасно дає право і на безстрокове працевлаштування (ці особи відповідно не входять до складу постійного населення України);

♦ особи, які мають тимчасовий дозвіл на перебування і на працевлаштування;

♦ особи, які на законних підставах тимчасово перебувають на території іноземної держави (на лікуванні, навчанні, з туристичними або приватними цілями) і нелегально працюють;

♦ особи, які перебувають на території іноземної держави нелегально і нелегально працюють.

В складі останнього контингенту слід розрізняти осіб, які потрапили до країни-реципієнта легальним шляхом, але термін їхнього дозволу на перебування закінчився, та осіб, які потрапили на територію даної країни нелегальним шляхом. Належність особи до тієї або іншої категорії є основним чинником, який визначає юридичні та соціальні права індивіда в країні перебування.

Підсумовуючи викладене вище, за поєднанням правового статусу та економічних ознак можна виділити три основних сегменти української трудової міграції:

♦ унікальні спеціалісти та висококваліфіковані працівники, які легально працюють за фахом за персональними запрошеннями;

♦ працівники різного рівня кваліфікації, які займаються переважно низькокваліфікованими (рідше – середнього рівня кваліфікації) роботами, нелегально або легально;

♦ жертви злочинних угруповань.

Представники першого сегменту мають такі ж самі права, як і громадяни країни перебування. У них практично не виникає проблем щодо гарантій зайнятості, умов праці, соціального та медичного захисту, належної винагороди за працю. Мігранти, які формують другий сегмент, мають мінімум соціальних та трудових гарантій. Хоча становище легальних і нелегальних працівників суттєво відрізняється, українці нерідко стикаються з порушенням їхніх прав навіть за умови легального працевлаштування. Щодо жертв злочинних угруповань, то вони по суті

перебувають на становищі рабів.

Із загальної кількості українських трудових мігрантів лише трохи більше 40 тис. осіб працевлаштовано за кордоном за сприяння офіційних посередників. Чисельність громадян України, які не зафіксовані вітчизняною статистикою, але легально працюють в країнах перебування, становить близько 500 тис. осіб, в т.ч. по 100 тис. – в Російській Федерації, Португалії, Італії, Іспанії, по кілька десятків тисяч – в Польщі, Чехії, Греції, Угорщині (більш точний підрахунок можливий при отриманні відповідних даних від урядових структур країн-реципієнтів вітчизняної робочої сили).

Таким чином, абсолютна більшість, як мінімум 3/4 українських трудових мігрантів працює за кордоном нелегально, одним з наслідків чого є наявність численних порушень їхніх прав. Умови праці українських працівників за кордоном абсолютно не відповідають нормативам, встановленим як на батьківщині, так і в країні перебування. Звичайною ситуацією є ненормований робочий день, недотримання техніки безпеки, виконання робіт, пов'язаних з ризиком для життя і здоров'я, трапляються випадки несвоєчасної та неповної виплати заробітної плати. Багатьом загрожує небезпека опинитися в нелюдських умовах існування або стати жертвами торгівлі людьми. Ці особи протягом тривалого часу перебувають не нелегальному становищі поза правовим полем України, що сприяє формуванню психології соціального і правового нігілізму у представників цього контингенту, молоді жінки, які стали жертвами торгівлі людьми, отримують величезні психологічні травми і „випадають” з репродуктивного процесу. Одним з наслідків нелегальної трудової міграції є втрата здоров'я наших громадян через важку і напружену працю, що відображається на показниках смертності. Медична допомога нелегальним мігрантам зазвичай і надається нелегально (завдяки особистим контактам роботодавця з медичними працівниками), тобто про нормальне лікування мова не йде. Для довготривалих мігрантів суттєвою проблемою стає адаптація до українського суспільства, яке змінилося за період їхньої відсутності (для нелегального мігранта поїздка до України фактично означає втрату роботи за кордоном, тоді як легальні довгострокові мігранти мають можливість відвідувати родичів і постійно підтримувати соціальні зв'язки).

Українські трудові мігранти-чоловіки зайняті переважно будівельними роботами. Крім того, в Росії серед наших мігрантів спостерігається підвищена частка зайнятих на транспорті і в зв'язку, у Польщі – в сільському господарстві, численним є також контингент українських моряків, зайнятих на іноземних судах. Галузева структура зайнятості жінок-мігрантів у різних країнах різна в залежності від потреб національних економік. Серед жінок, що працюють у Росії, найбільшими є контингенти зайнятих в торгівлі (за наймом) і будівництві, у Чехії – в громадському харчуванні і в промисловості (переважно легкій та харчовій), у Польщі – в сільському господарстві та в якості домашньої прислуги, остання сфера діяльності переважає серед українських мігранток, що знаходяться в Італії. Загалом наші співгромадяни переважно займаються роботами, які мало сприяють підвищенню їх кваліфікації, набуттю навиків, потрібних для майбутньої продуктивної діяльності в Україні. Зазвичай гірші умови праці та перебування за кордоном мають українські будівельники, відносно кращі – моряки, домашня прислуга.

Тривалість робочого дня українського трудового мігранта за кордоном практично завжди перевищує 8 годин, як правило, вона становить 10-12 годин. В ході обстеження "Життєві шляхи населення України" при відповіді на питання анкети про тривалість робочого часу респондентам було запропоновано (на вибір) вказати або тривалість робочого тижня, або робочого дня. Для тих трудових мігрантів, хто віддав перевагу варіанту робочого тижня (таких дещо менше

третини контингенту) його середня тривалість склала 55,8 годин, що на 40% більше прийнятої в Україні норми. Тільки в 1/6 загального об'єму контингенту середня тривалість робочого тижня не перевищувала 40 годин, у той час як у кожного другого - складала більше 60 годин, у кожного четвертого - 70 і більше годин. Для тих трудових мігрантів, що вказали тривалість робочого дня, вона в середньому склала 9,9 годин. Понад 2/3 представників даного контингенту мали робочий день тривалістю 10 годин і більше, 1/4 - 12 годин і більше [18]. Восьмигодинний робочий день для українських трудових мігрантів є нормою в тому випадку, якщо мова йде про працю на заводах із змінним режимом роботи (відповідно тривалість робочого дня відповідає тривалості зміни).

Місячний заробіток основної частини українських працівників за кордоном становить від 200 до 1000 дол. США. Зайняті у будівництві в сусідніх з Україною державах (Росія, Польща, Чехія, Угорщина) некваліфіковані робітники зазвичай заробляють по 200-400 дол., а кваліфіковані – 500-700 дол., в Німеччині, Італії та інших країнах з розвиненою ринковою економікою ця цифра є набагато більшою. Заробіток моряків складає 600-1300 дол. для рядового складу і від 1800 до 4000-5000 дол. – для командного. Переважно по 200-300 дол. на місяць отримують прибиральниці, офіціанти, доглядальниці (в окремих випадках – 600 і навіть 1000 дол.), медики заробляють по 1-2 тис. дол., програмісти – до 5 тис. дол. Сумарний обсяг коштів, які заробляють українські працівники за кордоном оцінюється у 4,7-7,6 млрд. дол. США в рік, що складає 7-11% ВВП України.

В цілому наші громадяни, як правило, задоволені умовами власної праці, вони свідомо погоджуються працювати в напруженому режимі з метою заробити якомога більше коштів. Цьому сприяє той факт, що тимчасово перебуваючи за кордоном в іншому соціумі, у наших громадян різко знижуються потреби витрат часу на підтримку соціальних зв'язків, зокрема немає необхідності виділяти час на сім'ю. Задля мінімізації витрат в країні-реципієнті наші громадяни проживають в некомфортних умовах, деякі привозять продукти з України.

При оцінці впливу трудової міграції на розвиток регіональних ринків праці найбільш очевидним є висновок про те, що учасники міграційних поїздок за відсутності можливості їх здійснення пропонували б свою робочу силу в регіоні проживання, і, отже, розвиток трудових міграцій сприяє зниженню пропозиції робочої сили в регіонах виїзду (а, отже, і навантаження на регіональний ринок праці) у масштабах, рівних чисельності задіяних у цих міграціях контингентів. Однак, у реальній дійсності "відносини" трудових мігрантів з вітчизняним ринком праці – набагато складніші.

Сприятливий вплив трудових міграцій на розвиток можливостей зайнятості на ринку праці країни-донора не обмежується виїздом частини трудоактивних контингентів. Ряд осіб, нагромадивши за кордоном необхідні для життєдіяльності кошти, стають економічно неактивними, окремі контингенти колишніх мігрантів відкривають власну справу, створюючи нові робочі місця (для себе та найманих працівників).

Коректна **оцінка впливу зовнішніх трудових міграцій на розвиток ринку праці** країни (регіону) вимагає наявності таких вихідних абсолютних даних:

1. **Чисельність економічно активного населення (A).**
2. **Чисельність зайнятого населення (E).**
3. **Чисельність безробітних (U; при цьому $U=A-E$).**
4. **Кількість актуальних трудових мігрантів (aM)** – осіб, які працюють за кордоном на момент спостереження.
5. **Кількість осіб, які не пред'являють попит на робочі місця на внутрішньому ринку праці завдяки заощадженням, нагромадженням за**

рахунок прикладання праці за кордоном (R^m).

6. Кількість осіб, які відкрили власну справу (на умовах самозайнятості) за рахунок "міграційних" заробітків (SE^m).

7. Кількість осіб, які відкрили власну справу (в якості підприємців-роботодавців) за рахунок "міграційних" заробітків (B^m).

8. Кількість осіб, які працюють за наймом на підприємствах, організованих трудовими мігрантами (L^m), може бути визначена шляхом множення кількості роботодавців з числа колишніх трудових мігрантів на середню величину підприємства, створеного колишніми мігрантами.

Гіпотетична чисельність економічно активного населення за умови відсутності трудових міграцій (A') визначається за формулою:

$$A' = A + R^m + M$$

Кількість зайнятих при відсутності міграцій (E') становила б:

$$E' = E - SE^m - B^m - L^m$$

Обчисливши гіпотетичну чисельність економічно активного та зайнятого населення, можемо встановити гіпотетичну (при відсутності зовнішніх трудових міграцій) кількість безробітних:

$$U' = A' - E' = A + R^m + M - E + SE^m + B^m + L^m$$

Оцінка впливу зовнішніх трудових міграцій на розвиток ринку праці здійснюється шляхом порівняння фактичних показників стану останнього (в першу чергу рівня безробіття) з гіпотетичними – які були б зафіксовані за умови відсутності трудових міграцій.

Державна статистика надає інформацію лише щодо трьох перших із восьми вищезазначених абсолютних показників. Джерелом первинних даних виступає обстеження з питань економічної активності населення, яке проводиться Держкомстатом України. У 2004 рр. (в середньому за рік) згідно з даними обстеження чисельність економічно активного населення становила 22,2 млн. осіб, в т.ч. кількість зайнятих – 20,3 млн., безробітних – 1,9 млн. Оскільки рівень інформаційного забезпечення аналізу трудових міграцій залишає бажати кращого, для розрахунку впливу цього процесу на розвиток ринку праці можна використати лише оціночні показники.

Визначимо кількість актуальних трудових мігрантів для випадково вибраного дня року. Обстеження „Життєві шляхи населення України” надає інформацію про розподіл учасників трудових міграцій за тривалістю поїздки. Логічно припустити, що вірогідність перебування за кордоном у випадково вибраній день становитиме: для осіб, термін поїздки яких дорівнює 9 місяців – 0,75, для осіб, які виїжджають на 2 місяці – 0,167 і т.д., нарешті, особи, які працюють за кордоном понад рік, напевне перебуватимуть там на момент спостереження. Спираючись на встановлені вірогідності потрапляння представників кожної групи фактичних мігрантів до контингенту актуальних мігрантів, розраховуємо сумарну кількість останніх. Вона для випадково вибраного дня становитиме 1 млн. 142 тис. осіб, відповідно нараховуватиметься 1 млн. 208 тис. осіб з недавнім досвідом трудових міграцій на момент спостереження перебуватимуть в Україні.

Згідно з даними обстеження „Життєві шляхи населення України” 35,4% осіб, які здійснили в 2000 р. трудові міграційні поїздки за кордон, у березні 2001 р. кваліфіковані як економічно неактивні. Беручи за основу цю частку, обчислюємо кількість осіб, які не пред'являють попит на робочі місця на внутрішньому ринку праці завдяки заощадженням, нагромадженим за рахунок прикладання праці за кордоном. Це ($1208 \cdot 0,354$) 423 тис. осіб.

Результати зазначеного обстеження свідчать, що питома вага самозайнятих серед осіб з досвідом трудових міграцій є в 1,5 рази більшою, а частка

роботодавців – на третину більшою, ніж серед зайнятого населення; кількість найманих працівників на підприємстві, створеному колишнім мігрантом становить в середньому 5 осіб. Спираючись на ці відомості, отримуємо: кількість осіб, які за рахунок "міграційних" заробітків відкрили власну справу на умовах самозайнятості – 118 тис. осіб, а в якості підприємців-роботодавців – 3,7 тис., кількість осіб, які працюють за наймом на підприємствах, організованих трудовими мігрантами (3,7*5) – 18,5 тис. осіб. Підставимо отримані дані у формули (1-3).

Результати розрахунків представлені в таблиці 8.3.2. З огляду на недосконалість існуючих джерел, *отримані дані не претендують на абсолютну точність, а є скоріше відображенням порядку величин.* Отже, за умови правильності припущень щодо чисельності трудових мігрантів, їх розподілу за тривалістю поїздки та особливостей трудової поведінки осіб із досвідом прикладання праці за кордоном, розвиток трудових міграцій знижує пропозицію робочої сили на вітчизняному ринку праці майже на 7% і зменшує кількість безробітних на 73% (!). Тобто при відсутності можливостей здійснення нашими співгромадянами трудових поїздок рівень безробіття в Україні за методологією МОП був би майже удвічі більшим від існуючого і досягнув би величини, яку вітчизняні експерти визначили як критичний для України рівень [21].

Таблиця 8.3.2. Фактичні та гіпотетичні показники ринку праці України у 2004 р. (в середньому за рік)

	Фактичне значення	Гіпотетичне значення (за умови відсутності трудових міграцій)
Населення віком 15-70 років, млн осіб	35,8	35,8
Економічно активне населення, млн осіб	22,2	23,8
Зайняті, млн осіб	20,3	19,8
Безробітні, млн осіб	1,9	4,0
Рівень економічної активності, %	62,0	66,4
Рівень зайнятості, %	56,7	55,4
Рівень безробіття, %	8,5	16,6

Джерело: Авторські розрахунки на основі даних Держкомстату України, оцінок масштабів трудових міграцій та даних обстеження „Життєві шляхи населення України”.

Трудові міграції виступають важливим чинником реалізації трудового потенціалу населення. Для країн масової трудової еміграції, до яких належить Україна, важливого значення набуває оцінка потенціальних показників трудової міграції. **Зовнішньотрудовий потенціал** населення розглядається як *кількість людино-років трудового життя, що належить пропрацювати за кордоном сукупності мешканців країни (регіону) при існуючому порядку вмирання, тенденціях стаціонарної міграції, а також закономірностях змін рівнів зайнятості та участі у трудовій міграції з віком.* Інакше кажучи, зовнішньотрудовий потенціал – це та частина трудового потенціалу населення, що реалізується за межами країни.

Виявлення кількісного значення зовнішньотрудового потенціалу спирається на принципи потенційної демографії. Алгоритм розрахунку цього показника включає:

- ◆ розрахунок загальної таблиці смертності та очікуваної тривалості життя населення²⁰;
- ◆ розрахунок комбінованої таблиці смертності та міграції (стаціонарної, пов'язаної із зміною місця проживання) шляхом коригування чисел доживаючих до певного віку (l_x) на повікові рівні сальдо міграцій населення з відповідним перерахунком інших показників таблиці;
- ◆ побудова таблиць трудового життя населення шляхом введення в комбіновану таблицю смертності та міграції коефіцієнтів зайнятості з подальшим розрахунком трудового потенціалу населення;
- ◆ виявлення чисельностей людино-років трудової діяльності за кордоном для вікових груп:

$$LmW_x^i = Lm_x * i_x * y_x$$

де LmW_x^i – кількість людино-років трудової діяльності за кордоном у віці x років, Lm_x – кількість людино-років життя у віці x років (скоригована на стаціонарну міграцію), i_x – рівень участі у трудових міграціях у віці x років (відношення кількості осіб віку x , які хоча б один день протягом року пропрацювали за кордоном, до загальної чисельності вікової групи x), y_x – середня тривалість перебування за кордоном (в частках року) одного трудового мігранта вікової групи x років; на жаль офіційна статистика не надає необхідних для таких обчислень первинних даних, автор при розрахунках спирався на середній варіант оцінки сумарних обсягів зовнішньої трудової міграції в Україні (2 350 тис. осіб) і використовував інформацію обстеження "Життєві шляхи населення України" про співвідношення рівнів участі у трудових міграціях та про розподіл трудових мігрантів за тривалістю перебування за кордоном по кожній віковій групі (повікові дані були згладжені за 3-річними інтервалами);

- ◆ власне побудова таблиць зовнішньотрудового потенціалу введенням одержаних показників в комбіновану таблицю смертності, міграції та трудового життя з метою розрахунку зовнішньотрудового потенціалу кожної вікової групи стаціонарного населення за весь очікуваний період життя;

- ◆ коригування отриманих величин потенціалів окремих поколінь відповідно до чисельності вікових груп реального населення і обчислення сумарних показників для усього населення;

- ◆ розрахунок **середньої очікуваної тривалості трудового життя у стані зовнішньої трудової міграції** для сукупності новонароджених та осіб, що дожили до певного віку.

В умовах 2003-2004 рр. зовнішньоміграційний потенціал реального населення України склав 37,5 млн. людино-років, що становить 5,3% трудового потенціалу. За умови збереження сучасних тенденцій в середньому одному новонародженому належить прожити 1,63 роки життя у стані трудової міграції.

Відомо, що трудова міграція набула більшого поширення в західному регіоні порівняно з центральними, східними та південними областями. За оцінками відділу міграційних досліджень Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України сім західних областей забезпечують більше половини (53,7%) загальної чисельності українських трудових мігрантів.

Основні показники потенціалу трудових міграцій населення України в цілому та сукупності західних областей наведено у табл. 8.3.3. Отже, схильність до реалізації власної економічної активності поза межами України в Західному регіоні

²⁰ При розрахунках потенціальних показників трудової міграції були використані таблиці та очікуваної тривалості життя смертності населення в умовах 2003-2004 рр., розроблені Держкомстатом України

є майже утричі вищою від середнього по країні рівня. З огляду на недосконалість існуючих джерел, отримані дані не претендують на абсолютну точність, а є скоріше відображенням порядку величин.

Таблиця 8.3.3. Потенціальні показники трудових міграцій населення України в умовах 2003-2004 рр.

	Україна	Західний регіон
Частка зовнішньотрудового потенціалу в структурі трудового, %	5,3	15,6
Середня очікувана тривалість трудового життя при народженні у стані зовнішньої трудової міграції	1,63	4,31
Середня очікувана тривалість трудового життя у стані зовнішньої трудової міграції при досягненні 18 років	1,67	4,51
Середня очікувана тривалість трудового життя у стані зовнішньої трудової міграції при досягненні 35 років	0,84	2,39

Джерело: Авторські розрахунки на основі даних Держкомстату України, оцінок масштабів трудових міграцій та даних обстеження „Життєві шляхи населення України”.

Такий високий рівень орієнтації на зовнішній ринок праці за умови довготривалого збереження існуючих тенденцій може призвести до нівелювання соціальної значимості прикладання праці в Україні. Альтернативою зовнішнім трудовим поїздкам є внутрідержавна трудова міграція та розвиток мікропідприємництва і самозайнятості. Відповідного стимулювання цих напрямів реалізації економічної активності, розробка відповідних програм, стає важливим завданням державної політики ринку праці.

За даними Першого Всеукраїнського перепису майже 200 тис. зайнятих працює за межами регіону постійного проживання²¹, при цьому 62,7% від загалу становлять мешканці Київської, Чернігівської та Житомирської областей, які працюють у Києві. На Київщині особи, чиє місце роботи знаходиться у столиці, становлять 16,6% усього зайнятого населення, на Чернігівщині – 2,0%, на Житомирщині – 0,8%. Рівень участі у маятникових поїздках до столиці помітно зменшується із збільшенням віддалі: сумарний показник для 10 районів та 6 міськрад приміської зони м.Києва²² становить 26,3%, тоді як показник для решти адміністративних одиниць Київської області – 2,2%.

Підвищена інтенсивність поїздок на роботу до Києва зафіксована в тих районах, через які проходять магістральні залізниці. Так, рівень участі в маятникових поїздках до Києва у віддаленому від ядра агломерації Яготинському районі, дещо вищий, ніж у Макарівському районі, який входить до приміської зони Києва. У Чернігівській області регіон підвищеної інтенсивності поїздок до Києва сформувався вздовж залізниці Київ-Москва, зокрема, у Ніжинському районі, який відділений від Київської області територіями двох районів, інтенсивність маятникових поїздок до Києва удвічі вища, ніж в Козелецькому – найбличому до столиці серед районів Чернігівщини. В Житомирській області до лідерів за

²¹ Під регіоном розуміється область, АР Крим, Київська або Севастопольська міськрада, на жаль, маяткові поїздки у межах одного регіону переписом не фіксувалися

²² До приміської зони входять Барішівський, Бориспільський, Бородянський, Броварський, Васильківський, Вишгородський, Києво-Святошинський, Макарівський, Обухівський, Фастівський райони, міста обласного підпорядкування Березань, Бориспіль (з сільськими поселеннями, підпорядкованими міськраді), Бровари, Васильків, Ірпінь (з селищами міського типу, підпорядкованими міськраді) та Фастів

інтенсивністю маятникових поїздок до Києва належить ряд районів, які не межують з Київщиною, але мають залізничне сполучення (Бердичівський, Андрушівський). Такі особливості територіальної диференціації інтенсивності маяткової мобільності в першу чергу пояснюються меншою вартістю проїзду електричками порівняно з проїздом автобусами. Відповідно для мешканців населених пунктів, прилеглих до залізниць, мінімально економічно вигідною буде менша заробітна плата в Києві, ніж для мешканців тих поселень, де залізничного сполучення немає.

В містах обласного підпорядкування, які належать до приміської зони Києва, частка працюючих у столиці серед зайнятого населення в 1,3-1,8 разів менша порівняно з районами, на території яких ці міста знаходяться. Це пояснюється більшими можливостями зайнятості за наймом у містах порівняно із селами, а також тим, що для сільських мешканців наявність такого надійного джерела прибутків, як особисте підсобне господарство, дозволяє погоджуватися на менш оплачувану роботу в столиці. Виняток становлять Бровари – місто, яке, по-перше, розташоване ближче до Києва і має кращу транспортну доступність до нього, ніж будь-яке село Броварського району, а, по-друге, є найбільшим за чисельністю населення (і відповідно за показником пропозиції робочої сили) з усіх міст приміської зони Києва.

У маятникових поїздках до Києва переважно беруть участь молоді люди: частка молоді серед працюючих в столиці мешканців трьох областей є майже в 1,5 рази вищою, ніж серед усіх зайнятих. Особливо висока інтенсивність маятникових поїздок до столиці спостерігається у віковому діапазоні 18-28 років. Причому перевага молоді серед мігруючих до Києва стає більш суттєвою із збільшенням віддалі. Так, у Київській області маятникові мігранти в середньому на 1,7 року молодші від загального контингенту зайнятих, в Чернігівській – на 3,9 року, в Житомирській – на 5,7 року.

Учасникам маятникових поїздок притаманний підвищений рівень освіти, хоча відмінності від інших контингентів зайнятих не є разючими: показник середньої кількості років навчання становить для усього зайнятого населення трьох областей 12,2 року, тоді як для маятникових мігрантів – 12,5 року. Зокрема, серед останніх частка осіб з вищою освітою становить 23,6% проти 17,3% для усіх зайнятих. Очевидно частина маятникових мігрантів з вищою освітою – це особи, які раніше навчалися у Києві.

До видів економічної діяльності, де найчастіше в економіці Києва використовується праця маятникових мігрантів, належать транспорт (особливо наземний), будівництво та охорона здоров'я. Маятникові мігранти займаються у Києві переважно менш кваліфікованими роботами, ніж кияни. Серед тих, хто приїздить до Києва на роботу з прилеглих областей, порівняно із зайнятими-постійними мешканцями столиці в 1,6 разів менше законодавців, вищих державних службовців та керівників (при тому, що частка зайнятих у державному управлінні серед двох контингентів майже однакова), в 1,8 разів – професіоналів (в т.ч. в 2,4 рази менше викладачів), натомість в 1,6 разів більше працівників сфери обслуговування (особливо ці стосується працівників служб, що виконують захисні функції, та працівників, що надають послуги в дорозі з придбання проїзних квитків та інші, що пов'язані з переміщенням), в 1,4 рази більше кваліфікованих працівників з інструментом, а також операторів та складальників устаткування та машин, в 1,2 рази – представників найпростіших професій.

В Києві, крім маяткової, поширення набула внутрідержавна трудова міграція. На жаль, будь-яких більш-менш достовірних даних про обсяги неофіційної міграції до Києва іногородніх громадян України немає, але безумовно контингенти осіб, які живуть і працюють в столиці, будучи зареєстрованими в інших містах або селах держави, є досить численними. Згідно з даними обстеження

іногородньої робочої сили на ринку праці м.Києва, здійсненому Інститутом демографії та соціальних досліджень НАН України у 2005 році, контингенти внутрішніх трудових та м'ягтників мігрантів в столиці співвідносяться як 8:5. Серед внутрішніх трудових мігрантів дещо переважають жінки (тоді як статеві структура м'ягтників мігрантів характеризується невеликою перевагою чоловіків), більшість перебуває у молодому віці. 27,4% контингенту – особи, зареєстровані в Київській області, 12,6% представляють Вінниччину, 12,2% - Чернігівщину, на інші області, що межують з Київською (Черкаська, Житомирська, Полтавська) припадає 16,8%, на області Західної України – 13,9%. Більше половини опитаних знімають квартиру, інші – живуть у родичів та знайомих, в гуртожитку або знімають кімнату. Внутрідержавні трудові мігранти частіше, ніж м'ягтникові, зайняті у торгівлі та громадському харчуванні, в освіті та фінансовій діяльності, рідше – у промисловості, на транспорті, в сфері державного управління. Переважна більшість неофіційно проживаючих в столиці планує пов'язати своє життя з Києвом, не дивлячись на те, що рівнем власного заробітку задоволена лише 1/5 контингенту.

За станом на 1 січня 2005 року в Україні було зареєстровано 2459 осіб, визнаних біженцями. Це вихідці більш як з 40 країн Азії, Африки, СНД та колишньої Югославії. Кількість біженців в Україні постійно зростала, з 1997 по 2003 рік їх чисельність зросла більш як у 2,5 рази, в останні роки збільшення контингенту біженців припинилося.

Більше половини від загалу становлять громадяни Афганістану (1290), хоча за останній час їх частка дещо зменшилася – з 87% у 1996 році до 52% у 2005. Наступні місця за кількістю біженців посідають Вірменія (206), Азербайджан (197) та Росія (195).

Найбільша кількість біженців оселилася у Києві (943 особи), в Одеській (610), Харківській (198) та Київській (167) областях. Загалом на ці чотири регіони припадає понад $\frac{3}{4}$ від загального контингенту біженців. В той же час на Миколаївщині та Сумщині біженців взагалі не зареєстровано.

Значного поширення в нашій державі набуло таке негативне явище, як нелегальна міграція. Територія України активно використовувалася для незаконного переправлення людей з деяких азіатських та африканських країн до Західної Європи. Масштаби нелегальної міграції в Україні важко визначити. Оцінки експертів досить суттєво різняться: від кількох десятків тисяч до півмільйона осіб і більше. За даними прикордонників, серед затриманих нелегалів представлені громадяни більш як із 100 країн світу. Найбільш численними є групи громадян Китаю, Індії, Шрі-Ланки, Афганістану, деяких африканських країн тощо.

Особливо відчутні наслідки нелегальної міграції для великих міст України, де нелегали затримуються на певні терміни. Так, за оцінками фахівців, лише у Києві кількість нелегальних мігрантів сягає 15 тисяч осіб, у Харкові їх близько 5 тисяч, що може бути порівняне з кількістю іноземців, які перебувають тут легально [22].

9. Демографічна політика

9.1. Міжнародний досвід демографічної політики

Зазвичай демографічну політику визначають як систему адміністративних, економічних, пропагандистських і інших заходів, за допомогою яких держава впливає на природний рух населення у бажаному для себе напрямку.

Європейські країни мають тривалий досвід спроб державного регулювання відтворення населення.

Найбільш багатий досвід впровадження заходів демографічної політики має Франція, де ще у XVIII столітті почав здійснюватися контроль над народжуваністю.

Систематичними вони стали з 30-х років XX ст., коли після економічної кризи 1929-33 рр. відбулося різке падіння народжуваності. У зв'язку із загрозливим зниженням темпів народжуваності почались спроби її стимулювання. „Саме з цього часу ... демографічна політика міцно увійшла в соціально-економічне й політичне життя країн Європи і зараз є його невід'ємною складовою” [23].

Зараз близько 130 економічно розвинених країн світу і приблизно 80, що розвиваються, проводять демографічну політику, напрямок якої залежить насамперед від демографічної ситуації в тій чи іншій країні.

У країнах першого типу відтворення населення переважає демографічна політика, спрямована на підвищення народжуваності і природного приросту населення, причому до кінця 80-х років найбільш активна демографічна політика проводилася країнами Східної Європи. Заходами демографічної політики таких країн є: допомоги молодят, допомога в зв'язку з народженням дітей (за прогресивно зростаючою шкалою), допомоги по догляду за дітьми, тривалі декретні відпустки, пільги на придбання житла і т.і. В колишньому СРСР також здійснювалась подібна демографічна політика.

Досить поширеною у радянський період була позиція, що пов'язувала мету демографічної політики з проблемами формування трудових ресурсів. Екстенсивний і трудовитратний характер нашої економіки зумовлював адекватний погляд на населення і на сім'ю як джерело майбутніх працівників. Тому дефіцит трудових ресурсів 80-х років змусив директивні органи звернути більшу увагу на проблеми демографії і погодитися з пропозиціями демографів щодо посилення уваги до демографічної політики, до сім'ї.

До 1981 р. заходи демографічної політики зводилися, по суті до економічної й моральної підтримки багатодітності (починаючи з мір, уведених в 1936 р. і посиленних в 1944 р.) і до економічної підтримки малозабезпечених родин (з 1974 р.). У тій формі і у тих розмірах, у яких ця допомога здійснювалася, вона не давала ні соціального, ні демографічного ефекту.

Комплекс мір, уведених у СРСР в 1981-1983 р. містив принципово нові принципи й міри підтримки родини. Офіційне трактування цілей вжитих заходів було наступною - створення кращих умов для росту населення й виховання підростаючих поколінь.

Відповідно до заявленої позиції про необхідність посилення державної допомоги родинам з дітьми підтримка родин одноразовими допомогою починалася з народження першої дитини, а не третього, як було раніше, що відтинали від підтримки 2/3 дітей. Були введені одноразові допомога на першого (50 р.) і другого (100 р.) дитини, збільшені в п'ять разів (з 20 до 100 р.) допомоги при народженні третьої дитини. Була уведена частково оплачувана відпустка по догляду за дитиною до 1 року в розмірі 35 р. (50 р. у районах Сибіру, Півночі й Далекого Сходу). Відпустка оплачувалася однаково, незалежно від черговості народження, від доходів й інших характеристик родини. Підприємствам й організаціям було надане право видавати родинам після народження першої дитини кредити в розмірі до 1,5 тис. р. на 8 років (без відсотків). При цьому після народження другої дитини погашалося 200 р., а третього - 300 р. від залишку невиплаченої суми. Були встановлені нові пільги працюючим жінкам-матерям, зокрема, додаткові дні до чергової відпустки. Намічено заходи для пропагандистської підтримки родини й сімейних цінностей.

Реалізація даних заходів у сполученні із украй сприятливої для росту

народжуваності віковою структурою, що зложилася в першій половині 80-х рр. (у цей період через вік найбільшої інтенсивності дітородіння - 20-24 року - проходило численне покоління народжених наприкінці 50-х - початку 60-х рр.), явно сприяла росту загального числа народжень, що тривали аж до 1987 р., деякому збільшенню числа й частки народження других і третіх дітей. Результат - ріст числа народжених (у цілому в СРСР) до 5,4 млн. в 1983-1985 р. і до 5,6 млн. в 1986-1987 р.

У країнах Західної Європи демографічна політика проводиться з неоднаковою інтенсивністю в різних країнах. Найбільше активно у Франції, Швеції.

Скандинавські країни наприкінці ХХ ст. упевнено утримували найвищі рівні народжуваності в Європі. Тому доцільно зосередити увагу на їх позитивному досвіді. Особливо корисним є вивчення тих особливостей, що відрізняють їх підхід.

Основою політики стимулювання народжуваності в країнах Скандинавії стала подвійна стратегія поєднання материнства та зайнятості. Такий підхід базується на використанні зміненої ролі жінки у суспільстві. Численні дослідження показують негативний вплив рівня освіти на народжуваність. Високий освітній рівень сучасних жінок діє на зниження народжуваності через кілька компонентів:

- Здобуття освіти часто означає відкладання народження;
- Набуття більш високої освіти змінює стандарти ставлення до життя. З'являються нові інтереси, потреба реалізації себе у суспільстві, зокрема кар'єрному просуванні;
- Зростають вимоги до якості життя свого та майбутньої дитини. Оскільки здобуття освіти дещо відкладає можливості отримання самостійного доходу, народження дитини відкладається до часу, коли дохід (на думку майбутньої матері) буде достатнім для забезпечення цього рівня.
- Оскільки зазначене вище сприяє відсуванню народження, може статися, що народження дитини більш високої черговості просто не буде часу.
- Домогосподарство з дітьми усе вищої черговості має великий ризик бідності. Жінка з високим рівнем освіти не дозволить собі мати дітей, яким не зможе забезпечити високого рівня життя.

Швеція пройшла тривалий період трансформації традиційних гендерних ролей чоловіка і дружини при вихованні дитини. В літературі виділяються досить тривалі етапи [24]. Так, з середини 1960-х до 1973 р. проводилися широкі публічні дискусії з приводу статевої рівності. Наслідком чого було вироблення загального бачення, що сильно вплинуло на подальші зміни гендерних відносин. Під час другого періоду (1974 – середина 1983 рр.) реформи в демографічній політиці віддзеркалювали посилення бачення рівної ролі чоловіка при використанні батьківської відпустки по догляду за дитиною, а також сімейної відповідальності. Була спрощена і полегшена процедура розлучення (без судової справи), відмінено виплату аліментів після розлучення. В ці ж роки покращилось економічне становище жінок як першої зі складових гендерної рівності. З середини 1983 р. до 1993 р. політика зосередила увагу на чоловікові. Другим аспектом гендерної рівності було визнано зростання залучення чоловіка до батьківства. Подовження терміну відпустки по догляду за дитиною (в 1989 р. вона продовжена до 12 місяців) зробило кращою можливість чоловіка доглядати за дитиною в період без годування груддю. Загально прийнятим правилом стало спільне опікунство над дитиною після розлучення. Таким чином, політика у Швеції стала не стільки „дружною до жінки”, скільки полегшила трансформацію традиційних гендерних ролей, „...хоча чоловіча поведінка була, швидше, обмежена” [24].

У Швеції тривалість відпустки по догляду за дитиною становить 15 місяців. Крім цього, передбачені гнучкі можливості взяття часткових відпусток до

досягнення дитиною 8 років. Особливістю шведської моделі є стимулювання скорочення проміжку між дітонародженням, що названо "speed premium". Це правило діє за умови, що між народженням попередньої та наступної дитини пройшло не більше 30 місяців за наявності живою попередньої дитини, навіть якщо жінка не поверталась на роботу впродовж цього періоду. Цікаво відмітити, що жінка більш охоче народжує другу дитину, коли батько у той самий час бере відпустку по догляду за першою дитиною. Таким чином, активне залучення батька у виховання дітей сприяє зростанню народжуваності.

У Фінляндії до основної помісячної плати на дитину встановлюється додаткова плата на рідних братів і сестер, а також грант муніципалітету [25]. З 1985 р. Фінляндія впровадила можливість вибору батьками між місцем у державному дитсадку та додатковою доплатою у випадку, якщо вони залишаються з дітьми самостійно до досягнення дитиною 3 років. У Норвегії започатковано подібну політику з 1998 р.

Період відпустки по догляду за дитиною в Норвегії подовжувався кілька разів з 1987 р. і в 1993 р. досяг 52 тижнів (із 80% компенсацією заробітної платні) або 42 тижнів (із повною компенсацією). Таке правило діяло і в 2004 р. Батьки використовували лише два тижні неоплачуваної відпустки зі збереженням робочого місця відразу після народження дитини, хоча мали право використовувати частину розширеної відпустки. Для заохочення залучення обох батьків до виховання дітей із 1993 р. була прийнята поправка (т. зв. батьківська квота – *fedrekvoten*), за якою батькові резервувалось 4 тижні розширеної відпустки за винятком трьох тижнів перед і шести – після народження дитини. У випадку невикористання цієї відпустки, вона втрачалась. Вже в 1996 р. всі 80% батьків, що визнали дитину, повністю використовували квоту. Крім цього, частка тих, хто скористався правом на частину розширеної відпустки зросла з 4 до 12% [25].

Дитячі садки, як громадські, так і приватні, в Норвегії отримують державні субсидії доти, доки вони перевірені та визнані такими, що відповідають вимогам догляду за дітьми. Розмір субсидії залежить від кількості дітей. Велика частина приватних дитсадків отримує субсидії з місцевого бюджету. Основним принципом є розподіл внеску між батьками, муніципалітетом і державою (в особі Міністерства у справах дітей і сім'ї). На державу припадає 40% витрат, на муніципалітет і батьків – решта порівну. В публічних дитсадках оплата залежить від доходу батьків, в приватних – ні. І перші, і другі встановлюють ціну вільно. Грошова допомога батькам на дитину становить суму, яка приблизно дорівнює місячній оплаті дитсадка.

Таким чином, у Норвегії жінка не повинна вибирати між роботою та дитиною, вона має змогу поєднувати все. Громадський сектор через сприятливі для жінки умови роботи, робить її привабливою для роботодавця. Вона має можливості для подальшої зайнятості та освіти.

Економетричні дослідження, проведені на прикладі 22 індустріалізованих країн Європи показують, що народжуваність позитивно пов'язана з рівнем допомоги на дітей, проте тривалості материнської відпустки не має значного впливу [25].

У США демографічна політика фактично не проводиться, за винятком деяких пільг родинам.

Більшість країн другого типу відтворення, які ще перебувають на стадії демографічного вибуху здійснюють демографічну політику, спрямовану на скорочення народжуваності і природного приросту. Народжуваність в цих країнах зменшується в результаті популяризації й поширення контрацептивів, санітарної освіти, консультування з питань планування родини, пропаганди переваг малодітної родини, а також стимулювання малодітності за допомогою різного роду

економічних й адміністративних мір. Деякі країни як одну з таких мір не тільки допускають, але й усіяко підтримують добровільну стерилізацію чоловіків і жінок.

У країнах Азії програми планування сім'ї втілюються в життя в Східній, Південно-Східній і Південній Азії. Першою на цей шлях вступила Індія, але найбільш значних успіхів у регуляції темпів приросту населення домогся Китай. Основними заходами, що забезпечують зниження народжуваності стали підвищення віку вступу в шлюб (в Індії 21 рік для чоловіків і 18 років для жінок, у Китаї — 22 і 20 років відповідно), стимуляція створення родин з одним чи двома дітьми.

У країнах арабско-мусульманського регіону, що охоплює Південно-Західну Азію і Північну Африку, активність демографічної політики невелика в зв'язку з національними і регіональними традиціями (мусульманство заохочує ранні й обов'язкові шлюби, багатодітність, багатоженство і негативно ставиться до демографічної політики).

Африка, у цілому (за винятком Нігерії), майже не включена в політику планування сім'ї, що викликано традиціями багатодітності й іншими національними і соціально-економічними причинами.

9.2. Рекомендації щодо удосконалення демографічної політики в Україні

Актуальність розробки науково обґрунтованої стратегії демографічного розвитку, відповідних заходів і механізмів її реалізації зумовлена необхідністю пом'якшення наслідків демографічної кризи, усунення загроз національній безпеці України у соціально-економічній сфері.

Програмою дій Міжнародної конференції з питань народонаселення і розвитку (Каїр, 1994) підкреслено необхідність створення внутрішніх державних інституціональних механізмів і сприятливого середовища у суспільстві для забезпечення дії факторів, що впливають на подолання демографічної кризи, при прийнятті рішень всіма урядовими установами.

Відповідно демографічна спрямованість має стати одним із головних пріоритетів політики.

Депопуляційні процеси, характерні для сучасного етапу демографічного розвитку значної частини Європи, вимагають посилення уваги до якісного складу населення – продовження тривалості життя, поліпшення стану здоров'я, підвищення рівня життя тощо. Водночас необхідно забезпечити реалізацію максимально ефективної пронаталістської політики, сприяти відновленню сімейних цінностей в українському суспільстві.

Подолання демографічної кризи і досягнення сталого демографічного розвитку, нормалізація відтворення населення є тривалим і складним процесом. При цьому зміст реального виходу з демографічної кризи полягає не стільки в подоланні депопуляції, скільки у підвищенні якості населення, збереженні та відтворенні його життєвого і трудового потенціалу.

Стратегію демографічного розвитку України розроблено відповідно до Концепції демографічного розвитку на 2005 - 2015 роки, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 8.10.2004 N 724-р, на виконання рекомендацій парламентських слухань „Демографічна криза в Україні: її причини та наслідки”, схвалених Постановою Верховної Ради України від 05.06.2003 № 940-IV, та доручення Кабінету Міністрів України від 03.08.2005 №40125/1/1-05.

Метою стратегії демографічного розвитку є поліпшення якісних характеристик населення та гармонізація відтворення людності України.

Загальні завдання:

- ❖ Відродження української духовності, національних цінностей та традицій
 - Відновлення сімейних цінностей, збереження морального здоров'я сім'ї, підвищення свідомого батьківства та запобігання соціального сирітства
 - Збереження традицій середньодітності там, де вони ще існують, та формування настанов на дводітну родину
 - Формування української національної ідеї, гордості за українську державу, що протидіятиме еміграційним настановам
- ❖ Забезпечення економічних передумов уповільнення процесів депопуляції та поліпшення якості населення.
 - Підвищення добробуту широких верств населення шляхом реформування оплати праці, запровадження повномасштабної системи соціального страхування, надання соціальної допомоги переважно на адресних засадах
 - Створення сучасної інфраструктури, забезпечення доступності якісних медичних, побутових, житлово-комунальних, рекреаційних послуг
 - Реформа системи охорони здоров'я
- ❖ Формування настанов на здоровий спосіб життя
 - Поширення європейських стандартів здорового способу життя;
 - Попередження вживання наркотичних та психотропних засобів;
 - Попередження захворювань, що передаються статевим шляхом;
 - Формування настанов на раціональне харчування;
 - Викоренення тютюнокуріння в громадських місцях;
 - Подолання традицій зловживання алкоголю.
- ❖ Створення механізму втілення Стратегії демографічного розвитку
 - Віддзеркалення в українському законодавстві принципів і норм міжнародного права.
 - Подальший розвиток законодавчої та нормативно-правової бази в сфері державних соціальних стандартів і державних соціальних гарантій для забезпечення їх реалізації на національному та регіональному рівнях.
 - Розв'язання завдань державного і місцевого рівня щодо відновлення демографічного потенціалу, формування державної програми проведення комплексних фундаментальних демографічних досліджень.
 - Формування механізму координації заходів та фінансового забезпечення виконання державних цільових програм з охорони здоров'я, освіти, державної підтримки малозабезпечених сімей та сімей з дітьми, програми надання житлових субсидій, регулювання міграційних процесів, забезпечення молоді житлом тощо.
 - Створення системи моніторингу соціально-демографічної ситуації, стану реалізації стратегії демографічного розвитку, відповідних державних цільових програм, їх впливу на демографічну ситуацію в регіонах і країні в цілому, інформаційного забезпечення демографічних досліджень.

- Реформування системи загальнообов'язкового державного соціального страхування, зокрема, на принципах заохочення застрахованих осіб і роботодавців за відсутність страхових випадків.

1. Стратегія політики народжуваності та розвитку сім'ї

Основною метою стратегії політики народжуваності та розвитку сім'ї є: сприяння всебічному розвитку сім'ї, створення соціально-економічних передумов для її повноцінного функціонування, задоволення і відтворення потреби сім'ї в дітях.

Завдання:

- ◆ Поліпшення якості життя сімей
- ◆ Формування сприятливого соціально-психологічного клімату та позитивної суспільної налаштованості на сімейні цінності, сприяння формуванню дітородних настанов на створення дводітної сім'ї
- ◆ Сприяння зміцненню шлюбу, запобігання його руйнації, зниження рівня розлучуваності
- ◆ Створення належних економічних передумов для реалізації потреби сім'ї в дітях
- ◆ Підвищення ефективності соціального захисту сімей при народженні дитини, а також сімей, що потребують допомоги або особливої уваги з боку держави і суспільства
- ◆ Збереження й поліпшення здоров'я сімей, у тому числі репродуктивного, підвищення рівня культури репродуктивної поведінки
- ◆ Сприяння та підтримка виховної функції сім'ї
- ◆ Посилення захисту прав бездоглядних та безпритульних дітей, забезпечення повноцінних умов для їх розвитку

Основні напрями стратегії:

- ◆ Активізація формування у суспільстві моделі сім'ї "середнього класу", характерними ознаками якої є матеріальне благополуччя, інвестування в розвиток родини, наявність дітей як стимул та об'єкт для таких інвестицій
- ◆ Реформування системи соціального захисту найбільш уразливих категорій сімей з метою гарантування рівня життя не нижче за встановлені соціальні стандарти, посилення адресності надання соціальних виплат
- ◆ Вдосконалення житлової та податкової політики з метою посилення їхньої демографічної спрямованості
- ◆ Підвищення доступності та поліпшення якості послуг щодо охорони здоров'я

- ◆ Модернізація та подальший розвиток системи суспільних інституцій по вихованню підростаючого покоління

Механізми реалізації:

Забезпечення економічного підґрунтя розвитку сімей реалізується шляхом:

- ◆ реформування системи оплати праці з метою досягнення рівня, що забезпечує адекватні соціальні стандарти існування, якісне утримання і виховання дітей;
- ◆ підтримки сімейних форм трудової кооперації; підвищення доступності кредитування з метою розвитку фермерства, сімейного малого і середнього бізнесу;
- ◆ зміни у системі оподаткування фізичних осіб, впровадження оподаткування сім'ї, налагодження ефективного механізму соціального кредитування;
- ◆ підтримки системи молодіжних житлових комплексів та молодіжних житлово-будівельних кооперативів;
- ◆ більш повного використання механізмів страхування сім'ї;
- ◆ поліпшення можливостей для працюючих матерів поєднувати роботу і виконання сімейних обов'язків через використання механізмів гнучкої зайнятості.

Посилення соціального захисту сімей реалізується через:

- ◆ вдосконалення існуючої системи соціальної допомоги при народженні дитини шляхом:
 - поетапного наближення щомісячного розміру допомоги на дитину до досягнення нею трирічного віку до рівня прожиткового мінімуму,
 - диференціації розміру допомоги залежно від доходу сім'ї;
 - диференціація розміру допомоги залежно від черговості народження дитини з метою зменшення відмінностей у рівні матеріального забезпечення сімей з різною кількістю дітей;
- ◆ вдосконалення механізму надання адресної допомоги малозабезпеченим сім'ям з метою підвищення адресності та рівня охоплення нужденних сімей.

Покращання інформаційно-консультативної допомоги передбачає:

- ◆ оптимізація мережі Центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та вдосконалення їх діяльності шляхом запровадження нових ефективних форм роботи;
- ◆ розвиток мережі культурних, дозвілєвих та консультативних установ, основним змістом діяльності яких є створення умов для спілкування самотніх людей, які мають намір створити сім'ю;
- ◆ запровадження нових форм та методів статевого виховання дітей та молоді, формування у них навичок здорового способу життя;
- ◆ організація у навчальних закладах інформаційно-просвітницької роботи з батьками з питань виховання дітей,
- ◆ посилення пропаганди сімейних цінностей, свідомого ставлення до сімейних обов'язків, здорового способу життя через засоби масової інформації.

Поліпшення соціального захисту дітей включає:

- ◆ формування при Центрах соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді Служб соціальної підтримки сім'ї щодо соціального супроводу і патронування неповних сімей з дітьми та соціально неблагополучних сімей;
- ◆ розвиток системи дошкільних дитячих закладів, запровадження новітніх форм їх організації з метою підвищення якості послуг;
- ◆ створення дитячих будинків сімейного типу, прийомних сімей, центрів реабілітації для дітей-інвалідів тощо, залучення різноманітних джерел їх фінансування;
- ◆ профілактику алкогольної та наркотичної залежності, правопорушень дітей, соціальну адаптацію дітей, які знаходяться у важкій життєвій ситуації;
- ◆ впровадження нових технологій щодо профілактики дитячої інвалідності, збереження системи оздоровлення дітей на базі санаторіїв, профілакторіїв, дитячих оздоровчих закладів тощо;
- ◆ соціальний супровід і підтримку сім'ї, в якій виховується ВІЛ-інфікована дитина, створення спеціалізованих дитячих закладів для ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування.

Цільові індикатори

№ п/п	Індикатор	Рівні		
		Поточний, 2004 р.	Цільовий, 2015 р.	Прогноз, 2015 р.
1.	Сумарний коефіцієнт народжуваності, “%”	1,22	1,30	1,30
2.	Загальний коефіцієнт розлучуваності, “%”	3,6	2,6	3,2
3.	Рівень бідності сімей з дітьми, “%”	35,4	23,0	27,0

Примітка: межа бідності – 75% медіанного рівня середньомісячних сукупних доходів (витрат) у розрахунку на умовного дорослого”.

2. Стратегія поліпшення стану здоров'я, зниження смертності та подовження тривалості життя

Якісно нові завдання, пов'язані з активізацією реформаторського та євроінтеграційного процесу в Україні, зумовили посилення вимог до стану та умов формування здоров'я населення. Реалізація Національної програми „Здоров'я нації”, затвердженої Указом Президента України від 26.03.2001 р. № 203/2001, та комплексу регіональних та відомчих програм у сфері охорони й поліпшення здоров'я населення України сприяла суттєвому гальмуванню поглиблення медико-демографічної кризи, але не забезпечила її подолання. На новому етапі соціально-економічного реформування необхідно сформувати таку модель загальнодержавної системи збереження здоров'я і життя населення, яка відповідає сучасним умовам розвитку ринкових відносин в Україні та міжнародним стандартам у галузі захисту праці, соціальної безпеки та охорони здоров'я.

Мета – збереження та поліпшення стану здоров'я населення, подовження періоду здорового життя, зниження передчасної смертності й підвищення середньої тривалості життя шляхом формування цілісної суспільної системи захисту життя і здоров'я населення.

Завдання:

- ◆ усунення економічних перешкод у доступі широких верств населення до засобів збереження та поліпшення здоров'я;

- ◆ створення умов праці, що забезпечують поєднання творчого розвитку працівника зі збереженням його фізичного та психічного здоров'я;
- ◆ формування у населення світоглядних принципів свідомого самозбереження як суспільно бажаної етичної норми;
- ◆ створення безпечного для життя і здоров'я оточуючого середовища;
- ◆ формування ефективної системи охорони здоров'я та надання медичної допомоги населенню.

Основні напрями стратегії:

- ◆ створення економічних умов для збереження й поліпшення здоров'я населення, запровадження загальнообов'язкового державного медичного страхування з подальшим вдосконаленням всієї системи соціального страхування щодо підтримки здоров'я;
- ◆ реструктуризація економіки та технічна реорганізація й оновлення виробництва, спрямовані на створення безпечних робочих місць і забезпечення ефективної охорони праці;
- ◆ розвиток системи санітарно-епідеміологічної, екологічної, транспортної, побутової, споживчої та громадської безпеки;
- ◆ формування суспільної налаштованості на пріоритет здорового способу життя, соціальної та особистісної мотивації до збереження та зміцнення здоров'я;
- ◆ реструктуризація та підвищення ефективності діяльності системи охорони здоров'я.

Механізми реалізації стратегії:

Формування економічної бази для збереження і поліпшення здоров'я населення забезпечується шляхом:

- ◆ фінансування у повному обсязі виконання державних цільових програм з охорони здоров'я;
- ◆ поетапного збільшення обсягів фінансування видатків на охорону здоров'я за одночасної реструктуризації системи медичної допомоги, у тому числі – системи управління, перенесення акцентів у медичному обслуговуванні на первинний рівень;
- ◆ запровадження багатоканального фінансування медичної допомоги шляхом:
 - введення загальнообов'язкового медичного страхування;
 - вдосконалення системи надання платних медичних послуг населенню, включаючи посилення державного регулювання платної медичної допомоги у державних та муніципальних закладах з метою обмеження безконтрольного заміщення безплатної медичної допомоги платною;
- ◆ посилення державної фінансової підтримки самооздоровлення соціально уразливих категорій населення;
- ◆ підвищення рівня пенсійного (матеріального) забезпечення дітей-інвалідів та розміру допомог по догляду за ними.

Техніко-технологічна реорганізація виробництва, створення безпечних робочих місць і забезпечення ефективної охорони праці потребує:

- ◆ виділення стадій технологічного процесу зі шкідливими умовами праці в окремі модулі пріоритетних технологічних перетворень;
- ◆ посилення контролю за неухильним дотриманням законодавства про охорону праці на підприємствах, в установах та організаціях незалежно від підпорядкування та форми власності; забезпечення координації роботи органів виконавчої влади, громадських організацій, які здійснюють нагляд за умовами праці і дотриманням гігієни та безпеки праці;
- ◆ формування сприятливих економічних та адміністративно-організаційних умов для систематичного відновлення здоров'я працівників, передовсім зайнятих на робочих місцях з важкими, шкідливими або небезпечними умовами праці;
- ◆ удосконалення діяльності галузевих систем санаторно-курортного лікування працівників, відновлення цехового принципу їх медичного обслуговування, заборона закриття або перепрофілювання відомчих санаторіїв-профілакторіїв.

Розвиток системи санітарно-епідеміологічної, екологічної, транспортної, побутової та споживчої безпеки забезпечується через:

- ◆ посилення дорожньо-транспортної безпеки шляхом:
 - поліпшення стану існуючих та здійснення будівництва нових доріг і транспортних шляхів, які б відповідали сучасним світовим стандартам;
 - посилення нагляду за транспортними потоками;
 - заборони використання зношених, аварійно небезпечних транспортних засобів та таких, що вичерпали свій технічний ресурс;
- ◆ удосконалення структури і підвищення ефективності здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду; приведення у відповідність з міжнародними санітарно-гігієнічних та екологічних норм і посилення контролю за їх виконанням та відповідальності за недотримання;
- ◆ розроблення системи відшкодування збитків, що викликані впливом екологічних чинників;
- ◆ впровадження санітарно-гігієнічної експертизи нових технологій у виробництві;
- ◆ підвищення безпечності експлуатації житлово-комунального комплексу; прискорення адаптації соціально-побутового середовища до потреб осіб з обмеженими фізичними можливостями;
- ◆ посилення державного та громадського контролю за дотриманням споживчої безпеки; створення надійної системи контролю за безпекою продуктів харчування, непродовольчих товарів повсякденного вжитку, ліків тощо; організація забезпечення дітей екологічно чистими продуктами харчування та питною водою через систему харчування в дошкільних, загальноосвітніх, професійно-технічних, вищих навчальних закладах та закладах для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування;
- ◆ створення системи державного захисту населення від непрофесійного лікування, шкідливого впливу рекламних заходів, небезпечних для здоров'я масових оздоровчих сеансів, а також пов'язаних із заподіянням шкоди здоров'ю відправ релігійного культу; вдосконалення системи акредитації у сфері надання медичних послуг;
- ◆ підвищення громадської безпеки (забезпечення громадського порядку, боротьба із злочинністю, захист громадян від протиправних посягань).

Формування суспільної налаштованості на пріоритет здорового способу життя, соціальної та особистісної мотивації до збереження та зміцнення здоров'я потребує:

- ◆ розробки цільових комплексних програм, спрямованих на профілактику найбільш поширених хронічних захворювань, а також тютюнокуріння і зловживання алкоголем та їх негативних наслідків; прийняття Концепції державної політики України щодо алкоголю та наркотиків;
- ◆ посилення боротьби з наркоманією та проституцією;
- ◆ сприяння розвитку масової фізичної культури та спорту; розширення доступу дітей до спортивних і оздоровчих закладів, молодіжних клубів з метою створення належних умов для зміцнення їх фізичного, психічного здоров'я та соціального благополуччя;
- ◆ підвищення якості та ефективності санітарно-гігієнічної освіти населення, активної пропаганди здорового способу життя шляхом:
 - забезпечення перетворення санітарної освіти в державну систему безперервного медико-гігієнічного навчання і виховання через заклади загальної та професійної освіти, засоби масової інформації, установи охорони здоров'я, фізичної культури й інші соціальні інститути;
 - забезпечення перетворення санітарної освіти в державну систему медико-гігієнічної просвіти населення через засоби масової інформації, установи охорони здоров'я, фізичної культури, навчальні заклади шляхом розробки та впровадження комплексу програм з питань формування здорового способу життя і раціональної самозбережувальної поведінки.
- ◆ створення розгалуженої інфраструктури та індустрії здоров'я і активного відпочинку; реформування й оновлення системи оздоровчих та рекреаційних закладів і забезпечення їх доступності для широких верств населення та його уразливих категорій зокрема.

Підвищення ефективності діяльності системи охорони здоров'я щодо збереження і поліпшення стану здоров'я населення передбачає:

- ◆ пріоритетний розвиток профілактичного та реабілітаційного напрямів у медицині; охоплення дедалі більшої частини населення профілактичними медичними оглядами та підвищення їх якості; забезпечення медичних закладів усіх рівнів сучасним діагностичним обладнанням;
- ◆ структурну перебудову системи надання медичної допомоги на користь первинної ланки, раціоналізацію стаціонарної та спеціалізованої медичної допомоги;
- ◆ формування програм ранньої діагностики та якісного лікування найбільш поширених і небезпечних захворювань;
- ◆ вдосконалення і подальший розвиток акушерсько - гінекологічної, перинатальної та неонатальної служб у сфері охорони здоров'я України,
- ◆ створення перинатальних центрів з відділеннями пренатальної діагностики, реанімації та інтенсивної терапії, виходжування і реабілітації новонароджених дітей;
- ◆ розвиток медико-генетичних консультацій;
- ◆ впровадження та поширення нових технологій лікування безпліддя;

- ◆ створення системи медичного супроводу сімей “центрами сімейної медицини” (сімейними лікарями).
- ◆ забезпечення участі недержавних, благодійних, комерційних організацій та громадськості у реформуванні й розвитку системи охорони здоров'я;
- ◆ зміцнення державних гарантій щодо охорони материнства і дитинства, пріоритетний розвиток медичних і організаційних технологій, що забезпечують поліпшення репродуктивного здоров'я населення та збереження здоров'я дітей;
- ◆ розробку і впровадження скринінгових програм раннього виявлення гінекологічних захворювань у жінок, ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду;
- ◆ забезпечення функціонування оптимальної мережі закладів планування сім'ї, доступності медичних послуг, спрямованих на збереження репродуктивного здоров'я, особливо для дітей і молоді;
- ◆ створення системи медико-соціального патронажу сім'ї на основі інтеграції соціальної та педіатричної допомоги;
- ◆ розширення можливостей надання медичної допомоги дітям сільської місцевості та наближення до них спеціалізованої допомоги (з обов'язковим впровадженням методів дистанційної діагностики);
- ◆ підвищення рівня охоплення населення імунізацією, здійснення лікувально-профілактичних і протиепідемічних заходів; налагодження своєчасного і в повному обсязі забезпечення закладів охорони здоров'я імунобіологічними препаратами для проведення планових профілактичних щеплень.

Цільові індикатори

№ п/п	Індикатор	Рівні		
		Поточний, 2004 р.	Цільовий, 2015 р.	Прогноз, 2015 р.
1.	Кількість дітей, померлих у віці до 1 року, на 1000 живонароджених	9,5	8,1	8,8
2.	Ймовірність для осіб у віці 16 років дожити до кінця працездатного періоду, % до віку 55 років для жінок до віку 60 років для чоловіків	90,4 62,2	95,0 70,0	91,0 70,0
3.	Середня очікувана тривалість життя при народженні, років Жінки Чоловіки	74,05 62,60	78,00 68,00	74,5 63,2
4.	Кількість померлих від туберкульозу, на 100 тис. населення	22,73	15,00	33,40
5.	Середній вік померлих від хвороб системи кровообігу, років Жінки Чоловіки	77,15 68,97	82,00 74,00	74,67 65,24

6.	Кількість померлих від нещасних випадків, на 100 тис. населення Жінки Чоловіки	59,20	25,00	33,30
		256,20	100,00	160,10
7.	Первинна інвалідність дітей віком до 16 років, на 10 тис. осіб	20,00	16,00	18,00
8.	Кількість вперше офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ, на 100 тис. населення	26,42	20,00	25,00

3. Стратегія регулювання міграційних процесів

Мета – уповільнення темпів депопуляції, утримання чисельності та структури населення на рівні, що забезпечує підтримку господарської освоєності території, в усіх регіонах держави при збереженні існуючої ментальної цілісності української людності.

Підтримка стабільно додатного міграційного балансу забезпечується шляхом скорочення вибуття на постійне проживання, забезпечення зворотності зовнішніх трудових поїздок та підвищення прибуття населення до України. При цьому відновлення чисельності населення України на рівні 52 млн. або стабілізація її на сучасному рівні (47 млн.) вимагатиме залучення значних контингентів мігрантів (відповідно 500 та 300 тис. осіб щорічно), переважно (враховуючи міграційний потенціал східної діаспори та представників раніше депортованих народів) – з країн Азії та Африки. Прибуття такої великої кількості мігрантів призведе до порушення ментальної цілісності населення України та внутрішньої рівноваги суспільства, труднощів взаємоадаптації корінного і прибулого населення. Регулювання імміграції до України спрямоване *не на подолання депопуляції, а на уповільнення її темпів*. Разом з тим визнається, що наслідком жорсткої протидії імміграції в Україну неминуче стане зменшення чисельності населення до критичного рівня і посилення несприятливих деформацій статево-вікової структури.

Завдання:

- ◆ скорочення масштабів нелегальної трудової міграції населення за межі країни;
- ◆ забезпечення соціальної захищеності українських працівників за кордоном;
- ◆ забезпечення зворотності зовнішніх трудових поїздок;
- ◆ якнайширше залучення заробітків трудових мігрантів в економіку України;
- ◆ запобігання виїзду високоосвічених спеціалістів для зайняття за кордоном низькокваліфікованими роботами;
- ◆ запобігання зниженню кваліфікації високоосвічених спеціалістів внаслідок зайняття за кордоном низькокваліфікованими роботами;
- ◆ недопущення нелегальної міграції (перш за все транзиту нелегальних мігрантів з країн Третього світу через територію України);
- ◆ сприяння поверненню етнічних українців, представників раніше депортованих народів та залучення обмежених груп вихідців з афро-азіатських країн.

Основні напрями стратегії:

- ◆ розширення можливостей легального працевлаштування українських громадян за кордоном;

- ◆ протидія нелегальній міграції (як нелегальній еміграції українських громадян, так і нелегальній імміграції громадян інших країн);
- ◆ посилення соціального захисту українських громадян в країнах-реципієнтах;
- ◆ стимулювання інвестування зароблених мігрантами коштів в економіку України;
- ◆ пом'якшення дії факторів, які стимулюють виїзд на роботу за кордон;
- ◆ активна імміграційна політика.

Механізми реалізації стратегії:

Покращання можливостей легального працевлаштування українських громадян за кордоном передбачає:

- ◆ розширення системи міждержавних договорів про взаємне працевлаштування громадян та їх соціальний захист, зокрема укладення договорів про працевлаштування українських спеціалістів з країнами Азії та Африки;
- ◆ реалізація положень про взаємне визнання дипломів про вищу освіту, а також середню спеціальну освіту шляхом розробки окремих договірно-правових актів;
- ◆ збільшення квот для працевлаштування українців в тих країнах, з якими договори вже укладені, в тому числі – для кваліфікованих фахівців при укладанні міждержавних угод.

Протидія нелегальній міграції українських громадян за кордон включає:

- ◆ розповсюдження інформації (рекламно-інформаційні буклети, спеціальні телепередачі, цільові випуски газет, спеціальні лекційні заняття у вузах) щодо існуючої системи міждержавних угод про працевлаштування, законодавства України та країн-реципієнтів у сфері трудової міграції та регулювання ринку праці в цілому, а також можливості отримання допомоги з боку українських дипломатичних установ під час перебування за кордоном;
- ◆ збільшення кількості працівників Міністерства внутрішніх справ України, які займаються виявленням та припиненням діяльності фірм, котрі працевлаштовують громадян України за кордоном, не маючи не це дозволу.

Посилення соціальної захищеності українських громадян за кордоном забезпечується через:

- ◆ приєднання до відповідних конвенцій МОП з питань захисту прав працівників-мігрантів, статей Європейської Соціальної Хартії (оновленої);
- ◆ впровадження посад аташе з питань трудової міграції у дипломатичних та консульських представництвах за кордоном у країнах, де перебуває значна кількість українських мігрантів.

Для **стимулювання інвестування зароблених мігрантами коштів в економіку України та забезпечення зворотності міграцій** необхідним є:

- ◆ розробка спеціальної програми стимулювання самозайнятості та мікропідприємництва для осіб, які повертаються після трудової діяльності за кордоном, де, зокрема, має бути передбачено пільгові умови оподаткування протягом стартового періоду, надання юридичної та консультаційної допомоги;
- ◆ створення програми адаптації трудових мігрантів до українського суспільства, яке змінилося за період відсутності мігранта;

- ◆ дозвіл на безмитний ввіз засобів виробництва громадянами України з-за кордону;
- ◆ створення недорогих шляхів переказу коштів від українських заробітчани за кордоном родичам, що залишилися в Україні;
- ◆ активізувати добровільну участь у системі загальнообов'язкового державного пенсійного страхування осіб, які постійно проживають або працюють за межами України,
- ◆ залучення колишніх мігрантів до програм підвищення кваліфікації та перекваліфікації (за їх бажанням);
- ◆ розробка і впровадження програм підвищення кваліфікації та перекваліфікації колишніх мігрантів;
- ◆ надання можливості купівлі в кредит житла або товарів тривалого користування особами, які перебувають за кордоном;
- ◆ встановлення збільшеної відсоткової ставки по вкладах, відкритих у вітчизняних банках громадянами України, які перебувають за кордоном, та підвищених соціальних гарантій по таких вкладах при закритті банку;
- ◆ впровадження при працевлаштуванні висококваліфікованих українських фахівців за кордоном за допомогою державних структур процедури укладання тристоронніх угод між особою, що виїжджає, державою (в особі Державного центру зайнятості) та банківською установою про перерахування частини заробітку працівника на рахунок у вітчизняному банку;
- ◆ впровадження процедури укладання контрактів з випускниками вищих навчальних закладів, які навчалися за рахунок бюджетних коштів, зі спеціальностей, що користуються попитом на зовнішніх ринках праці; в цих контрактах передбачити умови виїзду за кордон та відшкодування коштів на навчання у випадку постійної еміграції.

Пом'якшення дії факторів, які стимулюють від'їзд українських громадян на роботу за кордон, забезпечується шляхом:

- ◆ створення загальнодержавної бази даних вакансій;
- ◆ розвиток транспортної інфраструктури в приміських зонах великих міст (покращання стану доріг, розширення мережі приміського транспорту);
- ◆ стимулювання підприємництва, створення нових робочих місць, перш за все в тих регіонах, де можливості економічного зростання заздалегідь є обмеженими, зокрема у наукоємких галузях та у галузі туризму, в т.ч. зеленого;
- ◆ подолання різких регіональних диспропорцій в якості життя.

Єдиною можливістю недопущення надмірного зменшення загальної кількості населення України, зокрема в окремих регіонах, є ***активна міграційна політика***. У зв'язку з цим необхідно:

- ◆ сприяти репатріації етнічних українців і депортованих народів;
- ◆ розробити програму інтеграції біженців в українське суспільство;
- ◆ продовжити облаштування в АРК репатріантів з числа раніше депортованих;
- ◆ створити пільгову систему для переселенців у бажані для держави регіони (надання кредитів на будівництво житла, відстрочки на службу в армію,

транспортні пільги для переїзду і для поїздок на відпочинок, звільнення від податків протягом перших 1-3 років перебування на новому місці проживання);

- ◆ визначити мінімально необхідні обсяги (по роках) залучення мігрантів з країн Третього світу (з щорічним коригуванням залежно від тенденцій народжуваності та смертності, ступеня ефективності заходів по імміграції етнічних українців та представників депортованих народів з країн СНД) і категорії осіб, яким віддається пріоритет при імміграції до України (за країнами походження, етнічними, конфесійними, професійно-кваліфікаційними групами).

Для **протидії нелегальній імміграції** потрібно:

- ◆ розробити і підписати міждержавні угоди по координації дій прикордонних служб щодо протидії транзиту нелегальних мігрантів з усіма країнами, з якими Україна межує.

Цільові індикатори

№ п/п	Індикатор	Рівні		
		Поточний, 2004 р.	Цільовий, 2015 р.	Прогноз, 2015 р.
1.	Загальний коефіцієнт прибуття зовнішньої міграції, ‰	0,8	3,4	1,8
2.	Загальний коефіцієнт вибуття зовнішньої міграції, ‰	1,0	1,0	1,0

4. Стратегія подолання негативних наслідків старіння населення

Метою політики щодо подолання негативних наслідків старіння населення є адаптація українського суспільства до процесу демографічного старіння та забезпечення гармонійної інтеграції представників різних поколінь і їх креативної взаємодії.

Завдання:

- ◆ Забезпечення економічних передумов гідного життя в похилому віці.
- ◆ Створення умов для реалізації творчого і трудового потенціалу громадян похилого віку.
- ◆ Забезпечення рівного доступу громадян похилого віку до засобів збереження, поліпшення та охорони здоров'я.
- ◆ Сприяння подовженню періоду самостійного незалежного життя в старості.
- ◆ Сприяння розвитку в суспільстві міжпоколінної взаємодії та зміцненню взаєморозуміння між представниками різних вікових груп.

Основні напрями стратегії:

- ◆ підвищення життєвих стандартів та створення недискримінаційної системи соціального забезпечення для населення похилого віку;
- ◆ сприяння розвитку освіти впродовж життя і створення умов для реалізації економічної активності громадян похилого віку;
- ◆ розвиток відповідної інфраструктури та розробка комплексу заходів, спрямованих на подовження тривалості самостійного незалежного життя громадян похилого віку;

- ◆ забезпечення громадян похилого віку засобами охорони, збереження та поліпшення здоров'я;
- ◆ посилення правової захищеності громадян похилого віку;
- ◆ формування громадської усвідомленості процесу старіння та впровадження основних гуманітарних принципів адаптації до цього процесу.

Механізми реалізації стратегії

Для забезпечення **підвищення життєвих стандартів та створення недискримінаційної системи соціального забезпечення для населення похилого віку** необхідними є:

- ◆ посилення координації діяльності міністерств та інших центральних органів виконавчої влади у вирішенні проблем, пов'язаних із життєдіяльністю населення похилого віку;
- ◆ стимулювання (засобами податкової політики, соціальної реклами, пропаганди існуючого позитивного досвіду тощо) підприємств до встановлення за рахунок власних коштів доплат до пенсій ветеранам праці, надання і оплати житла, торговельно-побутового, медичного і санаторно-курортного обслуговування, а також надання безоплатної допомоги в погашенні заборгованості за банківським кредитом;
- ◆ розробка регіональних та відомчих програм щодо поліпшення соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку.

Сприяння розвитку освіти протягом життя і створення умов для реалізації права на працю осіб похилого віку, які бажають працювати, передбачає реалізацію наступних завдань:

- ◆ посилення контролю за проявами дискримінації при прийнятті на роботу і звільненні працівника за ініціативою власника або уповноваженого ним органу з мотивів досягнення пенсійного віку;
- ◆ створення на підприємствах передумов для професійної переорієнтації і перепідготовки працівників передпенсійного і громадян похилого віку, включаючи навчання за їх бажанням новим професіям з урахуванням адаптаційних і вікових можливостей цих осіб;
- ◆ забезпечення вільного доступу до інформаційних матеріалів та отримання профорієнтаційних послуг громадянами похилого віку, які зберегли працездатність, бажають працювати та звернулись до служби зайнятості;
- ◆ створення законодавчих та організаційних передумов для реалізації на підприємствах, в установах, організаціях програм підготовки до виходу на пенсію за віком, які передбачають щадні умови праці, запровадження, за бажанням працівника, роботи у режимі скороченого робочого часу;
- ◆ прискорення технологічної перебудови виробництва на постіндустріальних засадах з поступовим усуненням шкідливих чинників і посиленням розвиваючої компоненти праці, спрямоване на подовження творчого періоду життя працівника і створення передумов для доведення віку виходу на пенсію до європейських стандартів.

Розвиток відповідної інфраструктури та розробка комплексу заходів, спрямованих на подовження тривалості самостійного незалежного життя літніх людей, мають здійснюватися шляхом:

- ◆ налагодження виробництва харчових продуктів, одягу, взуття, предметів особистого користування, спеціальних меблів, предметів побуту, пристосованих для потреб громадян похилого віку;
- ◆ розширення виробництва реабілітаційних засобів та забезпечення ними осіб із втраченими та ослабленими функціями;
- ◆ забезпечення комфортності перебування громадян похилого віку в транспорті, у житлових приміщеннях і навколожитловому просторі, у приміщеннях підприємств торгівлі, побутового та медичного обслуговування шляхом організації місць для відпочинку, проміжних зупинок, спеціалізованих пасажирських місць, прилавків, торговельних терміналів для інвалідів, захищених пристосованих пішохідних переходів, а також - розвитку спеціальних видів транспорту, виробництва спеціальних меблів та ін.;
- ◆ підвищення ефективності надання соціальних послуг громадянам похилого віку та сім'ям, у складі яких є громадяни похилого віку, які потребують сторонньої допомоги; розробка і впровадження стандартів забезпечення таких сімей у разі потреби необхідними послугами;
- ◆ удосконалення діяльності наявних закладів та створення нових форм забезпечення тимчасового перебування в них громадян похилого віку, які потребують сторонньої допомоги, на час відпочинку осіб, що доглядають за ними;
- ◆ вдосконалення мережі територіальних центрів соціального обслуговування пенсіонерів (з реабілітаційними відділеннями, відділеннями денного, тимчасового, стаціонарного перебування і лікувально-оздоровчими комплексами) та відділень соціальної допомоги вдома самотнім непрацездатним громадян похилого віку із забезпеченням охоплення при цьому всіх осіб, які її потребують;
- ◆ відновлення діяльності існуючих та створення нових фізкультурно-оздоровчих закладів для забезпечення задоволення всіх потреб громадян похилого віку у заняттях фізичною культурою.

Забезпечення громадян похилого віку засобами охорони, збереження та поліпшення здоров'я реалізовуватиметься через:

- ◆ забезпечення гарантованого рівня та високої якості надання безкоштовної кваліфікованої медичної допомоги;
- ◆ розширення мережі медичних і соціальних закладів перебування та підвищення якості обслуговування в них громадян похилого віку ;
- ◆ забезпечення доступності для всіх верств населення сучасних засобів діагностики, профілактики, лікування та реабілітації основних захворювань, викликаних віком.

Посилення правової захищеності громадян похилого віку вимагає:

- ◆ підвищення відповідальності виконавчої влади за забезпечення користування громадянами похилого віку всіма соціально-економічними і особистими правами і свободами, закріпленими Конституцією України, іншими законодавчими актами;
- ◆ запобігання невиконанню чинних законів та будь-яким спробам суб'єктів права законодавчої ініціативи звужити обсяг чи зміст існуючих прав ветеранів праці, які містяться у законодавчих нормах;

- ◆ забезпечення координації зусиль центральних і місцевих органів виконавчої влади, підприємств, установ та організацій, спрямованих на захист прав громадян похилого віку.

Формування громадської усвідомленості процесу старіння та впровадження основних гуманітарних принципів адаптації до цього процесу потребує:

- ◆ пропаганди шанобливого ставлення до людей старшого покоління, їх заслуг перед суспільством, виховання дітей та молоді у дусі поваги до них;
- ◆ формування світогляду солідарності поколінь, виховання почуття відповідальності у дітей за долю престарілих батьків, підвищення престижу сім'ї, в якій живуть кілька поколінь;
- ◆ всебічного сприяння розвитку руху взаємодопомоги серед громадян похилого віку (волонтерського руху) на базі місцевих рад ветеранів війни і праці.

Цільові індикатори

№ п/п	Індикатор	Поточний рівень, 2004 р.	Цільовий рівень до 2015 р.	Прогноз, 2015 р.
1.	Середня очікувана тривалість життя у віці 60 років: жінки чоловіки	19,45 14,31	21,50 16,50	19,80 16,10
2.	Коефіцієнт заміщення пенсією втрачених доходів від найманої праці	0,33	0,35	0,26

5. Регіональні пріоритети демографічного розвитку

Мета – визначення пріоритетів і цільових показників у сфері демографічного розвитку для кожного з регіонів, джерел та обсягів бюджетного фінансування, необхідних для їх реалізації.

Завдання - реалізація на державному та регіональному рівнях заходів щодо вирішення найбільш актуальних для кожного з регіонів проблем демографічного розвитку, спрямованих на створення умов, за яких регіони не втрачатимуть заінтересованості у забезпеченні якісного покращання демографічної ситуації.

Основні напрями реалізації:

- ◆ створення умов реалізації державних соціальних стандартів і соціальних гарантій для населення в усіх регіонах країни, міських та сільських населених пунктах;
- ◆ забезпечення координації заходів державної демографічної політики на рівні регіонів, визначених у:
 - державних цільових програмах;
 - державних і регіональних програмах економічного та соціального розвитку;
 - програмах державного стимулювання розвитку депресивних територій;
- ◆ удосконалення механізму диференційованого надання державної підтримки у сфері регіонального демографічного розвитку;

- ◆ розвиток та використання механізмів соціального діалогу, підтримка регіональних і місцевих соціальних ініціатив щодо розв'язання регіональних проблем демографічного розвитку.

Першочергові завдання демографічного розвитку для регіонів України

- зниження смертності у працездатному віці, зокрема від: новоутворень, хвороб системи кровообігу, захворювань органів дихання, інфекційних захворювань, нещасних випадків, отруєнь і травм;
- зниження захворюваності на туберкульоз органів дихання та інфекційні хвороби;
- розвиток мережі служб соціального сервісу та медичного обслуговування громадян похилого віку;
- зменшення міграційного відтоку населення;
- зниження смертності немовлят;
- створення стимулів для заохочення до народження другої дитини;

6. Система реалізації Стратегії

Законодавче та нормативно-правове забезпечення

Народжуваність та розвиток сім'ї

- ◆ Удосконалення житлового законодавства, підвищення його ролі в стимулюванні сімей до покращання власних житлових умов, зокрема через:
 - вдосконалення законодавства з питань кредитування будівництва житла;
 - законодавче врегулювання проблеми будівництва соціального житла, зокрема, для дітей сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування;
 - відновлення практики соціальних зобов'язань підприємств перед працівниками в забезпеченні їх житлом (через колективні договори, галузеві угоди).
- ◆ Формування законодавчої бази щодо економічного стимулювання підвищення якості життя сімей, зокрема за допомогою кредитних і податкових інструментів.
- ◆ Вдосконалення законодавства щодо надання кредитів на житло та освіту.
- ◆ Внесення змін у податкове законодавство.
- ◆ Внесення змін до законодавства про працю відносно забезпечення можливості для жінок, які мають дітей, обирати зручний для них графік роботи. Одночасно передбачити пільги для роботодавців, які сприяють прийому на роботу жінок з дітьми.
- ◆ Законодавче забезпечення діяльності сімейних лікарів (закладів первинної медико-санітарної допомоги, що працюють на засадах сімейної медицини).
- ◆ Посилення державних гарантій щодо забезпечення охорони материнства і дитинства.
- ◆ Удосконалення законодавчої та нормативно-правової бази щодо посилення адресності надання соціальних виплат найбільш уразливим категоріям населення.
- ◆ Прийняття відповідних законодавчих актів з питань соціального захисту сімей з дітьми, зокрема сімей, які усиновили дітей.

- ◆ Удосконалення законодавства з питань усиновлення, зокрема дітей-сиріт, позбавлених батьківського піклування, розвитку сімейних форм виховання дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, розроблення заходів та механізму розв'язання проблеми соціального сирітства.

Поліпшення стану здоров'я населення

- ◆ Створення законодавчої бази з питань загальнообов'язкового державного та добровільного медичного страхування.
- ◆ Внесення до нормативно-правових актів змін щодо удосконалення форм і методів управління галуззю охорони здоров'я на державному та місцевому рівнях.
- ◆ Формування законодавства про захист прав пацієнтів на основі міжнародного досвіду та положень, відображених у нормативних документах та законодавстві щодо медичного обслуговування.
- ◆ Чітке законодавче врегулювання проблеми оплати медичних послуг у вітчизняній системі охорони здоров'я.
- ◆ Створення законодавчої бази щодо екологічної, побутової, споживчої безпеки.
- ◆ Приведення у відповідність із європейськими стандартами законодавства про охорону праці, навколишнє природне середовище, охорону життя та здоров'я, а також систем акредитації у сфері надання медичних послуг, професійних стандартів тощо.

Міграційна політика

- ◆ Удосконалення законодавства з питань працевлаштування громадян України за кордоном.
- ◆ Розробка Державної міграційної програми, програми самозайнятості та мікропідприємництва, програми адаптації трудових мігрантів до українського суспільства, яке змінилося за період відсутності мігранта, внесення змін до Програми зайнятості населення відповідно до положень даної Стратегії.
- ◆ Внесення змін до Закону України „Про імміграцію” та „Про громадянство України”.

Старіння населення

- ◆ Удосконалення пенсійного законодавства на засадах соціальної справедливості, з урахуванням страхового стажу та сплачених страхових внесків;
- ◆ Нормативно-правове забезпечення введення другого (накопичувального) рівня державного пенсійного страхування;
- ◆ Прийняття нової редакції Закону України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту" з конкретизацією визначення "учасник бойових дій", "інвалід війни", "учасник війни", і виключенням із чинного Закону категорій громадян, які не є ветеранами війни і статус яких визначається іншими законами.

Регіональний розвиток

- ◆ Удосконалення бюджетного законодавства і міжбюджетних відносин шляхом трансформації міжбюджетних відносин, внесення змін до Порядку перерахування дотацій вирівнювання та субвенцій з державного бюджету

місцевим бюджетам, міжбюджетних трансфертів між місцевими бюджетами, Формули розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів (дотацій вирівнювання та коштів, що передаються до державного бюджету) між державним бюджетом та місцевими бюджетами з метою стимулювання реалізації регіональних програм поліпшення демографічної ситуації.

- ◆ Розвиток законодавчої бази з питань соціального діалогу, колективно-договірного регулювання трудових відносин, формування механізмів та практики її реалізації для забезпечення вирішення завдань в сфері регіональної демографічної політики.

Інституційне забезпечення

Народжуваність та розвиток сім'ї

- ◆ Формування системи органів, закладів, а також соціальних служб різного профілю та напряму з надання соціальної, психолого-педагогічної, медико-соціальної та правової допомоги сім'ї та дітям.
- ◆ Розвиток соціального сервісу в сфері обслуговування сімей, надання їм послуг і консультацій.
- ◆ Розроблення комплексної моделі соціального патронування та супроводження неповних, соціально неблагополучних, бідних сімей з дітьми, надання допомоги безпритульним дітям із залученням державних і громадських організацій.
- ◆ Виділення в бюджеті окремого виду фінансування заходів у сфері сімейної політики (фінансове забезпечення програм, цільових фондів, заходів соціальної допомоги окремим категоріям сімей, соціальних служб, досліджень проблем сім'ї, навчання та підготовка відповідних кадрів тощо).
- ◆ Подальший розвиток сімейних форм дошкільного і позашкільного виховання та освіти.
- ◆ Розвиток житлового кредитування, насамперед молодіжного, іпотеки, активізація участі населення у фінансуванні житлового будівництва.
- ◆ Розробка та реалізація спеціальних програм будівництва муніципального житла, формування фондів соціального житла для соціально уразливих верств населення.
- ◆ Створення цілісної системи підготовки, перепідготовки кадрів та підвищення їх кваліфікації для роботи в закладах соціального захисту населення.

Поліпшення стану здоров'я населення

- ◆ Реформування системи охорони здоров'я, здійснення відповідних організаційних та управлінських заходів, спрямованих на: посилення профілактичної складової; підвищення ролі первинної медико-санітарної допомоги; забезпечення доступності якісної медико-генетичної та акушерської допомоги; запровадження медичного страхування.
- ◆ Перехід від централізованого управління та адміністрування у системі охорони здоров'я до організації медичного обслуговування на засадах договірних відносин.
- ◆ Реструктуризація системи стаціонарної допомоги та підвищення її ефективності.

- ◆ Реструктуризація санітарно-епідеміологічної служби та зміцнення його фінансової бази.
- ◆ Активне використання засобів масової інформації, розробка та реалізація комплексу просвітницьких програм з питань формування здорового способу життя, раціональної самозбережувальної поведінки тощо.
- ◆ Підвищення ролі професіональних інститутів (асоціацій) у забезпеченні якості медичних кадрів.
- ◆ Розширення мережі закладів (особливо на регіональному рівні) медико-соціальної допомоги та послуг, орієнтованих на різні демографічні групи (як-то: центрів сімейної медицини, центрів планування сім'ї, соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, центрів психотерапевтичної допомоги тощо).
- ◆ Розроблення та реалізація заходів щодо відновлення репродуктивного здоров'я населення, насамперед жінок.
- ◆ Посилення державного контролю якості продуктів та споживчих товарів, їх відповідності стандартам.

Міграційна політика

- ◆ Створення економічних механізмів стимулювання зворотності зовнішніх трудових поїздок громадян, регулювання внутрішніх міграційних потоків шляхом розвитку маятникової міграції.
- ◆ Подальший розвиток практики укладення міждержавних угод про взаємне працевлаштування громадян та їх соціальний захист.
- ◆ Реалізація положень про укладання тристоронніх угод при працевлаштуванні висококваліфікованих українських фахівців за кордоном та укладання контрактів з випускниками вищих навчальних закладів, які навчалися за рахунок бюджетних коштів, вимагає прийняття спеціальних законів.
- ◆ Розроблення програм розміщення іммігрантів та їх інтеграції в суспільство.

Старіння населення

- ◆ Удосконалення державної спеціалізованої геріатричної служби, налагодження функціонування системи сервісу для громадян похилого віку, розвиток мережі спеціалізованих закладів для громадян похилого віку та інвалідів, системи надання первинної медико-санітарної допомоги особам похилого віку, насамперед самотнім.
- ◆ Формування механізмів ефективного використання залишкового трудового потенціалу осіб пенсійного віку, залучення їх до активного способу життя поза сферою трудової діяльності.

Регіональний розвиток

- ◆ Стимулювання створення громадських, благодійних організацій, органів самоорганізації населення тощо, діяльність яких спрямована на розв'язання проблем демографічного розвитку, зокрема на регіональному рівні, координація та сприяння цій діяльності з боку органів державної влади та органів місцевого самоврядування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Корчак-Чепурковський Ю.А. Избранные демографические исследования. – М.: Статистика, 1970. – С. 37.

2. Українське суспільство: моніторинг - 2000 р. Інформаційно-аналітичні матеріали. // За ред. чл.-кор. В.М.Ворони, д.ф.н. А.О.Ручки. - К., Ін-т соціології НАН України, 2000. - С. 85.
3. Сільська молодь України: стан, проблеми та шляхи їх вирішення: щорічна доповідь Президентів України, Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України про становище молоді в Україні (за підсумками 2003 року). - К.: Державний ін-т проблем сім'ї та молоді, 2004. - С. 121-122.
4. Здоров'я та поведінкові орієнтації української молоді: соціологічний вимір (за результатами національного соціологічного опитування підлітків та молоді 10-22 років). - К.: Український інститут соціальних досліджень, 2005. - 256 с.
5. Стан здоров'я жіночого населення в Україні за 2004 рік. - К.: МОЗ України, Центр медичної статистики, 2005. - 230 с.
6. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2004 рік. - К.: Центр медичної статистики МОЗ України, 2005. - 710 с.
7. Репродуктивное здоровье населения Украины - 1999. Итоговый отчет. - К.: КМИС, УСАИД, Центры контроля и профилактики заболеваемости США, 2001. - 206 с.
8. Кваша Е., Харькова Т. Аборты в России // Население и общество. Информационный бюлетень ЦДЭЧ ИНП РАН. - 2000. - № 48.
9. Жилка Н., Іркіна Т., Стешенко В. Стан репродуктивного здоров'я в Україні (медико-демографічний огляд). - К.: МОЗ України, Ін-т економіки НАНУ, 2001. - 68 с.
10. Жилка Н. Я. Ситуаційний аналіз доступності засобів контрацепції для населення України. - К.: Вид-во Раєвського, 2005. - 56 с.
11. Феценко Ю. І., Мельник В. М. Медичні аспекти боротьби з туберкульозом //Український пульмонологічний журнал. - 2005. - №2. - с. 5-8.
12. Аналітичний звіт «Оцінка чисельності груп ризику (СІН, РКС, ЧСЧ)». - К.: Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІДу, УІСД, КМИС, 2005 (неопубл.).
13. Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків - К.: Центр «Соціальний моніторинг», 2003. - 230 с.
14. Аналітичний звіт „Соціально-економічний прогноз наслідків епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні”/ МОЗ України, Світовий банк, 2005 (неопублік.).
15. The World Health Report 2004. Changing History. // Annex Table 1. Basic indicators for all WHO Members States - Geneva, WHO, 2004 (<http://www.who.int/whr/2004/en>).
16. Зовнішні трудові міграції населення України / За ред. Е.М.Лібанової, О.В.Позняка. - К.: РВПС України НАН України, 2002.- 206 с.
17. Трудова міграція населення Тернопільської області: кількісний та географічний аспекти. - Тернопіль: Лідер, 2002. - С. 25.
18. Стан дотримання та захисту прав громадян України за кордоном: Спеціальна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини - К., 2003. - С. 18.
19. Соціальне обличчя новітньої української трудової міграції.- Львів, 2003.- С. 11.
20. Пирожков С., Малиновская Е., Хомра А., Внешние трудовые миграции в Украине: социально-экономический аспект.- К.: НИПМБ, 2003.- 134 с.
21. Лібанова Е.М., Мельничук Д.П. Ринок праці в економічній системі: Навч. посібник. - Житомир: ЖІТІ, 2002. - С. 63.
22. Проблема нелегальної міграції та транспортування мігрантів в Україні:Наук. доп./Упоряд. О.А.Малиновська.-К.:Бланк-Прес,2000-с.18,19,20.

23. Демографічна криза в Україні. Проблеми дослідження, витоки, складові, напрями протидії / НАН України, Ін-т економіки; за ред. В. Стешенко. – К., 2001. – 560 с.
24. Livia Sz. Oláh. Gender and family stability: Dissolution of the first parental union in Sweden and Hungary. // Demographic Research. – Rostock, 2004. – Vol. 4, article 2. – P. 29-96.
25. Marit Rønsen. Fertility and Public Policies – Evidence from Norway and Finland. // Demographic Research. – Rostock, 2004. – Vol. 10, article 6. – P. 143-170.