

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ НАУК УКРАЇНИ

ІНСТИТУТ ДЕМОГРАФІЇ ТА СОЦІАЛЬНИХ
ДОСЛІДЖЕНЬ імені М.В. ПТУХИ

НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

НАРИСИ
ПРО ДЕМОГРАФІЧНИЙ
СТАН КРАЇНИ
У ПЕРШЕ ТРИДЦЯТИРІЧЧЯ
НЕЗАЛЕЖНОСТІ

ПРОЄКТ
«НАУКОВА КНИГА»

КИЇВ НАУКОВА ДУМКА 2023

Автори:

І. КУРИЛО, С. АКСЬОНОВА, О. ГАВРИЛЮК, Т. ГНАТЮК, В. ДУМАНСЬКА,
О. КОРНІЙЧУК, Б. КРІМЕР, Н. ЛЕВЧУК, І. МАЙДАНІК, О. ПОЗНЯК,
Н. РИНГАЧ, Л. СЛЮСАР, П. ШЕВЧУК

Монографія присвячена висвітленню процесів, що відображають глибоку соціально-демографічну трансформацію українського суспільства у перше тридцятиріччя відновлення її незалежності. Розглядаються зміни в демографічній поведінці, неоднозначні зрушення у перебігу основних демографічних процесів та в соціально-демографічних структурах, що є як віддзеркаленням довготривалих загальноєвропейських тенденцій, так і наслідком деформацій, спричинених складними умовами трансформаційного періоду. Демографічне відтворення в Україні, його чинники та новітні тенденції, структурні особливості населення досліджуються у взаємозв'язку з тими загальними процесами суспільно-економічної модернізації, які переживає наша країна. Книга містить також результати узагальнення вітчизняного досвіду з реалізації соціально-демографічної політики за цей період та рекомендації щодо її вдосконалення й розвитку.

Для демографів, соціологів, економістів, фахівців із державного управління й усіх небайдужих до демографічної проблематики читачів.

Відповідальний редактор — доктор економічних наук, професор *І.О. Курило*

Рецензенти:

Пирожков С.І., доктор економічних наук, професор, академік НАН України,
віцепрезидент НАН України

Лібанова Е.М., доктор економічних наук, професор, академік НАН України,
директор Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України

Ковтун Н.В., доктор економічних наук, професор, завідувач кафедри статистики,
інформаційно-аналітичних систем та демографії
Київського національного університету імені Тараса Шевченка

*Рекомендовано до друку Вченою радою Інституту демографії
та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України
(протокол № 15 від 3 вересня 2021 р.)*

**Видання здійснено за кошти Цільової комплексної програми НАН України
«Наукові основи функціонування та забезпечення умов розвитку
науково-видавничого комплексу НАН України»**

Науково-видавничий відділ соціогуманітарної літератури

Редактор *Вонсик Д.В.*

- © І.О. Курило, С.Ю. Аксьонова, О.К. Гаврилюк,
Т.О. Гнатюк, В.П. Думанська, О.П. Корнійчук,
Б.О. Крімер, Н.М. Левчук, І.П. Майданік, О.В. Позняк,
Н.О. Рингач, Л.І. Слюсар, П.Є. Шевчук, 2023
- © Інститут демографії та соціальних досліджень
імені М.В. Птухи НАН України, 2023
- © НВП «Видавництво “Наукова думка”
НАН України», дизайн, 2023

ЗМІСТ

ВСТУП	5
Р О З Д І Л 1. ДИНАМІКА ЧИСЕЛЬНОСТІ, ДЕМОГРАФІЧНОГО СКЛАДУ ТА ЗАГАЛЬНИХ ПАРАМЕТРІВ ВІДТВОРЕННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ	7
1.1. Чисельність населення України. Депопуляція у контексті демографічної кризи	7
1.2. Статеві-віковий склад населення та його зміни	12
Р О З Д І Л 2. ЗРУШЕННЯ У ШЛЮБНО-СІМЕЙНИХ ПРОЦЕСАХ І СТРУКТУРАХ ЗА РОКИ НЕЗАЛЕЖНОСТІ	19
2.1. Шлюбність і розлучуваність населення: історія змін і новітні тенденції	19
2.2. Сучасна українська сім'я: спадкоємність тенденцій і нові явища	28
2.3. Вдосконалення шлюбно-сімейного законодавства	32
Р О З Д І Л 3. ТЕНДЕНЦІЇ ТА СТРУКТУРНІ ОСОБЛИВОСТІ НАРОДЖУВАНOSTІ В УКРАЇНІ	37
3.1. Динаміка рівня та структури народжуваності	37
3.2. Внесок допоміжних репродуктивних технологій у народжуваність	49
Р О З Д І Л 4. СМЕРТНІСТЬ І ТРИВАЛІСТЬ ЖИТТЯ: ДИНАМІКА Й СТРУКТУРНІ ЗРУШЕННЯ	55
4.1. Загальні тенденції та статеві-вікові особливості смертності й тривалості життя	55
4.2. Зрушення в структурі смертності населення України за основними причинами у 1991—2020 рр.	66
4.3. Виклики пандемії COVID-19: реальні втрати та потенційні ризики	77
Р О З Д І Л 5. МІГРАЦІЙНІ ПРОЦЕСИ: ЗАГАЛЬНІ ТЕНДЕНЦІЇ	87
5.1. Внутрішня міграція в Україні	87
5.2. Зовнішня міграція	93
Р О З Д І Л 6. ТРУДОВА, ОСВІТНЯ ТА ВИМУШЕНА МІГРАЦІЯ	103
6.1. Зовнішня трудова міграція	103
6.2. Освітня міграція	109
6.3. Внутрішньо переміщені особи в Україні	115

Зміст

Р О З Д І Л 7. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНА ПОЛІТИКА В УКРАЇНІ ЗА ОСТАННЄ ТРИДЦЯТИЛІТТЯ	124
7.1. Політика щодо збереження здоров'я населення (1991—2021 рр.)	124
7.2. Еволюція та сучасні пріоритети сімейної політики в Україні	137
7.3. Мейнстримінг демографічного старіння в соціально-демографічній політиці	144
7.4. Формування міграційної політики в незалежній Україні	152
Р О З Д І Л 8. ДЕМОГРАФІЧНІ ПЕРСПЕКТИВИ УКРАЇНИ	160
8.1. Погляд на демографічні прогнози періоду відновлення незалежності	160
8.2. Гіпотези й окремі результати демографічного прогнозу 2020 р. розробки	162

ВСТУП

Трансформаційні процеси, які розгорталися від самого початку відновлення незалежності України та тривають і дотепер, мають відчутний вплив на демографічну ситуацію. Соціально-економічні негаразди відіграли неабияку роль у розгортанні й поглибленні демографічної кризи в Україні у 1990-ті роки. Демографічна криза в країні виражається у сполученні депопуляції (тобто скорочення чисельності населення внаслідок перевищення числа смертей над числом народжень) із незадовільним станом здоров'я населення, низькою тривалістю життя та наднизькою народжуваністю. На межі XX й XXI сторіч наша країна вирізнялась найнижчим в Європі рівнем народжуваності та одним із найнижчих показників тривалості життя, а також найбільш високою інтенсивністю депопуляції, що поєднувалась на той час із від'ємним сальдо міграції.

Із початку поточного сторіччя в Україні з'явилися ознаки стабілізації, а згодом — і певного поліпшення демографічної ситуації: припинилось падіння народжуваності та вже з 2002-го року розпочалось її зростання, що тривало протягом наступних десяти років, почав підвищуватися рівень шлюбності та знижуватися рівень розлучуваності, скорочувалась інтенсивність депопуляції, а з 2005-го від'ємне міграційне сальдо змінилось на незначний, але сталий міграційний приріст населення і згодом (вже з 2008 р.) з'явилась обнадійлива тенденція підвищення тривалості життя.

Однак поліпшення соціально-демографічної ситуації в Україні загалом виявилось недовготривалим. Народжуваність досягла максимального у поточному сторіччі рівня в 2012 р., після чого рік-другий повільно, а надалі й прискорено почала знижуватись і зараз знову впала до найнижчого в Європі рівня. Підвищення середньої тривалості життя, яке наприкінці першого десятиріччя XXI сторіччя набуло сталого й динамічного характеру, також виявилось несталим: останніми роками через низку причин в динаміці тривалості життя окреслилась стагнація, а за підсумками двох років епідемії COVID було зафіксовано її падіння. В Україні поновилося і поглиблення «депопуляційної ями» та значно прискорилось скорочення чисельності населення.

Тож перше тридцятиріччя після відновлення незалежності України виявилось багатим на драматичні події й повороти, несприятливі тенденції чинники, специфічні риси й наслідки яких, а також шляхи їх пом'якшення потребували наукового дослідження й осмислення. Цьому й присвячена дана робота із циклу періодичних публікацій щодо демографічної ситуації в Україні. Вона охоплює часовий проміжок від проголошення незалежності нашої країни в 1991 р. до 2021 р. й містить комплексну характеристику зру-

Вступ

шень у демографічному стані України, що відбулися протягом цього тридцятиріччя, включаючи тенденції динаміки та структурні особливості процесів народжуваності, шлюбності й розлучуваності, смертності, міграцій; специфіку розгортання депопуляції, змін у складі населення, а також еволюцію демографічної політики в Україні. Таким чином, видання охоплює широке коло питань, що стосуються соціально-демографічного стану України у цей період, та спрямоване як на всебічну «діагностику» демографічного становища в країні, так і на визначення пріоритетних напрямів протидії затяжній демографічній кризі.

Широкомасштабна війна, розв'язана РФ проти України вже у 2022 р., на жаль, справляє вкрай негативний вплив на відтворення населення, тож неминуче спричинить тяжкі й довготривалі демографічні наслідки.

Сподіваємось, що дане дослідження, яке відтворює цілісний соціально-демографічний «портрет» України до повномасштабного вторгнення, стане своєрідним підґрунтям для подальших оцінок впливу війни на демографічні процеси та структури. Воно також дасть змогу, вже після перемоги нашої країни у цій війні, порівняти траєкторії демографічного розвитку, які передбачалися в довоєнний період (їх репрезентує включений до видання демографічний прогноз 2020 р. перегляду), з реальним поствоєнним демографічним станом та тенденціями в Україні.

Монографія підготовлена за редакцією доктора економічних наук, професора Курило І.О. авторським колективом у складі кандидата економічних наук, старшого наукового співробітника С. Аксьонової (п. 3.1); головного економіста О. Гаврилюка (розділ 5); кандидата політичних наук Т. Гнатюк (п. 6.2, 6.3, 7.4); кандидата економічних наук, старшого наукового співробітника В. Думанської (п. 3.2); кандидата економічних наук, старшого наукового співробітника О. Корнійчука (п. 7.1); кандидата економічних наук, старшого наукового співробітника Б. Крімера (п. 7.2, 7.3); доктора економічних наук, професора І. Курило (вступ, розділ 1, п. 7.3); доктора економічних наук, старшого наукового співробітника Н. Левчук (п. 4.1); кандидата соціологічних наук, старшого наукового співробітника І. Майданік (п. 6.1); кандидата економічних наук, старшого наукового співробітника О. Позняка (розділи 5, 6, 8); доктора наук державного управління, професора Н. Рингач (п. 4.2, 4.3); кандидата економічних наук, старшого наукового співробітника Л. Слюсар (розділ 2); кандидата економічних наук, старшого наукового співробітника П. Шевчука (розділ 8).

ДИНАМІКА ЧИСЕЛЬНОСТІ, ДЕМОГРАФІЧНОГО СКЛАДУ ТА ЗАГАЛЬНИХ ПАРАМЕТРІВ ВІДТВОРЕННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

1.1. Чисельність населення України. Депопуляція у контексті демографічної кризи

Наша країна — одна з великих європейських держав, яка станом на 2021 р. посідала восьме місце в Європі за чисельністю населення. Проте в останні десятиліття Україна стрімко втрачала свій демографічний потенціал. Відбувалось прискорене скорочення чисельності її населення — основи трудового потенціалу. Країна втрачала свої позиції в європейській демографічній ієрархії: протягом останнього десятиліття вона поступилась своїм сьомим місцем за чисельністю населення Іспанії (47,6 млн осіб); останніми роками впритул до нашої країни за цим показником вже наблизилась і Польща (близько 38 млн осіб).

За даними Державної служби статистики на початок 2021 р. чисельність наявного населення України становила майже 41,6 млн, чисельність постійних жителів — 41,4 млн осіб. Чисельність населення нашої країни починаючи з 1991 р. (коли вона становила 51,9 млн осіб) скоротилась на понад 10,3 млн осіб, із них 2,3 млн країна втратила внаслідок анексії АР Крим.

Провідним фактором зменшення чисельності населення в Україні періоду незалежності виступає депопуляція: вона вийшла на загальнонаціональний рівень у 1991 р. і протягом 1990-х років на тлі неухильного падіння народжуваності та помітного підвищення рівня смертності наростала. З початку поточного сторіччя її масштаби та інтенсивність поступово почали зменшуватися, однак протягом останніх років восьми років масштаби депопуляційних втрат знову збільшуються, спочатку — переважно під впливом зниження народжуваності, а останніми роками — й внаслідок певного підвищення смертності в Україні (рис. 1.1).

До того ж починаючи від 2014 р. втрати чисельності населення в Україні відбувались не лише під впливом власне демографічних (депопуляція), але й екстраординарних воєнно-політичних чинників (анексія АР Крим; тимчасова окупація частини Донецької й Луганської областей).

Та в цілому впродовж усього періоду незалежності України саме природне зменшення населення — результат перевищення числа смертей над числом народжень — відіграло вирішальну роль у скороченні його чисельності.

Якщо на межі 1990-х і 2000-х років (у період найбільш інтенсивної депопуляції) Україна щорічно втрачала внаслідок перевищення кількості смертей над числом народжень у середньому близько 360 тис. осіб, що

Розділ 1. Динаміка чисельності, демографічного складу та загальних...

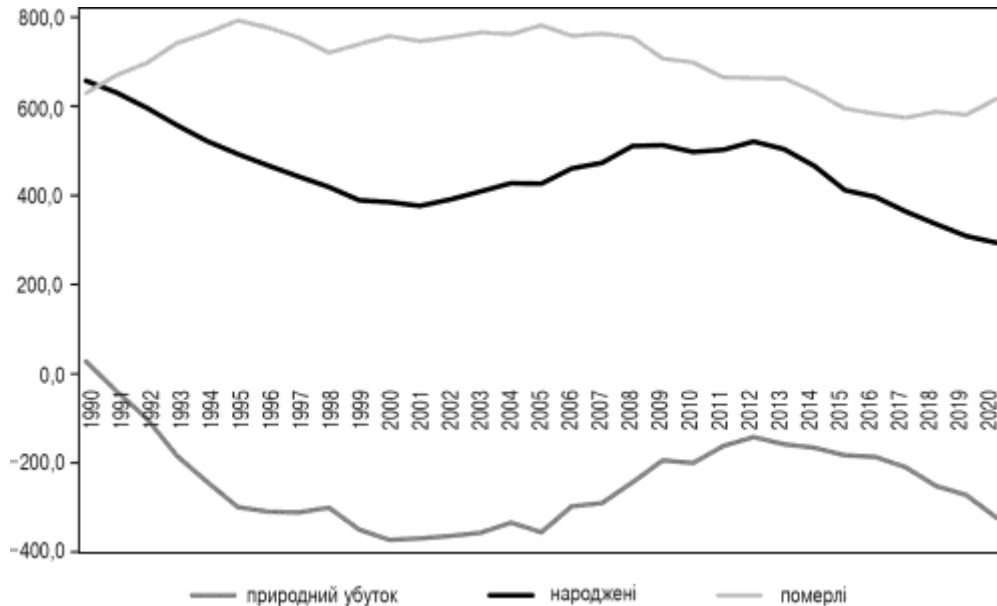


Рис. 1.1. Чисельність народжених, померлих та природний убуток населення в Україні у 1990—2020 рр.¹, тис. осіб

Джерело: дані Державної служби статистики України

на той час відповідало чисельності населення такого міста, як Сімферополь або Херсон, то на початку 2010-х щорічний природний убуток населення скоротився до 150—140 тис. осіб (орієнтовно — населення Мелітополя).

Проте після чергового поглиблення депопуляції (тобто з другої половини 2010-х років) обсяг річних депопуляційних втрат в Україні знову відчутно збільшився і досяг значень, зіставних із чисельністю мешканців таких обласних центрів як м. Рівне (за підсумками 2018 р. — понад 250 тис. осіб), м. Хмельницький (у 2019 р. — понад 272 тис. осіб) або навіть майже Вінниця (депопуляційні втрати 2020 р. — понад 323 тис. осіб).

І за інтенсивністю депопуляції (природний убуток населення у розрахунку на 1000 осіб у 2020 р. становив понад 8 ‰) останнім часом Україна поряд Болгарією утримує сумнівне лідерство серед європейських країн. Притому, що депопуляція за останні тридцять років розгорнулась та поглибилась у цілій низці країн із різних регіонів Європи, саме Україна та Болгарія належать до тих європейських держав (із числа охоплених депо-

¹ Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях.

1.1. Чисельність населення України. Депопуляція у контексті демографічної...

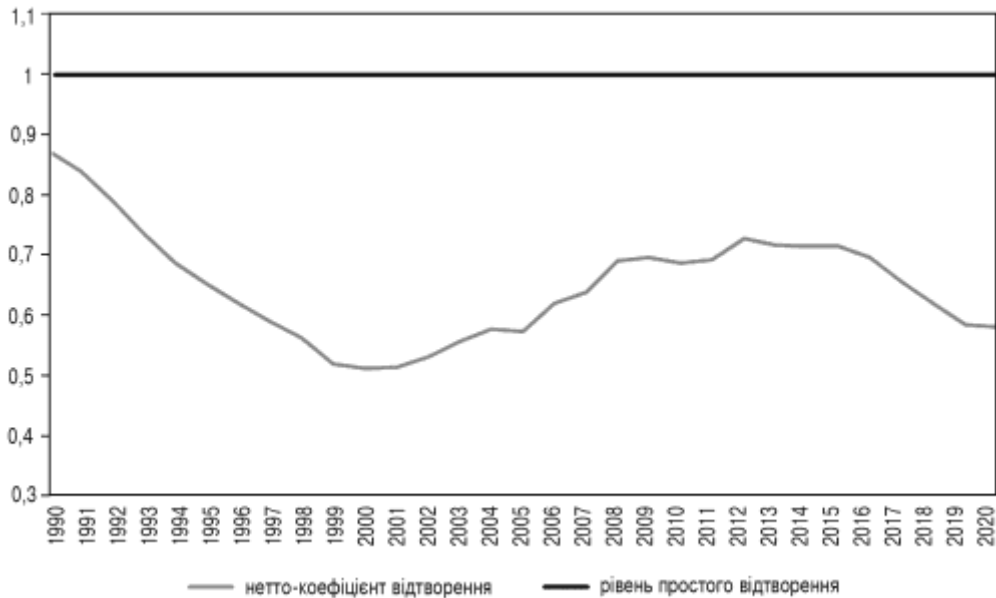


Рис. 1.3. Нетто-коефіцієнт відтворення населення в Україні у 1990—2020 рр.

Джерело: розрахунки за даними Державної служби статистики України

пуляцією), в яких ситуація з балансом природного руху й у динаміці в останнє десятиліття складалась чи не найгірше (рис. 1.2, див. вклейку).

Ще один показник, що комплексно характеризує природне відтворення, — нетто-коефіцієнт відтворення населення (число народжених дівчаток, які доживають до віку матері при їх народженні за даних рівнів повікової народжуваності й смертності) — в Україні становить останніми роками лиш дещо більше половини від рівня, необхідного для простого заміщення поколінь (рис. 1.3).

Виходячи зі значень нетто-коефіцієнта відтворення населення можна стверджувати, що наприкінці 1990-х — на початку 2000-х років оновлення поколінь в Україні у цілому забезпечувалося на $1/2$, у 2010—2012 рр. — на $2/3$, у 2017—2018 рр. — на $3/5$, а зараз — трохи більше ніж наполовину (у 2020-му — 0,580).

Ще більш промовисто демографічне неблагополуччя демонструє співвідношення народжених та померлих (коефіцієнт життєвості): станом на 2020 р. в Україні на кожну тисячу померлих припадало лише близько 475 народжених.

Характеризуючи специфічні риси відтворення всього населення в межах України, варто насамперед наголосити на вищій інтенсивності природного убутку населення та довготривалості депопуляції в сільській місцевості країни. Тут природний убуток населення фіксується вже близько сорока років поспіль та саме в період незалежності сягнув таких рекордно-пікових значень як, скажімо, у 2002—2005 рр., коли інтенсивність депопуляції пе-

Розділ 1. Динаміка чисельності, демографічного складу та загальних...

Таблиця 1.1. Групування сільських адміністративних районів

Роки	Частка групи районів (%)				
	менше 0,51	0,51—0,80	0,81—1,00	всього до 1,00	1,01—1,20
1991	23,9	44,5	14,0	82,4	7,8
1995	45,8	40,7	5,9	92,4	3,0
2000	65,5	26,1	4,1	95,7	1,4
2005	72,4	20,9	3,7	97,0	1,6
2010	39,6	42,7	10,8	93,1	3,5
2013	31,6	43,9	14,1	89,6	5,6
2019	72,7	22,1	3,2	97,9	1,1

Джерело: розраховано за даними Державної служби статистики України

ревищувала 10 ‰. Близькою до цього значення інтенсивність депопуляції в сільській місцевості країни виявилась і за підсумками 2020 р.: вона становила 9,6 ‰ проти 7,3 ‰ — у містах ².

На сьогодні ми стали свідками справжньої демографічної катастрофи в селах України: в переважній більшості сільських адміністративних районів чисельність померлих більша, ніж чисельність народжених ³. Ця теза, сформульована щодо депопуляції в сільській місцевості ще 15 років тому, є цілком релевантною і для сучасної ситуації з природним відтворенням сільського населення на місцевому рівні (див. табл. 1.1).

Певне поліпшення становища щодо «глибини депопуляції» в сільській місцевості на місцевому рівні, яке демонстрували показники життєвості від середини другої половини 2000-х і до середини 2010-х років, надалі поступило місцем поглибленню депопуляції та збільшенню її масштабів. Так, за підсумками 2019 р. майже у 98 % сільських адміністративних районів України чисельність померлих була більшою за чисельність народжених, у тому числі ледве не в 3/4 районів вона була в 2 рази вищою.

Аналіз балансу природного руху населення країни (за довготривалий період) з урахуванням його відмінностей за статтю дає підстави стверджувати, що в часовому вимірі депопуляція раніше охопила жінок, аніж чоловіків.

Особливо це стосується сільського населення, щодо якого природний убуток фіксується з кінця 1970-х років, однак при цьому майже до початку 1990-х перевищення числа народжень над числом смертей стосувалося лише жінок як демографічно старішої частини населення, для якої й зараз вищими є показники депопуляції (табл. 1.2).

² Тут і далі відносні показники за 2015—2020 рр. наведені без урахування даних по Донецькій та Луганській областях у зв'язку з відсутністю інформації по тимчасово окупованих територіях у Донецькій та Луганській областях.

³ Сучасна демографічна ситуація в Україні: проблеми, перспективи, шляхи поліпшення: науково-аналітична доповідь. Київ: ІДСД НАН України, 2007.

1.1. Чисельність населення України. Депопуляція у контексті демографічної...

України за величиною показника життєвості населення

з показником життєвості			Показник життєвості сільського населення	Показник життєвості сільського населення у % до міського
1,21—1,50	1,51—2,00	2,01 і більше		
5,6	4,0	0,2	0,73	66,4
2,9	1,7	—	0,58	89,2
2,1	0,8	—	0,49	94,2
1,0	0,4	—	0,46	76,7
2,4	1,0	—	0,63	84,4
3,3	1,4	0,1	0,70	87,4
0,8	0,2	—	0,48	86,7

Водночас через поступове «підтягування» чоловіків до жінок за рівнем демографічного постаріння, показники співвідношення народжень та смертей за статтю загалом також виявляють тенденцію до зближення.

Депопуляцією станом на 2020 р. були охоплені всі без винятку області України та м. Київ. Зауважимо при цьому, що ще десять років тому (у більш сприятливому в демографічному сенсі 2012 р.) природний приріст населення мав місце в п'яти західних областях — Волинській, Закарпатській, Івано-Франківській, Рівненській, Чернівецькій — та у столиці країни — місті Києві.

Масштабністю та найвищою інтенсивністю депопуляції в Україні традиційно вирізняються східні, північно-східні та окремі центральні регіони

Таблиця 1.2. Показники життєвості за статтю в Україні в 1991—2020 рр.

Роки	Жінки	Чоловіки	Роки	Жінки	Чоловіки
1991	0,876	1,013	2006	0,604	0,611
1992	0,806	0,909	2007	0,620	0,619
1993	0,702	0,805	2008	0,671	0,682
1994	0,644	0,722	2009	0,697	0,754
1995	0,603	0,641	2010	0,675	0,753
1996	0,582	0,621	2011	0,717	0,797
1997	0,567	0,607	2012	0,746	0,825
1998	0,558	0,607	2013	0,722	0,800
1999	0,508	0,545	2014	0,702	0,773
2000	0,494	0,522	2015	0,656	0,730
2001	0,496	0,513	2016	0,644	0,718
2002	0,511	0,524	2017	0,604	0,666
2003	0,525	0,543	2018	0,547	0,597
2004	0,561	0,562	2019	0,508	0,556
2005	0,545	0,544	2020	0,456	0,496

Джерело: авторські розрахунки за даними Державної служби статистики України

Розділ 1. Динаміка чисельності, демографічного складу та загальних...

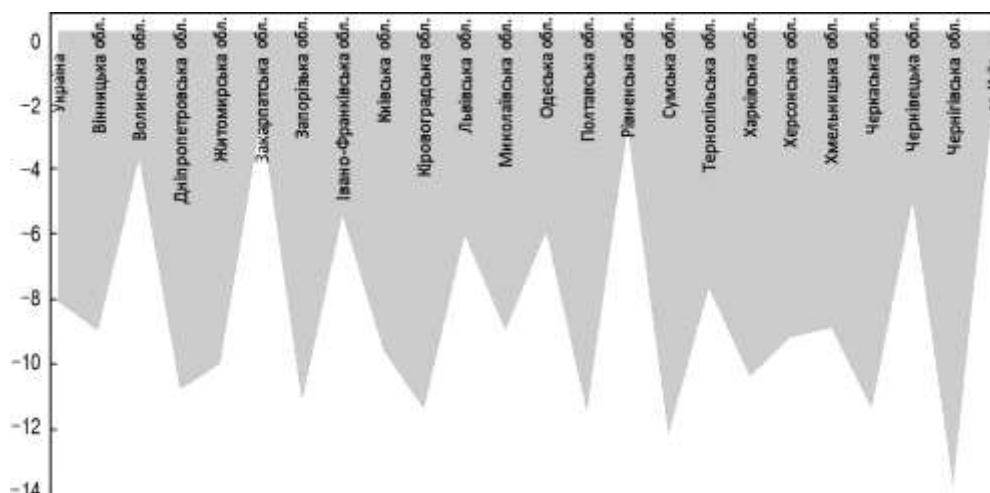


Рис. 1.4. Природний убуток населення за регіонами України у 2020 р. (у розрахунку на 1000 осіб)

Джерело: розрахунки за даними Державної служби статистики України

країни з низьким рівнем народжуваності та високим ступенем постаріння населення (рис. 1.4).

У демографічному сенсі саме старіння населення є каталізатором депопуляції та протидіє її пом'якшенню, зниженню інтенсивності через те, що міцно «утримує» ланцюг таких взаємопов'язаних демографічних феноменів як «низька народжуваність — старіння — депопуляція».

1.2. Статеві-віковий склад населення та його зміни

Віковий склад населення втілює демографічну історію країни й одночасно виступає носієм демовідтворювального потенціалу, передумовою певної демографічної динаміки. Його зміни в Україні уособлюють вагомий структурний чинник, що впливає на основні демографічні процеси, а отже — на характер та результати природного руху населення.

Для оцінки впливу вікової структури на основні демографічні процеси й таким чином — на результати природного руху населення використовується методичний прийом, що базується на зіставленні характеристик реального населення та стабільного, що відповідає режиму його відтворення. Динаміку коефіцієнтів народжуваності та смертності в реальному та стабільному населенні України за період від здобуття незалежності й дотепер відображено на рисунках 1.5 та 1.6.

Як видно з рисунків, вікова структура населення України у досліджуваній період позитивно впливала на перебіг процесів природного руху, сприяючи підвищенню коефіцієнта народжуваності та зменшенню рівня смертності.

Найбільш істотним цей сприятливий вплив на демографічні процеси мав місце на межі століть, коли показник народжуваності реального насе-

1.2. Статтєво-віковий склад населення та його зміни

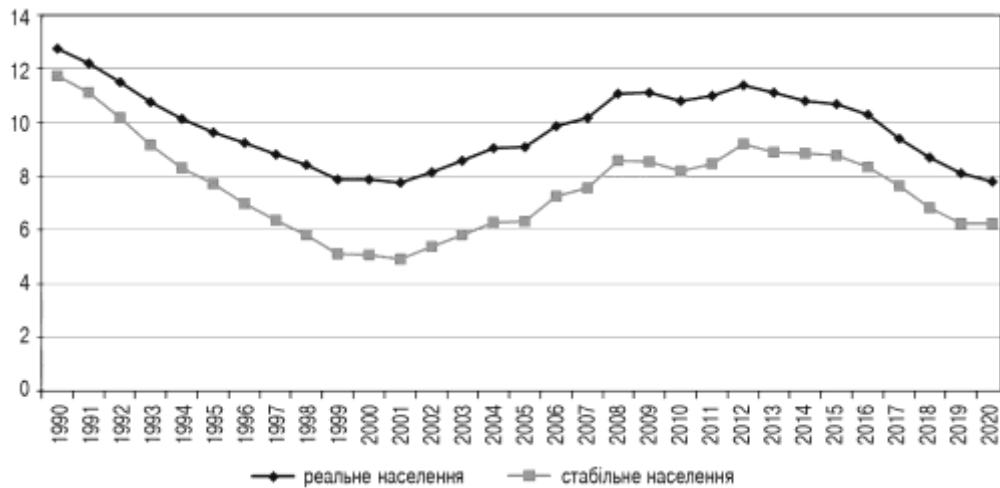


Рис. 1.5. Коефіцієнти народжуваності реального й стабільного населення України в 1990—2020 рр., %

Джерело: дані Державної служби статистики України та розрахунки за ними

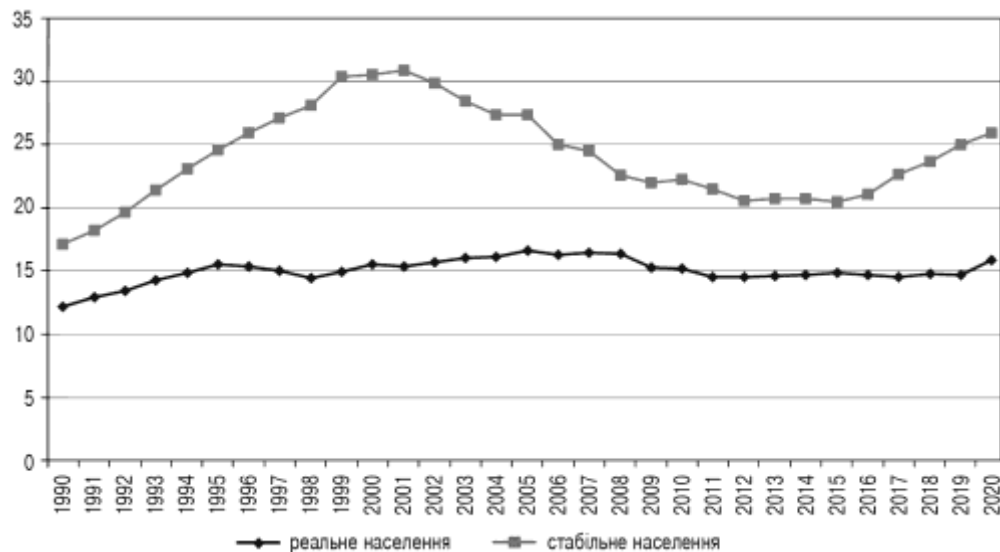


Рис. 1.6. Коефіцієнти смертності реального й стабільного населення України в 1990—2020 рр., %

Джерело: дані Державної служби статистики України та розрахунки за ними

лення сягав найнижчих значень (а був би, якби не дія структурного фактора, ще у півтора рази меншим).

Коефіцієнт смертності ж реального населення в Україні у 1998—2001 рр. був удвічі меншим ніж стабільний, та й у останні досліджувані роки — більш ніж у півтора рази нижчим, що засвідчує істотність впливу вікової структури.

Відмітною рисою сучасного типу відтворення населення є зміни в його віковій структурі, які мають наслідком старіння населення — збільшення частки старших вікових груп на тлі скорочення питомої ваги дитячого контингенту. Україна за часткою осіб віком 65 років у населенні наразі входить до тридцятки найстаріших країн світу.

Особливістю демографічного старіння в Україні є його переважна обумовленість процесом зниження народжуваності на тлі високої передчасної смертності, без стійкого довготривалого збільшення тривалості життя. Для країни характерні істотні відмінності рівня постаріння населення за типом поселення та відчутна регіональна варіація його показників. Значна різниця в рівні постаріння чоловіків і жінок обумовлена надзвичайно високим рівнем смертності чоловіків у працездатному віці.

Оцінка рівня постаріння жінок і чоловіків із використанням підходу, що ґрунтується на врахуванні очікуваної тривалості життя в поважному віці (відповідно до доктрини «перспективного віку»⁴) показує, що ця гнучка вікова межа старіння в Україні у 2020 р. становила 67 років для жінок і 60 років для чоловіків, причому саме останнім часом вона дещо зменшилась. У порівнянні з розвиненими країнами, в Україні ця межа істотно нижча, а питома вага населення поважного віку (особливо жінок) — відповідно вища.

Варто зазначити, що деякі особливості процесу старіння населення в Україні (у тому числі й у останнє тридцятиріччя) були зумовлені впливом «демографічних хвиль», тобто перепадів у чисельності окремих поколінь у населенні, що виникли внаслідок соціальних катаклізмів, на які була багата наша демографічна історія. Так, наприкінці ХХ — на початку ХХІ сторіччя відчутного збільшення чисельності та частки населення віком 60—65 років і старше в Україні не спостерігалось, оскільки лави літніх та старих осіб поповнювали менш чисельні покоління народжених у роки Голодомору та Другої світової війни, повоєнної розрухи, які зазнали помітних демографічних втрат ще в молодому віці, і при цьому в працездатний вік у цей час вступали порівняно численні контингенти осіб, народжених на початку та в середині 1980-х років.

За неухильності загальних тенденцій демографічного старіння зумовлені демографічними хвилями коливання чисельності й частки літнього населення найбільше виражені саме в тих країнах, де населення зазнавало чисельних втрат через екстраординарні історичні події, відгомін яких відчувається й у сьогоденні (рис. 1.7).

Зараз період, сприятливий щодо демографічних передумов формування чисельності працездатного населення в нашій країні, вже завершився. Процес демографічного старіння прискорився. У працездатний вік вступають нечисленні покоління народжених у на межі ХХ та ХХІ сторіч, а межу 60—65 років перетинають більш численні покоління народжених наприкінці 1950-х — на початку 1960-х років (рис. 1.8, див. вклейку).

Прискорене старіння населення на тлі низької народжуваності й депопуляції в Україні є одним із тих демографічних феноменів, які уособлюють

⁴ Sanderson W.C., Scherbov S.A. New Perspective on Population Ageing. Vienna Institute of Demography, 2005. [E-resource]. Access mode: <http://ow.ly/7EBW30517IY>. Title from the screen.

1.2. Статеві-віковий склад населення та його зміни

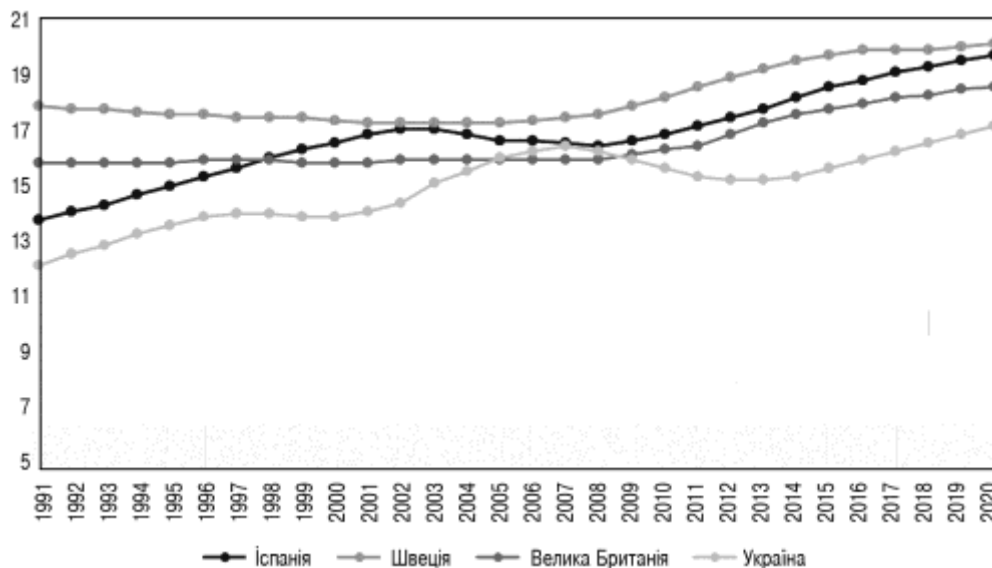


Рис. 1.7. Частка осіб віком 65 років і старше в населенні України та деяких інших європейських країн у 1991—2020 рр., %

Джерело: за даними Євростату

не лише сучасні проблеми з відтворенням населення у нашій країні, а й мають довготривалий вплив на усі сторони життєдіяльності суспільства. Основні виклики, що обумовлюються старінням в нашій країні, стосуються сфери публічних фінансів (зокрема, пенсійних коштів), функціонування ринку праці, системи охорони здоров'я та розвитку соціальних послуг, орієнтованих на літніх людей. При цьому в Україні поки ще не настільки масштабно, як в розвинутих європейських країнах, постали питання забезпечення посиленої соціальної підтримки, інструментальної допомоги в самообслуговуванні, довготривалого догляду, яких часто потребують саме довголітні члени суспільства, адже їх частка в населенні у нас є помітно нижчою, ніж в країнах із високою тривалістю життя (рис. 1.9).

В межах України більш високий рівень постаріння населення і нижча частка працездатного контингенту в його складі традиційно спостерігається в сільській місцевості порівняно з містами, що пояснюється переважно міграційним відтоком працездатних осіб (а надто молодих жінок) у міста й обумовлює тут вищу інтенсивність депопуляції, ніж у міських поселеннях. Тож найстарішим демографічним контингентом в Україні на сьогодні є сільські жінки (рис. 1.10).

Регіонами ж України з найстарішим населенням є Чернігівська, Черкаська, Вінницька, Донецька, Полтавська, Кіровоградська області.

Більш детальне уявлення про динаміку чисельності в розрізі окремих вікових груп населення України та співвідношень між ними за останнє тридцятиріччя можна скласти, спостерігаючи за обрисами відповідних пірамід статеві-вікового складу (рис. 1.11, див. вклейку).

Розділ 1. Динаміка чисельності, демографічного складу та загальних...

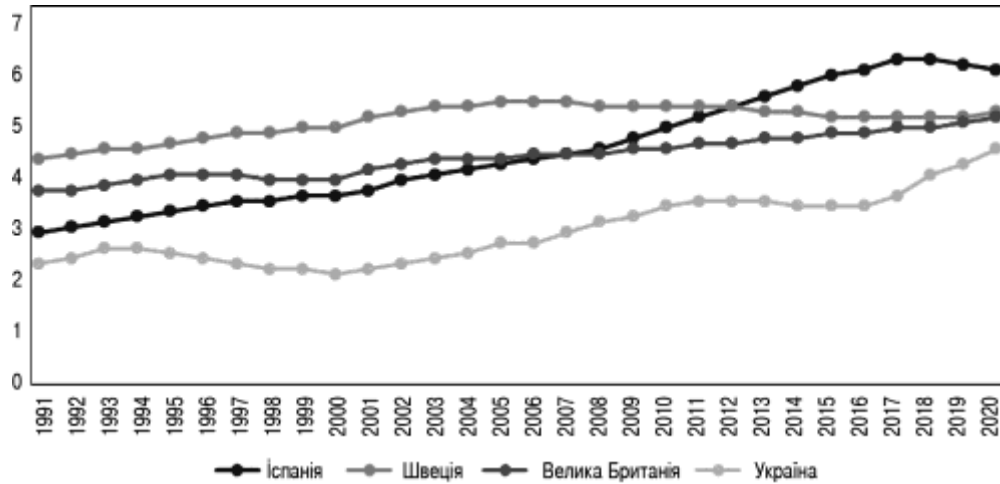


Рис. 1.9. Частка осіб віком 80 років і старше в населенні України та деяких інших європейських країн у 1991—2020 рр., %

Джерело: за даними Євростату

Статтєво-вікові піраміди рельєфно демонструють вплив на структуру населення як більш ранніх подій в демографічній історії України — чисельні втрати тих поколінь, які пережили Голодомор (що позначились «ямами» на пірамідах 1989 і 2001 рр.) та нечисленність поколінь, народжених у роки Другої світової війни, що позначена на всіх трьох обрисах статтєво-вікової структури, — так і зумовлені низькою народжуваністю «впадини», що сформувалися вже в часи незалежності: та, що відповідає періоду соціально-економічної кризи ринкової трансформації 1990-х років (її можна відстежити на двох останніх пірамідах) й та, що окреслилась біля підніжжя піраміди статтєво-вікової структури 2021 р. — вона пов'язана зі зниженням народжуваності в Україні, що розгорнулось в другій половині 2010-х років.

Вплив цієї нової несприятливої демографічної хвилі, яка на сьогодні ще формується (бо спадна динаміка народжуваності триває) на демоекономічну структуру населення України буде відчутним протягом кількох десятиліть.

Загалом же зменшення чисельності й частки працездатного за віком населення, що поєднується з низькою часткою дитячо-підліткових контингентів, які можна розглядати як потенційних працівників, а

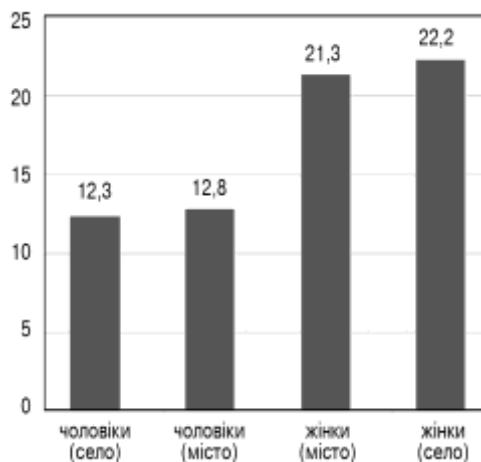


Рис. 1.10. Частка населення у віці 65 років і старше за типом поселення та статтю в Україні (станом на початок 2021 р.), %

Джерело: за даними Державної служби статистики України

1.2. Статеві-віковий склад населення та його зміни

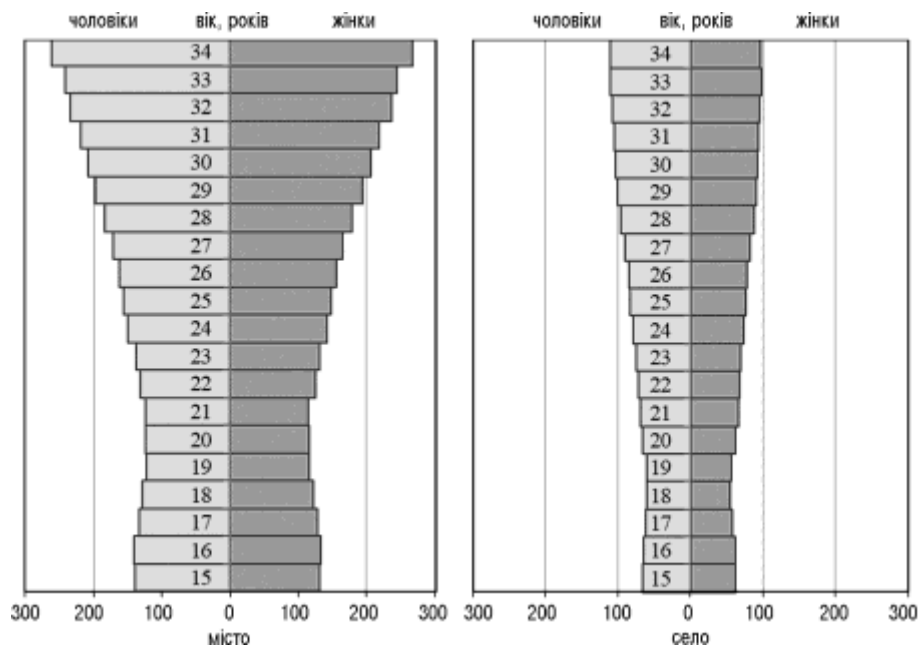


Рис. 1.12. Статеві-вікові піраміди молодіжного контингенту населення України станом на початок 2021 р., тис. осіб

Джерело: побудовано за даними Державної служби статистики України

також власне працездатної молоді в Україні мають своїм наслідком посилення трудових обмежень розвитку національної економіки, загострення проблем її забезпечення робочою силою. До цього, на жаль, додається й скорочення в населенні частки жінок дітородного віку, які уособлюють собою «природну основу» демографічного відтворення.

Зокрема, аналіз вікового складу молоді в Україні наочно демонструє, що вже зараз в середньому понад третину її чисельності становить старша група осіб у віці 30—34 років, яка представлена більш численними поколіннями народжених наприкінці 1980-х років. Більш-менш численною є ще принаймні попередня вікова група (25—29 років). Молодші ж покоління сучасної молоді, які в найближчій перспективі завершуватимуть здобуття професійної освіти та поповнюватимуть лави трудоактивного населення (переважно — по досягненні 21—23 років), будуть помітно меншими чисельно (рис. 1.12), що негативно позначиться на чисельності й складі сукупної робочої сили в країні, а також зумовлюватиме (разом із виходом за межі працездатного віку поколінь народжених у середині 1960-х років) посилення демографічного навантаження на працездатний контингент у цілому.

Дітей та молоді у складі населення менше в низці північних, південно-східних та центральних областей України (Чернігівська, Сумська, Кіровоградська, Черкаська, Вінницька та ін.), а найбільше — в західних її регіонах (Закарпатська, Рівненська, Чернівецька області) та в місті Києві. На Чернігівщині ж, Черкащині, Вінниччині, Кіровоградщині, а також Жито-

Розділ 1. Динаміка чисельності, демографічного складу та загальних...

Таблиця 1.3. Деякі статеві співвідношення в населенні України станом на початок 2021 р.

Категорії населення	Припадає жінок на 1000 чоловіків у інтервалі віку			
	15—49 років	20—59 років	60 років і старше	80 років і старше
Все населення	991	1041	1770	2651
Міське населення	1014	1073	1790	2540
Сільське населення	938	970	1727	2870

Джерело: розрахунки за даними Державної служби статистики України

мирщині та Хмельниччині нижчою ніж у решті областей, є частка працездатного за віком контингенту населення.

Беззаперечно важливу соціально-демографічну роль відіграють не лише співвідношення вікових груп та контингентів у населенні, але й баланс чисельності жінок та чоловіків (особливо в дітородному віці), що необхідний, зокрема, для формування кращих демографічних передумов: укладання шлюбів; народження дітей; підтримання стабільності шлюбно-сімейних

відносин; уникнення економічної монофункціональності населених пунктів (за умов традиційного гендерного поділу праці, як-от, наприклад: містечка гірників або ткаць); пом'якшення проблем самотності та зменшення потреб у соціальній підтримці в старшому віці.

В Україні вік балансування чисельності жінок та чоловіків зараз становить 38 років, у розвинутих європейських країнах із нижчою надмірною смертністю чоловіків його значення ближче до 50 років.

У різних типах поселень нашої країни ситуація щодо віку балансування чисельності статей та співвідношення жінок і чоловіків у різних вікових групах відрізняється. Через особливості статевих складів міграційних потоків молоді — із сіл у молодому віці дівчата від'їжджають (на навчання тощо) частіше, ніж юнаки — у містах (особливо великих) вік балансування чисельності статей нижчий, і жіноча чисельна перевага серед міських жителів формується раніше; середній вік балансування у міських поселеннях країни — 30—31 рік.

Вплив справляють також особливості соціально-економічної спеціалізації населеного пункту, як-от: переважання гірничо-добувної промисловості з традиційною зайнятістю в ній чоловіків або ж, навпаки, легкої промисловості чи сфери послуг із високою часткою зайнятих у них жінок.

У сільській місцевості країни через специфіку міграційних процесів з початку студентського віку аж до 43 років (вік балансування чисельності статей на селі) спостерігається «дефіцит жінок», який втім після 45—50 років швидко сходить нанівець через високу смертність чоловіків у працездатному віці; таким чином у вікових групах літнього населення у селах формується значна чисельна перевага жінок (табл. 1.3).

Варто зазначити, що статевий баланс за чисельністю населення протягом періоду незалежності загалом поліпшувався, зрештою підвищився вік балансування чисельності статей, зменшилася загальна статеві диспропорція в рамках репродуктивного віку (15—49 років).

Водночас слід мати на увазі, що з підвищенням рівня постаріння, особливо за тривалого збереження значного розриву в тривалості життя між жінками та чоловіками в Україні, відчутна чисельна перевага жінок в населенні зберігатиметься або навіть збільшуватиметься.

ЗРУШЕННЯ У ШЛЮБНО-СІМЕЙНИХ ПРОЦЕСАХ І СТРУКТУРАХ ЗА РОКИ НЕЗАЛЕЖНОСТІ

Незалежна Україна «успадкувала» з радянських часів модель шлюбно-сімейної поведінки населення, що була сформована в ході непослідовної, неповної модернізації за «радянським типом»: високий рівень шлюбності населення з поширенням ранніх шлюбів, високий рівень розлучуваності, масову одностаттєвість і поширення однобатьківських сімей. Доволі високий рівень вирішення гендерних проблем у сферах освіти та зайнятості поєднувався з архаїчністю сімейних практик щодо розподілу обов'язків у сім'ї у виконанні хатньої роботи та догляду за дітьми. За роки незалежності відбулась подальша модернізація шлюбно-сімейних відносин, форм шлюбу і сім'ї, обумовлена поступовим поширенням принципів свободи вибору і плюралізму в умовах ринкової трансформації суспільних інститутів. Значним був і залишається вплив соціально-економічних умов життєдіяльності населення.

2.1. Шлюбність і розлучуваність населення: історія змін і новітні тенденції

На межі 1980-х—1990-х років показники шлюбності й розлучуваності в Україні були одними з найвищих в Європі: в 1990 р. більше шлюбів у розрахунку на 1000 населення, ніж в Україні, було зареєстровано лише в Литві й Білорусі, більше розлучень — у Латвії та Росії. У 1991 р. в Україні було оформлено 493 067 шлюбів, і це найбільша їх кількість за всі роки незалежності, починаючи з наступного року кількість шлюбів зменшувалась (рис. 2.1, див. вклейку).

Зниження рівня шлюбності у 1991—2000 рр. (особливо в першій половині 90-х) — як в абсолютному вимірі, так і у розрахунку на 1000 населення — є результатом насамперед різкого погіршення матеріальних умов життєдіяльності населення в умовах трансформаційної кризи тих років. Масове безробіття, гіперінфляція, неготовність населення до ризиків і проблем, властивих ринковій економіці, — все це сприяло «відкладанню» шлюбів, збільшенню конфліктів у сім'ях, відповідно відбувалося зниження шлюбності й зростання розлучуваності населення (рис. 2.2). У 1992—1994 рр. в Україні було зареєстровано найбільше розлучень за її історію: відповідно 222,6 тис., 219,0 тис., 207,6 тис. (рис. 2.1). Загальний коефіцієнт розлучуваності теж досяг максимуму в 1992—1993 рр. — 4,2—4,3 ‰ за рахунок найвищих показників у міських поселеннях — 5,3—5,4 ‰.

Розділ 2. Зрушення у шлюбно-сімейних процесах і структурах за роки...



Рис. 2.2. Кількість шлюбів і кількість розлучень у розрахунку на 1000 населення (загальний коефіцієнт шлюбності та загальний коефіцієнт розлучуваності) в Україні у 1991—2000 рр.

Разом з тим із середини 1990-х років почали відбуватись зміни у шлюбній і сексуальній поведінці населення: поступово зростала частка молоді, що відкладала шлюб до здобуття освіти та певної економічної незалежності, почало поширюватися шлюбне партнерство без реєстрації, що сприяло зниженню рівня зареєстрованої шлюбності й розлучуваності. Крім того, аналізуючи зміни в рівні шлюбності населення України, варто звернути увагу, що і після 1991 р. зберігається традиція вважати високосний рік несприятливим для укладання шлюбу, через що крива показників шлюбності має хвилюподібну форму.

Після 2000 р., в умовах поступової економічної стабілізації життя в країні, поліпшились показники й у шлюбно-сімейній сфері. Підвищується рівень шлюбності, чому сприяють зміни у віковій структурі населення (досягли шлюбного віку більш численні покоління, народжені в 1983—1986 рр.), поступово знижується рівень розлучуваності. Якщо розглянути показники перед/після високосних років (роки традиційного компенсаційного підйому шлюбності), то у 2001 р. було зареєстровано 6,4 шлюбів у розрахунку на 1000 населення, у 2005 — 7,5, а у 2007 — 9,0, і це найвищий показник за роки, що досліджуються, виключенням є лише 1992 р. — 9,5 ‰ (рис. 2.3).

Від 2008 р., попри значні річні коливання, спостерігається зниження загального коефіцієнта шлюбності. У 2009 і 2010 рр. навіть не відбувся традиційний для післявисокосних років його компенсаційний підйом, що є атиповим для України. Тенденція до зниження рівня шлюбності обумовлена, як вже наголошувалося, в першу чергу, змінами у шлюбній поведінці населення: трансформацією вікових параметрів шлюбності, поширенням незареєстрованого шлюбного партнерства.

Вік укладання шлюбу — одна з найважливіших характеристик матримоніальної поведінки населення, що впливає і на динаміку показників шлюбності. За роки незалежності вік, в якому українці реєструють шлюб, значно підвищився: якщо в 1991 р. середній вік вступу до шлюбу жінок дорівнював 25,0 років, то у 2020 — 30,1, а в чоловіків відповідно цей показник зріс з 27,5 до 32,8 (табл. 2.1, рис. 2.4).

2.1. Шлюбність і розлучуваність населення: історія змін і новітні тенденції

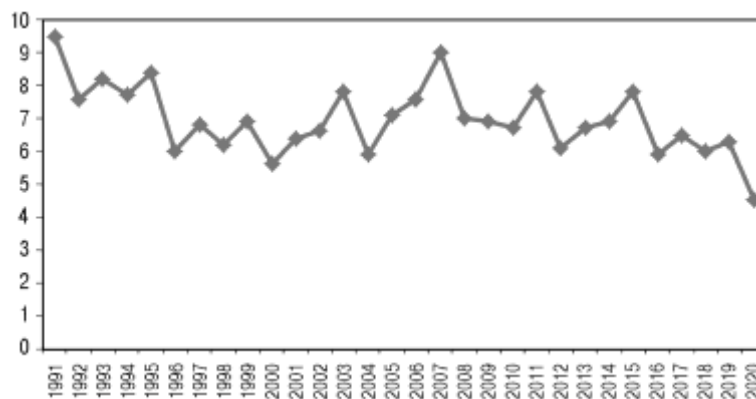


Рис. 2.3. Загальний коефіцієнт шлюбності (кількість шлюбів у розрахунку на 1000 населення) в Україні в 1991—2020 рр.

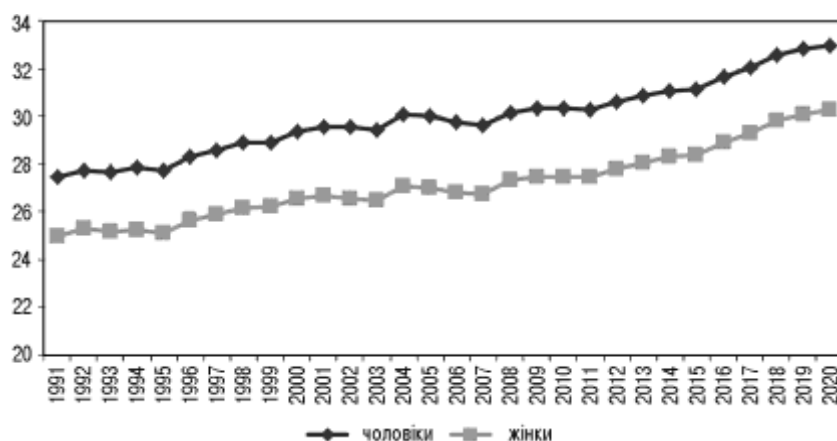


Рис. 2.4. Середній вік чоловіків і жінок, які взяли шлюб в Україні в 1991—2020 рр.

Таблиця 2.1. Середній вік осіб, які взяли шлюб, у тому числі перший шлюб, в Україні в 1991—2020 рр.

Рік	Всі шлюби		Перші шлюби	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
1991	27,5	25,0	23,9	21,7
1995	27,7	25,1	24,1	21,7
2000	29,4	26,5	25,3	22,5
2005	30,0	27,0	25,9	23,2
2010	30,3	27,4	26,7	24,1
2015	31,1	28,4	27,6	25,0
2019	32,8	30,1	28,6	25,9
2020	33,0	30,3	28,8	26,1

Розділ 2. Зрушення у шлюбно-сімейних процесах і структурах за роки...

Таблиця 2.2. Частка перших і повторних шлюбів у загальній кількості шлюбів, зареєстрованих в Україні протягом року, в 1991—2020 рр., %

Рік	Чоловіки		Жінки	
	перші шлюби	повторні шлюби	перші шлюби	повторні шлюби
1991	76,2	23,8	77,8	22,2
1995	74,6	25,4	76	24,0
2000	73,3	26,7	74,4	25,6
2005	74,6	25,4	75,7	24,3
2010	75,8	24,2	76,6	23,4
2015	75,1	24,9	74,5	25,5
2019	71,7	28,3	69,6	30,4
2020	70,5	29,5	67,8	32,2

На загальні вікові характеристики шлюбності впливає повторна шлюбність, яка поширена в Україні внаслідок великої кількості розлучень. Впродовж усіх років, що досліджуються, приблизно кожен четвертий зареєстрований протягом року шлюб був повторним для нареченого або нареченої (чи обох), і питома вага таких шлюбів поступово зростає: у 2020 р. це 29,5 % всіх шлюбів чоловіків і 32,2 % — жінок (табл. 2.2). Більшість повторних шлюбів реєструють особи віком старше 35 років, однак вони не є поодиноким явищем також серед вікових груп 25—29 років і 30—34 відповідно.

На демографічний розвиток особливо впливає зміна віку укладання першого шлюбу. У 1991 р. середній вік жінок, які брали перший шлюб, дорівнював 21,7 року, у 2010 — 24,1, 2020 — 26,1. У чоловіків відповідно у ці роки 23,9, 26,7, 28,8. Стійкий тренд підвищення віку укладання першого шлюбу в Україні спостерігається з 1995 р. (рис. 2.5).

Для сучасної України вже нетиповими є ранні шлюби, тобто шлюби з нареченою віком до 18 років. На початку 1990-х років у 10—12 % шлюбів наречена була такого юного віку, однак починаючи з 1997 р. кількість по-

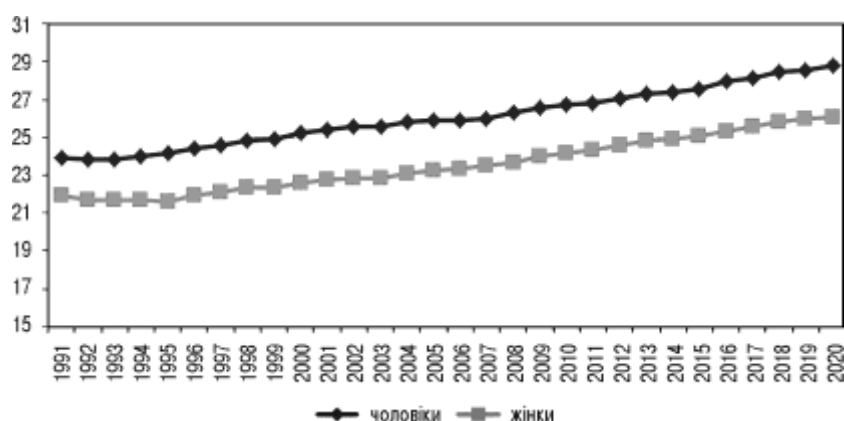


Рис. 2.5. Середній вік чоловіків і жінок, які взяли перший шлюб в Україні в 1991—2020 рр.

2.1. Шлюбність і розлучуваність населення: історія змін і новітні тенденції

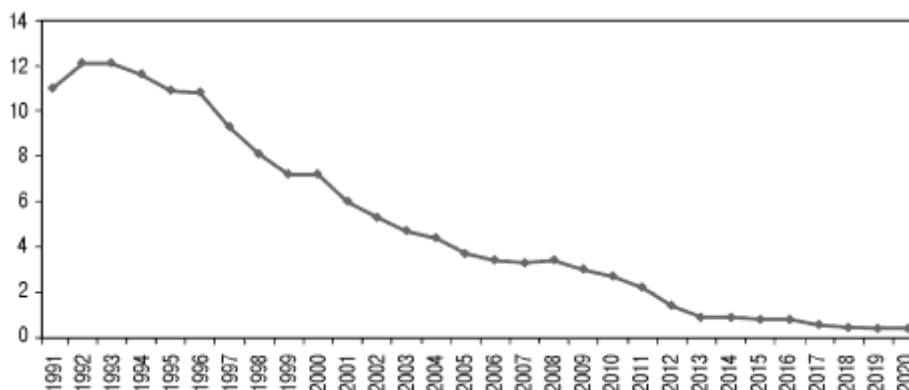


Рис. 2.6. Частка ранніх шлюбів (наречена віком до 18 років) в Україні в 1991—2020 рр., %

дібних шлюбів швидко зменшувалась й у 2018—2020 рр. вони становили менше 0,5 % всіх шлюбів (рис. 2.6).

Отже, за роки незалежності середній вік реєстрації першого шлюбу значно підвищився, стали рідкісним явищем ранні шлюби, і це, наголосимо ще раз, є свідченням модернізації демографічної поведінки населення: шлюбної, сексуальної, соціальної. Все більше молодь відкладає шлюб до здобуття економічної стабільності й незалежності, намагаючись спочатку завершити навчання і досягти успіхів у професійній діяльності, прагнучи економічної самостійності, а не покладаючись у вирішенні матеріальних проблем своєї сім'ї на державу і батьків, як було заведено у радянські часи. Освіта та професійні здобутки стали важливим пріоритетом для молодих дівчат. Саме тому відбулись істотні зміни в розподілі осіб, які беруть перший шлюб, за віком, що демонструє рис. 2.7. Серед жінок, які взяли перший шлюб у 1991 р., 47,5 % (майже половина) були віком до 20 років, у 2020 р. — тільки 11,2 %, в той же час частка, що припадає на вікову групу 25—29 років, зросла з 7,4 % до 27,1 %. За ці роки відбулись відповідні зміни й серед чоловіків, які одружувались вперше: з 9,2 % до 1,9 % зменшилась частка осіб віком до 20 років, а частка вікової групи 25—29 років збільшилася з 16,8 до 36,8 %, а частка осіб віком старше 30 років — з 7,4 % до майже 33 (фактично кожен третій).

Змінюється і сексуальна поведінка: «сексуальний дебют» і вступ до шлюбу «розведені у часі», молоді люди досить часто мають постійного сексуального партнера в дошлюбний період, іноді — живуть разом із ним в одному домогосподарстві. Так, за даними соціально-демографічного дослідження «Молодь України: спосіб життя та ціннісні орієнтації» (2010 р.) 22 % опитаних молодих чоловіків і 12 % молодих жінок зазначили, що вони мають партнера, з яким їх пов'язують постійні близькі інтимні стосунки, понад 8 % із них постійно чи більшість часу живе разом із ним, однак не вважає їхні стосунки шлюбом⁵. Відповідно даним опитувань молоді

⁵ Молодь та молодіжна політика в Україні: соціально-демографічні аспекти. Київ, 2010. С. 48.

Розділ 2. Зрушення у шлюбно-сімейних процесах і структурах за роки...

2017—2019 років, 13—15 % осіб віком 25—34 років живуть разом із партнером, не реєструючи свої стосунки⁶; і найчастіше це розглядається як своєрідний випробувальний етап, коли пара вирішує, чи продовжувати стосунки вже у шлюбі, чи розійтись. Якщо стосунки стабільні й партнери вже думають про народження дитини, то шлюб, як правило, реєструється, оскільки, на думку більшості українців, для дитини краще, коли батьки перебувають у зареєстрованому шлюбі⁷.

Сценарії шлюбної поведінки поступово змінюються, стають більш різноманітними, однак основною формою організації шлюбних відносин між чоловіком і жінкою в Україні залишався офіційно зареєстрований шлюб. За даними Всеукраїнського перепису населення 2001 р., на момент його проведення лише 7,0 % чоловіків і така ж частка жінок, які вважали себе одруженими/заміжними, не реєстрували офіційно свій шлюб; а відповідно до соціально-демографічних обстежень «Сім'я і діти» (2008 р.) і «Сім'я і сімейні відносини» (2009 р.), 10—12 % опитаних, які перебували у шлюбі, юридично не зареєстрували свої шлюбні стосунки. Частка незареєстрованих шлюбних союзів поступово зростає, про що свідчать і дані останніх опитувань молоді, проте дати статистичну оцінку цьому процесу складно без проведення перепису населення.

Зниження рівня шлюбності є однією з причин зменшення кількості розлучень. Сприяють цьому зменшенню і підвищення віку шлюбу, і відсутність його реєстрації. Тенденція до зниження рівня розлучуваності (як в абсолютних, так і у відносних показниках) спостерігається в Україні з другої половини 1990-х років, після «сплеску» 1992—1994 рр. Однак значними є річні коливання: як демонструє рис. 2.8, попри загальний позитивний тренд, відбувались значні підйоми загального коефіцієнта розлучуваності у 2000, 2005 і 2011 роках. Найпоширенішими причинами розлучень, за даним соціально-демографічних досліджень, є напруження у морально-психологічних, емоційних стосунках подружжя (конфлікт інтересів, відчуженість у сімейних стосунках) часто на фоні невирішеності матеріальних і житлових проблем, а також асоціальна поведінка (найчастіше алкоголізм) одного з партнерів⁸.

Негативні наслідки розпаду шлюбу в тій чи іншій формі впливають на життя всіх членів родини, однак найбільшою проблемою є розпад сім'ї, в якій виховуються неповнолітні діти, адже відбувається руйнація природного, звичного для дитини середовища. У понад половини шлюбних пар, які розлучились, є спільні діти (рисунки 2.9 (див. вклейку), 2.10), і відповідно кожен рік значна кількість дітей переживає розлучення батьків. На жаль, інформація щодо демографічних характеристик розлучень, у тому числі про наявність дітей, існує лише до 2010 р.

⁶ Молодь України — 2017. Результати репрезентативного соціологічного дослідження. Тернопіль: Терно-граф, 2017. С. 54; Аналітичний звіт з проведення репрезентативного соціологічного дослідження становища молоді в Україні (2019 рік). Київ, 2019. С. 79.

⁷ Молодь та молодіжна політика в Україні: соціально-демографічні аспекти. Київ, 2010. С. 38.

⁸ Шлюб, сім'я та дітородні орієнтації в Україні: колективна монографія. Київ: ВД «АДЕФ-Україна», 2008. С. 106—108.

2.1. Шлюбність і розлучуваність населення: історія змін і новітні тенденції

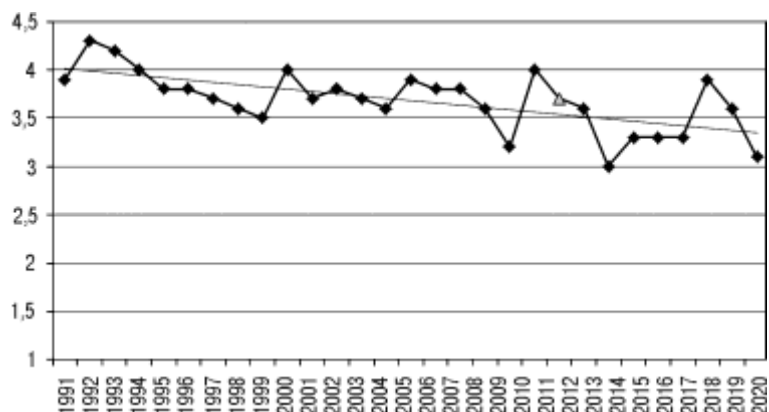


Рис. 2.8. Загальний коефіцієнт розлучуваності (кількість розлучень у розрахунку на 1000 населення) в Україні у 1991—2020 рр.

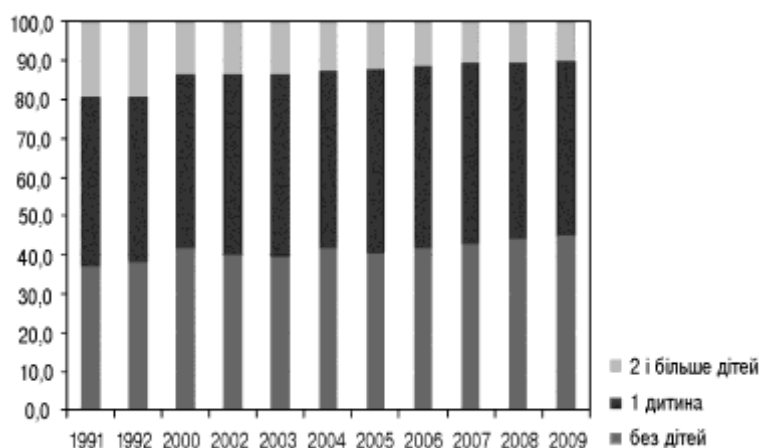


Рис. 2.10. Розподіл розлучень, зареєстрованих протягом року, за кількістю спільних дітей у подружжя, в Україні в 1991—2009 рр., %

Від 2014 р. на динаміку демографічних показників почав впливати воєнно-політичний фактор: внаслідок анексії АР Крим та окупації частини Донецької і Луганської областей зменшився обсяг території, що контролює Україна і, відповідно, про населення якої одержує статистичну інформацію. У 2013 р. в Україні було зареєстровано 304,2 тис. шлюбів, а у 2014 — 295,0 тис., тобто на 9,2 тис. менше, у 2015 р. — 299,0 тис. Однак динаміка показників по регіонах позитивна: в усіх областях України, крім Донецької та Луганської, у 2014 і 2015 роках збільшилась кількість зареєстрованих шлюбів. Порівняльний аналіз (без урахування території АР Крим) свідчить, що 2013 р. було зареєстровано 290,9 тис. шлюбів, 2014 — 295,0, 2015 — 299,0 тис. шлюбів, тобто кількість шлюбів у 2014—2015 рр. зросла, що добре видно на рис. 2.11. Відповідно, спостерігалася позитивна динаміка загального коефіцієнта шлюбності: 2013 р. — 6,7 ‰, 2014 р. — 6,9 ‰, 2015 р. — 7,0 ‰ (рис. 2.3).

Розділ 2. Зрушення у шлюбно-сімейних процесах і структурах за роки...

В умовах воєнної загрози, мобілізації, політичної нестабільності українці не відмовились від шлюбу — навпаки, зареєстрували шлюб пари, які з певних причин раніше офіційно не оформляли свої стосунки.

В умовах військово-політичної та соціальної нестабільності тих років в Україні різко зменшилась кількість розлучень: у 2014 р. було зареєстровано майже на 20 % менше розлучень ніж у попередньому році (без урахування даних по території АР Крим) (рис. 2.12). Складна ситуація спонукала пари «відкласти» оформлення розлучення, а в певних випадках і згуртуватися, забувши про конфлікти.

Однак якщо у 2014—2017 рр. в Україні щорічно реєструвалось відповідно 130,7 тис., 129,4 тис., 130,0 тис., 128,7 тис. розлучень, то у 2018 р. відбувся «сплеск» розлучуваності — відповідний показник сягнув 154 тис., тобто було зареєстровано на 19,6 % більше розлучень ніж у попередній

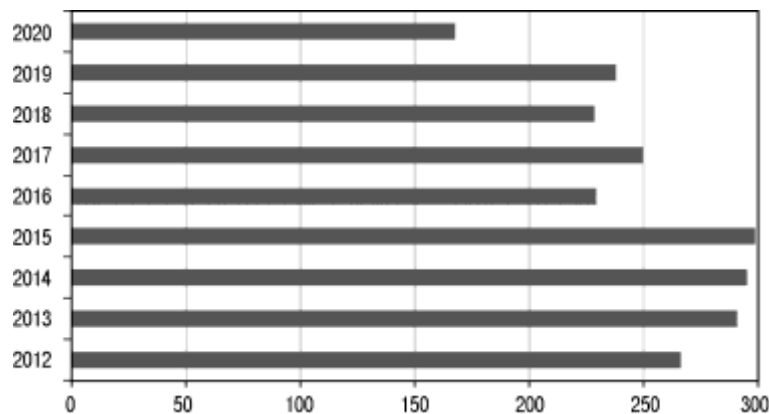


Рис. 2.11. Кількість шлюбів, зареєстрованих в Україні (без урахування даних по АР Крим) у 2012—2020 рр., тис.

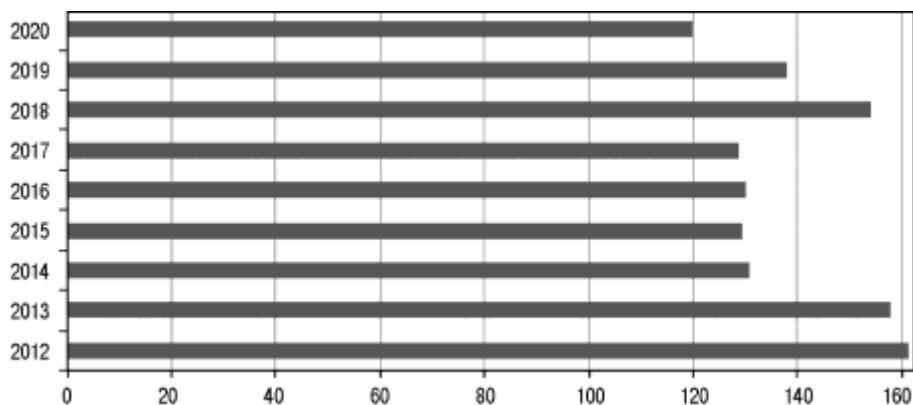


Рис. 2.12. Кількість розлучень, зареєстрованих в Україні (без урахування даних по АР Крим) у 2012—2020 рр., тис.

2.1. Шлюбність і розлучуваність населення: історія змін і новітні тенденції

рік. Відповідним чином підвищився і загальний коефіцієнт розлучуваності: за даними Держслужби статистики, з 3,3 до 3,9 ‰. Найімовірніше, були зареєстровані розлучення, відкладені раніше, а також це може бути наслідком складної ситуації в сім'ях, в яких чоловіки повернулись із зони бойових дій. У 2019 р. кількість розлучень зменшилась до 138 тис., проте це відчутно більше, ніж у 2014—2017 рр.

В останні кілька років в Україні простежується тенденція до зниження рівня шлюбності населення: хоча після високосного 2016 р. відбулося традиційне зростання кількості шлюбів, воно було незначне, і з 2017 р. кількість шлюбів у розрахунку на 1000 населення зменшується (за даними Держслужби статистики, у 2017 р.— 6,5 ‰, у 2018 — 6,0 ‰, у 2019 — 6,3 ‰). Це обумовлено подальшими змінами в моделі шлюбної поведінки населення — стає більш поширеним незареєстроване шлюбне партнерство, збільшується частка тих, хто відкладає шлюб на більш старший вік, а, можливо, і взагалі відмовляється від шлюбу (на цю думку наводять дані опитування «Молодь України — 2019», втім вони потребують уточнення у подальших дослідженнях). Мають вплив і зміни у чисельності населення, насамперед молоді: досягли шлюбного віку малочисельні покоління, народжені в 1990-х роках, зростає інтенсивність зовнішньої міграції, особливо молоді, що виїжджає закордон як з метою працевлаштування, так і на навчання, та не поспішає повернутись на Батьківщину. І через трудову, і через освітню міграцію Україна втрачає частину свого шлюбного потенціалу.

Необхідно зазначити, що поступове зниження шлюбності й розлучуваності в останнє десятиріччя є закономірним: в сучасних умовах населення України відходить від радянських стандартів організації особистого життя, і в умовах євроінтеграції засвоює «європейський стиль поведінки». Показники рівня шлюбності й розлучуваності (кількість шлюбів і розлучень у розрахунку на 1000 населення) почали поступово наближатися до середньоєвропейського рівня, однак зараз Україна все ж належить до країн із високим рівнем шлюбності й розлучуваності.

Особливим для українців був 2020 р. через пандемію коронавірусної хвороби COVID-19. Пандемія і карантинні обмеження вплинули на всі сфери життя населення, в тому числі й на шлюбно-сімейну: відбулось обвальне падіння як шлюбності, так і розлучуваності. У 2020 р. традиційне для високосного року зниження шлюбності відбулось в умовах карантинних обмежень, що спричинило різке зменшення кількості шлюбів — їх було зареєстровано лише 167 974, і це найменша кількість шлюбів за останні десятиліття. Загальний коефіцієнт шлюбності, за даними Державної служби статистики, становив 4,5 ‰, що для України незвично низький показник. Водночас різко зменшилась кількість розлучень — їх було зареєстровано лише 119,8 тис., і це найменша кількість після 1965 р. Саме в цей період було спрогнозовано, що в наступні роки можна очікувати компенсаційного підйому і шлюбності, і розлучуваності, але широкомасштабна воєнна агресія РФ проти України докорінно змінила подальший перебіг цих процесів.

2.2. Сучасна українська сім'я: спадкоємність тенденцій і нові явища

Із набуттям Україною незалежності, початком соціально-економічної трансформації соціуму на ринкових засадах, умови життєдіяльності та розвитку української сім'ї якісно змінилися. У сучасній Україні відійшли у минуле ідеологічний контроль над розвитком особистості, обмеження щодо вибору стилю життя, в тому числі у шлюбно-сімейній сфері; разом із тим складні трансформаційні процеси, а також численні ризики, що супроводжували запровадження механізмів ринкової економіки, ускладнили в певних аспектах виконання сім'єю її основних функцій.

У сучасному суспільстві, попри динамічні кардинальні зміни багатьох сторін соціального життя, сім'я є базовим інститутом і залишається основним осередком відтворення населення, первинною ланкою формування демографічного та трудового потенціалу. В Україні у складних умовах соціально-економічної та постіндустріальної трансформації в цілому збережено традиції сімейного способу життя населення, насамперед сімейну солідарність, взаємодопомогу поколінь в сім'ї, орієнтацію на шлюбні стосунки. В наш час сімейна взаємодія поколінь, сімейна кооперація часто змінює свої форми насамперед через територіальну роз'єднаність батьків і дорослих дітей, зростаючу мобільність населення, відмінності у поглядах і способі життя представників різних поколінь, проте вибіркові дослідження доводять, що в більшості випадків літні батьки матеріально підтримують своїх дітей на перших етапах їхньої професійної діяльності, допомагають у догляді за онуками, а у більш пізньому віці при необхідності отримують матеріальну й інструментальну підтримку від своїх дітей ⁹.

На етапі трансформаційних змін сім'я є своєрідним амортизатором, що певною мірою забезпечує «зняття напруги» у відтворенні й життєдіяльності значних верств населення в умовах жорсткого соціально-економічного середовища. У найбільш складні часи розвитку українського суспільства посилюється захисна функція сім'ї — саме в цей період вона відіграє важливу роль у механізмі самозбереження населення.

Українське суспільство за роки незалежності здолало складний шлях творення нової інституційної системи, що відбувалося болісно і непослідовно, й навіть зараз цей процес не завершено. Трансформація низки суспільних інститутів (інститути освіти, ринок праці тощо) призвела на початку змін, у 1990-ті роки, до їх часткової дезорганізації, і в цих умовах зросло значення сім'ї як важливого елемента в системі інститутів, що забезпечують формування людського потенціалу ¹⁰. Сім'я стала своєрідним компенсатором, що частково «заповнював» прогалини в інституціональному забезпеченні розвитку населення. Недоліки в роботі системи дошкільного виховання (в першу чергу нестача місць) компенсувала (і частково компенсує зараз) сімейна кооперація та взаємодопомога щодо виховання дітей.

⁹ Населення України. Імперативи демографічного старіння. Київ: ВД «АДЕФ-Україна», 2014. С. 125—140.

¹⁰ Демографічна криза в Україні. Проблеми дослідження, витоки, складові, напрями протидії. Київ: Інститут економіки НАН України, 2001. С. 225—226.

2.2. Сучасна українська сім'я: спадкоємність тенденцій і нові явища

Розширилась і набула нової якості виробнича функція сім'ї: дрібне товарне виробництво на засадах сімейної кооперації, сімейний бізнес, фермерські господарства стали важливою сферою зайнятості населення, джерелом формування доходів, ресурсів, споживчих товарів. В умовах безробіття, що супроводжувалося зниженням рівня оплати праці, сімейне виробництво стало важливим джерелом коштів та матеріальних ресурсів для забезпечення життєдіяльності населення.

У 2014—2015 рр, в ситуації воєнної загрози та соціально-політичної нестабільності, шлюбно-сімейні процеси виявили сталість і «запас міцності», сімейні зв'язки відіграли важливу роль у механізмі самозбереження населення саме в цей складний період. Сім'ї, які постраждали від збройного конфлікту, опинились в умовах раптової бідності через втрату майна, роботи, житла, а також соціальних зв'язків і засобів існування. Однак сімейна солідарність і взаємодопомога допомагала вижити в кризовій ситуації людям, що опинились у зоні бойових дій, в умовах загрози життю та втрати майна: за наявними даними, половина переселенців, які вимушені були швидко покинути зону бойових дій, розмістились у родичів, майже кожному четвертому родичі допомагали переїжджати¹¹. Отже, в умовах воєнного конфлікту деформація шлюбно-сімейної структури населення та зростання кількості соціально неспроможних сімей поєднувалась із посиленням сімейної солідарності та взаємодопомоги як складових природних механізмів самозбереження населення в екстремальних умовах.

Разом із тим певні соціально-демографічні явища свідчать про деформацію окремих функцій сім'ї, і це насамперед таке явище, як соціальне сирітство. Причиною появи особливої категорії дітей — дітей соціальних сиріт — є безвідповідальність батьків у маргінальних сім'ях, для яких характерне застійне безробіття, зловживання алкоголем, наркоманія, сімейне насильство. Кількість таких сімей зросла у 1990-ті роки, коли внаслідок трансформаційної кризи знизився життєвий рівень населення, посилилось майнове і соціальне розшарування, загострилися соціальні патології. В цих сім'ях батьки не виконують своїх обов'язків з утримання й виховання дітей, часто жорстоко поводяться з дитиною, залучають її до найгірших форм дитячої праці. Внаслідок такої ситуації дитина досить часто «виштовхується» із кола сім'ї: або сама покидає батьків, місце свого постійного проживання, або втручаються державні служби захисту прав дітей. Чисельність дітей-сиріт і соціальних сиріт в Україні досягла максимуму в 2008 р. — 103 542 дитини (тобто 1265 дітей цієї категорії в розрахунку на 100 000 дітей країни), однак у наступні роки поступово зменшувалась, що було обумовлене поліпшенням соціально-економічної ситуації в країні та активізацією соціальної політики, зокрема роботи із сім'ями, які опинились у складних життєвих обставинах, з самотніми матерями, підтримки національного всиновлення тощо. На кінець 2019 р. 68 877 дітей країни мали статус дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування.

¹¹ Пінчук І.Я. Соціологічне дослідження «Психосоціальні фактори та їх вплив на психічне здоров'я населення України: нові виклики та шляхи їх розв'язання». [E-resource]. Access mode: <http://www.chil.com.ua/2014/psycho/01.html>. Title from the screen.

Розділ 2. Зрушення у шлюбно-сімейних процесах і структурах за роки...

Проблема маргіналізації частини сімей, невиконання батьками своїх обов'язків щодо дітей є свідченням значних «збоїв» у реалізації функцій сім'ї, недосконалості й неефективності багатьох інститутів суспільства. Значно зменшити ризики, які продукує соціальне сирітство, дають змогу сімейні форми утримання дітей цієї категорії, що поступово стають більш поширеними: прийомні сім'ї, дитячі будинки сімейного типу, патронатні сім'ї, а також всиновлення (коли це можливо).

Сім'я як один із найважливіших інститутів сучасного українського суспільства віддзеркалює всі його суперечності та недоліки. Попри це та попри модернізацію шлюбно-сімейної поведінки населення, сім'я посідає найважливіше місце у системі цінностей населення, що підтверджують дані численних соціологічних досліджень, проведених у різні роки. За результатами національних щорічних моніторингових опитувань, українці найбільше довіряють сім'ї та родичам, і це залишається незмінним впродовж всіх років спостережень¹². Сім'я займає пріоритетне місце в життєвих планах української молоді. За даними соціологічних досліджень «Молодь України — 2017» і «Молодь України — 2018», відповідаючи на запитання «Чого найбільше Ви хотіли б досягти в житті?», молоді жінки і чоловіки на перше місце ставлять «сімейне щастя»¹³.

Більшість населення України (близько 90 %) проживає у складі сім'ї. «Демографічний портрет» української сім'ї на рубежі тисячоліть демонструють матеріали перепису населення 2001 р. На момент його проведення тільки 9,8 % населення мешкало самотньо в індивідуальних домогосподарствах; 54 % з них були люди у віці старше 60 років; середній розмір сім'ї (сімейного домогосподарства) дорівнював 3,2, а середній розмір домогосподарства (з урахуванням тих, де мешкає одна особа) — 2,6. Як демонструє рис. 2.13 (див. вклейку) більшість сімей — це нуклеарна сім'я (подружня пара з дітьми чи без дітей) та розширена нуклеарна сім'я (подружня пара з дітьми чи без дітей із одним із батьків подружжя та/чи іншим родичем); у складі таких сімей на момент перепису мешкало 65 % населення. Складні сім'ї (тобто ті, що складаються із двох чи більше шлюбних пар) становили менше 5 %, у них проживало 7,8 % населення; водночас поширені неповні сім'ї, тобто сім'ї без шлюбного ядра, де проживають діти з одним із батьків, іноді — ще з іншими родичами.

На момент проведення перепису у 51,5 % домогосподарств мешкали діти віком до 18 років; у більшості випадків це були одностаттєві сім'ї (64,1 %), 30,2 % — двостаттєві, 4,3 % — трьохстаттєві, і лише в 1,4 % сімей виховувалось четверо і більше дітей. За нашими розрахунками, на одну сім'ю з дітьми припадало 1,44 дитини.

У наступні роки, за даними вибірових соціально демографічних досліджень, частка осіб, які проживають у складі сім'ї (не самотньо) в країні істотно не зменшувалась. Найбільш поширеним типом сім'ї в сучасній

¹² Результати національних щорічних моніторингових опитувань 1994—2018. Інститут соціології НАНУ, 2018. С. 441—451.

¹³ Молодь України — 2018 Результати репрезентативного соціологічного дослідження. Київ: ДП «Редакція інформаційного бюлетеня "Офіційний вісник Президента України"», 2018. С. 5.

2.2. Сучасна українська сім'я: спадкоємність тенденцій і нові явища

Україні залишається нуклеарна та розширена нуклеарна сім'я (наприклад, згідно з даними вибіркового соціально-демографічного дослідження «Сім'я і сімейні відносини» (2009 р.), в сім'ї такого типу мешкає понад 70 % населення репродуктивного віку (15—49 років)). Натомість майже в кожному п'ятому індивідуальному домогосподарстві мешкає лише одна особа (2019—2020 рр. — у 19 %), при цьому 65 % з них — особи у непрацездатному віці¹⁴. У 80 % домогосподарств мешкає не більше 3 осіб.

Важливою демографічною характеристикою сім'ї є наявність у ній дітей. За даними вибірових обстежень Держслужби статистики України, у 2019—2020 рр. у 37,7—37,9 % домогосподарств проживали діти віком до 18 років, і в більшості сімей виховувалась лише одна дитина (рис. 2.14, див. вклейку). Масова одинітність характерна для українських сімей протягом всіх років незалежності.

В Україні, як і в інших країнах Європи, набули поширення однопольові та реструктуровані сім'ї, тобто сім'ї, в яких дитину виховує один із батьків чи нерідний батько/мати. Згідно з даними Державної служби статистики України, кожна п'ята сім'я з дітьми — однопольовська, де дитину виховує, як правило, мати. Частка індивідуальних домогосподарств, у яких проживали діти до 18 років, що не мали одного чи обох батьків, у загальній кількості домогосподарств із дітьми становила у 2018 р. — 20,5 %, у 2019 р. — 20,3 %, у 2020 р. — 16,8 % (рис. 2.15, див. вклейку). За нашими оцінками, майже кожна десята сім'я з дітьми в Україні (8—10 %) — це реструктурована сім'я, в якій дітей виховує вітчизняний чи мачуха. Так, за даними дослідження «Сім'я і сімейні відносини», 10 % сімей, в яких проживають неповнолітні діти — це реструктуровані сім'ї, де дітей виховує вітчизняний чи мачуха; в більшості випадків дитину виховує нерідний батько¹⁵. Відповідно до результатів обстеження «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді», 8 % підлітків 11—17 років проживає у сім'ї з нерідним батьком чи матір'ю¹⁶.

Інтенсифікація міграційних процесів, що відбувається в Україні в останні роки, безпосередньо впливає на сім'ю: змінює її розмір і склад, трансформує сімейні відносини, територіально роз'єднує батьків і дітей, подружні пари, міняє форми взаємодії поколінь в сім'ї. Набули поширення транснаціональні сім'ї, які ще недавно були нетиповими для України. Дослідники визначають такі сім'ї як малу соціальну групу, поєднану шлюбними чи родинними зв'язками, члени якої певний час або переважно проживають окремо одні від одних, проте зберігають відчуття єдності, працюють над забезпеченням спільного добробуту та демонструють свою солідарність

¹⁴ Соціально-демографічні характеристики домогосподарств України у 2020 році: статистичні збірники. Київ, 2020.

¹⁵ Сім'я та сімейні відносини в Україні: сучасний стан і тенденції розвитку. Київ: ТОВ «Основа-Принт», 2009. С. 84—85.

¹⁶ Показники та соціальний контекст формування здоров'я підлітків (за результатами соціологічного опитування в межах міжнародного проекту ВООЗ «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді»). Київ: УІСД ім. Яременко; Міністерство охорони здоров'я України, 2014. С. 7, 24.

навіть через державні кордони ¹⁷. Транснаціональна сім'я, з однієї сторони, є свідченням деформації та навіть руйнації традиційних форм сімейних зв'язків, недовиконання ряду важливих функцій, з іншої — свідчить про адаптаційні можливості інституту сім'ї, її здатність пристосуватись до нових суспільних процесів, трансформуючи форми сімейної взаємодії. Безумовним є позитивний вплив праці за кордоном одного із членів родини на матеріальний стан сім'ї: надходження коштів від трудового мігранта дає змогу вирішити частину економічних проблем, у тому числі щодо забезпечення гідних матеріальних умов утримання дітей. Однак, вирішуючи економічні питання, разом із тим така сім'я несе численні проблеми та ризики — щодо шлюбних стосунків, соціалізації дітей, самотності осіб літнього віку.

Узагальнюючи викладене вище, можна наголосити, що в цілому сімейна структура населення України є типовою для сучасного розвиненого суспільства. В нашій країні збереження традицій сімейної солідарності й взаємодопомоги та поширення «класичних» типів сімей (прості й розширені нуклеарні сім'ї, в яких мешкає більшість населення) поєднується з поступовою трансформацією сімейної структури: типовими для країни стали однопотіковські й реструктуровані сім'ї, транснаціональні сім'ї, прийомні сім'ї, шлюбні союзи без офіційної реєстрації.

2.3. Вдосконалення шлюбно-сімейного законодавства

Основним документом, що законодавчо регулює шлюбно-сімейні стосунки в Україні, є Сімейний кодекс України. До 2002 р. в країні діяв Кодекс про шлюб і сім'ю, прийнятий в 1969 р., тобто кодекс ще Української РСР, хоча в нього і вносились відповідні зміни, щоб забезпечити відповідність його положень реаліям незалежної України. Ще в 1992 р. було змінено назву, а також прибрано формулювання, що відображали ідеологію радянського часу: вирази «комуністична мораль», «радянський» тощо. Поступово в кодекс вносились зміни й доповнення, щоб «адаптувати» його до законодавчо-нормативного поля та соціально-економічного контексту вже суверенної України: було встановлено мінімальний розмір аліментів на рівні половини неоподаткованого мінімуму, надано право на укладання шлюбного контракту, додано положення, що законодавчо впорядковували процес всиновлення дитини тощо. У січні 2002 р. Верховна Рада України затвердила Сімейний кодекс України, отже, від січня 2004 р. його «попередник» — Кодекс про шлюб і сім'ю — втратив чинність.

Сімейний кодекс України — це закон сучасної незалежної держави, норми якого визначають засади шлюбу, особисті немайнові та майнові права й обов'язки подружжя, права та обов'язки батьків і дітей, усиновлювачів та усиновлених, інших членів сім'ї та родичів. Його положення відповідають сучасному розумінню сім'ї, шлюбу, дитинства, материнства та батьківства. На відміну від попереднього кодексу, значно збільшено кількість і більш детально викладено положення, що регулюють шлюбні стосун-

¹⁷ Breceson D., Vuorella U. Transnational families in Twenty First century // The Transnational Families: New European frontiers and global networks. Oxford, New York, 2002. P. 3.

2.3. Вдосконалення шлюбно-сімейного законодавства

ки (щодо власності подружжя, прав і обов'язків з утримання, шлюбного договору, взаємної обізнаності наречених про стан здоров'я), та процес розірвання шлюбу (в тому числі щодо режиму окремого проживання подружжя); більш детально законодавчо регулюються майнові й немайнові права й обов'язки батьків та дітей, у тому числі у випадку, коли батьки проживають окремо.

Сімейний кодекс весь час вдосконалювався, до нього вносились зміни — відповідно до того, як змінювалась соціальна реальність, у тому числі шлюбно-сімейні стосунки, і застосовувались нові механізми вирішення нагальних соціально-демографічних проблем.

До 2012 р. в Україні діяли законодавчі норми, згідно з якими шлюбний вік для чоловіків дорівнював 18 років, для жінок — 17 років. У березні 2012 р. ВР України ухвалила Закон «Про внесення змін до Сімейного кодексу України щодо підвищення шлюбного віку», у відповідності з яким було підвищено шлюбний вік жінок до 18 років, тобто було встановлено однаковий шлюбний вік для чоловіків та жінок. Ці зміни до Сімейного кодексу України відповідають сучасним уявленням про готовність до сімейного життя чоловіка і жінки за критеріями фізичної, моральної та соціальної зрілості — 18 років. Відповідно до сучасного Сімейного кодексу України, право на шлюб мають особи, які досягли шлюбного віку. Шлюбний вік для чоловіків та жінок встановлюється у вісімнадцять років (статті 22—23). Також було підвищено вік, коли шлюб можливий при особливих обставинах, — з 14 до 16 років. Відповідно до сучасної редакції Сімейного кодексу України «за заявою особи, яка досягла шістнадцяти років, за рішенням суду їй може бути надано право на шлюб, якщо буде встановлено, що це відповідає її інтересам» (стаття 23 Сімейного кодексу України). Право на одруження неповнолітнього йому надає суд, який розглядає справу за місцем проживання заявника. Заява буде задоволена, якщо це відповідатиме інтересам неповнолітнього, а суд отримає вагомі докази на користь цього.

Вносились певні зміни й у законодавчі норми, що регулюють припинення шлюбу (глава 11 Сімейного кодексу), найбільш суттєві — у 2010 р. щодо державної реєстрації розірвання шлюбу. Згідно із цими змінами, «документом, що засвідчує факт розірвання шлюбу судом, є рішення суду про розірвання шлюбу, яке набрало законної сили». Ця норма спростила життя осіб, які вирішили розлучитись, маючи неповнолітніх дітей або майнові спори, однак зруйнувала статистику розлучень. На сьогодні відсутня інформація щодо демографічних характеристик осіб, які розлучились через суд (щодо віку, громадянства, тривалості шлюбу, наявності дітей і їх кількості), а це переважна більшість розлучень (у 2020 р. — 76 % всіх зареєстрованих розлучень).

Законодавство регулює відносини по вихованню й утриманню дитини, батьки якої проживають окремо (в більшості випадків через розлучення). Хоча наголошується, що найкраще, коли способи виконання батьками обов'язку утримувати дитину визначаються за домовленістю між ними, Сімейним кодексом встановлюються певні норми щодо матеріального забезпечення дитини, виходячи насамперед з її інтересів. Розмір аліментів на дитину може визначатися за домовленістю між батьками або за рішенням

суду: той із батьків або інший законний представник дитини, разом з яким проживає дитина, має право звернутися до суду із заявою про стягнення аліментів у розмірі на одну дитину — однієї чверті, на двох дітей — однієї третини, на трьох і більше дітей — половини заробітку (доходу) платника аліментів, але не більше десяти прожиткових мінімумів на дитину відповідного віку на кожну дитину. Встановлено мінімальний стандарт розміру аліментів: до 2002 р. — не менше 1/2 неоподаткованого мінімуму доходів громадян на кожну дитину; в наступні роки — 30 % розміру прожиткового мінімуму, з 2018 р. — 100 % розміру прожиткового мінімуму для дитини відповідного віку. Той із батьків, з кого присуджено стягнення аліментів на дитину, зобов'язаний також брати участь у додаткових витратах на дитину, що викликані особливими обставинами (розвитком здібностей дитини, її хворобою тощо). У 2018 р. була посилена відповідальність за несплату аліментів.

Відповідно до Сімейного кодексу, мати і батько мають рівні права та обов'язки щодо дитини незалежно від того, чи перебували вони у шлюбі між собою, і розірвання шлюбу та проживання батьків окремо від дитини не впливає на обсяг їхніх прав і не звільняє від обов'язків. Той із батьків, хто проживає окремо від дитини, зобов'язаний брати участь у її вихованні та має право на особисте спілкування з нею, а той із батьків, із ким проживає дитина, не має права цьому перешкоджати, якщо це не заважає нормальному розвитку дитини. Однак на практиці ситуація інша: в Україні відсутня традиція участі батька у вихованні дитини після розпаду шлюбу, з іншого боку, немає розуміння необхідності такого спілкування й зі сторони матері. Ця негативна практика майже не змінилась за останні три десятиріччя: досить часто батьки переносять свій конфлікт, напруженість у стосунках на дитину. Так, за даними дослідження «Сім'я і сімейні відносини», переважна більшість матерів з однопатьківських сімей констатує, що їхній колишній чоловік не бере участь у вихованні дитини, в той час як чоловіки, які після розлучення проживають у новій сім'ї, стверджують протилежне. Причиною неучасті рідного батька у вихованні дітей з неповних сімей їхні матері вважають небажання батька, його проживання в іншому населеному пункті, а іноді матері не бачать в цьому необхідності; на думку ж батька, який проживає окремо від рідної дитини, основною причиною його неучасті в її вихованні є те, що мати дитини проти цієї участі та заперечення інших членів родини¹⁸. Отже, існує нерозуміння інтересів дитини та небажання поставити інтереси дитини вище своїх амбіцій.

Проблема поширення соціального сирітства, яка загострилася в Україні в 1990-ті роки в умовах гострої трансформаційної кризи та маргіналізації частини сімей, спонукала внести у законодавство положення, що регулюють питання утримання та виховання дітей цієї категорії. В Україні здійснюється доволі активна соціально-демографічна політика щодо поліпшення умов виховання і утримання дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування. Якщо спочатку законодавчо регулювались тільки пи-

¹⁸ Сім'я та сімейні відносини в Україні: сучасний стан і тенденції розвитку. Київ: ТОВ «Основа-Принт», 2009. С. 153—156.

2.3. Вдосконалення шлюбно-сімейного законодавства

тання всиновлення та встановлення опіки та піклування, то надалі були введені положення щодо сімейних форм утримання цих дітей. У сучасній редакції Сімейного кодексу ці питання регулюються в окремому розділі — це розділ IV «Влаштування дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування». В ньому окремі глави висвітлюють питання «Всиновлення» (глава 18), «Опіка та піклування над дітьми (глава 19), «Патронат над дитиною» (глава 20), «Прийомна сім'я» (глава 21-1), «Дитячий будинок сімейного типу» (глава 21-2). Фактично в Україні сформовано новий тип сімей — прийомна сім'я (якщо в ній більше 4 дітей, вона одержує статус дитячого будинку сімейного типу) та сім'я патронатного вихователя, в яких батьки-вихователі виховують дітей, які для них не є біологічно рідними, часто разом зі своїми рідними дітьми, і одержують за це певні виплати від держави. Прийомні батьки зобов'язані виховувати дитину, піклуватися про її здоров'я, фізичний, психічний, духовний розвиток, забезпечити одержання дитиною повної загальної середньої освіти.

Сімейні форми утримання дітей-сиріт і соціальних сиріт дозволяють значно зменшити ризики, які продукує феномен соціального сирітства, підготувати дітей до нормального життя в суспільстві. Процес створення дитячих будинків сімейного типу розпочався в Україні ще у 1989 р., а в незалежній Україні активізувався з 1998 р. Прийомні сім'ї почали поширюватися з 1998—1999 рр. Однак радикальна перебудова системи державного захисту цієї категорії дітей розпочалась лише у 2005 р. на основі впровадження механізму фінансування видатків на утримання цих дітей незалежно від форми їх влаштування за принципом «гроші ходять за дитиною». У 2007 р. була прийнята Державна цільова соціальна програма реформування системи закладів для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування (постанова Кабінету Міністрів України від 17.10.2007 р. № 1242), основною метою якої була оптимізація вже існуючої мережі закладів та створення закладів нового типу з умовами проживання і виховання, наближеними до сімейних. Завдяки цій державній стратегії кількість дитячих будинків сімейного типу та прийомних сімей почала швидко зростати (табл. 2.3).

У серпні 2017 р. була прийнята Національна стратегія реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017—2026 рр., головною метою якої — поступове зменшення кількості дітей, які виховуються в закладах інституційного догляду, за рахунок подальшого розвитку сімейних

Таблиця 2.3. Кількість дитячих будинків сімейного типу та прийомних сімей в Україні у 2003—2019 рр. (станом на кінець року) *

Показник	2003	2005	2008	2010	2015	2017	2019
Кількість дитячих будинків сімейного типу	123	149	400	535	939	1019	1153
в них вихованців, осіб	917	1025	2605	3573	6169	6809	7874
Кількість прийомних сімей	...	180	2461	3195	3901	3677	3346
в них вихованців, осіб	...	288	4050	5451	7187	6880	6184

* Статистична звітність щодо дитячих будинків сімейного типу була запроваджена в Україні з 2003 р., а щодо прийомних сімей — з 2005 р.

Розділ 2. Зрушення у шлюбно-сімейних процесах і структурах за роки...

форм їх утримання, підтримки національного всиновлення, підтримки та соціального супроводу сімей, що опинились у кризовій ситуації.

В Україні гостро стоїть проблема сімейного насилля, і останніми роками держава проводить досить активну політику, спрямовану на її вирішення. Україна стала першою країною СНД, де було ухвалено Закон «Про попередження насильства в сім'ї», який визначив правові основи запобігання насильству в сім'ї, органи та установи, на які покладається здійснення заходів, спрямованих на його виконання. Законодавство про попередження насильства в сім'ї створило умови для звернення до вказаних органів та установ за допомогою в ситуації сімейного насильства, що тягне за собою вжиття визначених заходів із його запобігання. У грудні 2017 р. було прийнято більш досконалий закон — «Про запобігання та протидію домашньому насильству», який у січні 2019 р. остаточно набув чинності, і якщо до 2019 р. домашнє насильство за законом вважалось адміністративним правопорушенням, тобто за побої, приниження та образи кривдникам загрожувало покарання найчастіше у вигляді штрафу або громадських робіт, то тепер за такі дії передбачено кримінальну відповідальність. Крім того, внесено зміни до Кримінального кодексу України, відповідно до яких у випадку, коли кривднику призначено покарання, не пов'язане з позбавленням волі, до нього можуть застосуватися один або декілька обмежувальних заходів (заборона перебувати в місці спільного проживання та наближатись до місця проживання чи перебування особи, яка постраждала від домашнього насильства; заборона листування і телефонних переговорів з нею; направлення для проходження спеціальної програми для кривдників).

ТЕНДЕНЦІЇ ТА СТРУКТУРНІ ОСОБЛИВОСТІ НАРОДЖУВАНOSTІ В УКРАЇНІ

3.1. Динаміка рівня та структури народжуваності

Тридцятирічний період у демографічній історії, з одного боку, є досить тривалим для того, щоб розкрити певні демографічні тенденції та з'ясувати їх сталість і масштабність, але, з другого боку, такий період значно менший, скажімо, за тривалість репродуктивного періоду жінки, і тим більше, за середню тривалість людського життя, а тому виявлені тенденції, особливо у царині народжуваності, стосуватимуться переважно умовних поколінь, і лише частково — реальних. Тридцятирічний період є достатнім для того, щоб діти, народжені на його початку, приступили до власної дітородної діяльності, особливості якої можливо прояснити завдяки аналізу характеристик народжуваності в їхніх батьків, що вплинуло на формування структури населення, а отже, й на характер процесу народжуваності в нових поколіннях.

Різноманітність змін, які відбулися в народжуваності за тридцять років незалежності України, спонукає нас виокремити три періоди розвитку зазначеного демографічного процесу. Перший період повністю охоплює 1990-ті роки (1991—2001 рр.) і характеризується стрімким падінням народжуваності, пов'язаним із масштабним зниженням якості життя населення під час розгортання трансформаційної кризи. За перше десятиріччя незалежності рівень народжуваності знизився в 1,6 разу й у 2001 р. сумарний показник народжуваності був найнижчим в історії нашої країни (1,1 народжень у розрахунку на 1 жінку), а чисельність народжених у цей рік в 1,7 разу поступалася тій, що була в 1991 р. (рис. 3.1).

Другий період збігається із другим десятиріччям незалежності країни, і його можна умовно назвати етапом зростання народжуваності. Починаючи з 2002 р., завдяки певному поліпшенню соціально-економічної ситуації в Україні, що дозволило спрацювати механізму посткризової компенсації, та істотному поповненню найактивніших щодо дітонародження вікових груп населення поколіннями народжених у 1980-х роках, коли відбувався підйом народжуваності¹⁹, тенденція розвитку народжуваності змінила вектор на підвищення. Згодом ця тенденція була посилена запровадженням вагової одноразової допомоги при народженні дитини. Однак на тлі загального приросту народжуваності в окремі роки були зафіксовані незначні скоро-

¹⁹ Підйом народжуваності був пов'язаний із введенням у листопаді 1982 р. частково оплачуваної відпустки по догляду за дитиною віком до 1 року та неоплачуваної відпустки по догляду за дитиною віком до 1,5 року.

Розділ 3. Тенденції та структурні особливості народжуваності в Україні

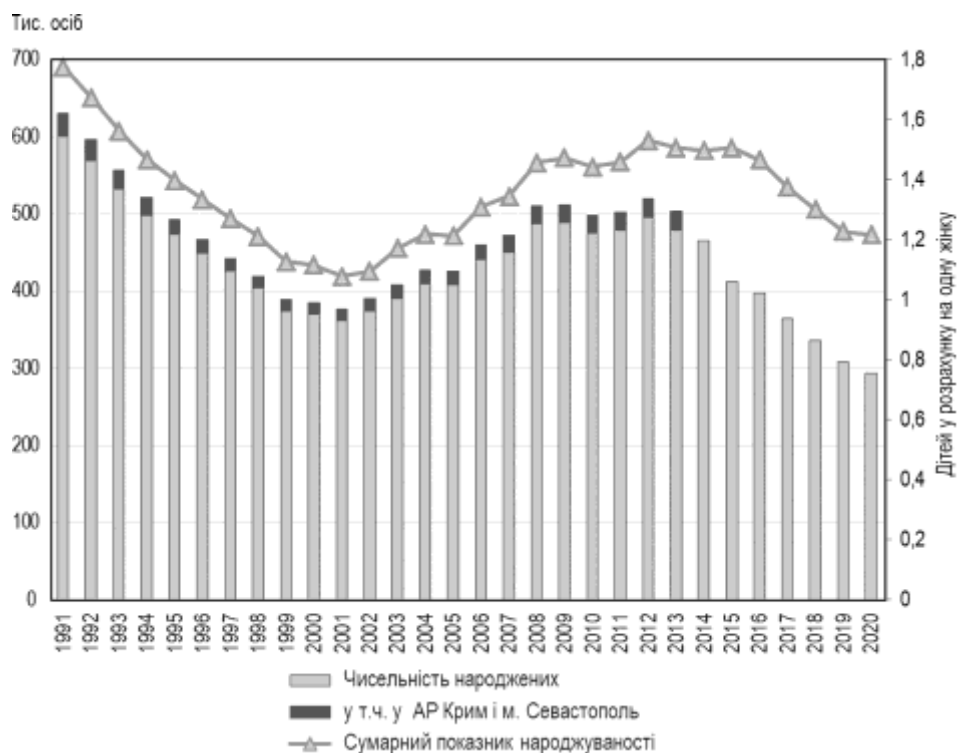


Рис. 3.1. Чисельність народжених та сумарний показник народжуваності в Україні в 1991—2020 рр.

Джерело: дані Державної служби статистики України

2014 р. — без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та адміністративних даних частини тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях

2015—2020 рр. — без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та даних по Донецькій і Луганській областях

чення чисельності новонароджених: зокрема, у 2005 р., яке, швидше за все, спричинено очікуванням населення на запровадження пронаталістських заходів, «анонсованих» у засобах масової інформації; у 2010 і 2011 рр., коли чисельність народжених була нижчою ніж у 2009 р., але одночасно народжуваність у 2011 р. перевищувала чисельність новонароджених у попередньому 2010 р. У 2012 р. народжуваність дійшла найвищого рівня в новому тисячолітті: чисельність народжених досягла 520,7 тис. дітей, а сумарний показник народжуваності — 1,53 народжень у розрахунку на 1 жінку (у сільській місцевості показник навіть дещо наблизився до рівня, необхідного для простого відтворення населення — до 1,89 народжень у розрахунку на 1 жінку, а от у міських поселеннях становив лише 1,39). Загальний приріст за другий період становив 144,2 тис. осіб, але цей приріст жодним чином не міг компенсувати «втрати» періоду падіння народжуваності в 1990-х роках, які в 1,8 разу були більшими.

3.1. Динаміка рівня та структури народжуваності

Третій період бере початок з 2013 р. і триває й дотепер. Ключовою його характеристикою є зниження народжуваності. У 2020 р. чисельність народжених, про яких було відомо і вони були враховані у статистичній звітності (293,4 тис. дітей), була меншою в 1,8 разу, ніж у 2012 р. За період 2014—2020 рр. в Україні (тобто вже без урахування АР Крим, м. Севастополя та даних по непідконтрольній частині Донецької та Луганської областей) чисельність народжених зменшилася на 186,2 тис. дітей. Чисельність народжених у 2020 р. була найменшою за весь період незалежності нашої держави (нагадаємо, в Україні у 1991 р. народилося 630,8 тис. дітей, у тому числі в АР Крим — 30,8 тис. дітей). Втім точніший і чутливіший до змін показник сумарної народжуваності²⁰ має дещо іншу динаміку: за розрахунками Державної служби статистики України, у 2013—2015 рр. цей показник коливався на рівні приблизно 1,5 народжень у розрахунку на одну жінку, а от впродовж наступних п'яти років почав швидко зменшуватися. Проте розрахунки Eurostat показують, що зниження сумарного показника народжуваності в Україні почалося ще раніше — принаймні з 2014 р., а у 2019 р. він був істотно нижчим, ніж представлений на сайті Державної служби статистики України (табл. 3.1).

Таблиця 3.1. Сумарний показник народжуваності в Україні за даними Eurostat і Державної служби статистики України

Джерело даних	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Eurostat *	1,43	1,46	1,53		1,46	1,36	1,35	1,26	1,20	1,14	
Державна служба статистики України **	1,44	1,46	1,53	1,51	1,50	1,51	1,47	1,37	1,30	1,23	1,22

Джерело: *European Commission. Eurostat. Database. — <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

** Державна служба статистики України

Залишаючи поза увагою дискусію щодо точності статистичної інформації та показників у різних джерелах, важливо зауважити, що рівень народжуваності стрімко падає, і Україна повернула «статус» країни з найнижчою у Європі народжуваністю, який вона мала в перші роки нового тисячоліття (рис. 3.2). Значно нижча за рівень простого відтворення інтенсивність народжуваності в нашій країні також відчутно нижча за середній європейський рівень, тоді як на початку другого десятиріччя нового століття Україна займала середню позицію в рейтингу країн Європи за величиною сумарного показника народжуваності.

Разом із цим необхідно зазначити, що зміни рівня народжуваності у нашій країні відбувалися синхронно з більшістю країн, які тривалий час мали соціалістичний шлях розвитку (рис. 3.3). Однак, починаючи з 2015 р. Україна істотно вирізняється серед них, адже в багатьох із цих країн у 2015—2017 рр. показник продовжував зростати, а в 2018—2019 рр. або ста-

²⁰ Загальновідомо, що менша чисельність населення генерує меншу кількість народжень, а згідно з даними Державної служби статистики України, чисельність наявного населення країни порівняно з 1993 р. зменшилася на 20 %.

Розділ 3. Тенденції та структурні особливості народжуваності в Україні

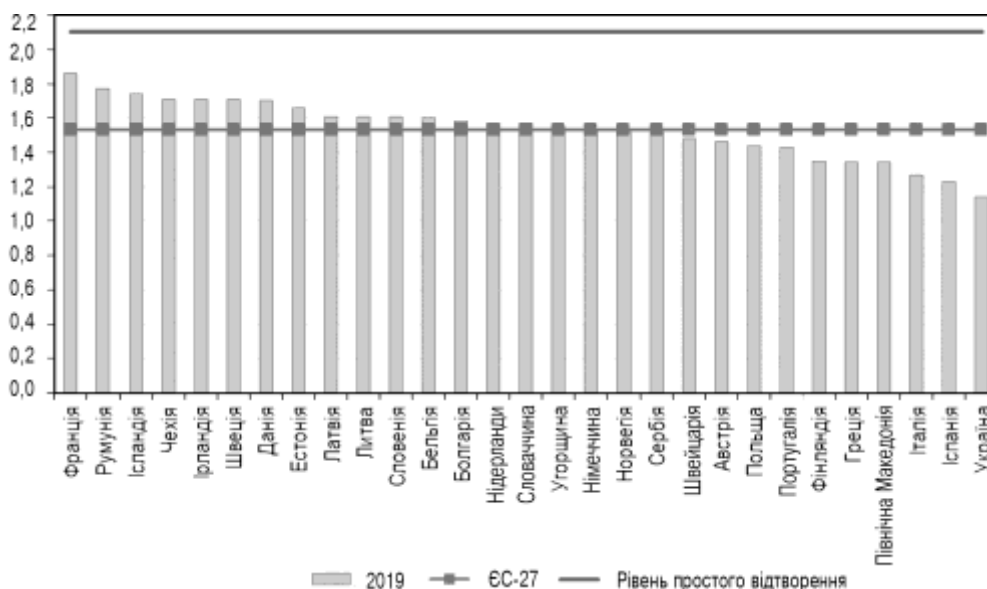


Рис. 3.2. Сумарний показник народжуваності в Україні * та інших країнах Європи в 2019 р., народжень у розрахунку на 1 жінку

Джерело: European Commission. Eurostat. Database. — <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

* Показник за розрахунками Eurostat не збігається з показником Державної служби статистики України

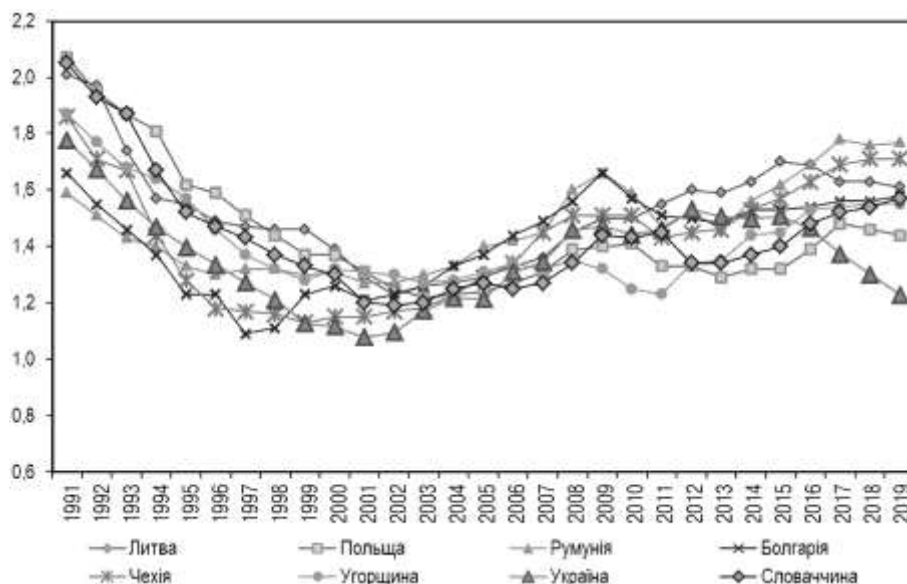


Рис. 3.3. Сумарний показник народжуваності в Україні ** та деяких колишніх соціалістичних країнах * в 1991—2019 рр., народжень у розрахунку на 1 жінку

Джерело: * European Commission. Eurostat. Database. — <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

** Державна служба статистики України

3.1. Динаміка рівня та структури народжуваності

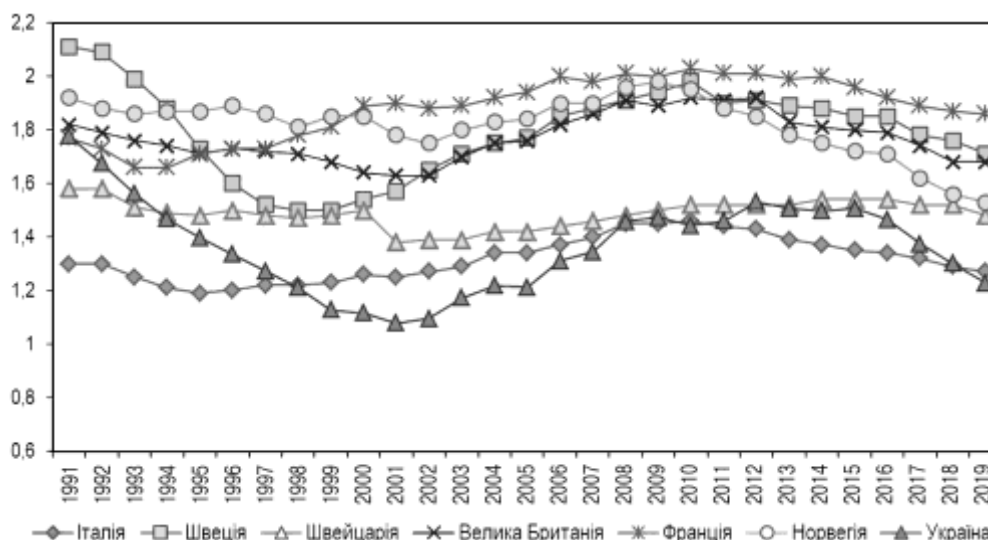


Рис. 3.4. Сумарний показник народжуваності в Україні ** та деяких високорозвинених країнах Європи * в 1991—2019 рр., народжень у розрахунку на 1 жінку

Джерело: * European Commission. Eurostat. Database. — <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

** Державна служба статистики України

білізувався (Чехія, Словаччина, Угорщина, Болгарія) або неістотно знизився (Польща, Литва), тоді як в Україні, навіть за даними Державної служби статистики, рівень народжуваності у 2019 р. був на 18,5 % нижчим за рівень 2015 р. Більше того, у деяких із цих країн саме в період 2018—2019 рр. було досягнуто найбільший в новому тисячолітті показник сумарної народжуваності.

Втім зіставлення траєкторій змін сумарної народжуваності за тридцятирічний період в Україні та у високорозвинених європейських країнах свідчить про наявність вагомих розходжень (певним винятком є динаміка народжуваності у Швеції) (рис. 3.4). При тому, що протягом 2015—2019 рр. відчутне зниження народжуваності відбулося у країнах Північної Європи (Фінляндії, Норвегії, Ісландії, Швеції), а також у Бельгії, Ірландії, Франції (до речі, в останніх трьох країнах у 2010 р. показник досягав рівня простого відтворення) та інших, Україна виокремлюється найшвидшими темпами падіння народжуваності.

Існує думка, що значення сумарного показника народжуваності 1,5 дитини в розрахунку на одну жінку є граничним, а рівень народжуваності нижчий за такий, задіює механізми, що здатні самопосилюватися та спрямовані на подальше зниження народжуваності (виникає так звана пастка низької народжуваності ²¹). Низькі коефіцієнти народжуваності породжують негативну інертність населення через те, що знижується чисельність

²¹ Lutz W., Skirbekk V. Policies Addressing the Tempo Effect in Low-Fertility Countries // Population and Development Review. 2005. № 31 (4). С. 699—720.

Розділ 3. Тенденції та структурні особливості народжуваності в Україні

потенційних батьків. Збереження цієї тенденції в майбутньому може прискорити процес демографічного старіння, посилити спад чисельності населення, обмежити ефективність заходів, спрямованих на збільшення народжуваності.

Трансформацію вікової народжуваності в зазначені періоди розвитку цього демографічного процесу можна охарактеризувати таким чином:

1. У перший період (1991—2001 рр.) відбулося стрімке зменшення дитородної активності в усіх вікових групах жінок. Найбільші зміни відбулися в наймолодшій репродуктивній групі жінок, де інтенсивність знизилася більше ніж вдвічі. Лідером дитородної активності залишалися жінки у віці 20—24 роки. На початку незалежності нашої держави інтенсивність народжуваності у цих жінок в 2,6 разу перевищувала ту, що спостерігалася в жінок сусідньої молодшої групи (15—19 років), і була майже вдвічі більшою ніж у жінок у віці 25—29 років. У цілому найнижчий рівень народжуваності в Україні був у 2001 р., але в жінок старше 25 років зниження цього показника призупинилося раніше — в 1999 р.

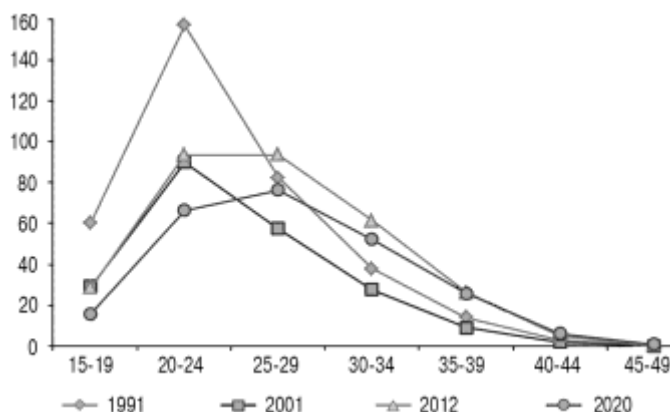
2. У другому періоді (2002—2012 рр.) народжуваність підвищувалася головним чином у жінок старше 25 років. У жінок 15—19 років невеличке посилення дитородної активності відбулося у 2008—2009 рр. Коливання рівня народжуваності з незначним підйомом у 2008 р. і 2012 р. характерне й для жінок у віці 20—24 роки, але вони все ще утримували першість (і це незважаючи на те, що починаючи з 1997 р. має місце підвищення середнього віку материнства). З одного боку, незначні зміни в народжуваності 20—24-річних жінок, з другого — доволі швидке зростання інтенсивності народжень у 25—29-річних жінок, мало наслідком скорочення різниці між показниками цих вікових груп, аж поки у 2012 р. вони не зрівнялися. Найбільше пожвавлення дитородної активності було зафіксовано в жінок середнього та старшого репродуктивного віку, зокрема, у жінок у віці 35—39 років інтенсивність народжень зросла майже втричі.

3. У третьому періоді (2013—2021 рр.) зниження народжуваності мало місце в усіх репродуктивних групах жінок, крім старших. Причому в першій половині періоду спостерігалася певна стабілізація показників народжуваності, а от у другій у жінок у віці до 35 років народжуваність стрімко падала; у старших жінок темпи зниження були повільнішими. Повноправним лідером народжуваності стала група жінок у віці 25—29 років; щоправда їхній коефіцієнт народжуваності у 2020 р. вдвічі поступався показнику народжуваності у жінок у віці 20—24 роки в 1991 р. Рівень народжуваності у двох молодих групах жінок (15—19 років і 20—24 роки) був рекордно низьким, тоді як у жінок у віці 25—39 років коефіцієнти народжуваності хоча й були нижчими, ніж у 2012 р., але істотно перевищували рівень 2001 р. (рис. 3.5). У цьому періоді скорочується різниця між рівнями народжуваності жінок у віці 20—24 роки і 30—34 роки: якщо у 2012 р. інтенсивність народжень у 20—24-річних жінок перевищувала відповідний показник у 30—34-річних жінок на 52 %, то у 2020 р. — лише на 27 %. Зауважимо, що на тлі загального занепокоєння падінням народжуваності в нашій країні, необхідно виокремити контингент неповнолітніх дівчат, зниження народжуваності в яких є цілком позитивною тенденцією, оскільки початок «мате-

3.1. Динаміка рівня та структури народжуваності

Рис. 3.5. Вікові коефіцієнти народжуваності в Україні за 1991, 2001, 2012 і 2020 рр., в розрахунку на 1 тис. жінок відповідного віку

Джерело: дані Державної служби статистики України 2020 рр. — без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та даних по Донецькій і Луганській областях



ринської кар'єри» в занадто ранньому віці має низку негативних психологічних, соціальних і економічних наслідків як для юних матерів та їхніх дітей, так й для всього суспільства.

Протягом усього періоду сільська місцевість характеризувалася більшими показниками народжуваності ніж міські поселення. До того ж, у 1991—1993 рр. рівень народжуваності у селах утримувався на межі простого відтворення населення, до якої, до речі, народжуваність наблизилася ще й у 2012 р. У міських поселеннях зміна лідера відбулася ще у 2009 р., і вже у 2020 р. коефіцієнт народжуваності у жінок 25—29 років на 36,3 % перевищував показник у жінок у віці 20—24 роки. А от у сільській місцевості, як і раніше, першість за інтенсивністю дітонароджень залишається у 20—24-річних жінок. Порівняно з містами доволі високим рівнем народжуваності характеризуються у селах жінки 15—19 років, хоча й у цих поселеннях відбулися величезні зміни: ще на початку 1990-х років коефіцієнт народжуваності досягав 85 ‰, на початку 2000-х років він зменшився майже вдвічі, а у 2020 р. був у 3,3 разу меншим, ніж у 1991 р. (табл. 3.2).

Перехід до малодітності позначився на рівні народжуваності селянок старших репродуктивних груп. За радянських часів і на початковому етапі після здобуття Україною незалежності за рівнем народжуваності ці жінки випереджали своїх ровесниць-городянок, що було зумовлено народженням у перших дітей високої черговості народження. Обмеження кількості дітей у сім'ї, з одного боку, та прихильність до більш ранньої народжуваності — з іншого, мало наслідком, що в останні п'ять років дітородна активність жінок у віці старше 30 років у сільській місцевості поступається відповідним показникам у міських поселеннях.

Порівняння кривої вікової народжуваності в Україні з такими країнами, як Швеція, Італія, Польща демонструє «відставання» нашої країни в перебудові вікової моделі народжуваності: коефіцієнти народжуваності в жінок у віці до 25 років перевищують відповідні показники у розвинутих країнах, а рівень народжуваності в жінок, старших за 25 років, навпаки, істотно поступається. У результаті профіль вікової інтенсивності народжень зміщений у бік старших вікових груп менше ніж в аналізованих країнах (рис. 3.6). З огляду на те, що в більшості європейських країн трансформа-

Розділ 3. Тенденції та структурні особливості народжуваності в Україні

Таблиця 3.2. Вікові коефіцієнти народжуваності за п'ятирічними віковими групами в розрахунку на 1 тис. жінок відповідної груп та сумарний показник народжуваності (в розрахунку на 1 жінку) в Україні в розрізі міської та сільської місцевості за 1991, 2001, 2012 і 2020 рр.

Рік	15—19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—44	45—49	Сумарний показник народжуваності
міська місцевість								
1991	51,6	141,6	77,2	35,5	12,5	2,6	0,1	1,598
2001	21,9	78,5	53,6	26,3	8,1	1,5	0,1	0,950
2012	21,0	80,5	87,7	59,9	26,3	5,0	0,3	1,387
2020	10,6	54,6	74,4	53,9	25,9	6,5	1,0	1,133
сільська місцевість								
1991	83,6	198,3	96,9	45,1	18,0	4,7	0,2	2,286
2001	48,2	119,3	66,4	30,5	11,2	2,8	0,2	1,411
2012	44,0	122,4	110,0	65,7	26,6	5,2	0,2	1,868
2020	25,6	85,8	79,7	48,3	25,1	5,4	0,3	1,355

Джерело: дані Державної служби статистики України 2020 рр. — без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та даних по Донецькій і Луганській областях

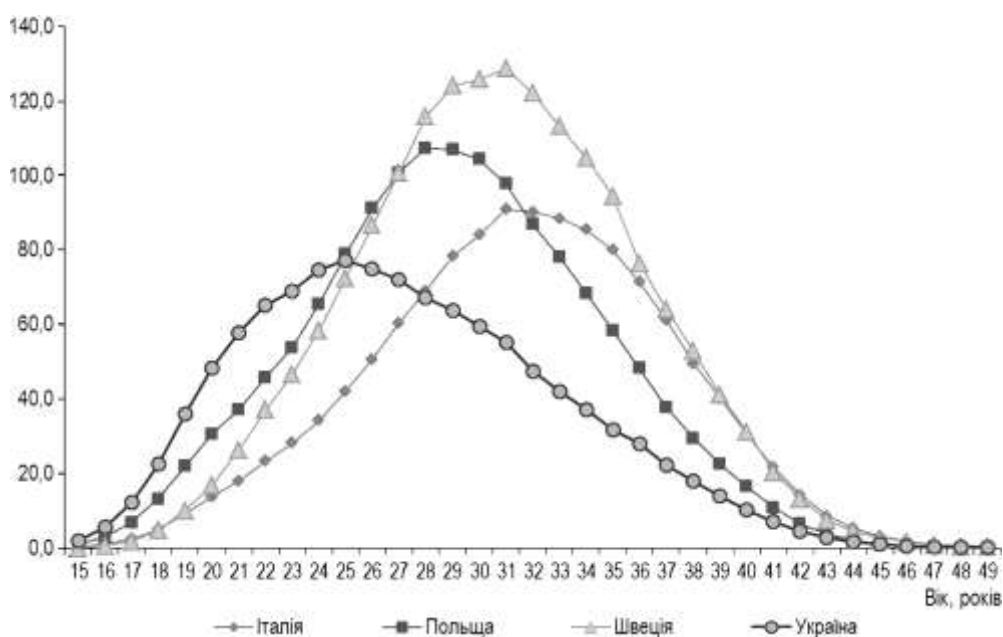


Рис. 3.6. Вікові коефіцієнти народжуваності в Італії, Польщі, Швеції, Україні за 2019 р., в розрахунку на 1 тис. жінок відповідного віку

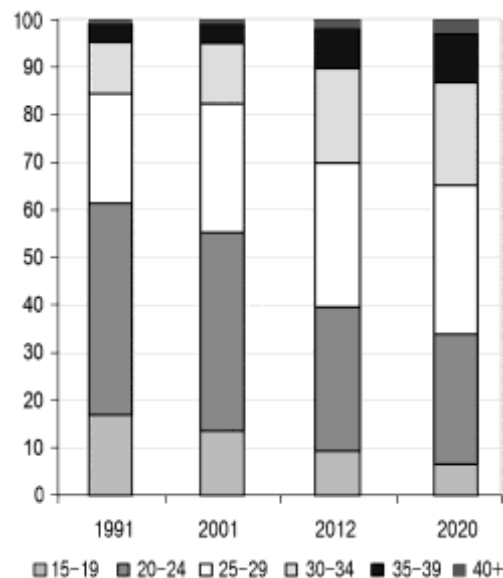
Джерело: European Commission. Eurostat. Database. — <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

ція розпочалася значно раніше ніж у країнах Східної Європи, зокрема в Україні, зазначене «відставання» є цілком логічним. Рис. 3.6 наочно демонструє, що навіть найбільша інтенсивність народжуваності, притаманна

3.1. Динаміка рівня та структури народжуваності

Рис. 3.7. Внесок окремих вікових груп жінок у сумарну народжуваність в Україні за 1991, 2001, 2012 і 2020 рр., %

Джерело: дані Державної служби статистики України
2020 р. — без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та даних по Донецькій і Луганській областях



у 2019 р. в Україні жінкам у віці 25 років, вагомо нижча за ту, що було зафіксовано в Польщі (жінки у віці 28 років), Італії та Швеції (жінки у віці 31 рік).

Загальною тенденцією другого і третього періодів розвитку народжуваності стало «постаріння» материнства, що проявляється в підвищенні середнього віку матері при народженні дитини, зокрема первісток, та збільшенні внеску матерів середнього і старшого репродуктивного віку в сумарну народжуваність. На початку незалежності країни такий внесок жінок у віці до 25 років становив 61,3 %, а тридцять років потому зменшився у 1,8 разу, причому найбільше зниження відбулося в період зростання народжуваності. Збільшення внеску жінок у віці 25—29 років хоча й не було настільки масштабним, як у інших п'ятирічних групах, але зумовило ту обставину, що сучасні жінки лише цієї вікової групи забезпечують майже третину всіх народжень (рис. 3.7). Привертають увагу 35—39-річні жінки, внесок яких у сумарну народжуваність у 1990-ті роки був меншим ніж 4 %, а у 2020 р. досягнув 10,6 %.

Феномен зростання внеску в загальну народжуваність жінок середнього та старшого репродуктивного віку, який спостерігається не лише в Україні, але й у більшості європейських країн, потребує окремого вивчення. Висловлюється думка, що подальший соціально-економічний розвиток здатний переломити тенденцію зниження народжуваності, причому така інверсія є притаманною як умовним, так і реальним поколінням, і відбуватиметься головним чином за рахунок активізації дітородної діяльності саме в жінок старшого репродуктивного віку ²².

Необхідність уважного дослідження народжуваності у жінок середнього та старшого репродуктивного віку викликана ще й тим, що цей вік є «критичним» для здійснення дітородних планів: намір відстрочити народження дитини, щоб дочекатися більш сприятливих для цього умов, може змінитися думкою вдовольнитися вже народженою дитиною/дітьми, або й взагалі

²² Myrskylä M., Kohler H., Billari F. High Development and Fertility: Fertility at Older Reproductive Ages and Gender quality Explain the Positive Link. Population Studies Center, University of Pennsylvania, PSC Working Paper Series, PSC 11-06. 2011. [E-resource]. Access mode: http://repository.upenn.edu/psc_working_papers/30. Title from the screen.

Розділ 3. Тенденції та структурні особливості народжуваності в Україні

залишитися бездітними. Таке рішення може бути прийнятим й через об'єктивні чинники, наприклад, природне зниження з підвищенням віку жінки ймовірності зачаття дитини. Відкладання народження дитини на старший вік є однією з характеристик другого демографічного переходу. Похідною цього процесу є підвищення середнього віку матері при народженні дитини.

Україна належить до країн із пізнім початком другого демографічного переходу. Тоді як у більшості європейських країн прискорювалося зміщення віку матері при народженні дитини до старших груп, у нашій країні в перше п'ятиріччя незалежності, навпаки, відбувалося «омолодження» материнства. Найнижчий середній вік матері при народженні дитини був у 1995 р. — 24,4 року²³ для усіх черговостей народження й 22,2 року для первістків. За два десятиріччя показник підвищився на 3,5 року й у 2019 р. він досягав 27,9 року для усіх черговостей народження й 25,7 року для народжень першої черговості. Втім, попри доволі істотне підвищення середнього віку матері при народженні дитини в Україні, значення цього показника залишається одним із найнижчих серед європейських держав. Ірландія, Іспанія, Італія, Швейцарія є країнами-лідерами щодо віку материнства: у 2019 р. середній вік матері при народженні дитини (усі черговості народження) в цих країнах перевищував 32 роки. Високими показниками також виділялися Греція (31,7 року), Нідерланди (31,6 року), Португалія (31,6 року). Середній вік матері при народженні дитини в Україні помітно поступається показникам, притаманним багатьом східноєвропейським країнам. Зокрема, в Угорщині, Польщі, Словаччині цей показник наближається до 30-річної межі, а в Чехії вже її перетнув. Зауважимо, що в 2019 р. в усіх європейських країнах середній вік матері при народженні дитини перевищував показник 2010 р. (рис. 3.8).

Значних змін у роки незалежності України зазнала й така характеристика народжуваності, як черговість народження. У перший виділений нами період (1990-ті роки) частка первістків невинно зростала й у 2001 р. вона піднялася до 60 %, а от питома вага другої, третьої та всіх наступних черговостей народження поступово знижувалася. Поліпшення соціально-економічної ситуації в країні, підвищення рівня життя населення, а також запровадження вагової грошової допомоги при народженні дитини, сприяли тому, що в другому періоді (2002—2012 рр.) тенденція змінилася на зворотну: почалось зростання часток дітей другої та наступних черговостей народження, хоча темпи змін були різними в різні роки та для різних черговостей. Ця тенденція продовжилася й на початку третього періоду — у 2013 і 2014 рр., коли рівень народжуваності вже знижувався. Структура народжуваності за черговістю народження є доволі чутливою до змін умов дітонародження: значне їх погіршення, зазвичай, супроводжується відкладанням народження дітей або переглядом дітородних планів у бік обмеження кількості дітей у сім'ї. Політична напруженість, воєнний конфлікт на Сході

²³ Розрахунки здійснено на основі коефіцієнтів народжуваності для однорічних вікових груп, таким чином, вони можуть відрізнятися від показників Державної служби статистики України.

3.1. Динаміка рівня та структури народжуваності

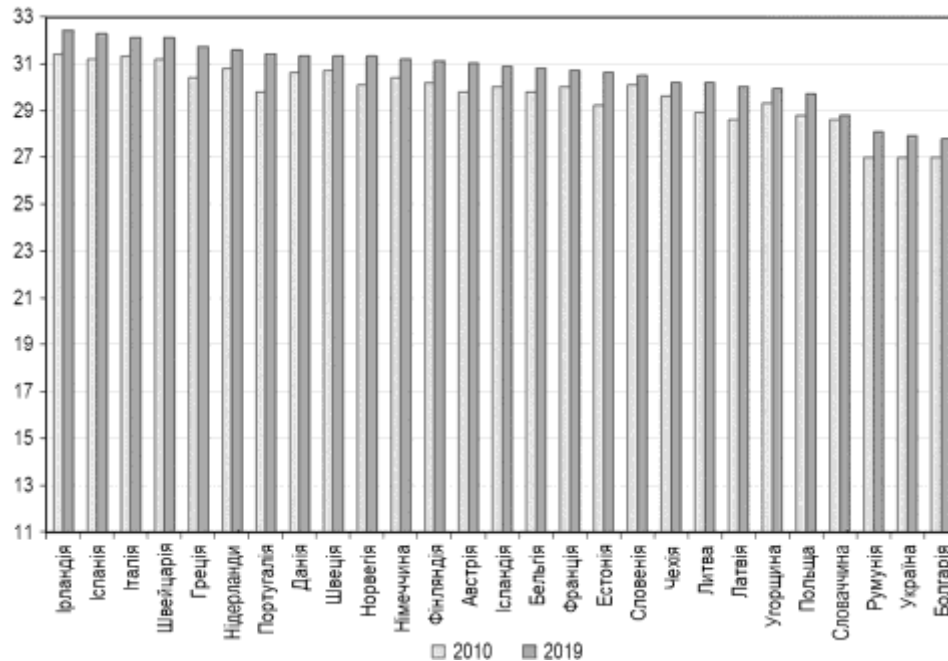


Рис. 3.8. Середній вік матері при народженні дитини в 2010 і 2019 рр. в Україні та країнах Європи, років

Джерело: European Commission. Eurostat. Database. — <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

країни, розгортання економічної кризи позначилися на структурі народжуваності 2015—2016 рр., коли різко зросла частка первісток (табл. 3.3). Втім у 2017 р. зменшення частки первісток серед народжених відновилося.

Таблиця 3.3. Структура народжених за черговістю їх народження в Україні, % сукупності народжених відповідного року

Рік	Перші	Другі	Треті	Четверті	П'яті й наступної черговості
1992	55,9	32,0	7,8	2,3	2,1
2001	60,0	29,6	6,4	2,0	2,0
2006	56,8	32,6	6,9	1,9	1,7
2010	50,9	35,2	9,3	2,6	2,0
2012	48,2	36,1	10,5	3,0	2,3
2013	47,1	36,4	10,9	3,2	2,5
2014	46,6	36,6	11,0	3,2	2,6
2015	49,5	35,0	10,0	2,9	2,6
2016	49,1	35,1	10,2	3,0	2,6
2017	47,7	36,2	10,3	3,1	2,7
2018	46,9	36,5	10,6	3,1	2,9
2019	46,9	36,3	10,7	3,1	3,0

Джерело: розрахунки за даними Державної служби статистики України

Розділ 3. Тенденції та структурні особливості народжуваності в Україні

В Україні частка первістків значно перевищує питому вагу дітей другої черговості, яка коливається в межах 35—36 %. Структура народжених за черговістю народження у молодих жінок вирізняється дещо більшою часткою первістків і меншими частками дітей третьої та подальших черговостей народження.

Низку зазначених раніше характеристик другого демографічного переходу доповнює зростання позашлюбної народжуваності, батьківство поза шлюбом (у консенсуальних шлюбах, серед одиноких матерів)²⁴. В Україні в останні роки кожна п'ята дитина народжується у матерів, які не перебувають в офіційному шлюбі. Існує закономірність змін частки позашлюбних народжень залежно від віку матері: до 26 років частка позашлюбних народжень серед народжених у жінок певного віку стрімко зменшується, у жінок у віці 27—41 рік — зростає, але після 42 років знову знижується. У жінок у віці 15—19 років майже половина усіх народжень є позашлюбними (зауважимо, що ця репродуктивна група жінок є неоднорідною, зокрема перехід до 18-річної вікової групи супроводжується різким спадом питомої ваги народжень поза шлюбом, досить високі темпи зниження частки таких народжень простежуються також при підвищенні віку до 20 років); у жінок у віці 20—24 роки питома вага таких народжень не перевищує 20 %; у жінок у віці 25—29 років частка позашлюбних народжень є найнижчою — близько 16 %, а от у 40-річних жінок вона піднімається до рівня 30 %.

Таким чином, у тридцятирічній історії незалежності України можна виокремити три періоди змін у народжуваності: 1991—2001 рр. — період стрімкого падіння дітородної активності, спричиненого трансформаційною кризою, 2002—2012 рр. — період зростання інтенсивності народжуваності як відгук на певне поліпшення соціально-економічної ситуації в країні та впровадження заходів пронаталістської політики, 2013 — 2021 рр. — період зниження рівня народжуваності, пов'язаного насамперед із розгортанням економічної кризи та політичною напруженістю в країні. В останні роки Україні притаманний найнижчий у Європі рівень народжуваності. Трансформація вікової народжуваності відбувається у бік «постаріння» материнства, що підтверджується вагомих збільшенням внеску в сумарну народжуваність жінок середнього і старшого репродуктивного віку, зміщенням лідерської позиції щодо інтенсивності народжень від жінок у віці 20—24 роки до 25—29-річних жінок, зростанням середнього віку матері при народженні дитини, у тому числі й середнього віку матері при народженні первістка. У цілому зазначені зміни в народжуваності відповідають загальноєвропейським тенденціям, але мають певні особливості, спричинені значним відставанням нашої країни у трансформаційному процесі демографічного розвитку.

²⁴ Lesthaeghe R. The Unfolding Story of the Second Demographic Transition // Population Studies Center Research Report. 2010.

3.2. Внесок допоміжних репродуктивних технологій у народжуваність

3.2. Внесок допоміжних репродуктивних технологій у народжуваність

В умовах прогнозованого скорочення чисельності населення, демографічного старіння та посилення економічного навантаження на працездатне населення, зростає потреба збереження репродуктивного потенціалу країни та поліпшення репродуктивного здоров'я населення. Україна належить до групи країн із наднизькою народжуваністю — за даними Eurostat, сумарний коефіцієнт народжуваності у 2019 р. становив лише 1,14²⁵. Попри поступове зниження материнської та перинатальної смертності, ці показники досі є чи не найвищими в Європі. Крім того, в Україні зареєстрували понад 50 тис. жінок та чоловіків, які страждають від безпліддя, щороку вперше діагностують майже 13 тис. таких випадків²⁶.

Зменшення репродуктивного потенціалу України відбувається через зниження природної плідності, зумовлене поширенням безпліддя, а також через зменшення соціальної плідності внаслідок відкладання народження дітей та поширення свідомої бездітності. Допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) як інструмент лікування безпліддя на сьогодні є одним із вагомих чинників збереження репродуктивного потенціалу нації. На фоні відкладання дітонародження та зміщення пріоритетів із батьківства у бік інших соціальних субститутів ДРТ дають змогу забезпечити народження дітей у сім'ях, які мають усвідомлену потребу в материнстві та батьківстві, але з тих чи інших причин не можуть її реалізувати. За підрахунками вчених, із використанням ДРТ у світі уже народилось понад 8 млн дітей²⁷, причому щороку ця чисельність стрімко зростає.

Запит на використання ДРТ в Україні є досить високим та повністю не реалізованим: показники безпліддя в рази перевищують можливості медичної інфраструктури, яка працює з допоміжними репродуктивними технологіями. Зокрема, в 2019 р. було розпочато дещо більше 37 тис. лікувальних циклів за допомогою ДРТ, причому безплідних пар зареєстрували майже вдвічі більше²⁸. Необхідно враховувати, що на один випадок безпліддя доволі часто припадає кілька лікувальних циклів. Зараз не кожна пара, в якій діагностовано безпліддя, може скористатися ДРТ, з огляду на їх високу вартість. Запит на такі послуги задовольняється переважно через комерційні установи, частка лікувальних циклів, які підтримуються державою, є досить малою — менше 2 %.

У країні досі не прийнято нової програми «Репродуктивне здоров'я нації», остання програма діяла до 2015 р., програму на 2017—2021 рр. не

²⁵ European Commission. Eurostat. Database. [E-resource]. Access mode: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

²⁶ З 2018 р., згідно з наказом МОЗ України № 1802 від 04.10.2018 р., моніторинг більше не проводиться.

²⁷ Fauser BCJM. Towards the global coverage of a unified registry of IVF outcomes // Reprod Biomed Online 2019. Vol. 38, Is, 2, February 01, 2019.

²⁸ Інформаційно-статистичний довідник про допоміжні репродуктивні технології в Україні. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://medstat.gov.ua/ukr/MMXIX.html>. Назва з екрана.

Розділ 3. Тенденції та структурні особливості народжуваності в Україні

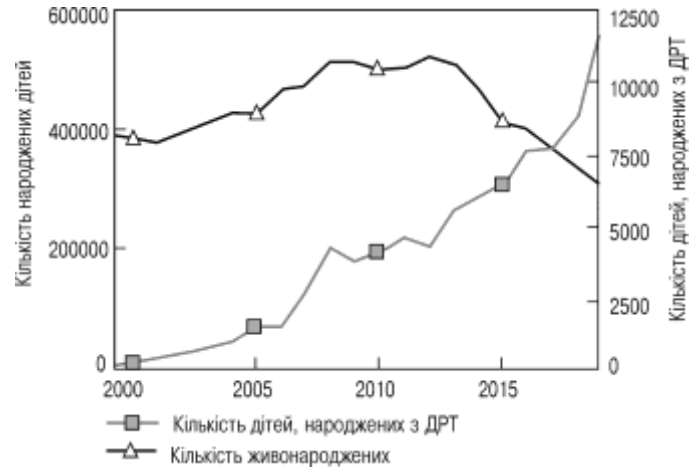


Рис. 3.9. Динаміка чисельності дітей, народжених із використанням ДРТ, та кількості живонароджених в Україні в 1999—2019 рр.

Джерело: дані Центру медичної статистики МОЗ України та Державної служби статистики України

ухвалили. Досі немає закону, який би врегулював відносини у сфері застосування ДРТ. У вересні 2021 р. парламент України зняв з розгляду законопроект «Про допоміжні репродуктивні технології».

Можемо відзначити такі тенденції у сфері використання репродуктивних технологій упродовж останніх 20 років:

- збільшення кількості закладів, які надають послуги із використання ДРТ;
- зниження економічної доступності ДРТ;
- збільшення кількості розпочатих циклів та кількості живонароджених із використанням ДРТ;
- підвищення ефективності застосування ДРТ;
- зміна вікової структури використання ДРТ на користь старших жінок.

За допомогою ДРТ за період 1999—2019 рр. народилося 82,9 тис. дітей. Причому на тлі значного скорочення народжуваності відбувається збільшення кількості дітей, які народились із використанням ДРТ (рис. 3.9).

У 2019 р. частка дітей, народжених із використанням ДРТ, становила 3,8 % загальної чисельності народжених. Цей показник впродовж останніх десяти років зріс майже у 5 разів.

У відповідь на зростання запиту населення на використання допоміжних репродуктивних технологій збільшується чисельність медичних закладів, які надають такі послуги. Три чверті усіх лікувальних циклів припадає саме на п'ять міст: Київ, Львів, Одесу, Дніпро та Харків. Хоча в країні існує значний запит на використання ДРТ, проте існує низка бар'єрів, які стоять на заваді. Серед них: географічна доступність закладів та економічна спроможність громадян купувати такі послуги.

3.2. Внесок допоміжних репродуктивних технологій у народжуваність



Рис. 3.10. Динаміка кількості медичних закладів, які використовують ДРТ, офіційно зареєстровані та подають звітність, у 2001—2020 рр.²⁹

Джерело: дані Центру медичної статистики МОЗ України

За даними Центру медичної статистики МОЗ, у 2020 р. в Україні працювало 50 закладів, які використовують допоміжні репродуктивні технології. Тобто за 20 років кількість таких установ збільшилась більше, ніж у вісім разів (рис. 3.10).

За період 2015—2020 рр. в Україні кількість клінік, які використовують ДРТ, збільшилась із 38 до 50, тобто майже на чверть. Варто зазначити, що з них 30 клінік (станом на 2015 р.) та 38 клінік (станом на 2020 р.) функціонували у великих містах.

Станом на початок 2021 року 3/4 закладів розміщені в п'яти найбільших містах. Впродовж усього аналізованого періоду частка репродуктивних клінік поза великими містами зроста всього на 3 %. Структуру розподілу ДРТ-центрів за регіонами станом на 1 січня 2020 р. подано на рис. 3.11 (див. вклейку).

Незважаючи на постійне збільшення кількості закладів, вони нерівномірно розподілені територією України та тяжіють до окремих міст. Основним центром репродуктології є Київ, в якому сконцентровано 38 % репродуктивних клінік (табл. 3.4).

Серед великих міст протягом аналізованого періоду найбільший приріст у чисельності лікувальних закладів, які використовують ДРТ, демонструють Львів (66 %) та Дніпро (50 %),

Таблиця 3.4. Кількість репродуктивних клінік у великих містах України у 2015—2020 рр.

Місто	Кількість закладів, які працюють з ДРТ		
	2015/2016	2019/2020	Приріст, %
Київ	15	19	26,7
Харків	5	5	0,0
Дніпро	2	3	50,0
Одеса	5	6	20,0
Львів	3	5	66,7

²⁹ Необхідно наголосити, що звіти подаються ретроспективно і зазвичай відображають результати попереднього року.

Розділ 3. Тенденції та структурні особливості народжуваності в Україні

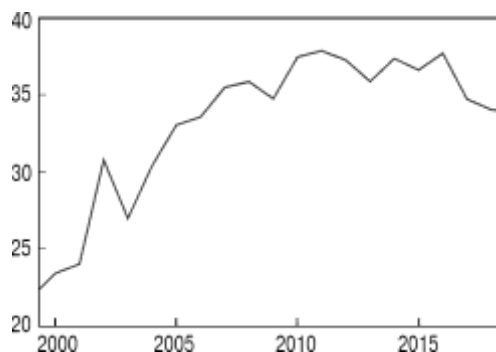


Рис. 3.12. Динаміка частоти клінічних вагітностей на 100 розпочатих циклів із використанням ДРТ в Україні у 1999—2019 рр.

Джерело: дані Центру медичної статистики МОЗ України

чисельність клінік у Києві зросла трохи більше, ніж на чверть, у Дніпрі — на 1/5, у Харкові кількість закладів залишається стабільною.

Зазначимо, що у 2020 р. заклади, які використовують ДРТ, працювали в 13 обласних центрах та Києві, тобто жителі майже половини областей не мали змоги отримати такі послуги у своєму регіоні. Причому в семи обласних центрах працюють лише по одній клініці, які використовують ДРТ. Такий стан справ не сприяє доступності ДРТ для населення та здорожчує вартість надання послуг.

Географічний чинник істотно впливає на доступність ДРТ для населення. Зокрема, в США 18 млн жінок дітородного віку не мають доступу до репродуктивних клінік у своїх регіонах, а в семи млн жінок є доступ лише до однієї клініки в регіоні³⁰. Водночас дані досліджень австралійських учених доводять, що для жінок, які проживають у малих містах та у віддалених районах, доступність ДРТ є на 12,3 % нижчою в порівнянні із жінками з великих міст³¹.

Не менш важливим показником, який ілюструє масштаби використання ДРТ, є показник кількості реалізованих репродуктивних циклів. Протягом 1999—2019 рр. він збільшився в Україні майже у 30 разів.

Ми розрахували, що на початок 2020 р. показник кількості ДРТ циклів становить 1132 цикли на один мільйон населення. Європейське товариство репродуктології і ембріології³² визначає загальну потребу в ДРТ — прове-

³⁰ Harris J.A., Menke M.N., Haefner J.K., Moniz M.H., Perumalswami C.R. Geographic access to assisted reproductive technology health care in the United States: a population-based cross-sectional study// *Fertil Steril*. 2017. [E-resource]. Access mode: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.02.101>. Title from the screen.

³¹ Socio-economic disparities in access to assisted reproductive technologies in Australia. / [K. Harris, H. Burley, R. McLachlan та ін.] // *Reproductive BioMedicine Online*. 2016. Vol. 33. Is. 5. [E-resource]. Access mode: <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2016.07.012>. Title from the screen.

³² Офіційний сайт цієї установи — <https://www.eshre.eu/>

3.2. Внесок допоміжних репродуктивних технологій у народжуваність

дення лікування для 1500 пар у розрахунку на один мільйон населення, що відповідає нормативам ВООЗ.

Висока вартість ДРТ є одним з основних бар'єрів для вирішення проблем безпліддя. У країнах із низьким рівнем добробуту пацієнти зазвичай самостійно оплачують лікування безпліддя, бо в держави на це немає коштів. Хоча вартість лікування варіюється залежно від країни, проте для пересічних громадян вона досі залишається високою. Науковцями доведено, що тільки в тих країнах, де видатки пацієнтів на використання ДРТ є мінімальними, майже повністю вдалося задовольнити запит на лікування безпліддя³³. Наприклад, американські вчені довели, що наслідком зниження вартості ДРТ на 10 % може стати збільшення частоти їх використання на 30 %³⁴.

В Україні основним надавачем послуг ДРТ, як наголошувалося вище, є приватні клініки, а фінансування лікування процедур за бюджетний кошт дуже обмежене. Зокрема, фінансова доступність ДРТ в Україні є дещо нижчою, ніж у країнах Євросоюзу (розрахунки здійснено на основі даних щодо середньої заробітної плати двох членів родини). Згідно з підрахунками, в Україні витрати на цикли ДРТ у 6—10 разів вищі, ніж середній дохід родини, тоді як у країнах Європи цей показник є значно меншим. Також вчені відзначили істотне зростання вартості використання одного з найпопулярніших методів ДРТ на 22—54 %, яке відбулось здебільшого за рахунок підвищення цін на ринку медичних послуг³⁵. За результатами інших досліджень, вартість одного циклу в Україні є майже в десять разів меншою, в порівнянні з США, проте в Україні один цикл коштує приблизно як середньорічна заробітна плата найманого працівника. Це відчутно зменшує доступність ДРТ³⁶.

Для успішності застосування ДРТ важливим є вік жінки. У разі лікування у віці високої плідності (до 40 років) підвищується ймовірність швидше завагітніти та народити здорову дитину. Це також дає змогу скоротити кількість спроб, необхідних для зачаття, що, у свою чергу, сприяє зниженню вартості лікування.

В Україні за останніх 15 років помітно змінилась вікова структура жінок, які використовують методи ДРТ, у бік «старішання» (рис. 3.13).

Наприклад, якщо у 2004 р. 90 % жінок, які проходили лікування, були у віці до 40 років, то у 2019 р. цей показник знизився до 78,5 %. Причому вдвічі зменшилась частка жінок, які використовують ДРТ у віці до 25 років (з 5,9 до 2,6 % відповідно). Водночас поширеність використання ДРТ у ві-

³³ The economic impact of assisted reproductive technology: a review of selected developed countries / [C. Georgina M., S. Elizabeth A., I. Osamu and other] // *Fertility and Sterility*. 2009. [E-resource]. Access mode: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.04.029>. Title from the screen.

³⁴ Connolly M., Hoorens J., Chambers G.M. The costs and consequences of assisted reproductive technology: an economic perspective // *Hum. Reprod. Update*. 2010. V. 16. Is. 6. [E-resource]. Access mode: <https://doi.org/10.1093/humupd/dmq013>. Title from the screen.

³⁵ The trends of assisted reproductive technologies and cost for ovarian stimulation protocols in Ukraine / O. Zaliska, K. Stasiv, N. Maksymovych, Y. Hrynkiv // *Pharmacia* 67 (4). 2020. [E-resource]. Access mode: doi.org/10.3897/pharmacia.67.e55159. Title from the screen.

³⁶ Думанська В.П. Внесок новітніх репродуктивних технологій у народжуваність в Україні / В.П. Думанська // *Демографія та соціальна економіка*. 2018. № 2. С. 82—93. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/dse_2018_2_8. Назва з екрана.

Розділ 3. Тенденції та структурні особливості народжуваності в Україні

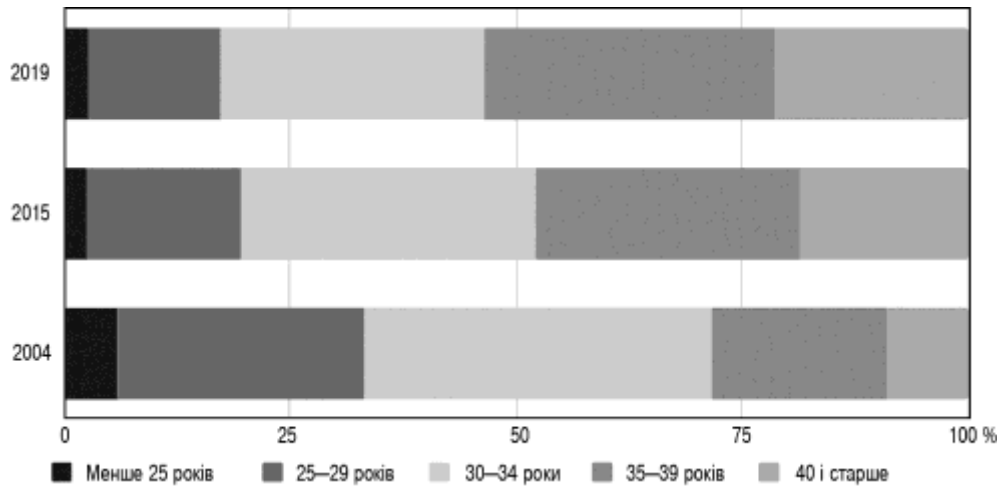


Рис. 3.13. Структура використання ДРТ жінками різного віку в Україні у 2004, 2015 і 2019 рр.

Джерело: дані Центру медичної статистики МОЗ України

ковій групі 40 років і старше зросла майже у 2,5 разу. Україна, таким чином, демонструє загальносвітовий тренд до відкладення дітонародження, а відповідно й лікування на більш пізні періоди, проте жінки у нашій країні все ж вдаються до лікування в молодшому віці. Очевидно, рання діагностика та лікування безпліддя можуть стати резервом підвищення ефективності дітонароджень із використанням ДРТ.

Загалом, на думку фахівців, застосування ДРТ може справити такий вплив на демографічну ситуацію, як відкладання народження дітей, збільшення кількості багатоплідних пологів, зміна статеві структури населення (за можливості обирати стать ембріона).

СМЕРТНІСТЬ І ТРИВАЛІСТЬ ЖИТТЯ: ДИНАМІКА Й СТРУКТУРНІ ЗРУШЕННЯ

4.1. Загальні тенденції та статеві-вікові особливості смертності й тривалості життя

Тривалість життя є одним із ключових індикаторів не лише стану здоров'я населення, а й загального благополуччя країни. Адже здоров'я через його зв'язок із соціальними й економічними характеристиками населення у кінцевому підсумку є важливим фактором формування суспільного добробуту. У 1991 р., на початку розбудови незалежності держави, позиція України в рейтингу європейських країн за основними показниками життєзбереження була не найкращою: у чоловіків очікувана тривалість життя відставала на 8—10 років від країн Західної Європи, а в жінок — на 4—7 років і становила 64,62 і 74,21 року відповідно (рис. 4.1). У той час, коли у більшості розвинутих європейських країн у другій половині ХХ-го сторіччя спостерігались відчутні позитивні зрушення у динаміці й структурі смертності населення, динаміка основних медико-демографічних процесів в Україні відзначалась довготривалою стагнацією та зниженням показників середньої тривалості життя, починаючи із середини 1960-х років. Станом на 2020 р. новонароджені хлопчики мали шанси прожити 66,39 року, а дівчатка — 74,21 року, тобто за 30 років незалежності Україні вдалося перевищити рівень тривалості життя 1991 р. лише на 1,8 року в чоловіків та на 2 роки у жінок, що навряд чи можна розглядати як велике досягнення.

Рис. 4.1 демонструє також ще одну особливість: якщо в 1991 р. відставання України від розвинених європейських країн було відносно подібним до відповідного відставання, що спостерігалось серед багатьох інших пострадянських і постсоціалістичних країн, то в сучасний період ми помітно відстаємо за рівнем тривалості життя від обох зазначених вище груп країн. Зокрема, у 2019 р. очікувана тривалість життя чоловіків при народженні в Україні була нижчою на 7 років, ніж у Польщі та Чехії, та на 13—14 років — ніж у Данії, Франції та Швеції. У жінок цей розрив лежить в межах від 5 до 9 років.

Тривалість життя відображає не лише поточний демографічний стан країни, а є результатом впливу багатьох факторів як минулого, так і сьогодення. Аналіз причин і передумов істотного відставання України за цим показником від країн Європейського союзу ще далекий від завершення. За 30 років незалежності в динаміці тривалості життя в Україні можна виділити 5 основних періодів (рис. 4.2):

1) 1991—1995 рр. — період гострої демографічної кризи, визначальною ознакою якої стало різке зростання смертності населення й падіння тривалості життя;

Розділ 4. Смертність і тривалість життя: динаміка й структурні зрушення...

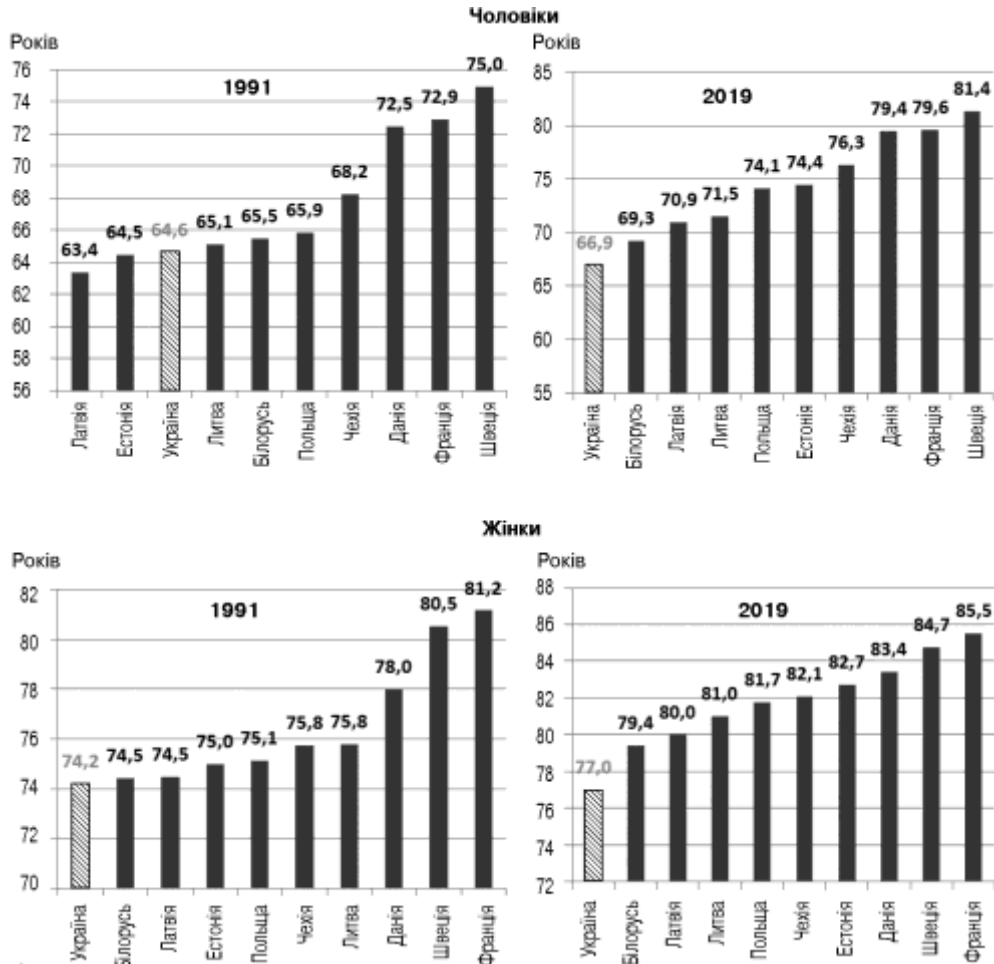


Рис. 4.1. Очікувана тривалість життя при народженні в 1991 та 2019 рр. за статтю в Україні та окремих європейських країнах *

Джерело: для України — дані Державної служби статистики України, для решти країн — дані Human Mortality Database (HMD)

* Для Білорусі та Франції наведено дані за 2018 р.

2) 1996—1998 рр. — короточасне підвищення тривалості життя, в ході якого, однак, її показники не повернулись до рівня 1991 р.;

3) 1999—2007 рр. — стагнація в показниках життєзбереження населення;

4) 2008—2013 рр. — стійке підвищення тривалості життя, яке пригальмувалося з початком військового конфлікту на сході країни;

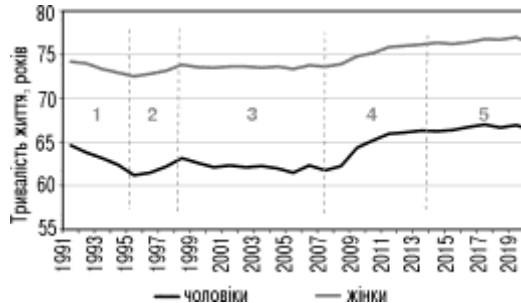
5) 2014 р.—2020 рр. — період нестабільності й коливань під впливом різних факторів, основними з яких були збройний конфлікт на Донбасі та пандемія коронавірусної хвороби COVID-19.

4.1. Загальні тенденції та статеві особливості смертності й тривалості...

Рис. 4.2. Очікувана тривалість життя при народженні в 1991—2020 рр. в Україні за статтю *

Джерело: дані за 1991—2001, 2014—2020 рр. — Державна служба статистики України; за 2002—2013 рр. — ІДСД ім. М.В. Птухи НАН України

* 1, 2, 3, 4, 5 — нумерація періодів, аналітичний опис яких подано в тексті. Тривалість життя у 2015—2020 рр. наведено без урахування даних по Донецькій і Луганській областях, АР Крим та м. Севастополь



Перший період, 1991—1995 рр., як відомо, був часом значних соціально-економічних трансформацій в Україні, що супроводжувалися різким падінням рівня життя населення, зростанням безробіття та посиленням соціально-психологічної невпевненості й дезадаптації населення. На відміну від інших постсоціалістичних країн, які також зазнали системних суспільних трансформацій (Чехія та Польща), в Україні не відбулося швидкого відновлення економіки, і на тлі глибокої соціально-економічної кризи розгорнулася також демографічна криза, яка охоплювала погіршення майже всіх основних показників життєзбереження населення та масштабними втратами населення внаслідок передчасної смертності. Ця криза стала наслідком впливу цілого комплексу факторів, але насамперед — руйнування економічного механізму забезпечення відтворення населення внаслідок різкого погіршення умов життя, неадекватності й неспроможності системи охорони здоров'я вирішити старі й нові медико-демографічні виклики. Стрес, викликаний різкими змінами в суспільному житті, погіршення соціального самопочуття призвели до ще більшого послаблення культури й навичок в царині збереження здоров'я та сприяли поширенню серед населення таких негативних явищ, як зловживання алкоголем, споживання наркотичних речовин, стрімке зростання захворюваності на ВІЛ/СНІД і туберкульоз.

Загалом в умовах соціально-економічних трансформацій перехідного періоду першої половини 1990-х одні групи населення зуміли адаптуватися до нових змін і викликів та зберегти своє здоров'я, а інші — ні. Основними демографічними тенденціями того часу стали різке падіння тривалості життя, загострення проблеми чоловічої надсмертності, негативні зрушення у структурі причин смерті населення. Загалом можна констатувати, що очікувана тривалість життя при народженні в 1991—1995 рр. знизилася в Україні від 64,62 до 61,22 року в чоловіків та від 74,21 до 72,54 року в жінок. Зниження очікуваної «довжини» життя на 3,4 та 1,7 року відповідно за 5-річний період є доволі відчутним, зважаючи на традиційну інерційність демографічних показників у короткостроковій перспективі. У 1995 р. тривалість життя в Україні опустилась до свого найнижчого рівня за весь період після Другої світової війни. Резюмуючи, першу п'ятирічку (1991—1995 рр.) незалежності можна охарактеризувати як найбільш нестабільну щодо цінності здоров'я і життя у суспільному вимірі та найгіршу з точки зору якісних характеристик населення.

Розділ 4. Смертність і тривалість життя: динаміка й структурні зрушення...

Наступні три роки, 1996—1998, відзначилися зміною тенденцій: після різкого зниження тривалість життя зросла на 1,7 року в чоловіків та на 1 рік у жінок. Існують різні думки щодо пояснення таких змін. Одні називають це свідченням того, що зниження тривалості життя вичерпало себе через поступову адаптацію населення до соціально-економічних зрушень; інші наголошують на компенсаторному характері спаду смертності, яке настає після вимирання в роки криз та соціальних потрясінь частини найбільш фізично ослаблених та уразливих континентів населення. Разом з тим позитивна динаміка виявилася короткочасною, і вже з 1998 р. негативні тенденції у смертності й тривалості життя в Україні відновилися.

Період 1999—2007 рр. є доволі тривалим і характеризується стагнацією у тривалості життя, тобто невеликими коливаннями в бік то її збільшення, то зменшення. Це відбувалось в умовах різноспрямованих економічних тенденцій того часу. Так, на початку цього періоду, вочевидь, негативну роль зіграла фінансово-економічна криза 1998 р. Хоча Україні тоді вдалося уникнути дефолту, економічні наслідки кризи були серйозними: девальвація гривні та зростання рівня інфляції, закриття підприємств і різке збільшення кількості безробітних, що не могло не позначитися на демографічних показниках. Натомість у 2005—2006 рр., коли спостерігалось економічне зростання, тривалість життя також підвищилась. Проте у результаті за 9 років таких коливань зміни у тривалості життя виявилися невеликими: показник для чоловіків зменшився лише на 0,8 року, а для жінок — збільшився на 0,1 року.

Після затяжного періоду стагнації в Україні у 2008—2013 рр. розпочався підйом тривалості життя. Він був більш відчутим, ніж у 1996—1998 рр., і це давало надію на початок серйозних позитивних зрушень у сфері життєзбереження. Зокрема, очікувана тривалість життя при народженні виросла у 2008—2013 рр. від 62,29 до 66,32 року серед чоловіків та від 73,93 до 76,20 року серед жінок, тобто на 4 і 2,3 року для чоловіків і жінок відповідно. Як і з періодом 1996—1998 рр., досі немає єдиного пояснення щодо перелому довготривалих негативних тенденцій попередніх років, адже у 2008—2009 рр. Україна відчутно постраждала від нової фінансово-економічної кризи. Проте лише за один рік, у 2009 р. порівняно з 2008 р., тривалість життя чоловіків виросла на 2,1 року, жінок на 0,9 року. І саме в 2009—2010 рр. тривалість життя в Україні нарешті не лише «повернулась» до її рівня в 1991 р. та відновила втрачені позиції, а й перевищила цей рівень.

Однією з гіпотез є сприятливий вплив змін в алкогольній політиці 2007—2008 рр., зокрема підвищення акцизів і відповідно цін на алкогольні напої. Такі зрушення призвели до зменшення споживання алкоголю і, як наслідок, до зменшення рівня смертності, причому не лише від причин, безпосередньо пов'язаних із зловживанням алкоголем, але й від причин, що опосередковано впливають на підвищений ризик передчасної смерті. Натомість опоненти алкогольної «гіпотези» наголошують на тому, що ефект впливу податкових змін на рівень споживання алкоголю зазвичай є короткочасним, і населення швидко адаптується до нових цін на алкоголь, хоча зміни у структурі споживання алкогольних напоїв є більш стійкими. Загалом роки 2008—2013 рр. виявилися найсприятливішими із 30-річного

4.1. Загальні тенденції та статево-вікові особливості смертності й тривалості...

досліджуваного періоду щодо динаміки тривалості життя в Україні. Як вже зазначалось, саме в цей час було досягнуто той її рівень, який спостерігався після здобуття Україною незалежності в 1991 р., і розпочалося підвищення показників тривалості життя.

Цілком імовірно, що потенціал зростання тривалості життя був ще не вичерпаний, коли в 2014 р. у чоловіків це зростання припинилось. Однак початок воєнного конфлікту на сході України та пов'язані з ним втрати цивільного населення і військових, вимушені переміщення великої кількості населення, загальна політична й соціально-економічна нестабільність стали на заваді подальших сприятливих змін у тривалості життя. У 2020 р. додався ще фактор пандемії COVID-19, і вплив саме цього фактору виявився найсильнішим. Якщо період з 2014 р. до початку 2020 р. можна охарактеризувати як період нестабільності й коливань із переважним впливом політико-економічних факторів, то у 2020 р. додався фактор невизначеності в розвитку епідемічної ситуації та слабкість і невідповідність існуючої системи охорони здоров'я швидко та адекватно реагувати на нові виклики, викликані пандемією COVID-19. Вперше за багато десятиліть країна та її система охорони здоров'я була змушена звертатися до політики карантинної ізоляції та інших обмежень на національному рівні, щоб стримати поширення вірусу. Варто зауважити, що Україна мала «свіжий» досвід епідемії туберкульозу і ВІЛ/СНІДу та боротьби із цими небезпечними інфекційними захворюваннями, однак їх вплив на стан здоров'я і смертність населення не був настільки масовим і настільки швидким у часі, як у випадку з коронавірусною хворобою COVID-19.

У 2019 р. тривалість життя в Україні була вищою на 0,6—0,7 року порівняно з 2014 р., проте наступного року відбулося її нове, доволі відчутне, падіння. Зокрема, у 2020 р. очікувана тривалість життя при народженні порівняно з попереднім роком знизилася на 0,5 року в чоловіків та на 0,8 року в жінок, при цьому основна частина цього зниження (0,49 року для обох статей) була викликана саме смертністю від COVID-19. Вперше за досліджуваний 30-річний період саме інфекційне захворювання зіграло провідну роль у змінах тривалості життя і переважило вплив таких класів «важковаговиків», як хвороби системи кровообігу та зовнішні причини, смертність від яких традиційно найбільше визначає і формує траєкторію тривалості життя в нашій країні.

Ще одним фактором, який може впливати на розрахунки тривалості життя, є якість демографічної статистики. Через довготривалу відсутність перепису населення після 2001 р. та проблеми з обліком переміщень населення, поточні оцінки чисельності населення можуть відрізнятися від реальних показників, і ці відмінності, ймовірно, з кожним роком посилюються, що може в одних випадках занижувати, а в інших — завищувати демографічні показники. Тож позитивні зміни у тривалості життя в 2008—2013 рр. можуть виявитись до певної міри й артефактом, беручи до уваги наявні проблеми якості демографічної статистики.

Як вже зазначалося, існують помітні відмінності в показниках дожиття населення України та розвинутих європейських країн, але ця різниця скорочується з віком. Якщо новонароджений в Україні у 2019 р. мав шанси про-

Розділ 4. Смертність і тривалість життя: динаміка й структурні зрушення...

жити на 14,4 року менше ніж у Швеції, то 40-річний чоловік — на 12,4 року менше. Різниця між очікуваною тривалістю життя 60-річних українця і шведа стає ще меншою — лише 8,2 року, а в 70 років вона скорочується до 5,4 року. Це відбувається тому, що основні втрати тривалості життя в Україні припадають на працездатний вік, в результаті чого значна частина населення не доживає до пенсійного віку. Це стосується насамперед чоловіків.

Проблема чоловічої надсмертності почала формуватися в Україні ще за радянських часів і значно поглибилась у 1990—2000 роки. Тоді після успішної боротьби з інфекційними хворобами в Україні, як і в багатьох інших республіках колишнього СРСР, не відбулося так званої другої епідеміологічної революції, наслідком якої у розвинутих європейських країнах стало встановлення контролю над неінфекційними захворюваннями і витіснення смертей від них у старші вікові групи. Ознакою «незавершеного санітарного (епідеміологічного) переходу» в Україні в 1990-х роках було збереження високого рівня смертності внаслідок зовнішніх дій та низький вік смерті за більшістю класів причин смерті, особливо в чоловіків. Як наслідок, у 1991 р. розрив у показниках тривалості життя чоловіків і жінок (при народженні) в Україні становив 9,6 року і досягнув майже 12 років у 2005 р. Підйом у тривалості життя у 2008—2013 рр. супроводжувався скороченням розриву між показниками чоловіків та жінок, але з початком воєнного конфлікту на Донбасі у 2014 р. цей позитивний тренд перервався.

Як видно на рис. 4.3, із представлених 10 європейських країн у 1991 р. в усіх пострадянських країнах спостерігалася значна різниця у тривалості

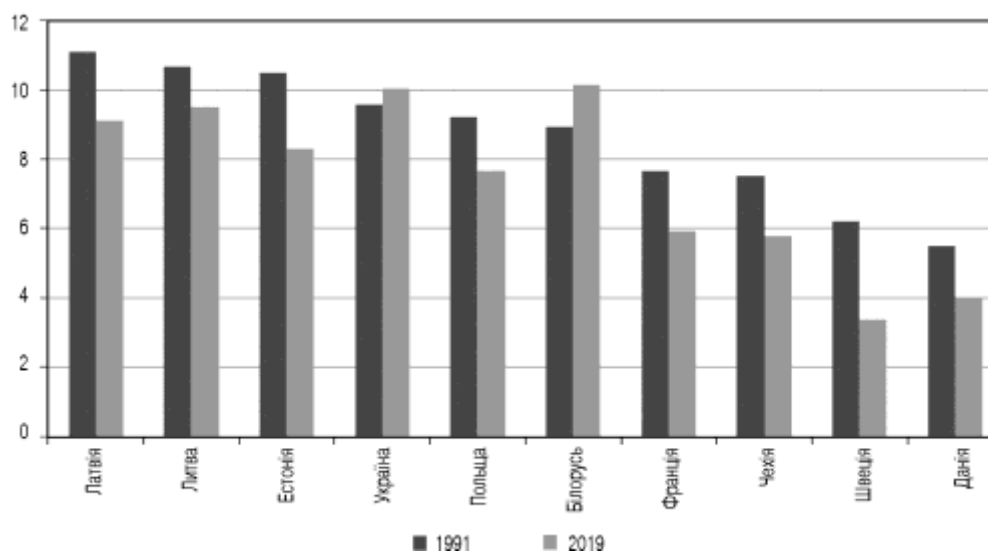


Рис. 4.3. Різниця у тривалості життя чоловіків та жінок в Україні й окремих європейських країнах у 1991 та 2019 рр., років *

Джерело: для України — дані Державної служби статистики України, для решти країн — дані Human Mortality Database (HMD);

* для Білорусі та Франції наведено дані за 2018 р.

4.1. Загальні тенденції та статеві-вікові особливості смертності й тривалості...

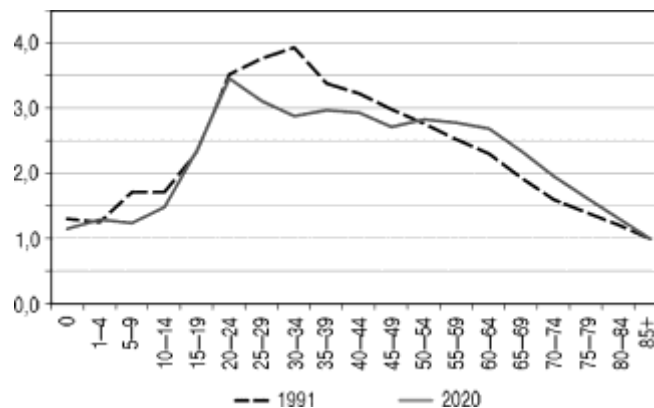


Рис. 4.4. Повікові індекси надсмертності чоловіків в Україні в 1991 та 2020 рр. (ймовірність померти для жінок = 1)

Джерело: розрахунки зроблено за даними: 1991, 1995, 2020 рр. — Державна служба статистики України, 2013 р. — ІДСД ім. М.В. Птухи НАН України

життя чоловіків та жінок: вона була майже удвічі більша, ніж у Швеції та Данії. Однак у 2019 р. в більшості країн ця різниця значно скоротилася. Лише в двох країнах, Україні та Білорусі, цей розрив не лише не зменшився, а й збільшився. Зокрема, того року різниця у тривалості життя за статтю становила в Україні 10,1 року, тоді як у Швеції — лише 3,4 року, Франції — 5,9 року, Польщі — 7,6 року.

Існуючий на сьогодні режим вимирання населення в Україні відзначається дуже значним перевищенням показників смертності чоловіків над жінками в інтервалі працездатного віку. Так, імовірність померти для чоловіків у віці від 20 до 50 років у 3—4 рази вища ніж у жінок. Якщо в дитячому віці (до 10 років) індекс надсмертності чоловіків становив у 2020 р. в середньому 1,3 разу, то у 20—24 роки — 3,5 разу, 25—29 та у 30—34 роки — 3 рази. Рис. 4.4 свідчить, що за 30-річний період, що аналізується, «горб» чоловічої надсмертності у 20—50 років зберігся, але його форма стала пологішою. Це відбулося, з одного боку, за рахунок відчутного зниження надсмертності у 25—39 років і дещо меншого — у 10—14 років. Натомість у старшому віці відбулося деяке підвищення індексів надсмертності чоловіків через те, що смертність жінок у віці 60 років і старше за цей період знизилась, а у чоловіків — майже не зазнала змін.

Оскільки соціально-економічні умови життєдіяльності чоловіків та жінок в Україні сильно не відрізняються, якість та доступність медичного обслуговування для жінок навряд чи ефективніша порівняно із чоловіками, оскільки є підстави вважати, що чоловіча надсмертність в Україні є наслідком більшої поширеності нездорового способу життя, схильності до ризикованої поведінки та менш відповідального, порівняно із жінками, ставлення до власного здоров'я. Варто зазначити, що роль економічних чинників є дуже важливою, проте, як відомо, зв'язок між доходами і тривалістю життя не є лінійним. Такі фактори, як спосіб життя та поведінка роблять свій потужний внесок у залежність між економічним добробутом та смерт-

Розділ 4. Смертність і тривалість життя: динаміка й структурні зрушення...

ністю. Є підстави вважати, що саме поведінкові чинники значною мірою «відповідальні» за розрив у показниках смертності чоловіків працездатного віку в Україні та країнах Європейського Союзу. Адже в середньому 75 % смертей у працездатному віці відбувається в Україні через хронічні захворювання неінфекційного характеру, тобто хвороби, більшість з яких пов'язана зі способом життя.

У таблицях 4.1 та 4.2 представлено ймовірності померти чоловіків та жінок у вікових інтервалах 1—20, 20—40, 40—60 та 60—80 років в Україні та окремих європейських країнах у 2019 р. Як бачимо, в Україні всі розраховані порогові ймовірності померти є найвищими, як для чоловіків, так і

Таблиця 4.1. Ймовірність померти чоловіків в інтервалі віку 1—20, 20—40, 40—60 та 60—80 років у 2019 р. в Україні та окремих європейських країнах, у розрахунку на 1000 осіб *

Країна	Із кожної 1000 чоловіків, які дожили до початку вікового інтервалу, померло			
	від 1 до 20 років	від 20 до 40 років	від 40 до 60 років	від 60 до 80 років
Швеція	3	13	44	307
Данія	3	11	62	372
Франція	3	16	78	336
Чехія	4	17	88	475
Польща	4	27	131	511
Естонія	4	21	126	522
Білорусь	5	37	200	663
Латвія	5	37	177	594
Литва	5	39	173	583
Україна	7	55	239	720

* Для Білорусі та Франції використано дані за 2018 р.

Джерело: авторські розрахунки за даними: Україна — Державна служба статистики України, решта країн — Human Mortality Database (HMD)

Таблиця 4.2. Ймовірність померти жінок в інтервалі віку 1—20, 20—40, 40—60 та 60—80 років у 2019 р. в Україні та окремих європейських країнах, у розрахунку на 1000 осіб *

Країна	Із кожної 1000 жінок, які дожили до початку вікового інтервалу, померло			
	від 1 до 20 років	від 20 до 40 років	від 40 до 60 років	від 60 до 80 років
Естонія	3	10	47	264
Швеція	2	7	30	219
Білорусь	2	12	68	364
Чехія	2	8	43	289
Данія	2	6	38	260
Литва	3	12	60	299
Латвія	4	13	71	324
Франція	2	7	41	186
Польща	3	7	52	302
Україна	4	18	91	453

* Для Білорусі та Франції використано дані за 2018 р.

Джерело: авторські розрахунки за даними: Україна — Державна служба статистики України, решта країн — Human Mortality Database (HMD)

4.1. Загальні тенденції та статево-вікові особливості смертності й тривалості...

для жінок. Найбільші відмінності спостерігаються для вікового інтервалу 40—60 років. Зокрема, із кожної тисячі 40-річних чоловіків до віку 60 років помирало 44 особи у Швеції, 131 — у Польщі та 239 — в Україні, а для жінок ці показники становили відповідно 30, 52 та 91. Тобто в Україні втрати передчасно померлими у віці від 40 до 60 років вищі ніж у Швеції, у 5 разів серед чоловіків та утричі серед жінок. Порівняно із Польщею цей розрив між показниками становить майже два рази для обох статей.

Відмінності у показниках ймовірності померти в інтервалі віку від 20 до 40 років також є істотними: українські чоловіки, які досягнули 20 років, помирають, не доживши до 40 років, у 4 рази частіше ніж у Швеції та удвічі частіше ніж у Польщі, а у жінок ці відмінності становлять 2,5—2,7 разу.

Високий рівень смертності у працездатному віці є головною причиною низької тривалості життя в Україні. Смертність дорослого населення України упродовж тривалого часу не лише не знижувалась, а зростала досить швидкими темпами, хоча в останні роки цей процес загальмувався. На рис. 4.5 зображено повікові табличні числа померлих $d(x)$, взяті із таблиць смертності та середньої очікуваної тривалості життя чоловіків в Україні в 1991, 1995, 2008, 2013 та 2020 рр. Порівняння відповідних кривих дає змогу простежити основні зміни, що відбувалися у повіковому профілі смертності упродовж досліджуваного 30-річного періоду.

Так, у першій половині 1990-х років зростання смертності в Україні торкнулося дитей віком до 1 року та всіх вікових груп трудоактивного населення, але найсильніше — чоловіків віком 35—49 років, тоді як у віці 80 років і старше, навпаки, відбулося деяке зменшення табличного числа смертей. Зокрема, у 1995 р. табличні числа померлих чоловіків у віці 35—49 років були в середньому в 1,4—1,6 разу вищі ніж у 1991 р. Окрім цього, на кривій для 1995 р. порівняно з 1991 р. видно зміщення модального віку в розподілі табличного числа померлих чоловіків у лівий бік, тобто в бік молодших вікових груп, що свідчить про омолодження модального віку смертей у той період.

Порівняння повікового розподілу табличного числа смертей у чоловіків в 1995 та 2008 рр. вказує на дуже значне зниження смертності в дитячому віці, більш помірне — у молодому віці та незначне — у віці від 40 до 60 років. Однак загалом в інтервалі дорослого віку криві 1995 та 2008 рр. виглядають дуже схожими. Натомість повікові криві табличного числа померлих 1995 і 2013 рр. значно відрізняються. У 2013 р. порівняно з 1995 р. відбулося, по-перше, істотне скорочення дитячої смертності; по-друге, зменшення смертності упродовж усього вікового інтервалу від 15 до 60 років, але найбільше — у віці 40—60 років.

Крива 2020 р. дуже подібна до кривої 1991 р.: фактично повіковий розподіл табличного числа померлих чоловіків повернувся на позицію 30-річної давності. Виняток становить смертність у дитячому й молодому віці (до 30 років), показники якої є помітно нижчими у 2020 р. ніж у 1991 р. Варто зазначити, що значні коливання чисел смертей у чоловіків в 2013 та 2020 рр. (у вигляді так званих зубців) можуть бути наслідком коливань імо-

Розділ 4. Смертність і тривалість життя: динаміка й структурні зрушення...

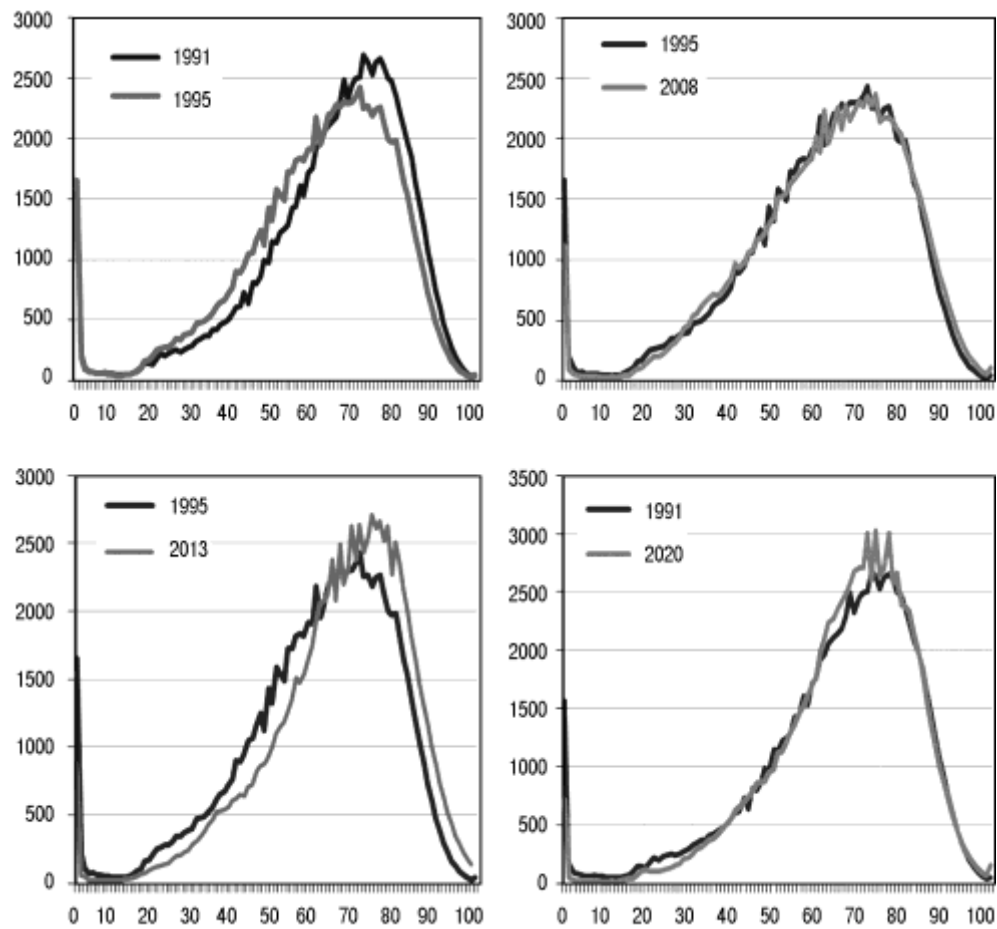


Рис. 4.5. Повікові табличні числа смертей $d(x)$ чоловіків в Україні в 1991, 1995, 2008, 2013, 2020 рр.

Джерело: таблиці смертності й середньої очікуваної тривалості життя подано за даними: 1991, 1995, 2020 рр. — Державна служба статистики України, 2008 і 2013 рр. — ІДСД ім. М.В. Птухи НАН України

вірності померти в сусідніх когортах, що були народжені упродовж Другої світової війни та в повоєнні роки.

Зміни у повіковому розподілі табличних смертей жінок є загалом досить подібними до чоловіків, але менш інтенсивними. Так, у жінок в 1995 р. порівняно з 1991 р. також відбулося збільшення табличного числа смертей в інтервалі віку 20—59 років, проте на рис. 4.6 не простежується значного зміщення модального віку смерті, як це було у чоловіків. Натомість у 2013 р. порівняно з 1995 р. видно, що модальний вік табличного числа смертей змістився у бік старших вікових груп, що стало наслідком зниження смертності у майже всіх вікових групах, найбільше — серед дітей віком до

4.1. Загальні тенденції та статеві особливості смертності й тривалості...

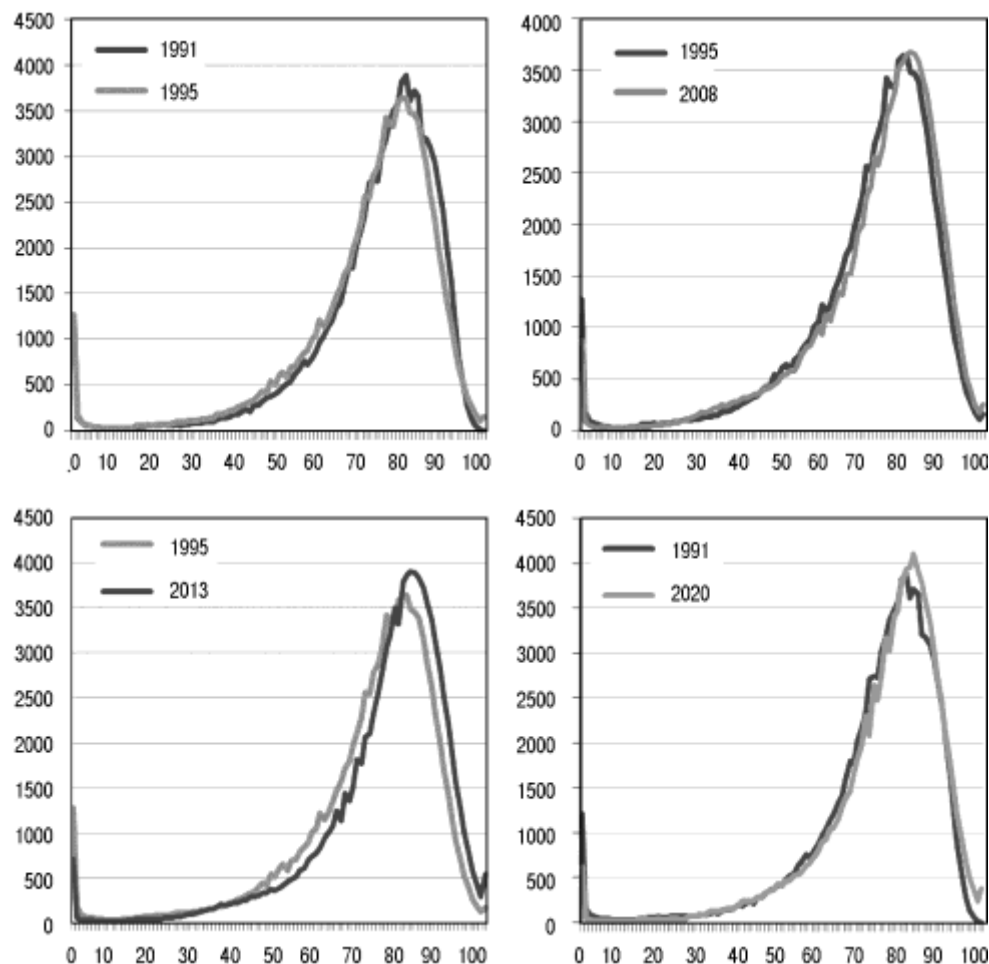


Рис. 4.6. Повікові табличні числа смертей $d(x)$ жінок в Україні в 1991, 1995, 2008, 2013, 2020 рр.

Джерело: таблиці смертності й середньої очікуваної тривалості життя наведено за даними: 1991, 1995, 2020 рр. — Державна служба статистики України, 2008 і 2013 рр. — ІДСД ім. М.В. Птухи НАН України

10 років, а також серед осіб віком 20—24 та 45—59 років. Проте, на відміну від чоловіків, у жінок крива повікового розподілу табличних смертей у 2020 р. не просто повернулась до форми кривої у 1991 р., а ще й пік найбільшого числа смертей дещо змістився у бік старшого віку (рис. 4.6).

Результати проведених розрахунків із декомпозиції різниці в тривалості життя в 1991 та 2020 рр. за статтю представлені на рис. 4.7. У чоловіків приріст тривалості життя у 2020 р. порівняно з 1991 р. на 1,8 року сформований насамперед за рахунок зниження смертності немовлят, дітей віком до 10 років та осіб віком 20—34 і 45—59 років. Натомість у жінок приріст тривалості життя у 2 роки за 30-річний період відбувся, головним чином,

Розділ 4. Смертність і тривалість життя: динаміка й структурні зрушення...

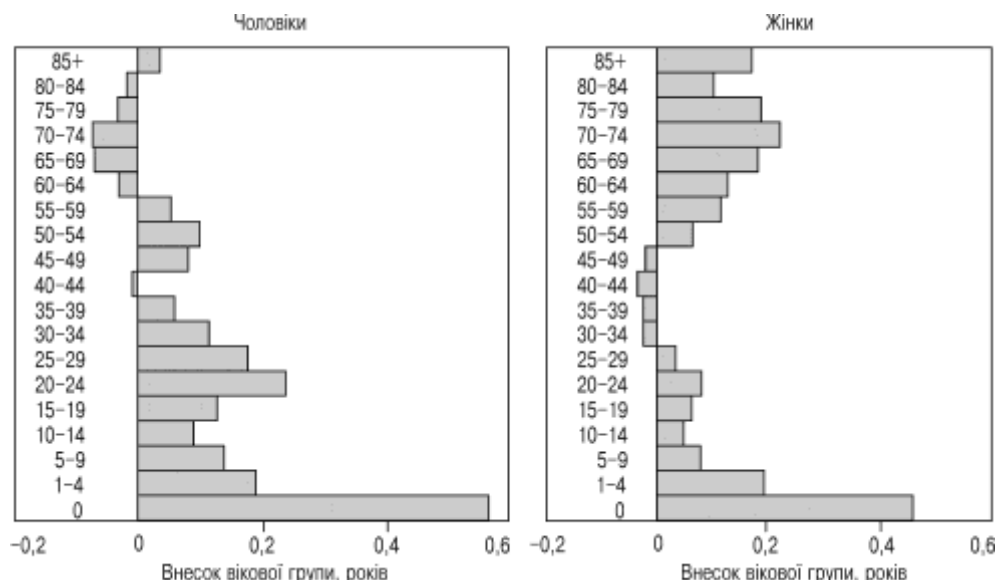


Рис. 4.7. Декомпозиція різниці у тривалості життя в 1991 та 2020 рр. в Україні, за віком і статтю

Джерело: розрахунки зроблено на основі таблиць смертності й середньої очікуваної тривалості життя за даними Державної служби статистики України

за рахунок скорочення дитячої смертності та смертності серед осіб старшого віку (60 років і старше).

Загалом проведений аналіз свідчить про формування в Україні специфічного повікового профілю смертності, що відзначається надмірною смертністю чоловіків працездатного віку, старт якої припадає на відносно молоді роки, а найбільша інтенсивність — на вік від 40 до 60 років. Цей профіль вже відійшов від «старого» режиму смертності, коли спостерігалась висока смертність немовлят та дітей, але поки що рано стверджувати про формування нового, модерного, режиму смертності, що уможливило швидкий прогрес у тривалості життя. Це актуалізує потребу в пошуку та обґрунтуванні резервів підвищення показників дожиття населення, особливо в царині зниження чоловічої надсмертності.

4.2. Зрушення в структурі смертності населення України за основними причинами у 1991–2020 рр.

Впродовж останніх років структура смертності в країні за основними причинами смерті залишається стабільною: чільне місце зберігається за серцево-судинними захворюваннями, новоутвореннями й зовнішніми причинами смерті (рис. 4.8, див. вклейку). Ці три класи причин смерті зумовлювали у 2020 р. 514 678 смертей, або 83,4 % всіх смертних випадків в Україні.

4.2. Зрушення в структурі смертності населення України за основними...

Четверту позицію в загальному числі смертей населення України посідали хвороби органів травлення (3,9 %). Досить значну частку (3,2 %) смертей було віднесено до класу «Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних і лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках».

Для уникнення впливу особливостей статеві-вікового розподілу населення паралельно презентуємо також складові стандартизованого (за євро-стандартом) показника смертності для обох статей (рис. 4.9, див. вклейку). Хоча пропорції дещо відрізняються порівняно з розподілом абсолютного числа смертей, безумовним лідером залишаються хвороби системи кровообігу, хоча з дещо меншою часткою (62 %). Натомість внески новоутворень (13,5 %) та зовнішніх причин (6 %) стають трохи вищими.

Статеві відмінності. Розподіл абсолютного числа померлих чоловіків та жінок за причинами смерті демонструє істотну статеву диференціацію структури смертності (табл. 4.3). Так, структурні відмінності за статтю яскраво помітні у внеску насамперед головної причини смерті — хвороб системи кровообігу. При тому, що для кожної статі окремо саме вони зумовлюють переважну частину смертних випадків, для чоловіків серцево-судинна патологія стабільно залишається менш вагомою. Хвороби системи кровообігу зумовлювали у 2020 р. значно більшу частку смертей українських жінок (72,7 %) ніж чоловіків (59,6 %).

Внесок другої з основних причин, новоутворень, також дещо більш істотний для чоловіків (14,2 % проти 11,1 % у жінок). Таким чином спостерігається-

Таблиця 4.3. Структурні відмінності за основними причинами смерті та статтю в Україні у 2020 р., міські поселення та сільська місцевість

Причини смерті	Чоловіки		Жінки	
	абс. кількість	частка, %	абс. кількість	частка, %
Всі причини, в т. ч.:	305 755	100	311 080	100
КЛАС I. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	4941	1,61	2039	0,66
КЛАС II. Новоутворення	43 295	14,2	34 585	11,1
КЛАС IV. Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	1028	0,33	1319	0,42
КЛАС VI. Хвороби нервової системи	2632	0,86	1622	0,5
КЛАС IX. Хвороби системи кровообігу	182 095	59,6	226 068	72,7
КЛАС X. Хвороби органів дихання	10 619	3,5	5860	1,9
КЛАС XI. Хвороби органів травлення	14 971	4,9	9196	3,0
КЛАС XVIII. Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних і лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	8040	2,6	11 613	3,7
КЛАС XX. Зовнішні причини смертності	22 852	7,5	5783	1,9
КЛАС XXII. Коді для особливих цілей. COVID—19, вірус ідентифікований та COVID-19, вірус неідентифікований	11 505	3,76	9779	3,14

Джерело: розраховано за даними Державної служби статистики України

Розділ 4. Смертність і тривалість життя: динаміка й структурні зрушення...

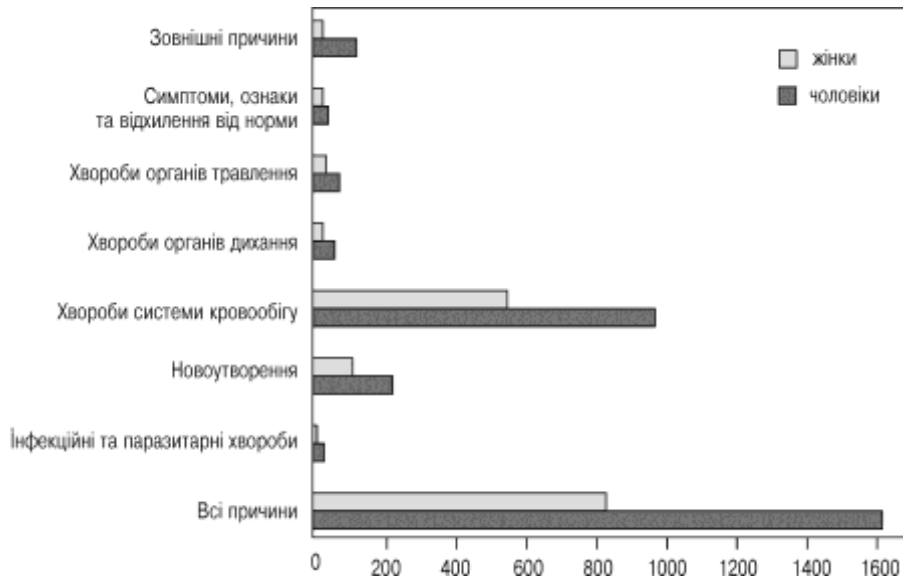


Рис. 4.10. Смертність за основними причинами в 2020 р. в Україні, міські поселення та сільська місцевість, чоловіки та жінки, стандартизований за віком (євростандарт) показник, у розрахунку на 100 тис. осіб

Джерело: розраховано за даними Державної служби статистики України

ся певна суперечність із тим фактом, що чоловіча стать є біологічним чинником ризику виникнення та розвитку серцево-судинної патології (особливо до досягнення віку 55—60 років), а отже, і смерті від неї, можна пояснювати явищем переважання чисельності жінок у старших вікових групах³⁷ та вищим внеском у масив смертності чоловіків інших причин. Так, частка смертей українців від зовнішніх причин є значно вищою ніж українок (7,5 % проти 1,9 %). Відрізняється і внесок хвороб органів дихання (3,5 % у чоловіків проти 1,9 % у жінок), інфекційних та паразитарних хвороб (1,61 % проти 0,66 % відповідно) та хвороб органів травлення (4,9 % проти 3,0 % відповідно).

Дещо меншу за значенням частку для чоловіків, ніж для жінок, зумовили у 2020 р. смерті, зареєстровані за класом «Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних і лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках» (2,6 %, проти 3,7 %). Зазначимо, що порівняно з попереднім роком спостерігались позитивні зрушення — зменшення як кількості (з 10,57 до 8,04 тис. смертей серед чоловіків і з 14,11 тис. до 11,61 тис. серед жінок), так і частки смертей від даного класу причин (у 2019 р. відповідні цифри становили 3,7 % у чоловіків та 4,8 % жінок). При тому, що смерті українських жінок відносно частіше реєструються за цим класом, внесок такої причини як «старість» у чоловіків є меншим (35,3 % проти майже 72 % у жінок).

³⁷ 80 % смертей, у яких зазвичай реєструють як смерті внаслідок хвороб системи кровообігу.

4.2. Зрушення в структурі смертності населення України за основними...

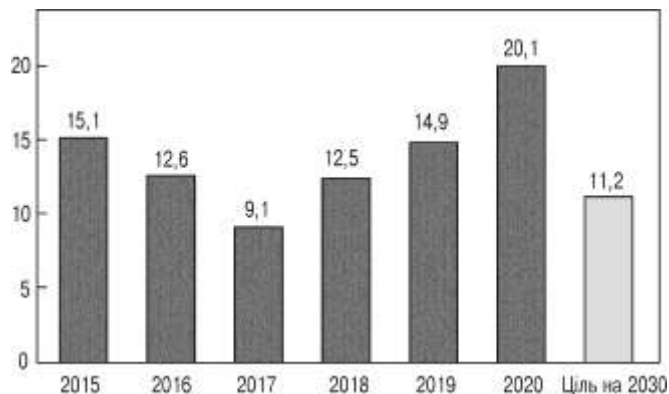
Стандартизовані за віком (евростандарт) показники смертності від основних причин смерті чоловіків і жінок теж істотно відрізняються (рис. 4.10).

Притаманна лише жінкам материнська смертність, пов'язана з процесом дітонародження, значною мірою є такою, якій можна запобігти. Вагітність, пологи та післяпологовий період у 2020 р. закінчилися смертю 62 жінок, з них 55 випадків материнської смерті (для семи жінок втрату життя зумовили зовнішні причини).

За роки незалежності щорічне число випадків материнської смертності зменшувалось (за винятком окремих років, наприклад, пов'язане з епідемією грипу збільшення у 2009—2010 рр.), що певною мірою пояснюється і зниженням рівня народжуваності (відповідно й числа пологів); і зменшенням чисельності всього населення (як внаслідок природного скорочення, так і в результаті тимчасової окупації АР Крим та відсутністю даних із неконтрольованої урядом території Донбасу), а також власне контингенту жінок дітородного віку на тлі старіння населення. Однак відносний показник материнської смертності у 2020 р. зріс, у тому числі й порівняно з попереднім роком³⁸, і сягнув значення 20,1 випадків материнської смерті в розрахунку на 100 тис. народжених живими. Це ще збільшило розрив як із встановленим на 2020 р. проміжним індикатором досягнення завдання сталого розвитку щодо зниження материнської смертності до 11,8 в розрахунку на 100 тис. народжених живими, так і із цільовим значенням на 2030 р., яке становило 11, 2 випадків у розрахунку на 100 тис. народжених живими (рис. 4.11).

Рис. 4.11. Материнська смертність у 2015—2020 рр. в Україні, міські поселення та сільська місцевість, випадків материнської смерті в розрахунку на 100 тис. народжених живими

Джерело: дані Державної служби статистики України та матеріали огляду «Цілі сталого розвитку»³⁹



Аналіз даних, починаючи з року набуття Україною незалежності, виявляє доволі різноспрямовану динаміку (як зростання, так і зниження) рівня смертності за різними причинами впродовж майже тридцятирічного періоду та її структурну трансформацію. На тлі зростання до піку в кризовому

³⁸ Природний рух населення України за 2019 рік: статистичний збірник. Київ: Державна служба статистики України, 2020.

³⁹ Цілі сталого розвитку: Україна: перший добровільний національний огляд. Київ: Міністерство розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України; ЮНІСЕФ, 2020.

Розділ 4. Смертність і тривалість життя: динаміка й структурні зрушення...

1996 р. і наступного зниження загальної смертності та спричиненого пандемією підйому (2020 р.) чільне місце щодо інтенсивності смертності зберігалося за хворобами системи кровообігу. Наступна за значущістю з основних причин — новоутворення — демонструє відносно стабільну динаміку з незначними коливаннями рівня, тоді як смертність внаслідок зовнішніх причин після досягнення максимального її рівня в 1996 р. зменшується понад удвічі. Спостерігається поступове зростання рівня смертності від хвороб органів травлення та зниження — від хвороб органів дихання (яке, втім, змінюється певним зростанням у 2020 р.) (табл. 4.4).

Таблиця 4.4. Смертність за статтю та причинами смерті в Україні в 1991, 1996, 2013 та 2020 рр., міські поселення та сільська місцевість, стандартизований показник (за європейським стандартом), у розрахунку на 100 тис. осіб, та темп приросту/зниження 2020/1991, %

Причини смерті	Роки				Темп приросту/ зниження 2020/1991, %
	1991	1996	2013	2020 *	
Всі причини	1212,9	1399,7	1076,3	1132,7	-6,6
Інфекційні та паразитарні хвороби	11,0	16,5	26,7	16,4	49,1
Новоутворення	190,3	175,9	161,3	152,8	-19,7
Хвороби системи кровообігу	615,3	776,1	666,2	702,0	14,1
Хвороби органів дихання	—	—	28,4	32,4	—
Хвороби органів травлення	32,9	42,0	52,6	51,4	56,2
Симптоми, ознаки та відхилення від норми, не класифіковані в інших рубриках	123,0	84,0	21,7	33,6	-72,7
Зовнішні причини	118,6	151,9	80,8	67,5	-43,1

Джерело: дані Державної служби статистики України

* У наведених показниках за цей рік не враховано дані по АР Крим, м. Севастополь і Донецькій та Луганській областях

При аналізі змін за основними патологіями хвороб системи кровообігу (ХСК), які відбулися в 2020 рр. порівняно з 2019 р. з'ясовується, що збільшення загального рівня здебільшого спричинено зростанням смертності чоловіків (на 7,2 %), тоді як смертність жінок зросла менше (на 4,3 %). Так, головна причина — ішемічна хвороба серця (ІХС) — у 2020 р. забиравла більше життів чоловіків (приріст показника становив майже 9 %), рівень смертності внаслідок наступної за значущістю патології — цереброваскулярних захворювань (ЦВЗ) зріс на 6,8 % (табл. 4.5).

Якщо на початку першого десятиріччя ХХІ сторіччя в Україні за класом хвороб органів дихання ще зберігалося місце на вищих сходинках у рейтингу причин смерті за значущістю, то починаючи з 2004 р. їх випередили хвороби органів травлення (ХОТ). У 1991 р. смертність від ХОТ в Україні була на рівні європейських країн і навіть нижчою порівняно з окремими постсоціалістичними країнами (крім Молдови) (табл. 4.6). Однак вже у 2010 р. розрив стає більш помітним, а вже станом на 2015 р. показник в Україні майже удвічі перевищує аналогічні у Польщі та країнах, які стали членами ЄС до 2004 р.

4.2. Зрушення в структурі смертності населення України за основними...

Таблиця 4.5. Смертність внаслідок хвороб системи кровообігу за статтю та окремими нозологічними формами в Україні в 2019, 2020 рр., міські поселення та сільська місцевість, стандартизований показник (за європейським стандартом), у розрахунку на 100 тис. населення

Групи населення	2019			2020 *		
	ХСК	ІХС	ЦВЗ	ХСК	ІХС	ЦВЗ
Обидві статі	665,3	458,7	120,5	702,0	489,8	124,7
Чоловіки	891,8	621,0	152,9	955,7	671,5	163,1
Жінки	517,6	357,3	99,2	541,0	379,0	100,5

Джерело: дані Державної служби статистики України

* У наведених показниках за цей рік не враховано дані по АР Крим, м. Севастополь і Донецькій та Луганській областях

Таблиця 4.6. Динаміка смертності внаслідок хвороб органів травлення в країнах Європейського регіону ВООЗ в 1991, 1995, 2000, 2005, 2010, 2015 рр., обидві статі, стандартизований показник (за європейським стандартом), у розрахунку на 100 тис. осіб

Країни	Роки					
	1991	1995	2000	2005	2010	2015
Польща	35,25	34,9	37,67	39,07	34,64	29,53
Молдова	126,12	138,57	120,91	143,17	126,21	102,21
Швеція	22,92	21,45	19,45	18,86	16,68	16,64
Україна	32,87	42,61	42,05	62,07	51,36	45,17
ЄС до 2004 р.	36,02	33,44	30,86	29,05	25,78	22,99

Джерело: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_227-1850-sdr-diseases-of-digestive-system-all-ages-per-100-000/ (дата звернення 12.09.2020)

Рис. 4.12 ілюструє зміни смертності від ХОТ за статтю, зокрема істотне переважання рівня смертності чоловіків (здебільшого через вищу смертність внаслідок цирозу печінки). Простежується також повільне зростання розриву в показниках чоловіків та жінок.

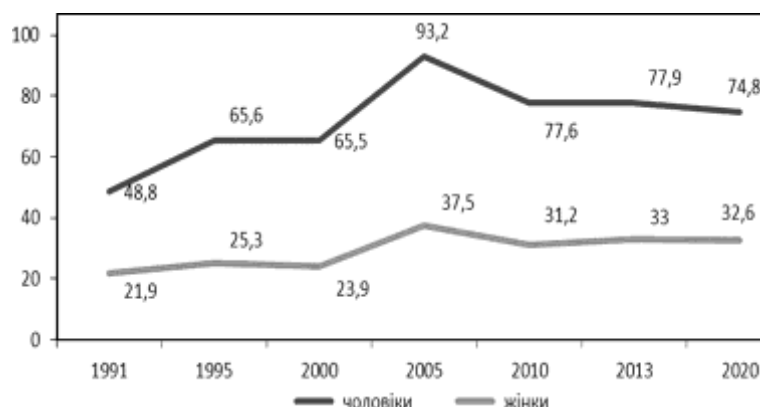


Рис. 4.12. Динаміка смертності від хвороб органів травлення в Україні за 1991, 1995, 2000, 2005, 2010, 2013, 2020 рр., за статтю, стандартизований показник (євростандарт), у розрахунку на 100 тис. осіб

Джерело: дані Державної служби статистики України

Розділ 4. Смертність і тривалість життя: динаміка й структурні зрушення...

Таблиця 4.7. Смертність внаслідок зовнішніх причин в Україні у 2020 р. за статтю, міські поселення та сільська місцевість, стандартизований показник (євростандарт), у розрахунку на 100 тис. осіб; співвідношення показників чоловіків та жінок, рази

Зовнішні причини смерті	Чоловіки	Жінки	Надсмертність чоловіків
Зовнішні причини, в т. ч.:	119,5	23,5	5,1
транспортні нещасні випадки	17,3	4,1	4,2
падіння	7,8	1,3	6,0
випадкові утоплення	6,8	0,8	8,5
нещасні випадки, спричинені дією вогню, диму та полум'я	4,3	1,1	3,9
випадкові отруєння	17,1	3,0	5,7
навмисні самоушкодження (самогубства)	25,8	4,5	5,7
убивства та умисні ушкодження	4,8	1,6	3,0
ушкодження з невизначеним наміром	22,4	4,6	4,9

Джерело: розраховано за даними Державної служби статистики України

Чи не найбільш виразна диференціація за статтю спостерігається за класом зовнішніх причин смерті, причому якщо від усіх причин чоловіча надсмертність становила понад п'ять разів, то для таких причин, як випадкові утоплення показник більший у 8,5 разу (табл. 4.7).

За 1991—2020 рр. смертність жінок внаслідок зовнішніх причин в Україні зменшилась вдвічі, чоловіків — у 1,7 разу. Структурні зміни порівняно з 1991 р. полягали у зменшенні внесків транспортних нещасних випадків, випадкових отруєнь, утоплень, а також убивств та умисних ушкоджень. Натомість дещо зросла смертність через нещасні випадки, спричинені дією вогню, диму та полум'я (рис. 4.13).

Навмисні самоушкодження (самогубства) залишилися найвагомішою серед зовнішніх причин смерті, однак зменшився розрив із показником смертності внаслідок ненавмисних (випадкових) отруєнь. Якщо в 1991 р. вони як причина смерті майже не поступались самогубствам, то у 2020 р. їх внесок скромніший. Враховуючи, що половину смертей в результаті отруєнь становили в 1991 р. неумисні отруєння алкоголем (а у кризовому 1996 — навіть дві третини!), можна припустити ймовірний недооблік таких випадків, які можуть бути з низки причин зареєстровані як смерті від ушкоджень із невизначеним наміром. Саме ця причина останніми роками майже не поступається самогубствам та посіла другу позицію серед усіх зовнішніх причин.

Істотні структурні особливості смертності притаманні окремим віковим групам (контингентам).

Смертність дітей у віці до одного року за причинами смерті. Всього до досягнення першого року життя в Україні в 2020 р. померло 1988 дітей, з них 1342 — до досягнення віку одного місяця. Ця чисельність дещо менша ніж у попередньому році (у 2019 р. — 2189 та 1450 осіб відповідно). Для порівняння, в 1991 р. померла 8831 дитина, або 10,3 в розрахунку на 1 тис. народжених живими, у 2012 р. — 4371 немовля, або 8,5 в розрахунку на 1000 народжених живими. З усіх померлих в 2020 р. немовлят 1086 були хлоп-

4.2. Зрушення в структурі смертності населення України за основними...

чиками, 902 — дівчатками. Рівень смертності немовлят становив у 2020 р. 6,7 (у 2019 р. — 7,0 в розрахунку на 1 тис. народжених живими). Порівняно з 1991 р. (13,9 в розрахунку на 1 тис. народжених живими) рівень смертності немовлят в Україні істотно зменшився.

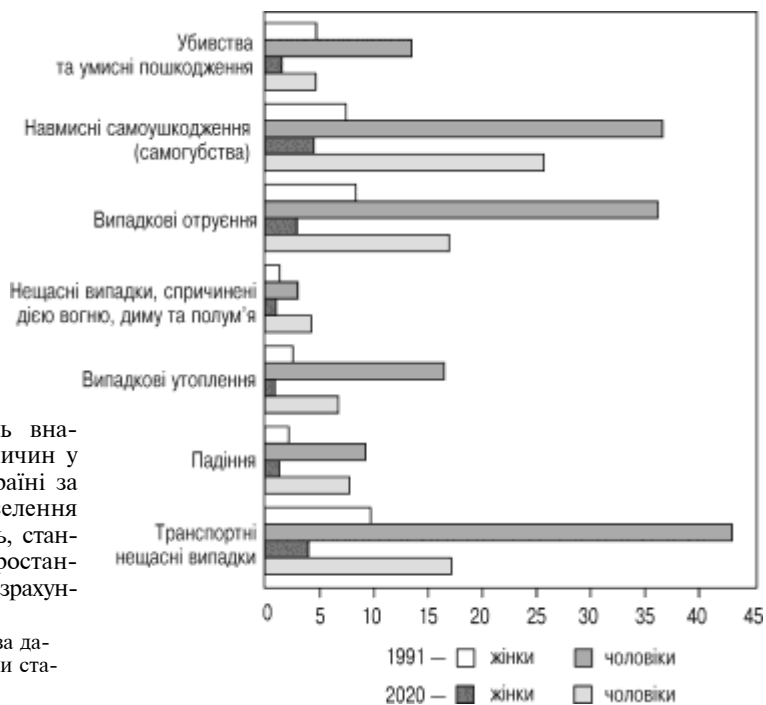
Факт реєстрації найбільшого числа смертей немовлят у багатонаселених Харківській (153) та Дніпропетровській областях (147) та м. Київ (146) може бути певною мірою зумовленим концентрацією складних випадків і пологів у вагітних з тяжкими патологіями, що зумовлює вищий ризик смерті новонародженої дитини в метрополісах (Харків, Дніпро і Київ) — центрах висококваліфікованої медичної допомоги у спеціалізованих установах. У невеликому за чисельністю населення Закарпатті 131 смерть дітей до року можна пов'язати насамперед з відносно вищою народжуваністю.

Позитивна динаміка щодо рівнів смертності немовлят, що спостерігалась впродовж останніх років, тим не менш не дала змоги Україні досягти рівнів розвинутих країн світу. Позитивним зрушенням є зростання частки смертей у неонатальному періоді (у віці 0—27 днів) у % до загальної кількості померлих у віці до 1 року. Якщо у 1991 р. вона становила 55,4 %, то у 2020 р. — 67,5 %, що ближче до ситуації у розвинених країнах, де саме на цей період життя новонародженої дитини припадає основна частина смертей.

Структура смертності дітей у віці до року в Україні істотно відрізняється від структури цього показника для всього населення. Основний масив смертей формують «окремі стани, що виникають в перинатальному періоді» та «природжені вади розвитку», на які сумарно припадає 4/5 усіх смертей.

Рис. 4.13. Смертність внаслідок зовнішніх причин у 1991, 2020 рр. в Україні за статтю, міські поселення та сільська місцевість, стандартизований (евростандарт) показник, у розрахунку на 100 тис. осіб

Джерело: розраховано за даними Державної служби статистики України



Передчасна смертність. Саме передчасна смертність (у віці до 65 років) зумовлює менш тривале життя в Україні для всього населення порівняно з розвинутими країнами світу і одночасно значно коротше життя українських чоловіків порівняно з жінками. Гендерна різниця у тривалості життя в Україні становить близько десяти років та коливається в різні періоди часу. Серед країн Європейського регіону ВООЗ Україна (разом з окремими країнами, що були республіками колишнього Радянського Союзу, зокрема Російською Федерацією, Казахстаном, Молдовою) вирізняється як держава з одним із найвищих рівнів передчасної смертності. В нашій країні на кожні 100 тис. осіб припадало понад утричі більше число смертей до досягнення 65-річного віку, ніж, наприклад, у Швеції — скандинавській країні з одним із найвищих значень Індексу Людського Розвитку. Найбільші відмінності порівняно з показниками передчасної смертності розвинутих країн спостерігаються в молодших вікових інтервалах, і насамперед — через смертність від екзогенних причин (інфекційних та паразитарних хвороб й окремих зовнішніх причин), а також низки неінфекційної патології, особливо серцево-судинних і онкологічних захворювань, та цукрового діабету.

В багатьох країнах показники передчасної смертності чоловіків вищі, однак мало де це переважає настільки вагоме, як в Україні. Добровільний огляд щодо ЦСР України (2020), підготований під егідою Міністерства розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України, виділяє явище збереження високих гендерних відмінностей за показниками очікуваної тривалості життя та ймовірності настання передчасної смерті серед проблем, що стримують прогрес у сфері охорони здоров'я⁴⁰. Останніми роками рівень передчасної смертності українських чоловіків переважає цей показник для жінок у 2,5—3 рази, тоді як у Швеції аналогічне співвідношення дещо перевищує 1,5. Чи не найбільший внесок у формування такого розриву зумовлюють зовнішні причини смерті (самогубства, транспортні нещасні випадки, отруєння, вбивства тощо)⁴¹. Також є істотною різниця у рівнях передчасної смертності внаслідок хвороб системи кровообігу, зумовлена складним комплексом біологічних та поведінкових чинників. Кожна передчасна смерть означає втрату і тих років життя, що людина могла б прожити до межі, яку вважають передчасною (тобто до 65 років, хоча в окремих країнах з високою очікуваною тривалістю життя вже було поставлено рубежі в 70 і навіть 75 років). Так, розрахований обсяг демографічних втрат через передчасну смертність за підсумками 2019 р. становив в Україні 2325,903 тис. людино-років життя⁴².

⁴⁰ Sustainable Development Goals Ukraine. Voluntary National Review. (2020) / Ministry for Development of Economy, Trade and Agriculture of Ukraine and UNICEF in Ukraine. [E-resource]. Access mode: <https://ukraine.un.org/en/151096-sustainable-development-goals-voluntary-national-review-ukraine>. Title from the screen.

⁴¹ Ryngach N.O. Mortality Due to External Causes in Ukraine: Lives That Could Be Saved // Statystyka Ukrainy — Statistics of Ukraine. [E-resource]. Access mode: [https://doi.org/10.31767/su.2-3\(89-90\)2020.02-03.11](https://doi.org/10.31767/su.2-3(89-90)2020.02-03.11). Title from the screen.

⁴² Рингач Н., Дакал А. Перешкода сталому розвитку, або скільки коштує Україні передчасна смертність / National Health as Determinant of Sustainable Development of

4.2. Зрушення в структурі смертності населення України за основними...

Структурні особливості смертності у старшому віці. У віці старше 70 років зростає ймовірність померти від низки різноманітних хронічних неінфекційних захворювань, збільшується можливість смерті від певних неприродних причин (наприклад, падіння), зменшується опір організму щодо інфекційних агентів. Однак в Україні спостерігається доволі дивна особливість — «звуження» спектра захворювань і патологічних станів, яке наочно ілюструє статистика смертності за причинами в цьому віковому інтервалі. Аналіз причин смерті людей, які досягли поважного віку (старше 70 років), показав: у переважній більшості українців у свідоцтві про смерть фігурує серцево-судинне захворювання. Цей діагноз старшим особам проставлено у 2020 р. (як і в попередні роки), у 80 % випадках смертей (у 2019 р. — 81,1 %) в Україні.

Спектр причин смерті населення у віці 70+, що реєструються в розвинутих країнах світу, набагато ширший, ніж в Україні, і в рейтингу посідають першу позицію не хвороби системи кровообігу. Одночасно зі старінням населення з'явилося поняття «компресії смертності і поширеності хвороб», тобто концентрації смертей у найстарших вікових групах та концентрації захворювань та розладів здоров'я (в т. ч. таких, що спричиняють інвалідність) у найстаршому віці, що супроводжується також скороченням періоду нездорового життя. Відповідно така концентрація смертей зазвичай означає і розширення переліку станів, що можуть ці смерті спричинити.

В Україні, попри закономірне збільшення ймовірності розвитку онкологічної патології з віком, у віці 85+ її показник істотно нижчий, ніж у групі 75—79 р. (481,1 та 810,7 у розрахунку на 100 тис. осіб відповідно). Частка випадків смерті від новоутворень серед осіб у віці 70+ в нашій країні виявляється меншою, ніж серед всього населення (8,5 % проти 12,6 %). У той час як у країнах ЄС-15 стандартизований за віком показник смертності від злоякісних новоутворень із переходом від вікової групи 65—74 р. у вікову групу 75+ зростає вдвічі, в Україні перевищення відповідних коефіцієнтів становить лише 8,6 %.

В Україні у 2020 р. тільки 766 смертей всіх людей старше 70 років зумовлював цукровий діабет, а у віці 70—74 р. відносний показник становив 23,6 у розрахунку на 100 тис. осіб, тоді як у Швеції, наприклад, у цьому ж віці він досягав рівня 46,3 у розрахунку на 100 тис. осіб.

В Україні 159 випадків смерті внаслідок хвороби Альцгеймера, зареєстрованих в 2020 р., навряд чи відображають реальний масштаб смертності внаслідок даної причини, адже в тій самій Швеції дегенеративні захворювання нервової системи зумовлювали у віковій групі 70—74 р. смертність на рівні 47,2 у розрахунку на 100 тис. осіб., а у віці 75—79 р. він зростав до 114,0 на 100 тис. осіб. За оцінкою The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), ця хвороба у Швеції посідає останніми роками друге (після ішемічної хвороби серця (ІХС)) місце серед окремих патологій, що спричиняють смерті⁴³. В 2020 р. в Україні хворобою Альцгеймера було зу-

Society. Editors: N. Dubrovina, S. Filip: Monograph. Bratislava: School of Economics and Management in Public Administration in Bratislava, 2021.

⁴³ Офіційний сайт установи The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) — <http://www.healthdata.org/sweden>

Розділ 4. Смертність і тривалість життя: динаміка й структурні зрушення...

Таблиця 4.8. Смертність внаслідок хвороби Альцгеймера та інших дегенеративних захворювань нервової системи у віковій групі (75+) у вибраних європейських країнах в 1991, 2005, 2014, 2017 рр., стандартизований (за європейським стандартом показник), у розрахунку на 100 тис. осіб

Країна	1991	2005	2014	2017
Польща	1,31	60,75	64,48	71,58
Молдова	3,62	0	5,91	3,35
Швеція	23,11	148,53	238,03	313,05
Україна	н/д	2,28	9,02	4,04

Джерело: European Health Information Gateway, оновлення 09.2021, дата звернення 14.09.2021.

мовлено лише 7,5 % смертей внаслідок хвороб нервової системи, а рівень смертності становив 0,9 у розрахунку на 100 тис. осіб.

При порівнянні динаміки смертності внаслідок хвороби Альцгеймера та інших дегенеративних захворювань нервової системи у групі 75 років і старше очевидна істотна відмінність у рівнях смертності в різних європейських країнах (табл. 4.8).

Зазначимо, що загалом дані по Україні в Європейській регіональній базі смертності за цією позицією з'явилися лише починаючи з 2005 р., а у 2014 р. було зафіксовано найвищий рівень показника (що виявився у понад 26 разів нижчим за шведський). Станом на 2017 р. цей розрив став ще більш вагомим (у понад 77 разів).

Частка інших причин у смертності літніх осіб в Україні дуже незначна: з усіх зареєстрованих у 2020 р. смертей осіб, старших 70 років, більшість (79,9 %) смертей припадає на хвороби системи кровообігу (рис. 4.14, див. вклейку).

Таким чином, впродовж останніх років чільне місце у структурі смертності в Україні за причинами смерті посідали хвороби системи кровообігу, новоутворення та зовнішні причини смерті. Якщо за трьома головними причинами зміни відбувалися лише за розміром відповідної частки, то наступні місця у рейтингу (четверте, п'яте та шосте) в різні роки посідали (з певною ротацією) хвороби органів дихання і захворювання органів травлення та симптоми, ознаки й відхилення від норми. Статеві відмінності структури смертності полягають у більшій значущості для жінок смертності внаслідок хвороб системи кровообігу, які зумовлювали у 2020 р. значно більшу частку (74,2 %) смертей ніж чоловіків (59,6 %); та у значно більшій вагомості для чоловіків смертності внаслідок зовнішніх причин (8,4 % проти 2 % для жінок) і хвороб органів травлення (5,2 % проти 3,1 %).

Структура смертності населення України порівняно з розвинутими країнами відрізняється невиправдано високою часткою смертності від хвороб системи кровообігу (особливо для осіб старше 65 років, що пов'язано передусім із рутинною практикою встановлення серцево-судинної причини смерті), та низькою — внаслідок новоутворень. Це спостерігається на тлі значно «біднішого» спектра інших причин смерті (хвороб органів дихання, нервової системи тощо).

4.3. Виклики пандемії COVID-19: реальні втрати та потенційні ризики

Можна відзначити певні позитивні зрушення в рівнях та структурі смертності порівняно з 1991 р., до яких належать насамперед зниження частки смертей внаслідок зовнішніх причин, а також зниження смертності немовлят.

4.3. Виклики пандемії COVID-19: реальні втрати та потенційні ризики

Зазвичай, коли йдеться про втрати внаслідок пандемії коронавірусної інфекції COVID-19, увагу насамперед привертає зумовлена цим захворюванням смертність⁴⁴. Проте загальні втрати суспільства не обмежуються лише втратою життів, а включають в себе низку безпосередніх та опосередкованих втрат, збитків та витрат, зокрема:

- прямі втрати (смерті, тимчасова/стійка втрата працездатності, зниження продуктивності праці через постковідний синдром, витрати на діагностику, лікування та вакцинацію, необхідне обладнання);
- опосередковані — порушення виробництва і господарської діяльності, інфляція, зростання рівня безробіття, зниження (втрата) доходів населення, купівельної спроможності, рівня (та якості) життя, криза несплати комунальних платежів і т. д.

До них додаються складно вимірювані фактори, зокрема зростання соціального напруження, яке викликають карантинні обмеження, порушення звичного порядку й ритму життя та скорочення міжособистісного спілкування, стрес і страх за своє життя/життя близьких; перешкоди у пересуванні та отриманні доступу до необхідних благ і послуг тощо. Все це негативно відбивається на самопочутті, зумовлюючи шкоду здоров'ю поза безпосереднім впливом вірусу.

Пандемія COVID-19 та пов'язана з нею соціально-економічна криза поглибила наявні медико-соціальні та демографічні проблеми в Україні, посилила негативний вплив соціальних детермінант на здоров'я населення. Визнається, що на сучасному етапі відбувається поширення не власне (і виключно!) пандемії COVID-19, а синдемія⁴⁵. Внаслідок пандемії коронавірусної інфекції COVID-19 постраждало населення всього світу, але найбільш тяжкими наслідки стали для вразливих прошарків, до яких можна віднести населення старшого віку, осіб із поганим станом здоров'я; населення з меншим доступом до медичної допомоги; груп осіб, які найбільше втратили через запровадження протиепідемічних обмежувальних заходів (у доходах, стабільності, комунікаціях, якості життя тощо)⁴⁶.

⁴⁴ Рынгач Н.А. Жизнь людей: главная потеря, обусловленная пандемией COVID-19. Społeczeństwo i gospodarka w czasie pandemii Covid-19 // Doświadczenia Ukrainy: monogr. Pod red. J. Karyagina i Z. Sirojcia. Society and Economy during the COVID-19 pandemic. Experiences of Ukraine. Warsaw, 2021.

⁴⁵ Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic // The Lancet. 2020. Vol. 396, Is. 10255. September 26. [E-resource]. Access mode: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6). Title from the screen.

⁴⁶ Health equity and its determinants. World Health Day 2021: It's time to build a fairer, healthier world for everyone, everywhere. [E-resource]. Access mode: <https://cdn.who.int/me->

Розділ 4. Смертність і тривалість життя: динаміка й структурні зрушення...

За даними фахівців ВООЗ, з розвитком пандемії перебої в наданні послуг у зв'язку з неінфекційними захворюваннями (НІЗ) відзначалися у 122 з 163 країн світу⁴⁷. Опитування ВООЗ, проведене з метою виявлення збоїв щодо надання послуг у період пандемії COVID-19, які стосуються профілактики та лікування НІЗ у 38 державах Європейського Регіону ВООЗ, засвідчило наявність таких збоїв у 37 % країн під час лікування серцево-судинних захворювань в екстрених станах, та у 76 % — порушення щодо надання необхідних послуг із ведення однієї з найбільш поширених патологій — артеріальної гіпертензії⁴⁸.

Згідно з даними Державної служби статистики України, ситуація щодо чисельності померлих за основними причинами смерті впродовж 2020 р. змінювалася щомісяця, і число смертей внаслідок COVID-19 зростало, сягнувши станом на початок 2021 р. понад 21 тис. випадків.

Аналізуючи ситуацію зі смертністю за причинами за підсумками 2020 р. за позицією COVID-19, можна припустити факт існування певної кількості смертей внаслідок коронавірусної хвороби й наприкінці 2019 р. Швидше за все, вони були зареєстровані як смерті від інших причин (з великою імовірністю можна стверджувати, що частина з них могла бути класифікована як смертельні наслідки перебігу хвороб органів дихання й насамперед пневмонії). Також і впродовж 2020 р. певна частина смертей від COVID-19 або ускладнень від коронавірусної хвороби могла бути через низку причин не ідентифікованою (а також не виключені випадки класифікації смертей від інших причин як такі, що викликані COVID-19). В офіційній національній статистиці лише у 2020 р. було виокремлено спеціально виділену рубрику (Клас XXII. Коди для особливих цілей. COVID-19, вірус ідентифікований та COVID-19, вірус неідентифікований). Саме тому вважаємо за доцільне зробити зіставлення даних смертності за декількома класами (IX. Хвороби системи кровообігу, X. Хвороби органів дихання та XXII. Коди для особливих цілей) (табл. 4.9).

Порівняння динаміки смертності показало, що до очікуваного зростання числа смертей від коронавірусної хвороби COVID-19 (на понад 21,3 тис.) додалося менш очевидне збільшення у 2020 р. числа смертей внаслідок хвороб органів дихання (щонайменше на 2 тис.) та від хвороб системи кровообігу (майже на 390 тис. випадків). Відповідно зросли й відносні показники, найбільш вагомо це простежувалось у змінах рівнів смертності за класом хвороб органів дихання, зокрема за позицією «грип та пневмонії» (майже на 75 %). Необхідно зазначити, що і чисельність населення порівняно з попереднім роком скоротилося.

[dia/docs/default-source/world-health-day-2021/health-equity-and-its-determinants.pdf](#). Title from the screen.

⁴⁷ Statement by Dr Hans Henri P. Kluge, WHO Regional Director for Europe 4 February 2021. Copenhagen, Denmark. [E-resource]. Access mode: <https://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/statements/2021/statement-catastrophic-impact-of-covid-19-on-cancer-care>. Title from the screen.

⁴⁸ Delivering NCD services in a time of COVID-19 — stories from the field. [E-resource]. Access mode: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2020/6/delivering-ncd-services-in-a-time-of-covid-19-stories-from-the-field>. Title from the screen.

4.3. Виклики пандемії COVID-19: реальні втрати та потенційні ризики

Таблиця 4.9. Смертність за окремими причинами смерті в Україні у 2019 та 2020 рр. обидві статі, абсолютне число померлих (осіб) та коефіцієнт *

Причина смерті	Коди причин смерті за МКХ-10	2019		2020	
		осіб	у розрахунку на 100 тис. нас.	осіб	у розрахунку на 100 тис. нас.
Всі причини	A00—Y89	581 114	1472,7	616 835	1590,4
КЛАС IX. Хвороби системи кровообігу	I00-I99	389 348	993,4	408 163	1052,1
Клас X. Хвороби органів дихання,	J00—J98	12 504	32,1	16 479	41,9
з них грип і пневмонія	J10—J18	6294	16,0	11 133	27,9
Клас XXII. Коды для особливих цілей	U00-U85	—	—	21 284	57,0
COVID-19, вірус ідентифікований	U07.1	—	—	20 583	55,4
COVID-19, вірус неідентифікований	U07.2	—	—	701	1,6

Джерело: дані Державної служби статистики України

* Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях.

Згідно з офіційними даними Держстату України, у 2020 р. 21 284 особи померли внаслідок COVID-19, що становило 3,45 % всіх смертних випадків. Можна висловити припущення, що насправді внесок пандемії COVID-19 у смертність населення України у 2020 р. був масштабнішим, що засвідчує зростання числа смертей внаслідок інших причин.

За оприлюдненими у квітні 2020 р. даними Центру громадського здоров'я МОЗ України (ЦГЗ), 85 % людей, які померли від коронавірусної хвороби COVID-19 в Україні, були старшими 50 років⁴⁹. Із поширенням пандемії до епідеміологічного процесу залучалося все більше людей різного віку, однак за підсумками 2020 р. майже 94 % померлих були старшими 50 років, а майже половина — старше 70 років. Розподіл померлих внаслідок коронавірусної хвороби COVID-19 за віком є нерівномірним, з перевагою смертей у старших вікових групах (рис. 4.15)

Визнаючи аналіз смертності одним із найважливіших способів вимірювання тягаря COVID-19, запропоновано використовувати не лише показник смертності від цієї конкретної причини, а й показник надлишкової смертності. У керівництві ВООЗ⁵⁰ було дано дефініцію надлишкової смертності як показника, що відображає додатковий ризик збільшення смертності

⁴⁹ Розподіл смертей від нової коронавірусної інфекції за віком та статтю / Офіційний сайт Центру громадського здоров'я МОЗ України. 02.04.2020. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.phc.org.ua/news/rozpodil-smertey-vid-novoi-koronavirusnoi-infekcii-za-vikom-ta-stattyu>. Назва з екрана.

⁵⁰ World Health Organization (2020). Medical certification, ICD mortality coding, and reporting mortality associated with COVID-19: technical note, 7 June 2020 / World Health Organization. [E-resource]. Access mode: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332297> [License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO].

Розділ 4. Смертність і тривалість життя: динаміка й структурні зрушення...

ті, зумовлений певною хворобою/станом, та рекомендовано його для використання з метою оцінювання впливу COVID-19 на загальну смертність, а також оцінки дієвості заходів, що застосовуються. В якості приблизного виміру запропоновано порівнювати статеві-вікові коефіцієнти смертності під час пандемії COVID-19 в 2020 р. з аналогічними прогнозованими показниками, скорегованими на наявність аномальних явищ (соціальних і природних катастроф, збройних конфліктів) на основі отриманих даних (чи надійних оцінок) за той же період у минулі роки. Так, за даними мережі EuroMOMO, що аналізує дані по 26 європейським країнам або субнаціональним регіонам, насамперед підвищена надлишкова смертність від усіх причин спостерігалась серед осіб старших 45 років ⁵¹.

Однак вплив пандемії COVID-19 не обмежується старшими контингентами населення, а зачіпає інші вікові групи, зокрема впливає і на смертність дітей. За останньою оцінкою рівня дитячої смертності, оприлюдненою Дитячим фондом ООН (ЮНІСЕФ), ВООЗ, ПРООН та Групою Світового банку, у 2019 р. (ще до початку поширення COVID-19), число смертей дітей віком до 5 років у світі зменшилося до 5,2 млн (тобто найнижчої чисельності за весь час спостережень; для порівняння, у 1990 р. було зафіксовано 12,5 млн) ⁵². Проте перебої з наданням послуг у сфері материнського та дитячого здоров'я через пандемію COVID-19 створили і продовжу-

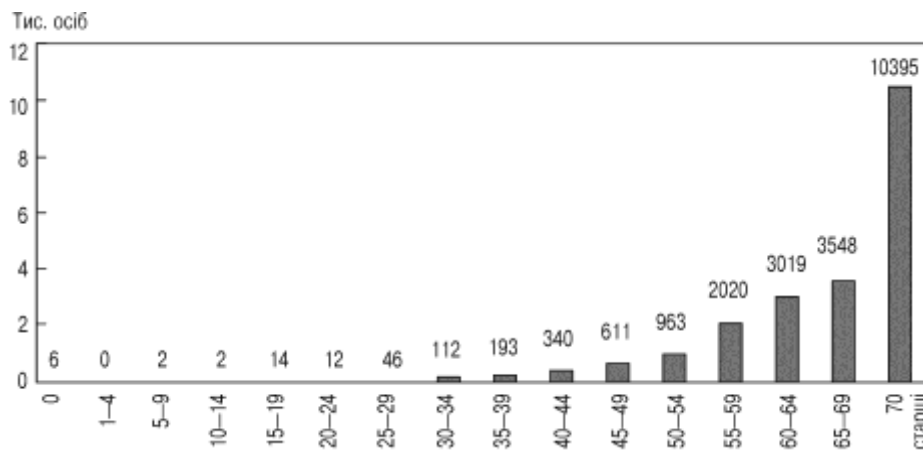


Рис. 4.15. Розподіл померлих внаслідок коронавірусної хвороби COVID-19 в 2020 р. в Україні за віком, міські поселення та сільська місцевість, обидві статі, абсолютний показник кількості смертей

Джерело: розраховано за даними Державної служби статистики України

⁵¹ EuroMOMO Bulletin. 2021. Week 35. [E-resource]. Access mode: <https://euromomo.eu/bulletins/2021-35/>

⁵² Агенції ООН застерігають: пандемія COVID-19 може відкинути світ на декілька десятиліть назад у питанні подолання дитячої смертності, якій можна було запобігти. (08.09.2020). [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.unicef.org/ukraine/press-releases/covid-19-could-reverse-decades-progress-toward-eliminating-preventable-child-deaths>. Назва з екрана.

4.3. Виклики пандемії COVID-19: реальні втрати та потенційні ризики

ють створювати ризики додаткових мільйонів смертей у масштабах усього світу. Через серйозні перебої в роботі основних медичних служб у сучасному світі ризик смерті новонароджених дітей стає вищим. Так, в Камеруні, де в 2019 р. спостерігались чи не найвищі в світі рівні дитячої смертності та смертності немовлят, нині призупинено надання 75 % основних медичних послуг для новонароджених, медичних оглядів вагітних, акушерської допомоги та післяпологового спостереження (за оцінками, що наводяться в дослідженні ЮНІСЕФ)^{53, 54}.

В Україні також наявні порушення у наданні допомоги матерям і дітям, що підтверджується даними міжнародних досліджень. Зокрема, за даними досліджень ЮНІСЕФ та ВООЗ, що охоплювали 124 країни світу, створено інформаційну панель, яка базується на щоквартальних оновленнях отриманих від офісів ЮНІСЕФ даних, сформованих на основі найкращих доступних джерел у кожній країні (включаючи адміністративні дані, дані репрезентативних опитувань, зібрані за останні 3 місяці; або, де це необхідно, екстраполяції з надійних локалізованих кількісних та/або якісних звітів). При цьому зазначається, що оцінки можуть неточно відображати повну національну відповідь на пандемію COVID-19.

Серед переліку інших тем, дотичних до проблем дитячого населення, на які неминуче впливає пандемія (освіта, гендер, захист, харчування, міграція тощо) важливе місце посіла тема здоров'я та його охорони. Так, у розподілі відповідей на питання «Якщо порівнювати з тим же часом у минулому році, які приблизні рівні зумовлені впливом COVID-19 змін спостерігалися в охопленні дітей медичними послугами на рівнях первинної та вторинної допомоги?» наша країна разом з іще сімома країнами була віднесена до позиції «значні порушення» (на рівні центрів надання як первинної, так і вторинної медичної допомоги).

Надаючи відповідь на питання, які кожна країна вбачає фактори, що найбільш часто призводять до перебоїв у роботі служб охорони здоров'я, називали такі: небажання батьків приводити дітей до медичних установ через страх інфікування, транспортні обмеження, призупинення або закриття служб та установ⁵⁵, зниження доступності медичних послуг через підвищення навантаження на медичних працівників або страх перед хворобою. Звісно, в Україні ситуація значно краща в порівнянні з країнами Африки, однак і наші громадяни через побоювання інфікуватися COVID-19 обмежують звертання до медичних закладів, у тому числі й за послугами ведення вагітності та післяпологового спостереження, що істотно збільшує загрозу для вагітних жінок і новонароджених загинути як внаслідок власне причин, пов'язаних із

⁵³ Tracking the situation of children during COVID-19. May 2021. [E-resource]. Access mode: <https://data.unicef.org/resources/rapid-situation-tracking-covid-19-socioeconomic-impacts-data-viz/>. Title from the screen.

⁵⁴ United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), 'Levels & Trends in Child Mortality: Report 2020, Estimates Developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation', United Nations Children's Fund. New York, 2020.

⁵⁵ Україна фігурує в рамках згаданої інформаційної панелі по трьох найчастіше згадуваних чинниках.

Розділ 4. Смертність і тривалість життя: динаміка й структурні зрушення...

вагітністю і пологами, так і від інших захворювань. До суб'єктивних причин часто можуть долучатися і об'єктивні перешкоди щодо звернення і отримання необхідних послуг (зокрема обмеження мобільності як отримувачів, так і надавачів послуг). Діти, залежні від дорослих, які ними опікуються, стають заручниками в умовах поширення пандемії, адже мимоволі опиняються у ситуації гіршого доступу до послуг охорони здоров'я.

ВООЗ підкреслює, що хоча справжнім обличчям COVID-19 є страждання переважно літніх людей (а втім не лише їх, адже специфіка ураження новими штамами COVID, такими як Дельта, не надає, на жаль, жодних індულгенцій за віком), проте діти сьогодні виступають прихованими жертвами пандемії. Зрушення в житті людства через дії, спрямовані на боротьбу з коронавірусною хворобою, вдарили й по цій категорії, негативно впливаючи на здоров'я дітей і їх шанси вижити. Діти відчують на собі стрес через спричинені пандемією карантинні обмеження, фінансові негаразди, напруження у сімейних стосунках, вищий ризик насильства на тлі вимушеної ізоляції та обмеження контактів і спілкування. На них впливає порушення надання медичних і профілактичних послуг (серед яких, зокрема, порушення планової вакцинації) в результаті зменшення доступу до медичної допомоги, і для частини це обертається смертю внаслідок хвороб чи станів, яким у до-пандемічних умовах можна було б запобігти.

Згідно з офіційною інформацією Державної служби статистики, в Україні у 2020 р. шість смертей дітей віком до одного року було класифіковано як «COVID-19, вірус ідентифікований». Зазвичай дитина отримувала вірус від матері (до або після народження). Ще у квітні 2020 р. на Житомирщині підтвердили перший випадок захворювання на COVID-19 у вагітної, спостерігалися й летальні випадки (так, у квітні 2021 р. в Чернівцях зареєстровано смерть 29-річної вагітної жінки, яка мала ускладнення коронавірусної хвороби).

COVID-19 у вагітних асоціюється з приблизно втричі більшим ризиком передчасних пологів. Під час INTERCOVID Study, багатонаціонального когортного дослідження, що проводилося у 18 країнах під егідою Оксфордського університету, встановлено, що вагітні жінки, які заразилися COVID-19 під час виношування дитини, значно гірше переносять як саму вагітність, так і безпосередньо коронавірусну хворобу. Взаємне ускладнення перебігу обох станів (вагітності та коронавірусної інфекції) істотно підвищує ризик смерті матері та дитини, збільшує материнську захворюваність та смертність і підвищує частоту неонатальних ускладнень у порівнянні з вагітними жінками без діагнозу COVID-19. Результати дослідження мають викликати свідому пересторогу вагітних та медичних працівників, збільшення прихильності до виконання рекомендованих заходів із профілактики COVID-19 тощо ⁵⁶.

Пандемія справила негативний вплив і на смертність від інших захворювань. У виступі з нагоди Всесвітнього дня раку (4.02.2021 р.) регіональ-

⁵⁶ Villar J. Maternal and Neonatal Morbidity and Mortality Among Pregnant Women With and Without COVID-19 Infection: The INTERCOVID Multinational Cohort Study // JAMA Pediatrics. 2021. 175 (8): April 22, [E-resource]. Access mode: <https://doi.org/10.1001/jama-pediatrics.2021.1050>. Title from the screen.

4.3. Виклики пандемії COVID-19: реальні втрати та потенційні ризики

ний директор Європейського бюро ВООЗ доктор Г. Клюге назвав наслідки пандемії COVID-19 для надання онкологічної допомоги катастрофічними, а забезпечення безперервної онкологічної допомоги в умовах боротьби з COVID-19 — неймовірно складним завданням. В третині країн Європейського регіону (і в Україні зокрема) такі перебої повністю або частково торкнулися надання онкологічної допомоги. У Глобальній доповіді ВООЗ про рак підкреслено, що у 2020 р. один з п'яти людей у світі мав (або має тепер) діагноз раку⁵⁷, відповідно і чисельність людей з наявним новоутворенням, що можуть захворіти на COVID-19, є достатньо великою. Особливо багато труднощів виникає в країнах із низьким і середнім рівнем доходу, які мають менші можливості для забезпечення доступу до ефективних діагностичних послуг, таких як візуалізація, лабораторне тестування і патологічні дослідження, кожна з яких відіграє важливу роль у виявленні ракових захворювань і плануванні лікування⁵⁸. Так, за даними Національної служби здоров'я України, у 2020 р. послуги з обстеження для раннього виявлення онкозахворювань безоплатно отримали понад 192 тис. пацієнтів. У Програмі медичних гарантій на 2021 р. передбачено новий пакет для безоплатного лікування та супроводу пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями⁵⁹. Відомо, що ризик летального наслідку в разі захворювання на COVID-19 людини з новоутворенням вище ніж у здорової. В Україні у 2020 р. було зареєстровано на 343 смерті від новоутворень більше порівняно з 2019 р., і це при тому, що населення скоротилось на 323,38 тис. осіб. В 2020 р. кожне п'яте злоякісне новоутворення в Україні було виявлено у запізній (IV-й) стадії, що пізніше закономірно відбиватиметься у статистиці смертності⁶⁰. Страх перед відвідуванням медичних закладів через можливість зараження COVID-19, карантинні обмеження мобільності разом зі зниженням доходів через економічну кризу, створюють у сучасній Україні передумови для «запізнення» з виявленням і лікуванням онкологічної патології. Все це через певний час може значно посилити тягар новоутворень та збільшити їх частку в структурі смертності населення.

Найбільш помітно проявляються зміни смертності, пов'язані з пандемією, на прикладі смертності найстаршого населення. Люди старшого віку,

⁵⁷ WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all (2020). [E-resource]. Access mode: <https://www.who.int/publications/i/item/who-report-on-cancer-setting-priorities-investing-wisely-and-providing-care-for-all>. Title from the screen.

⁵⁸ Statement by Dr Hans Henri P. Kluge, WHO Regional Director for Europe 4 February 2021, Copenhagen, Denmark. [E-resource]. Access mode: <https://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/statements/2021/statement-catastrophic-impact-of-covid-19-on-cancer-care>. Title from the screen.

⁵⁹ У «Програмі медичних гарантій — 2021» на раннє виявлення та лікування раку закладено понад 5 млрд грн. (Див. <https://nszu.gov.ua/novini/u-programi-medichnih-garantij-2021-na-rannye-viyavlennya-ta-464>).

⁶⁰ Cancer in Ukraine, 2019—2020 // Bulletin of National Cancer Registry of Ukraine. Vol. 22. Incidence, mortality, prevalence and other relevant statistics / Fedorenko Z., Michailovich Yu., Goulak L., Gorokh Ye., Ryzhov A., Soumkina O., Koutsenko L. Kyiv, 2021. [E-resource]. Access mode: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_22/index_e.htm. Title from the screen.

Розділ 4. Смертність і тривалість життя: динаміка й структурні зрушення...

Таблиця 4.10. Розподіл смертей осіб віком 70 років і старше за основними причинами смерті в Україні у 2019 та 2020 рр., обидві статі, абсолютне число померлих (осіб) та частка, % *

Причини смерті	2019		2020	
	Абс. число	Частка, %	Абс. число	Частка, %
Всі причини, в т. ч.:	351 752	100	376 498	100
КЛАС I. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	378	0,1	336	0,1
КЛАС II. Новоутворення	30 737	8,7	30 763	8,2
КЛАС IX. Хвороби системи кровообігу	285 408	81,1	300 660	79,9
КЛАС X. Хвороби органів дихання	4548	1,3	6768	1,8
КЛАС XI. Хвороби органів травлення	5118	1,5	5087	1,4
КЛАС XVIII. Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних і лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	18 236	5,2	15 198	4,0
КЛАС XX. Зовнішні причини смертності	4152	1,2	4077	1,1
КЛАС XXII. Коди для особливих цілей, COVID-19	—	—	10 016	2,7

Джерело: розраховано за даними Державної служби статистики України

* Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях

імунна система яких загалом менш спроможна ефективно реагувати на коронавірус (як і інші інфекції), мають вищі ризики як захворіти, так і померти внаслідок хвороби. Вища поширеність серед них хронічних неінфекційних захворювань — серцево-судинних, новоутворень, цукрового діабету, хронічних обструктивних захворювань легень та хвороб, що призводять до імунodefіциту, — зумовлює більш частий важчий перебіг COVID-19. Доведено, що попри можливість зараження коронавірусною інфекцією, починаючи з народження, ймовірність захворювання у тяжкій формі після досягнення 60 років зростає вдвічі ⁶¹. Таким чином, вища частка літнього населення в країні зазвичай корелює з вищою смертністю під час пандемії COVID-19, що було наочно продемонстровано надзвичайними рівнями смертності навесні 2020 р. в Італії й Іспанії, рівень постаріння в яких є дуже високим. Україна як країна з високими темпами старіння також має досить значну частину населення, віднесеного до групи ризику за ознакою віку (і очікується, що в найближчому майбутньому ця частина зростатиме).

При порівнянні з розподілом смертей старшого контингенту у 2020 р. порівняно з «доковідним» 2019 р. (табл. 4.10) спостерігається збільшення абсолютного числа смертей внаслідок всіх причин на понад 25 тис. на тлі збереження місця абсолютного «лідера» за серцево-судинною патологією. Частка хвороб системи кровообігу майже не змінилася, однак абсолютна кількість смертей у порівнянні з минулим роком зросла на понад

⁶¹ COVID-19 and NCDs, 23 March 2020. [E-resource]. Access mode: <https://www.who.int/docs/default-source/inaugural-who-partners-forum/covid-19-and-ncds---final---corr7.pdf>. Title from the screen.

4.3. Виклики пандемії COVID-19: реальні втрати та потенційні ризики

15 тис. випадків. При цьому 2,7 % смертних випадків класифіковано як смерті, спричинені коронавірусною хворобою COVID-19.

Слід зазначити, що 47 % випадків смерті внаслідок COVID-19 у 2020 р. було зареєстровано саме серед населення старше 70 років. Цілком імовірно, що зростання частки смертей унаслідок хвороб органів дихання (з 1,3 до 1,8 %), та їх абсолютного числа порівняно з минулим роком на понад 2 тис. випадків може свідчити про певний можливий «недооблік» смертей, зумовлених коронавірусною хворобою. Також згадане збільшення числа кардіоваскулярних смертей може бути детерміноване не лише реальним зростанням смертності, а й реєстрацією частини втрат унаслідок недиагностованого (через низку причин) у старших осіб COVID-19 як смерть від серцево-судинного захворювання. До таких причин можна віднести подеколи меншу доступність здійснення тестування (особливо на початку пандемії та в сільській місцевості); меншу мобільність населення похилого віку через необхідність соціальної ізоляції, карантинні обмеження щодо транспортного пересування та природний страх зараження з боку представників груп ризику, якими визнано людей похилого віку (що одночасно зменшило медичну активність не лише зі зверненням по тест на COVID-19, а й при наявних проблемах із хворобою серця і судин); високу завантаженість медичного персоналу тощо. Не слід забувати й про те, що COVID-19 може вражати систему кровообігу через специфічні ушкодження тканин серця і судин, викликаючи патологічні стани із залученням різних органів і систем, що призводитимуть до відкладеної в часі після перенесеного вірусного захворювання смерті (наприклад, внаслідок тромбозу, інсульту чи фатального порушення серцевого ритму).

На часі потреба попередження або хоча б мінімізації для значного прошарку людей, які мають хронічні неінфекційні захворювання, ймовірних наслідків для здоров'я (загострення хвороби, тривала тимчасова чи стійка непрацездатність (інвалідність) та передчасна смерть), особливо — не пов'язаних з наявним (або перенесеним COVID-19), а зумовлених порушенням належного ведення їх захворювання⁶². Поділяємо бачення фахівців Інституту кардіології імені академіка М.Д. Стражеска, що навіть у розвинутих країнах число непрямих смертей від COVID-19 може у довгостроковій перспективі перевищувати чисельність прямих втрат⁶³.

Надзвичайно важливою соціальною проблемою сучасної України залишається недостатньо високий рівень санітарної грамотності (health literacy), що сприяє поширенню поведінкових ризиків для здоров'я, спричиняє нехтування порадами щодо здорового способу життя та низький рівень прихильності до рекомендацій лікаря, особливо при потребі довго-

⁶² Spotlight on care for noncommunicable diseases and COVID-19. [E-resource]. Access mode: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/spotlight-on-care-for-noncommunicable-diseases-and-covid-19>. Title from the screen.

⁶³ Стан здоров'я народу України. Нові загрози та виклики / за ред. Коваленка В.М., Корнацького В.М. Київ: Державна установа «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені акад. М.Д. Стражеска», 2020.

Розділ 4. Смертність і тривалість життя: динаміка й структурні зрушення...

строкового або пожиттєвого лікування⁶⁴. Одним зі шляхів поліпшення ситуації є дієва інформаційно-просвітницька робота як з населенням, так і з конкретними цільовими групами ризику, а також організація тематичних тренінгів й інших форм навчання для фахівців (зі сфери охорони здоров'я, освіти, соціальної допомоги а також для управлінців різного рівня).

Кількість втрачених життів (а кожна смерть від COVID-19, незалежно від віку її настання, є передчасною) виступає мірилом соціально-економічних втрат кожної країни через розповсюдження коронавірусної хвороби й одночасно — показником ефективності організації протиепідемічних заходів, адекватності (як обсягів, так і якості) ресурсного забезпечення міжсекторальної діяльності в боротьбі з пандемією. Необхідні ефективне стратегічне керівництво, адекватне ситуації, результативна комунікація та координація співпраці із зацікавленими сторонами у межах взаємопов'язаних напрямів.

Неналежна увага або ігнорування зазначених проблем може обернутися у найближчому майбутньому неконтрольованими наслідками та виснажливими видатками для суспільства та пересічних громадян.

⁶⁴ Рингач Н.О. Грамотність з питань здоров'я і досягнення Цілей сталого розвитку в Україні // Демографія та соціальна економіка. 2020. № 2 (40). (Режим доступу: http://dse.org.ua/archive/40/_5.pdf).

МІГРАЦІЙНІ ПРОЦЕСИ: ЗАГАЛЬНІ ТЕНДЕНЦІЇ

5.1. Внутрішня міграція в Україні

Після розпаду СРСР та здобуття Україною незалежності обсяги внутрішньої міграції в Україні значно скоротилися внаслідок зникнення при-таманних радянській добі організованих переселень та наборів робочої сили, а також завдяки комерціалізації сфери освіти, росту цін на житло, труднощів із працевлаштуванням тощо⁶⁵. Українська статистика міграції, що базується на даних про зміни місця реєстрації громадян, містить інформацію про міграції між регіонами, а також різними типами населених пунктів, наприклад у напрямку село—місто (переміщення в рамках одного й того ж населеного пункту міграцією не вважається)⁶⁶.

Якщо на межі 1980-х — 1990-х років обсяг внутрішньої міграції в Україні становив до 3 млн осіб⁶⁷, то починаючи з 1990-х до середини 2000-х цей показник переважно тримався на рівні 1,5 млн осіб (рис. 5.1). Із початком Світової економічної кризи (2008—2010 рр.) і до 2013 р. обсяги внутрішньої міграції мали коливальний характер в межах 1,2—1,3 млн осіб. Різке зменшення чисельності прибулих та вибулих в межах держави відмічається від початку військово-політичної кризи (тобто починаючи з 2014 р.), що супроводжувалась воєнною агресією з боку Росії, внаслідок чого частина території України опинилась під тимчасовою окупацією РФ. Протягом 2014—2020 рр. обсяги внутрішньої міграції в Україні мали дуже широку амплітуду коливань. Мінімум в обсягах внутрішньодержавної міграції було зафіксовано у 2016 р. на рівні 0,5 млн осіб, що є історичним мінімумом для незалежної України. У свою чергу, максимум спостерігався у 2018 р. та становив 1,2 млн осіб, що пояснюється відносною стабілізацією суспільно-політичного життя в країні в умовах війни. Упродовж 2019—2020 рр. спостерігається скорочення обсягів внутрішньої міграції відносно

⁶⁵ Міграція в Україні: факти та цифри / МОМ 2016. [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://ukraine.iom.int/sites/g/files/tmzbd11861/files/documents/ff_ukr_21_10_press.pdf. Назва з екрана (дата звернення 28.11.2022).

⁶⁶ Внутрішня міграція та тимчасові переміщення в Україні в умовах політичних та соціально-економічних загроз: Аналітична записка / Національний інститут стратегічних досліджень. 2015 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/socialna-politika/vnutrishnya-migraciya-ta-timchasovi-peremischennya-v-ukraini-v>. Назва з екрана.

⁶⁷ Там само.

Розділ 5. Міграційні процеси: загальні тенденції

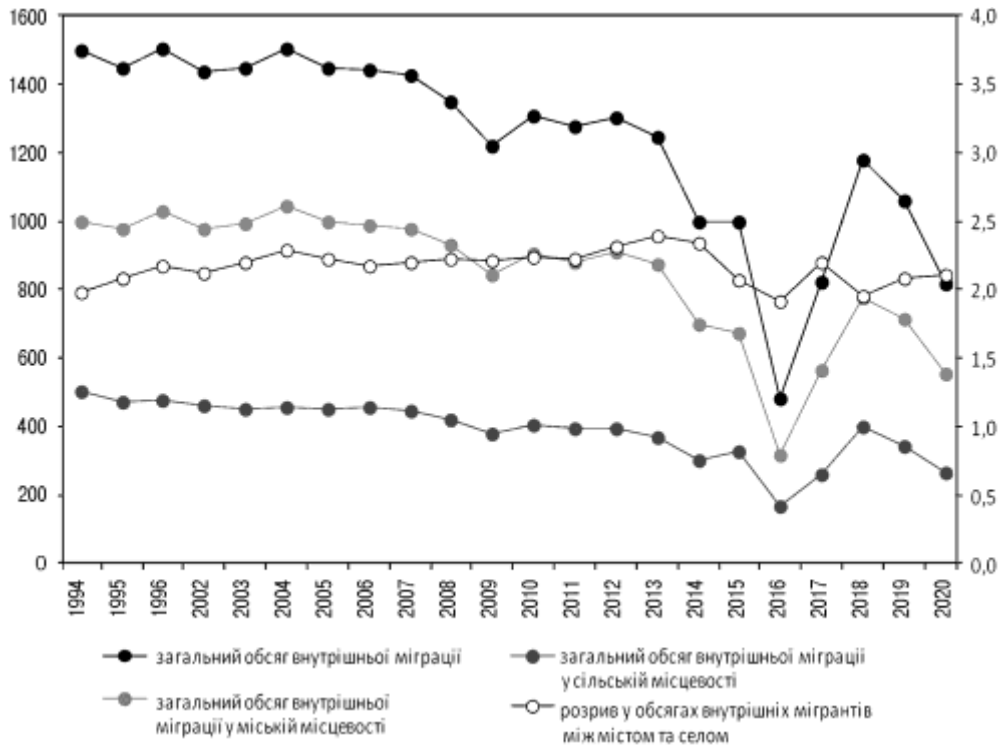


Рис. 5.1. Загальний обсяг внутрішньої міграції в цілому та у міській/сільській місцевостях в 1994—2020 рр. в Україні, тис. осіб (ліва шкала). Розрив у обсягах внутрішніх мігрантів між містом та селом у 1994—1996 та 2002—2020 рр. в Україні, кількість разів (права шкала) *

Джерело: розрахунки за даними Державної служби статистики України

* Дані за 2014—2020 рр. подано без урахування АР Криму та частини тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях, але з урахуванням міграційного обміну з тимчасово окупованими територіями

2018 р. Зокрема, зменшення обсягів внутрішньої міграції в Україні з 1,1 млн осіб у 2019 р. до 0,8 млн осіб у 2020 р. напряму пов'язано із пандемією коронавірусної хвороби COVID-19.

Загалом на початку 1990-х років один із чотирьох мігрантів у загальному міграційному обороті України був міждержавним, решта — внутрішньодержавними мігрантами. Наприкінці 1990-х років вже кожен дев'ятий був зовнішнім мігрантом, натомість у 2020 р. лише кожен двадцятий мігрант був зовнішнім мігрантом, решту — майже 95 % міграційного обороту країни — становили внутрішні мігранти. Таке зростання ролі внутрішньодержавної міграції в 1991—2020 рр. не пов'язано з її інтенсифікацією, оскільки спостерігається спадна тенденція обсягів внутрішньої міграції, а є прямим наслідком прискореного зменшення обсягів зовнішньої міграції протягом років незалежності.

Згідно з даними Державної служби статистики України, в період 1994—2020 рр. оборот внутрішньої міграції в міській місцевості має загалом спад-

5.1. Внутрішня міграція в Україні

ний характер, що еквівалентно ситуації в сільській місцевості (див. рис. 5.1). Упродовж 1994—2013 рр. відбувається помітне щорічне нарощування розриву між «селом» та «містом» у сукупних обсягах внутрішньої міграції, проте починаючи з 2014 р. цей процес загальмувався та має коливальний характер, що є одним із маркерів соціально-економічної та військово-політичної нестабільності в країні. Більше того, внутрішньодержавні переміщення в Україні стримуються через низький добробут населення, необхідність збереження присадибного господарства для харчування сім'ї; дефіцит та високу вартість купівлі та оренди житла у провідних містах; слабкість системи посередництва при працевлаштуванні в інших регіонах; порядок реєстрації місця проживання та прив'язку до місця реєстрації доступу до багатьох соціальних послуг⁶⁸.

Із початком військово-політичної кризи Державна служба статистики України проводить облік міграційного обороту з тимчасово окупованими територіями України. Протягом 2014—2020 рр. спостерігається тільки додатне сальдо міграційного обміну контрольованої Урядом України території з тимчасово окупованими регіонами. Так, у 2014 р. сальдо міграційного обміну становило 22,6 тис. осіб, у 2019 р. — 21,5 тис. осіб, а у 2020 р. — у понад 2 рази менше, ніж у попередньому році, насамперед внаслідок запровадження карантинних обмежень (зادля попередження поширення коронавірусної інфекції COVID-19) пересування через контрольні-пропускні пункти в'їзду-виїзду між контрольованими урядом України та тимчасово неконтрольованими урядом територіями.

На жаль, структура загального обороту внутрішньодержавної міграції в Україні за 2020 р. не була у відкритому доступі на сайті Державної служби статистики України, а відомі лише загальні її обсяги. Станом на 2019 р. оборот внутрішньорегіональної та міжрегіональної міграції за цей рік становив відповідно 597,2 та 457,6 тис. осіб. Порівнюючи 2019 р. із 1995, 2002 та 2013 роками прослідковується загальне уповільнення інтенсивності як внутрішньорегіональної, так і міжрегіональної міграції. Зокрема, у 1995 р. обсяги внутрішньорегіональної та міжрегіональної міграції становили відповідно 839,2 та 607,3 тис. осіб, у 2002 р. — 900,2 та 534,9 тис. осіб, у 2013 р. — 720,2 та 523,4 тис. осіб.

Упродовж 1991—2020 рр. відчутних змін зазнали і просторові паттерни міжрегіональної міграції в Україні. Наприклад, у 1995 р. основними регіонами-донорами міжрегіональної міграції були Донецька, Луганська, Житомирська та Львівська області й АР Крим; у свою чергу, головними регіонами-реципієнтами — міськрада (м/р) Києва, Полтавська, Одеська, Вінницька та Харківська області (рис. 5.2). Основний відплив населення з індустриальних регіонів України у 1995 р. пояснюється масштабним процесом деіндустріалізації через розрив виробничо-економічних зв'язків із підприємствами у колишніх республіках СРСР, що відбувалось на тлі економічної кризи середини 1990-х років. Згодом, після певної стабілізації суспільного

⁶⁸ Там само.

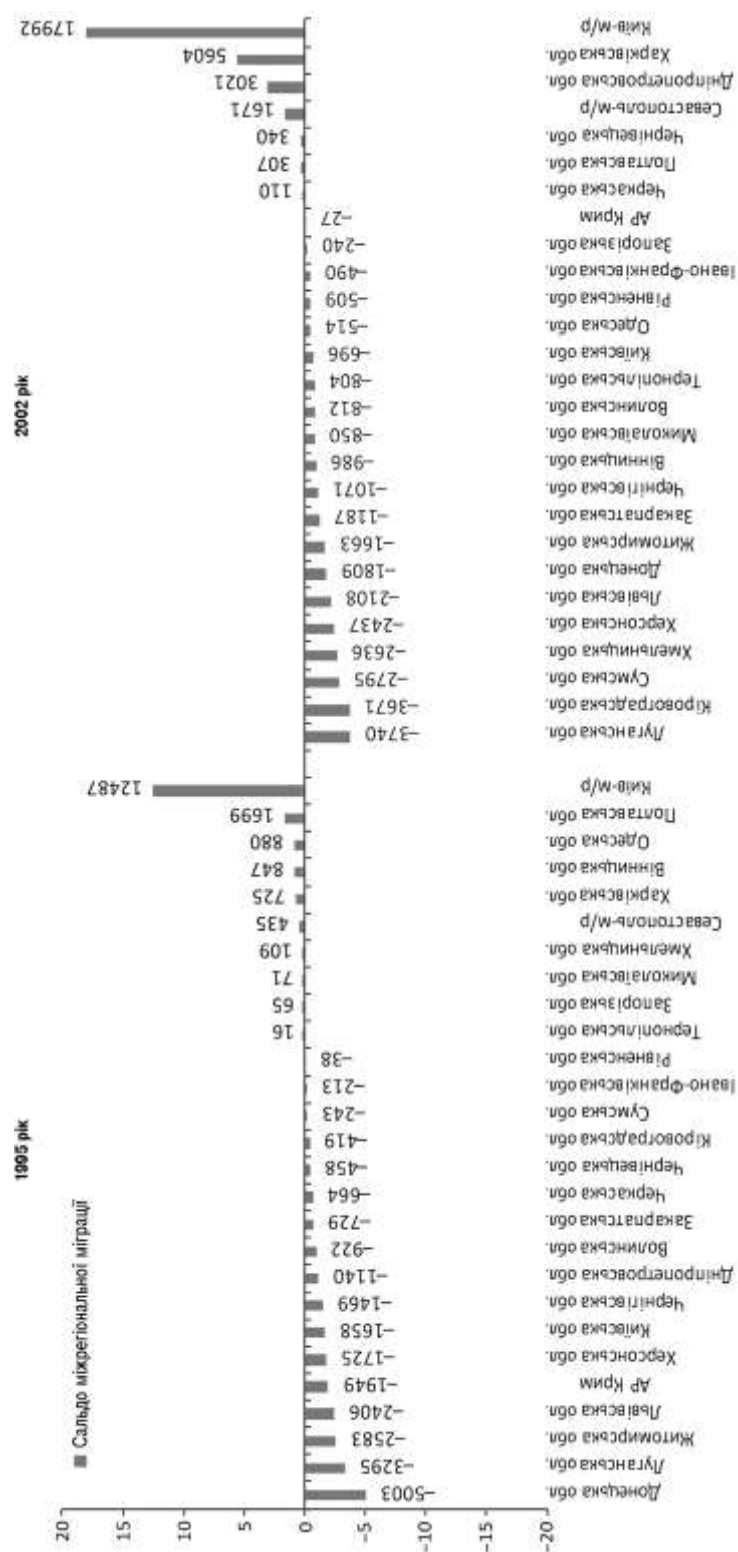


Рис. 5.2. Регіональний розподіл сальдо міграційної міграції в 1995 та 2002 рр. в Україні в порядку зростання, тис. осіб
Джерело: розрахунки здійснено за даними Державної служби статистики України

5.1. Внутрішня міграція в Україні

життя в країні з перехідною економікою, у 2002 р. регіонами з найбільш від'ємним сальдо міжрегіональної міграції стали Луганська, Кіровоградська, Сумська, Хмельницька та Львівська області (див. рис. 5.2), тобто переважно аграрні регіони, мешканці яких шукали вищої заробітної плати та кращих умов життя в інших областях країни. У той самий час регіонами з найбільшим додатним сальдо міжрегіональної міграції були Київ (м/р), Харківська та Дніпропетровська області. Надалі, напередодні військово-політичною кризою, у 2013 р. головними регіонами-постачальниками міжрегіональних мігрантів стали Донецька, Луганська, Кіровоградська, Дніпропетровська, Херсонська та Запорізька області, натомість, основними регіонами-приймачами — м. Київ, Київська та Одеська області, міськрада (м/р) Севастополя та Харківська область (рис. 5.3). Таким чином, міжрегіональні мігранти «стягуються» до регіонів із найпотужнішими соціально-економічними містами-метрополісами (Київ, Харків та Одеса), де сприятлива кон'юнктура ринку праці, високі рівні доходів населення, більш якісні освітні та медичні послуги. Станом на 2020 р., основними регіонами-донорами міжрегіональної міграції є Донецька, Луганська, Кіровоградська, Вінницька та Запорізька області. Водночас головними регіонами-реципієнтами є Київська, Одеська, Харківська та Львівська області, тобто регіони, в яких розташовано провідні науково-освітні центри (Харків, Одеса та Львів) і спостерігається високий рівень соціально-економічного розвитку. У випадку міграційних взаємозв'язків Київської області та м. Києва прослідковуються такі особливості: децентралізація населення зі столиці до приміської зони або ж процес субурбанізації⁶⁹, що може пояснити від'ємне сальдо міжрегіональної міграції (включаючи міграційний обмін із тимчасово окупованими територіями) в Києві.

Узагальнюючи, можна виокремити декілька основних тенденцій внутрішньоміграційних процесів в Україні впродовж 1991—2020 рр. По-перше, істотне зниження інтенсивності потоків внутрішньорегіональної та міжрегіональної міграції. По-друге, просторове стискання міжрегіональних мігрантів до регіонів із містами-метрополісами (Київ, Харків, Одеса, Львів). Наостанок, поява «нової» форми внутрішньої міграції на території України — вимушені внутрішні переміщення населення, що мали масовий характер у зв'язку з воєнною агресією Російської Федерації. Проте явище вимушених переміщень фіксувалися в Україні й раніше — це було пов'язано із переселенням жителів із зони відчуження, що утворилася на території України внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС.

⁶⁹ Havryliuk O., Gnatiuk O., Mezentsev K. Suburbanization, but centralization? Migration patterns in the post-Soviet functional urban region — evidence from Kyiv. *Folia Geographica* (2021). 63 (1). [E-resource]. Access mode: <http://www.foliageographica.sk/unipo/journals/2021-63-1/587>. Title from the screen.

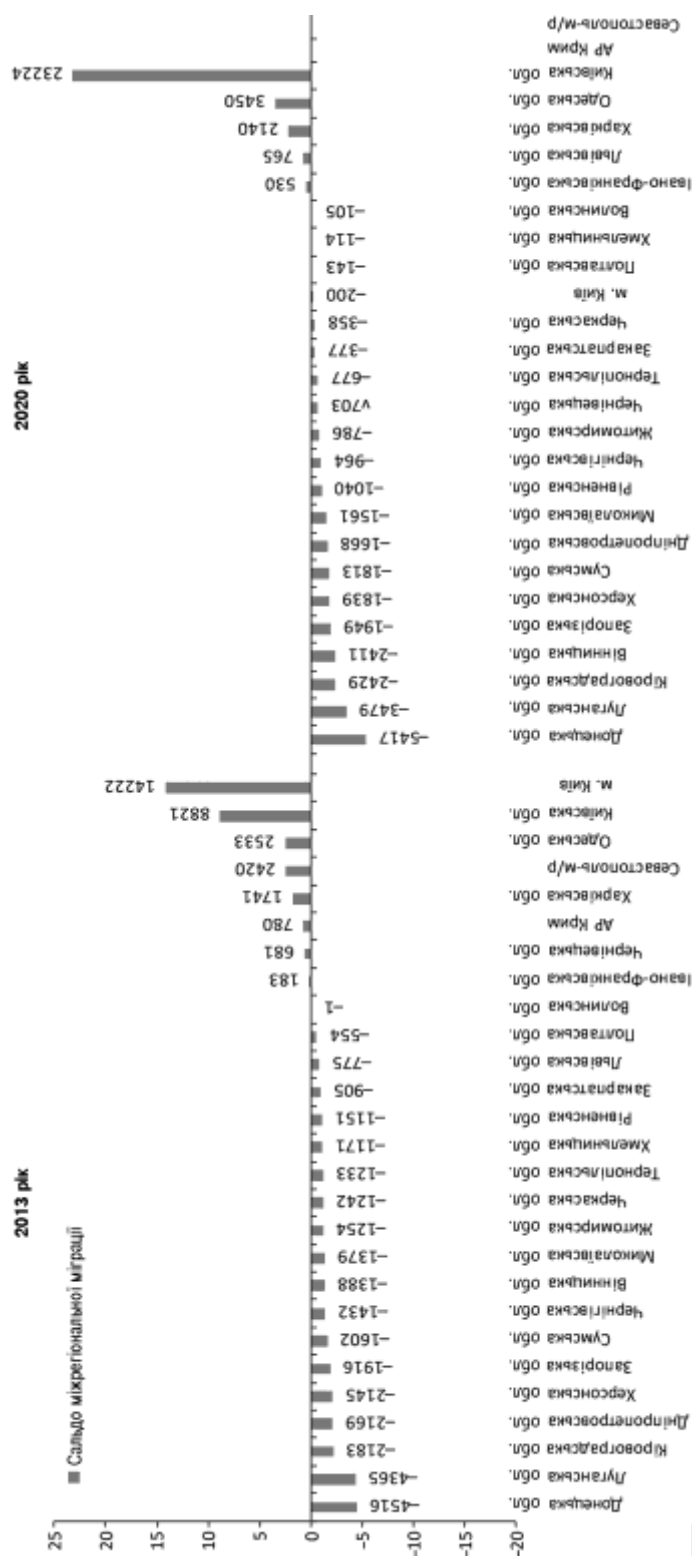


Рис. 5.3. Регіональний розподіл сальдо мікререгіональної міграції в 2013 та 2020 рр. в Україні в порядку зростання, тис. осіб *

Джерело: розрахункові значення за даними Державної служби статистики України

* Дані за 2020 р. наведено без урахування АР Крим та частини тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях, але з урахуванням міграційного обміну з тимчасово окупованими територіями

5.2. Зовнішня міграція

Протягом періоду незалежності Україна здебільшого відіграє як роль країни-донора мігрантів (в тому числі трудових) для інших країн, так і країни транзиту для зарубіжних мігрантів. Проте сальдо офіційної/зареєстрованої або так званої стаціонарної міграції, пов'язаної з реєстрацією/зняттям з реєстрації за місцем проживання, у період 1991—2020 рр. значно варіюється в залежності від соціально-економічних та політичних умов в Україні.

На початку 1990-х років в Україні спостерігалось додатне сальдо міждержавної міграції, однак протягом 1994—2001 рр. фіксується масштабне перевищення потоків вибулих над потоками прибулих (рис. 5.4). Загалом головними тенденціями міждержавної міграції в Україні в період між останнім переписом населення колишнього СРСР (1989 р.) та першим переписом населення в незалежній Україні (2001 р.) є такими ⁷⁰:

- зменшення інтенсивності міграційних зв'язків із колишніми республіками СРСР ⁷¹;

- розширення контактів із країнами «старого» зарубіжжя ⁷²: становлення потоку постійної еміграції з України до Ізраїлю та країн Європи й Америки (спочатку представників окремих етнічних груп — євреїв, німців, греків, угорців, чехів тощо, згодом — українців та росіян), а також ротація учбових мігрантів із країн, що розвиваються;

- набуття зовнішньою міграцією більш «сімейного» характеру — зменшення частки молоді та збільшення питомої ваги осіб середнього віку серед зовнішніх мігрантів;

- поява і розвиток нових для пострадянського простору форм міграційних переміщень: трудової міграції, руху біженців, транзиту нелегальних мігрантів, повернення та облаштування представників раніше депортованих народів;

- повернення до України значної кількості етнічних українців і представників депортованих народів, натомість відбулося повернення до країн походження численних груп росіян та представників ряду інших етносів, що мешкали на теренах колишнього СРСР.

На зовнішньоміграційні процеси в Україні впродовж першої декади незалежності вагомий вплив справили воєнні конфлікти на пострадянському просторі. Так, на тлі активного відпливу з України представників практично всіх титульних етносів нових незалежних держав на початку 1990-х років додатне міграційне сальдо фіксується лише для азербайджанців та вірмен (тобто вихідців із країн, між якими точилась війна — Карабаський конфлікт), а трохи згодом додатне сальдо реєструється вже серед

⁷⁰ Міграційні процеси в Україні: сучасний стан і перспективи / за ред. О.В. Позняка. Умань, 2007.

⁷¹ Іншими словами, колишні республіки СРСР складають так зване близьке зарубіжжя.

⁷² «Старе» або «далеке» зарубіжжя — на противагу «близькому» зарубіжжю.

Розділ 5. Міграційні процеси: загальні тенденції

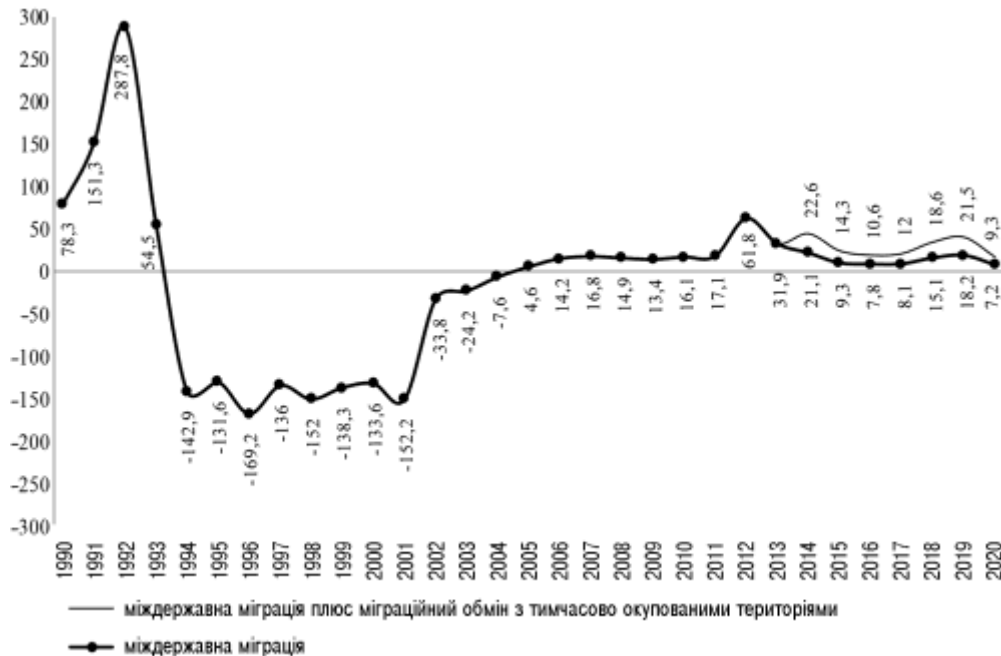


Рис. 5.4. Сальдо міграцій населення в 1990—2020 рр. в Україні, тис. осіб *

* Дані за 2014—2020 рр. наведено без урахування АР Крим та частини тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях

Джерело: розраховано за даними Державної служби статистики України

грузинів і таджиків, що пов'язано з конфліктами в Південній Осетії і Абхазії (Грузія) та громадянською війною в Таджикистані ⁷³.

За даними Державної служби статистики України, в 1995 р. основними міграційними партнерами незалежної України по прибуттю були: для близького зарубіжжя — Російська Федерація (107,0 тис. осіб або 2/3 всіх прибулих із близького зарубіжжя), Узбекистан (13,7 тис. осіб), Молдова і Казахстан (по 8,4 тис. осіб), Білорусь (5,4 тис. осіб), Грузія (3,7 тис. осіб), Вірменія (3,4 тис. осіб), Азербайджан (3,0 тис. осіб) та Таджикистан (2,2 тис. осіб), для далекого зарубіжжя — Німеччина (1,3 тис. осіб або близько 1/5 всіх прибулих з далекого зарубіжжя), Ізраїль (0,9 тис. осіб), Індія і Йорданія (по 0,5 тис. осіб). Загальний обсяг потоку прибулих у 1995 р. становив 166,7 тис. осіб, в якому 96 % склали іммігранти з країн близького зарубіжжя. Водночас загальний обсяг потоку вибулих сягав 256,4 тис. осіб, серед яких лише кожен п'ятий емігрант від'їжджав до країн далекого зарубіжжя. Головними партнерами України по вибуттю були РФ (179,9 тис. осіб), другу сходинку посідав Ізраїль (21,0 тис. осіб), третю — США (13,8 тис. осіб), четверту — Німеччина (9,8 тис. осіб), наступні чоти-

⁷³ Малиновська О.А. Мігранти, міграція та Українська держава: аналіз управління зовнішніми міграціями: монографія. Київ: Вид-во НАДУ, 2004.

5.2. Зовнішня міграція

ри сходинки — Білорусь (7,0 тис. осіб), Молдова (6,6 тис. осіб), Казахстан (3,1 тис. осіб) та Узбекистан (1,7 тис. осіб), дев'яту сходинку посідає Канада (1,3 тис. осіб).

Протягом 1995—2002 рр. обсяги зовнішньоміграційних потоків зазнали помітних змін. Якщо порівняти 1995 та 2002 рр., то можна зазначити, що обсяг потоку прибулих зменшився майже в 4 рази і становив 42,5 тис. осіб у 2002 р., а загальна кількість вибулих у 2002 р. була меншою ніж у 1995 р. на 180,2 тис. осіб і становила 76,3 тис. осіб. Географія ключових партнерів України по прибуттю майже не зазнала змін — РФ (23,4 тис. осіб або майже 2/3 всіх прибулих із близького зарубіжжя), Молдова (3,6 тис. осіб), Узбекистан (2,9 тис. осіб), Казахстан (1,8 тис. осіб), Білорусь (1,3 тис. осіб), Ізраїль та Китай — 1,0 та 0,9 тис. осіб відповідно або майже третина всіх прибулих з далекого зарубіжжя). У 2002 р. переважна більшість імміграційних потоків були з країн близького зарубіжжя, у свою чергу, на країни далекого зарубіжжя припадало лише 14,5 % прибулих, що на понад 10 % більше ніж у 1995 р. Крім цього, змінилось співвідношення між потоками емігрантів до країн близького та далекого зарубіжжя — з близько 4 : 1 у 1995 р. до майже 2 : 1 у 2002 р. Першорядними країнами за кількістю вибулих з України у 2002 р. були РФ (45,0 тис. осіб або понад 90 % від всіх вибулих до близького зарубіжжя), а також Німеччина (10,7 тис. осіб), США (6,1 тис. осіб) та Ізраїль (5,3 тис. осіб) — разом ці три країни становлять понад 4/5 всього потоку вибулих до країн далекого зарубіжжя — на наступних трьох позиціях знаходяться Білорусь (2,9 тис. осіб), Канада (1,1 тис. осіб) та Молдова (0,7 тис. осіб).

Впродовж 1995—2002 рр. також відбулися трансформації статевовікового складу міждержавних мігрантів. Хоча як у 1995 р., так і у 2002 р. в усіх статевовікових групах мігрантів фіксується переважання кількості вибулих над кількістю прибулих (тобто від'ємне сальдо міждержавної міграції), проте індекс гендерного співвідношення серед вибулих та прибулих зазнав істотних змін: у 1995 р. цей індекс серед прибулих становив 1,17 (90,0 тис. чоловіків проти 76,6 тис. жінок), однак він поступово знизився до 1,05 (21,8 тис. проти 20,7 тис.) у 2002 р., водночас більш інтенсивна спадна тенденція індексу прослідковується серед вибулих — з 1,03 у 1995 р. до 0,82 у 2002 р. (рис. 5.5). Порівнюючи статевовіковий розподіл міждержавних мігрантів у 1995 та 2002 рр. слід наголосити, що найбільше абсолютне скорочення кількості прибулих серед чоловіків та жінок обабіч спостерігається у віці 15—34 років (–34,7 тис. — для чоловіків, –23,8 тис. — для жінок). На противагу цьому найбільше відносне скорочення кількості прибулих за даний період фіксується для обох статей серед осіб у віці 0—14 років — у понад 5 разів. Найбільше відносне скорочення кількості вибулих протягом 1995—2002 рр. реєструється серед чоловіків у молодому віці (15—34 роки) — у понад 4 рази та серед жінок у дитячому віці (0—14 років) — у майже 4 рази.

Найчисленнішими статевовіковими групами серед іммігрантів у 2002 р. були чоловіки та жінки у віці 15—34 роки, що разом становили понад 40 % всього імміграційного потоку (у 1995 р. ці дві групи становили майже

Розділ 5. Міграційні процеси: загальні тенденції

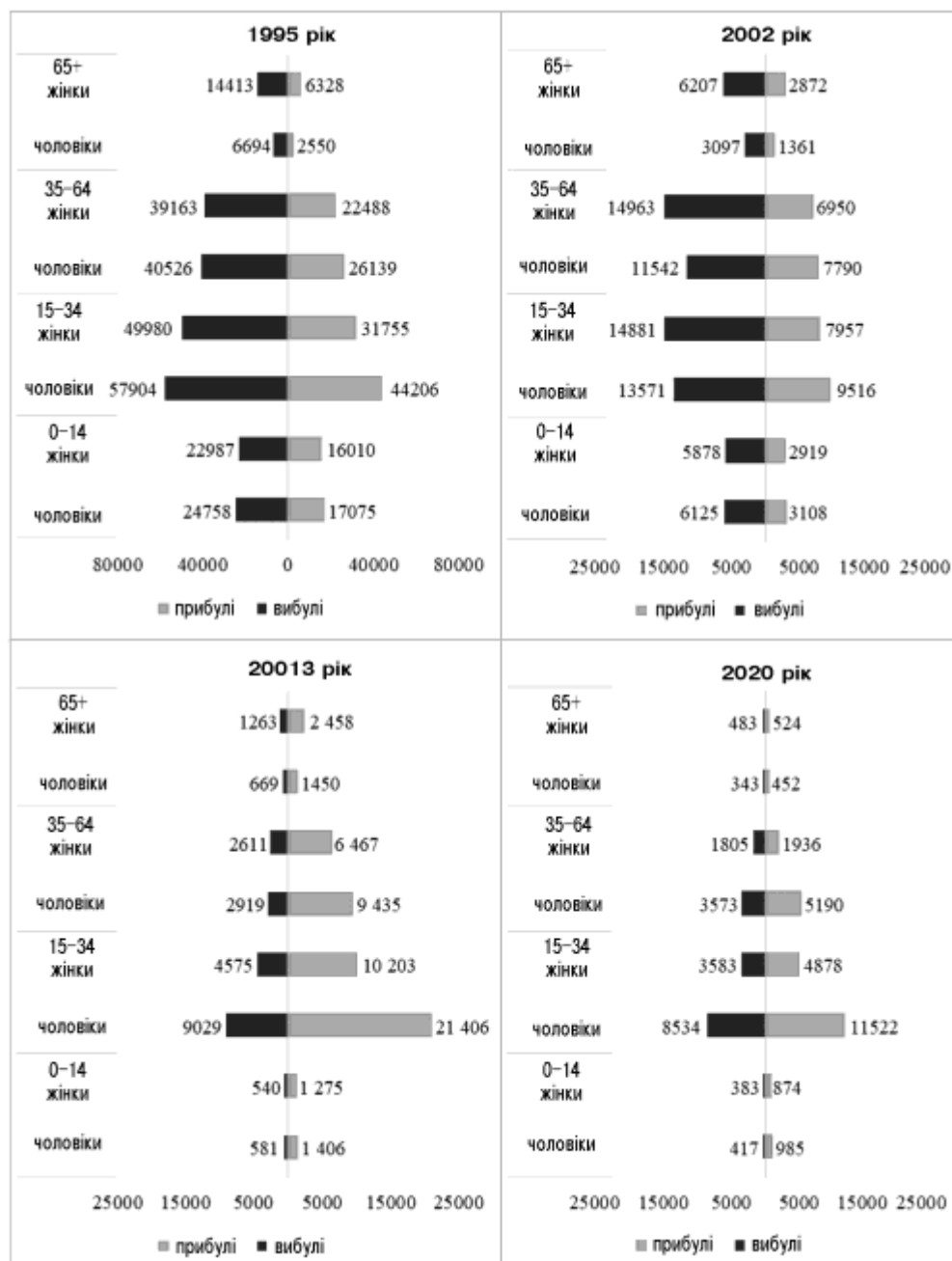


Рис. 5.5. Розподіл міждержавних мігрантів в Україні за віком та статтю у 1995, 2002, 2013 та 2020 рр., осіб *

Джерело: дані Державної служби статистики України.

* Дані за 2020 р. наведено без урахування АР Крим та частини тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях

5.2. Зовнішня міграція

46 %). Найбільшими статеві-віковими групами серед емігрантів у 2002 р. були чоловіки старшого віку (35—64 роки) та чоловіки молодого віку (15—34 роки), що складала відповідно 19,6 % та 19,5 % еміграційного потоку, наступними за чисельністю групами емігрантів були жінки тотожних вікових когорт: 17,8 % — у віці 15—34 роки, 15,1 % — у віці 35—64 роки. Разом дані вікові групи чоловіків та жінок становили майже 3/4 всього потоку емігрантів в Україну у 2002 р.; для порівняння: аналогічна ситуація перевалювання цих статеві-вікових груп реєструється й у 1995 р. (теж майже 3/4 вибулих), однак найбільшими за питомою вагою статеві-віковими групами були чоловіки та жінки у віці 15—34 роки: відповідно 22,6 % та 19,5 % від всього еміграційного потоку.

Таким чином, описані вище трансформації зовнішньоміграційної ситуації в Україні у 1995—2002 рр. пов'язані із цілою низкою причин. По-перше, в Україні спостерігалась глибока економічна криза, під якої припав на 1994—1995 рр., зменшилася привабливість держави для іммігрантів, більше того, завдяки врегулюванню більшості конфліктів на теренах СНД та стабілізації внутрішньої ситуації в нових незалежних державах послабилась дія факторів «виштовхування», які породжували вимушені міграції. Також несприятлива економічна ситуація, що склалась від початку 1990-х років, спонукала частину громадян України шукати кращих умов життя за кордоном⁷⁴. По-друге, в середині 1990-х років відбувався активний відтік росіян, наприклад, в результаті міграції у 1994—1998 рр. кількість росіян в Україні зменшилася на 240 тис. осіб⁷⁵. По-третє, наприкінці 1990-х — на початку 2000-х років більшість міждержавних мігрантів все ще переміщувались між Україною та Росією, проте в менших масштабах, ніж у попередні роки, що зумовлено певною стабілізацією економіки України, зменшенням розриву у рівні доходів громадян цих двох країн, а також фінансовою кризою 1998 р. в Росії, а крім того, низкою терористичних акцій, що стали одним із наслідків жорстокої чеченської війни⁷⁶. Насамкінець, наприкінці 1990-х — на початку 2000-х років потенціал репатріації практично вичерпався, зникли джерела вимушеної міграції, жителі нових незалежних держав адаптувалися до нових суспільних реалій, вирішальним фактором переселення стають соціально-економічні умови, працевлаштування, підприємництво, а також сімейні обставини⁷⁷. Більше того, за оціночними статистичними даними періоду між переписами 1989 р. та 2001 р., Україна за 1994—2001 рр. в результаті міграційного відтоку населення втратила майже 680 тис. осіб, проте перший Всеукраїнський перепис населення показав, що реальні міграційні втрати за цей період є в 1,7 разу більшими і сягають 1155,8 тис. осіб⁷⁸.

⁷⁴ Там само.

⁷⁵ Там само.

⁷⁶ Там само.

⁷⁷ Там само.

⁷⁸ Населення України — 2002. Щорічна аналітична доповідь. Київ: Інститут демографії та соціальних досліджень НАН України; Держкомстат України, 2003. С. 121.

Розділ 5. Міграційні процеси: загальні тенденції

Після декади пертурбаційних процесів у суспільному житті незалежної України, що супроводжувались коливаннями сальдо міждержавної міграції зі значною амплітудою у 1990-х роках, у першій половині 2000-х спостерігається поступове зменшення цієї амплітуди, а починаючи з 2005 р. реєструється щорічне переважання кількості прибулих над кількістю вибулих (див. рис. 5.4). Загалом протягом 2002—2020 рр. Україну спіткало багато випробувань як соціально-економічного, так і військово-політичного характеру. Зокрема, світова економічна криза 2008—2010 рр. та воєнна агресія РФ (анексія Криму і війна на Донбасі), що розпочалась у 2014 р. й досі триває. Крім цього, на зовнішньоміграційних процесах 2020 р. позначилась, як вже наголошувалося вище, пандемія COVID-19.

Упродовж 2002—2020 рр. обсяги міждержавних міграційних потоків зазнали кардинальних трансформацій. Порівнюючи три знакових роки (2002 р. як перший рік після проведення першого Всеукраїнського перепису, докризовий 2013 р. та 2020 р. як рік початку глобальної пандемії коронавірусної хвороби COVID-19) реєструється хвилеподібний характер динаміки обсягів іммігрантів в Україну. З одного боку, у 2013 р. обсяг прибулих був у майже 1,3 разу більшим, ніж у 2002 р., що пов'язано з певною стабілізацією соціально-економічного життя країни після світової економічної кризи. З іншого боку, потік прибулих у 2020 р. становив лише половину від обсягу 2013 р. та трохи більше половини обсягу 2019 р., що пояснюється впливом пандемії COVID-19 та пов'язаних із нею карантинних обмежень міждержавної міграції. До того ж флуктуації кількості прибулих протягом 2002—2020 рр. були такими:

- 1) 2002—2004 рр. — повільне зменшення обсягу іммігрантів через вичерпання потенціалу репатріації;
- 2) 2005—2007 рр. — стрімке зростання чисельності прибулих завдяки поживленню соціально-економічного життя в країні;
- 3) 2008—2010 рр. — стрімке спадання обсягу прибулих в Україну через світову економічну кризу;
- 4) 2011—2013 рр. — стрімке базове зростання кількості прибулих: у понад 2,4 разу у 2012 р. відносно 2011 р. та у 1,7 разу у 2013 р. відносно базового 2011 р., що пов'язано з ревіталізацією економіки країни після світової економічної кризи та позитивними змінами міграційного законодавства, які полегшили процедури реєстрації іноземців ⁷⁹;
- 5) 2014—2016 рр. — кризове зменшення імміграційних потоків через воєнну агресію РФ;
- 6) 2017—2019 рр. — період швидкого зростання кількості прибулих унаслідок відносної стабілізації конфлікту на сході України;
- 7) 2020 рік — стрімке зменшення обсягу іммігрантів через пандемію COVID-19.

⁷⁹ Закон України «Про правовий статус іноземців та осіб без громадянства» від 22 вересня 2011 р. № 3773-VI [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://inspections.gov.ua/document/view?id=40367>. Назва з екрана.

5.2. Зовнішня міграція

На відміну від дуже частих стрибкоподібних коливань обсягу потоку іммігрантів в Україну, тенденції зменшення/збільшення кількості вибулих із країни у 2002—2020 рр. були такими:

1) 2002—2012 рр. — стабільне поступове спадання кількості вибулих: від форсованого щорічного зменшення на понад 10 тис. осіб протягом 2002—2005 рр. до сповільненого щорічного зменшення на майже 0,1 тис. осіб 2010—2012 рр., що пояснюється впливом різновекторних чинників (зокрема соціально-економічної ситуації в Україні та світі);

2) 2013—2015 рр. — спочатку політична, а потім воєнна криза призводить до збільшення сукупного обсягу вибулих у майже 1,5 разу упродовж 2013—2015 рр. відносно сукупного обсягу емігрантів 2010—2012 рр.;

3) 2016 р. — реєструється аномально низька кількість вибулих (лише 6,5 тис. осіб) за весь період 2002—2020 рр.;

4) 2017—2019 рр. — зростання чисельності еміграційного потоку в результаті укорінення частини трудових мігрантів в країнах-реципієнтах;

5) у 2020 р. спостерігається зменшення кількості вибулих у 1,4 разу відносно 2019 р. в наслідок пандемії COVID-19, що змусило уряди країн світу накласти карантинні обмеження щодо приїзду/виїзду міждержавних мігрантів. Загалом, у докризовий 2013 р. обсяг вибулих з країни був у майже 3,5 разу менше ніж у 2002 р., але водночас на 16 % більше ніж у 2020 р., що вказує на хвилеподібний характер динаміки обсягів еміграції з України.

Окрім вищезазначеного, впродовж 2002—2020 рр. відбулася інверсія міждержавних міграційних потоків прибуття/вибуття за напрямком близьке-далеке зарубіжжя. Якщо у 2002 р. прибули з країн близького зарубіжжя становили 85,5 % всіх прибулих в Україну, то у 2013 та 2020 рр. ця частка дорівнювала 60,7 % та 40,4 % відповідно. У свою чергу, розподіл вибулих у 2002 р. вказує на те, що емігранти до країн близького зарубіжжя були більшістю (64,9 % всіх емігрантів), проте у 2013 та 2020 рр. вони вже становлять меншість (41,8 % та 28,4 % відповідно), а більшість складали емігранти до країн далекого зарубіжжя. Такі тенденції просторового розподілу потоків імміграції/еміграції свідчать про посилення залучення України у світові міграційні процеси.

Порівнюючи топ-7 країн-партнерів України по прибуттю/вибуттю міждержавних мігрантів у 2002, 2013 та 2020 рр. (табл. 5.1), фіксуємо чіткий процес просторової диверсифікації головних міграційних потоків. Так, у 2002 р. основними партнерами України по прибуттю стали лише країни близького зарубіжжя та дві країни Азії (Ізраїль та Китай), що обіймали дві останні позиції за обсягом прибулих, а у 2020 р. з-поміж основних партнерів були тільки три країни колишнього СРСР, решта — дві країни Азії та дві країни Африки. Однак, у 2013 р. шість із семи основних партнерів по прибуттю становили країни близького зарубіжжя. Що стосується головних партнерів України по вибуттю, то у 2002 р. ними були три країни близького зарубіжжя, дві країни Північної Америки (США та Канада) та по одній країні Європи (Німеччина) та Азії (Ізраїль), у 2013 р. — також три країни близького зарубіжжя, дві азійських країни (Ізраїль та Туреччина) та по од-

Розділ 5. Міграційні процеси: загальні тенденції

Таблиця 5.1. Топ-7 партнерів України по прибуттю та вибуттю міждержавних мігрантів у 2002, 2013 та 2020 рр.*

Ранг	2002 р.	2013 р.	2020 р.
Країна (кількість прибулих, тис. осіб)			
1	Російська Федерація (23,4)	Російська Федерація (14,8) ⁸⁰	Російська Федерація (3,7)
2	Молдова (3,6)	Туркменістан (3,9)	Туреччина (2,2)
3	Узбекистан (2,9)	Молдова (3,3)	Індія (1,8)
4	Казахстан (1,8)	Узбекистан (2,9)	Марокко (1,4)
5	Білорусь (1,3)	Азербайджан (2,6)	Азербайджан (1,3)
6	Ізраїль (1,0)	Туреччина (1,9)	Білорусь (1,1)
7	Китай (0,9)	Білорусь (1,5)	Нігерія (1,0)
Країна (кількість вибулих, тис. осіб)			
1	Російська Федерація (45,0)	Російська Федерація (4,9) ⁸¹	Російська Федерація (1,9)
2	Німеччина (10,7)	Туркменістан (1,6)	Індія (1,4)
3	США (6,1)	Німеччина (1,6)	Німеччина (1,3)
4	Ізраїль (5,3)	Ізраїль (1,2)	США (1,2)
5	Білорусь (2,9)	Туреччина (0,8)	Туреччина (1,2)
6	Канада (1,1)	США (0,8)	Китай (0,8)
7	Молдова (0,7)	Білорусь (0,7)	Марокко (0,8)

Джерело: дані Державної служби статистики України

* Дані за 2020 р. наведено без урахування відомостей по АР Крим та тимчасово окупованим територіям у Донецькій та Луганській областях

ній країні Європи (Німеччина) та Північної Америки (США), натомість у 2020 р. серед лідерів була лише одна країна близького зарубіжжя (РФ), а решту становили Німеччина, США, Марокко та низка азійських країн (Індія, Туреччина та Китай).

Цілком природно, що основним партнером України по прибуттю/вибуттю міждержавних мігрантів протягом 2002—2020 рр. все ще залишалася Російська Федерація, проте фіксується тенденція до послаблення зв'язку та скорочення обсягів міграційного обміну між державами. Наприклад, у 2019 р. найголовнішим партнером України по прибуттю була Індія, а РФ обіймала другу сходинку, водночас найголовнішим партнером по вибуттю — США, а РФ теж посіла другу позицію.

Упродовж 2002—2020 рр. фіксується декілька особливостей трансформації статево-вікового розподілу міждержавних мігрантів в Україні.

По-перше, спостерігається нестримний процес «омолодження» міждержавної міграції серед обох потоків — іммігрантів та емігрантів (див. рис. 5.5).

⁸⁰ Відповідно до наявних опублікованих даних: Населення України за 2013 рік: Демографічний щорічник. Київ: Державна служба статистики України, 2014.

⁸¹ Там само.

5.2. Зовнішня міграція

Зокрема, за 2002 р. в Україну прибуло 41,1 % іммігрантів у молодому віці (15—34 роки), серед яких більшість становили чоловіки — індекс гендерного співвідношення дорівнював 1,20. Згодом, у 2013 р., іммігранти у віці 15—34 роки становили вже 58,4 % з яких лише кожна третя особа була жінкою (індекс гендерного співвідношення дорівнював 2,1). Натомість у 2020 р. прибулі у віці 15—34 роки становили майже 2/3 всього імміграційного потоку. Індекс гендерного співвідношення серед даної вікової когорти дорівнював 2,36. Разом із тим подібна ситуація прослідковується і серед потоку вибулих. У 2002 р. люди молодого віку складали 37,3 % всього еміграційного потоку; пізніше, у 2013 р., цей показник становив 61,3 % та зрештою зріс до 63,4 % у 2020 р. Індекс гендерного співвідношення серед молодих емігрантів теж мав зростаючий характер — спочатку від 0,91 у 2002 р. до 1,97 у 2013 р., а потім до 2,38 у 2020 р.

По-друге, за контрольні роки (2002, 2013 та 2020) лише у 2002 р. реєструється від'ємне сальдо міграції у всіх статеві-вікових групах міждержавних мігрантів, а у 2013 та 2020 рр. — додатне сальдо міграції у всіх статеві-вікових когортах. Найбільше значення сальдо міграції у 2013 р. фіксується серед чоловіків у віці 15—34 та 35—64 роки — 12,4 тис. осіб та 6,5 тис. осіб відповідно. Ідентична ситуація прослідковується також і у 2020 р., де сальдо міграції серед чоловіків у віці 15—34 становить 3 тис. осіб, а для чоловіків у віці 35—64 роки — 1,6 тис. осіб.

Наостанок порівняємо зміни статеві-вікового розподілу зовнішніх мігрантів за базовий 2002 та 2020 рр. Найбільше абсолютне скорочення кількості прибулих серед чоловіків фіксується у віці 35—64 роки і дорівнює –2,6 тис. осіб, а серед жінок (також у віці 35—64 роки) — –5,0 тис. осіб. При цьому єдина статеві-вікова група зовнішніх мігрантів, у якій прослідковується абсолютне зростання кількості прибулих на 2 тис. осіб за аналізований період — чоловіки у віці 15—34 роки. Водночас серед вибулих найбільшого абсолютного скорочення зазнали як чоловіки, так і жінки у віці 35—64 роки — –13,2 тис. осіб та –8,0 тис. осіб. Всі інші статеві-вікові групи емігрантів з України теж зменшили свою абсолютну чисельність за період 2002—2020 рр. У свою чергу, найбільші обсяги відносного скорочення кількості прибулих/вибулих протягом 2002—2020 рр. реєструються:

1) серед прибулих чоловічої статі у віці 0—14 років (на понад 68 % менше ніж у 2002 р.);

2) серед прибулих жінок у віці 65+ років (на майже 82 % менше ніж у 2002 р.);

3) серед вибулих обох статей у віці 0—14 років — на понад 93 % менше ніж у 2002 р. у відповідних статеві-вікових групах.

Підсумовуючи, можна виділити такі головні тенденції стаціонарної міграції в Україні впродовж 1991—2020 рр.:

- долучення і поступова інтеграція України в міжнародні міграційні потоки після розпаду СРСР (1990-ті рр.) та подальше розширення мігра-

Розділ 5. Міграційні процеси: загальні тенденції

ційних контактів із країнами далекого зарубіжжя (період від початку 2000-х до початку 2010-х років) і як результат — міграційні контакти з країнами далекого зарубіжжя стали сильнішими, ніж з країнами близького зарубіжжя (період від кінця 2010-х років);

- скорочення обсягів міждержавної міграції — із сотень тисяч осіб у 1990-х роках до десятків тисяч осіб починаючи із середини 2000-х років;

- тенденція набуття зовнішньою міграцією більш «сімейного» характеру змінюється тенденцією до «омолодження» обличчя зовнішньоміграційних процесів за рахунок мігрантів у віці 15—34 роки, що приводить до переважання «індивідуального» характеру зовнішньої міграції;

- адаптація міграційного законодавства України до потреб мігрантів, що значно спростило процедуру реєстрації іммігрантів.

ТРУДОВА, ОСВІТНЯ ТА ВИМУШЕНА МІГРАЦІЯ

6.1. Зовнішня трудова міграція

Здобуття незалежності відкрило для громадян України нові перспективи щодо зайнятості за межами країни. Розширення можливостей для закордонного працевлаштування збіглося у часі з істотним погіршенням умов на національному ринку праці, поширенням реального та прихованого безробіття, вимушеної часткової зайнятості тощо. У таких умовах сформувалися численні контингенти населення, для яких зовнішня трудова міграція стала єдиним доступним джерелом забезпечення матеріальних потреб або можливістю додаткового заробітку. Попри важливе значення закордонної зайнятості в перші роки незалежності України, існує небагато інформації про перебіг цього соціально-економічного явища в даний період. Вітчизняна статистика та наука були неготовими до швидкого реагування на нарощування обсягів закордонної зайнятості населення через слабе фінансово-ресурсне забезпечення.

Минуло десять років незалежності, доки Україна отримала перші дані національного масштабу про зовнішню трудову міграцію. У 2001 р. пройшов перший Всеукраїнський перепис населення, до програми якого входили питання щодо закордонної зайнятості. Зараз отримані під час перепису дані втратили свою актуальність, їх також не можна використовувати для виявлення змін у межах аналізованої тематики, адже проведення другого перепису населення постійно відстрочувалося, останньою запланованою датою його проведення донедавна був 2023 р. У таких умовах дослідження тенденцій та динаміки зовнішньої трудової міграції українських громадян є можливим за рахунок використання інформації, отриманої в ході проведення трьох раундів загальнонаціональних обстежень із питань трудової міграції (ОТМ), що виконувалися Державною службою статистики та партнерами у 2008 р.⁸², 2012 р.⁸³ та 2017 р.⁸⁴ Ідентична методологія та загальнодержавний масштаб охоплення дають змогу коректного порівнян-

⁸² Зовнішня трудова міграція населення України. Київ: УЦСР, Держкомстат України, 2009.

⁸³ Звіт щодо методології, організації проведення та результатів модульного вибіркового обстеження з питань трудової міграції в Україні / Міжнародна організація праці. Група технічної підтримки з питань гідної праці та Бюро МОП для країн Центральної та Східної Європи. Будапешт: МОП, 2013.

⁸⁴ Зовнішня трудова міграція населення (за результатами модульного вибіркового обстеження): Статистичний бюлетень. Київ: Державна служба статистики, 2017.

ня даних з обстежень різних років, проте відсутність даних про перші роки незалежності є значною прогалиною цього дослідження.

Відсутність надійних даних про закордонну зайнятість населення протягом тривалого часу призводила до поширення у медійному просторі завищених оцінок щодо масштабів цього явища. Поширювалася необґрунтована інформація про 5—7 млн заробітчан і навіть більше. Дані, отримані в ході ОТМ показують, що реальні масштаби зовнішньої трудової міграції були та залишаються набагато меншими: згідно з результатами першої хвилі обстеження, впродовж двох з половиною років до проведення опитування за кордоном працювали 1,5 млн осіб⁸⁵, у другому раунді ОТМ відповідний показник зменшився до 1,2 млн осіб⁸⁶, у третьому — він становив 1,3 млн осіб⁸⁷. Таким чином, протягом років, охоплених загальнодержавними обстеженнями, масштаби закордонної зайнятості населення залишалися на приблизно однаковому рівні. Варто зазначити, що обстеженнями не могли бути охоплені члени домогосподарств, які в повному складі виїхали за кордон і мешкають там вже впродовж багатьох років (постійні емігранти); особи, які виїхали працювати за кордон до 2005 р. (при проведенні обстеження 2008 р.), до 2010 р. (при проведенні обстеження 2012 р.) або до 2015 р. (при проведенні обстеження 2017 р.) і з того часу не поверталися в Україну. У складі зовнішніх трудових мігрантів не враховані також прикордонні маятникові трудові мігранти⁸⁸. Загальна кількість трудових мігрантів до пандемії коронавірусної хвороби COVID-19, з урахуванням маятничкової міграції, оцінювалася у 2,7 млн осіб, з яких близько 1,0 млн вже фактично є постійними мігрантами⁸⁹.

Період сучасної нестабільності, викликаний пандемією COVID-19, істотно впливає на потоки міжнародної міграції. Закриття кордонів, введення карантинних обмежень в Україні та у країнах, де працювали трудові мігранти, призвело до їх часткового повернення на Батьківщину. За оцінками МОМ, загальна кількість трудових мігрантів, які повернулися в Україну протягом чотирьох місяців після оголошення карантину, становила 350—400 тис. осіб⁹⁰. Втім, незважаючи на пандемію, закордонні ринки праці продовжують потребувати додаткової робочої сили для заповнення вакан-

⁸⁵ Зовнішня трудова міграція населення України. Київ: УЦСР; Держкомстат України, 2009.

⁸⁶ Звіт щодо методології, організації проведення та результатів модульного вибіркового обстеження з питань трудової міграції в Україні / Міжнародна організація праці. Група технічної підтримки з питань гідної праці та Бюро МОП для країн Центральної та Східної Європи. Будапешт: МОП, 2013.

⁸⁷ Зовнішня трудова міграція населення (за результатами модульного вибіркового обстеження): статистичний бюлетень. Київ: Державна служба статистики, 2017.

⁸⁸ Зовнішня трудова міграція (за результатами модульного вибіркового обстеження): Статистичний бюлетень. Київ: Державна служба статистики України, 2017. (Електронний ресурс: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2017/bl/12/bl_ztm_2017.zip).

⁸⁹ Українське суспільство: міграційний вимір: нац. доповідь / Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України. Київ, 2018.

⁹⁰ МОМ підтримує безпечну та впорядковану мобільність трудових мігрантів через кордони / МОМ, 2020. [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://iom.org.ua/sites/default/files/labour_migration_position_paper_ukr.pdf. Назва з екрана.

6.1. Зовнішня трудова міграція

сій, де зазвичай працювали мігранти, особливо у сферах сільського господарства та туризму. Польща запровадила систему вакцинації від коронавірусу для українських трудових мігрантів ще на початку літа 2021 р. з метою задоволення потреб національного ринку праці⁹¹. Громадяни України, які тривалий час працюють у Фінляндії, також можуть претендувати на щеплення в окремих регіонах країни⁹². Поступове набуття колективного імунітету за рахунок вакцинації або природним шляхом, попит на українську робочу силу та бажання українців працювати за кордоном дає підстави казати про те, що після деякого зменшення, масштаби закордонної зайнятості починають відновлюватися. Про це, зокрема, свідчать дані про офіційне працевлаштування за кордоном за допомогою послуг посередницьких агентцій. Згідно з даними Державного центру зайнятості, в першому півріччі 2020 р. за допомогою суб'єктів господарювання, що надають послуги з працевлаштування, за кордоном знайшли роботу 35,6 тис. осіб. У 2021 р. за аналогічний період відповідний показник був у півтора рази вищим (54,1 тис. осіб)⁹³.

Грошові перекази з-за кордону, відправниками яких найчастіше є міжнародні трудові мігранти, нарощують свої обсяги. За даними Національного банку, впродовж січня — травня 2021 р. в Україну надійшло на чверть (25,4 %) більше коштів у порівнянні з відповідним періодом попереднього року. За прогнозами експертів, станом на кінець року зростання переказів трудових мігрантів у 2021 р. мало досягти 13 млрд. дол.⁹⁴

На початковому етапі незалежності стратегії реалізації закордонної зайнятості населення дещо відрізнялися від сучасних. У 90-ті роки минулого століття та на межі тисячоліть в Україні активно здійснювалися так звані човникові міграції, тобто багаторазові короткострокові виїзди за кордон із метою придбання або продажу товарів. Ці процеси чинили помітний вплив на життя окремих людей та економічну систему країни. У ході аналізу результатів першого спеціального вибіркового обстеження з питань трудових міграцій під назвою «Життєві шляхи населення України», проведеного у восьми областях України у березні 2001 р., експерти виділяли категорію «човників» як окремий контингент учасників трудових поїздок за межі України, поряд із короткостроковими та довгостроковими трудовими міг-

⁹¹ На кордоні з Польщею почали вакцинувати українських трудових мігрантів і студентів // Європейська правда. 2021. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.eurointegration.com.ua/news/2021/06/11/7124333/>. Назва з екрана.

⁹² Українці, які працюють у Фінляндії, можуть претендувати на вакцинацію посольство // Європейська правда. 2021. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.eurointegration.com.ua/news/2021/06/16/7124536/>. Назва з екрана.

⁹³ Працевлаштування громадян суб'єктами господарювання, що надають послуги з посередництва у працевлаштуванні, у тому числі у професійному розрізі / Державний центр зайнятості. 2021. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.dcz.gov.ua/publikaciya/5-dani-shchodo-pracevlashtuvannya-gromadyan-subyektamy-gospodaryuvannya-shcho-nadayut>. Назва з екрана.

⁹⁴ Грошові перекази в Україну цього року зросли до \$5,1 млрд / Financial club. 2021. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://finclub.net/ua/news/hroshovi-perekazy-v-ukrainu-tsohorich-zrosly-na-usd5-1-mlrd.html>. Назва з екрана.

рантами ⁹⁵. Поступово поширеність та значимість човникової міграції зменшились, у зв'язку із чим ця тема залишилася поза сферою інтересів дослідників міграційних процесів.

Географічне розташування нашої держави обумовлює диверсифікацію потоків зовнішньої трудової міграції. Впродовж останніх років перелік основних країн призначення для українських мігрантів майже не змінився: переважна більшість опитаних у всіх трьох раундах ОТМ працювали у Польщі, Російській Федерації, Італії, Чеській Республіці, Португалії та Угорщині. Причому частки мігрантів у чотирьох останніх країнах із цього переліку залишалися приблизно однаковими в усіх раундах дослідження. Найпомітніші зміни відбулися в кількісних показниках частоти перебування мігрантів у Російській Федерації та Польщі: питома вага останньої зросла у структурі розподілу майже уп'ятеро, що забезпечило їй лідируючу позицію серед країн-реципієнтів у 2017 р. Водночас частка Росії зменшилася майже удвічі: якщо у 2008 р. вона залучала близько половини всіх потоків, то, згідно з дослідженням 2017 р., туди спрямовувалось лише трохи більше чверті всіх мігрантів. Така швидка переорієнтація відбулася після другого раунду опитування, і є реакцією на стрімке погіршення міжнародних стосунків України із цією країною насамперед через окупацію Криму та воєнного конфлікту на сході України. Крім того, ОТМ-2017 не охоплювало непідконтрольні уряду України території, з яких у попередніх турах походила помітна частина мігрантів, зайнятих у Росії.

Зовнішня трудова міграція з України характеризується яскраво вираженою регіональною специфікою, яка, з незначними відмінностями, зберігається протягом всього періоду незалежності. Переважна більшість осіб, які працюють за кордоном, походять із західних областей країни: у першій хвилі ОТМ частка цього регіону становила 57,4 %, у другій хвилі — зросла до 71,6, а у третій дещо зменшилася — до 69,4 % (рис. 6.1, див. вклейку). Водночас відбувалося поступове зниження питомої ваги представників східних регіонів (18,8 % у ОТМ-2008; 9,8 % у ОТМ-2012; 6,8 % у ОТМ-2017). Зменшення частки вихідців зі східних областей у структурі трудових мігрантів бере свій початок ще з періоду, що передував тимчасовій окупації частини Донеччини та Луганщини, адже воно проявилось ще у другому турі ОТМ. Натомість частки мешканців Півночі та Півдня протягом періоду, охопленого трьома раундами ОТМ, майже не змінилися. Зафіксовані незначні коливання питомої ваги вихідців із Центральної України.

Віковий розподіл українських мігрантів, які працюють за кордоном, не зазнав істотних змін впродовж періоду, охопленого різними хвилями ОТМ. У дослідженні зафіксовано доволі рівномірний розподіл трудових мігрантів між різними віковими групами (табл. 6.1). Наявні дані демонструють збереження первинної міграційної активності населення до, щонайменше, 50-річного віку. Із часом прослідковується поступове зростання частки най-

⁹⁵ Зовнішні трудові міграції населення України / За ред. Е. Лібанової, О. Позняка. Київ: РВПС України НАН України, 2002.

6.1. Зовнішня трудова міграція

Таблиця 6.1. Віковий розподіл зовнішніх трудових мігрантів з України ⁹⁶, %

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

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

старших мігрантів ⁹⁷. Найімовірніше, це можна пояснити тим, що певні контингенти з первинних міжнародних міграційних потоків, які обрали для себе тимчасову зайнятість за кордоном як постійну стратегію трудової поведінки, природно пересуваються віковою лінійкою в бік зростання.

Статева структура зовнішньої трудової міграції українських громадян характеризується помітною перевагою чоловіків: вони складають понад дві третини усіх мігрантів (у дослідженні 2008 р. — 67,2 %; 2012 — 65,6 %; 2017—70,4 %) (рис. 6.2). Результати загальнонаціонального обстеження демонструють підвищену міграційну активність жінок старших вікових груп, натомість представники чоловічої статі розподілені за віком більш рівномірно. Згідно з даними третьої хвилі ОТМ (2017 р.), майже третина жінок, які працювали за кордоном, у визначений дослідженням період, перебували у віці 40—49 років. Частка чоловіків аналогічного віку трохи не досягала чверті (24,0 %). Кожна четверта жінка була 55—59-річною. Питомі ваги найстарших респондентів — віком 60—70 років — незначні для обох статей, із перевагою цього показника для жіноцтва.

Абсолютна чисельність мешканців різних типів населених пунктів серед трудових мігрантів, охоплених ОТМ, є майже однаковою. Попри це частота виїзду з метою працевлаштування за кордон городян і селян помітно відрізняється. Це пояснюється рівнем урбанізації населення України, загальним розподілом мешканців країни за типами населених пунктів. Так, частка трудових мігрантів у загальній кількості населення віком 15—70 років, згідно з результатами ОТМ-2017, становила 3,4 % для міських поселень, та 6,9 % — для сільських (у дослідженні 2012 р. відповідні частки становили 2,2 % та 6,3 %, а у 2008 р. — 4,0 % та 8,0 %). Очевидно, що поширення кризових явищ на сільських ринках праці слугує додатковим фактором виштовхування за кордон для мешканців населених пунктів цього типу.

⁹⁶ Починаючи з віку 40 років у розподілі здійснено перехід від п'яти- до десятирічних вікових інтервалів.

⁹⁷ Йдеться здебільшого про 50—59-річних осіб, оскільки респонденти віком 60—70 років були включені до програми обстеження лише починаючи з 2012 р., і їхні частки є надто незначними для здійснення надійних порівнянь.

Розділ 6. Трудова, освітня та вимушена міграція

Українські трудові мігранти у третині випадків (33,9 % за результатами ОТМ-2017) мають професійно-технічну освіту, що відповідає характеру робіт, виконуваних ними за кордоном. Повна загальна середня освіта є майже настільки ж поширеною серед них (30,1 %). Частка трудових мігрантів із вищою освітою поступово збільшувалася: в першому раунді ОТМ вона становила 13,9 %, у другому — 15,4 %, у третьому — 16,4 %. Зростання питомої ваги мігрантів із вищою освітою відбувалося на тлі збільшення чисельності осіб цієї освітньої групи серед усього зайнятого населення. У 2008 р. частка зайнятого населення з дипломами ЗВО становила 23,8 %, у 2011 р. — 27,1 %, у 2016 р. — 32,3 %.

Зовнішні трудові мігранти, опитані в ході всіх трьох раундів ОТМ, мали помітно нижчий рівень освіти у порівнянні із зайнятим населенням України. Питома вага осіб із вищою освітою в останній групі майже удвічі перевищувала відповідний показник для мігрантів. Освітня градація, що використовувалася у двох перших раундах модульного загальнодержавного обстеження трудової міграції, відрізнялася від застосованої у третій хвилі ОТМ. У таких умовах немає можливості прослідкувати зміни в чисельності мігрантів із професійно-технічною та повною загальною середньою освітою. Частка трудових мігрантів із вищою освітою у першому раунді ОТМ становила 13,9 %, а серед усього зайнятого населення у 2008 р. цей показник дорівнював 23,8 %. Аналізований індикатор поступово зростав в обох категоріях українців: серед мігрантів у 2012 р. він становив 15,4 %, а в 2017 р. — 16,4 %. Частка зайнятих українців із вищою освітою підвищилась із 27,1 % у 2011 р. до 32,3 % у 2016 р.

Порівняння трьох раундів модульного обстеження демонструє зменшення питомої ваги жінок із вищою освітою серед трудових мігрантів: за

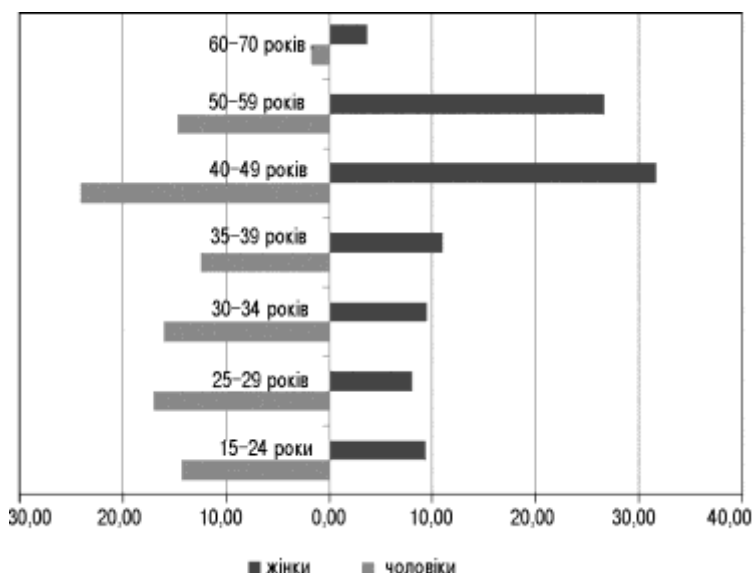


Рис. 6.2. Статеві-вікова структура зовнішніх трудових мігрантів у 2017 р. в Україні, %
Джерело: побудовано за даними ОТМ-2017

6.2. Освітня міграція

даними ОТМ-2008, частка осіб цієї групи становила 19,7 %, за даними ОТМ-2012 — 18,3 %, ОТМ-2017 — 13,6 %. Питома вага чоловіків із вищою освітою навпаки, зростала (11,0 %, 13,9 % та 17,5 % відповідно) в результаті чого у 2017 р. згаданий показник серед чоловіків перевищив аналогічний індикатор серед жіноцтва. Разом із тим, застосування інтегрального показника середньої кількості років навчання для оцінювання освітнього рівня трудових мігрантів різних статевих груп показує однакове значення індикатора для чоловіків і жінок у третій хвилі обстеження (12,6 р. н. для обох статевих груп). Рівність цього показника забезпечується за рахунок підвищеної частки жіноцтва з базовою або неповною вищою освітою (25,0 % серед жінок і 13,7 % серед чоловіків).

Таким чином, впродовж тридцяти років незалежності зовнішні трудові міграції залишалися сталим атрибутом зайнятості населення України. Форма реалізації закордонної зайнятості трансформувалася за рахунок зменшення обсягів та значимості «човникової» торгівлі. Основним джерелом науково обґрунтованої інформації про трудові міграції на загальнодержавному рівні протягом тривалого часу є дані модульних вибірових обстежень, що проводяться Державною службою статистики та партнерами з періодичністю у п'ять років. Проте на сьогодні цих даних недостатньо для повноцінного аналізу ситуації в царині закордонної зайнятості, зростання частоти проведення таких досліджень сприятиме поліпшенню інформаційного забезпечення цієї сфери. Величезного значення в цьому ракурсі набуває також необхідність проведення другого загальнонаціонального перепису населення, що, безумовно, збагатить скарбницю знань про трудові міграції українського населення.

У зовнішніх трудових міграціях беруть участь представники різних статевих, поселенських та освітніх груп населення. Наявні дані свідчать про збереження регіональної специфіки інтенсивності закордонного працевлаштування протягом всіх років незалежності, адже за межами України працюють здебільшого вихідці із західних областей держави. Натомість відбулася ротація серед країн призначення українських працівників, де Росія поступилася популярністю Польщі, що стало наслідком збройної агресії з боку РФ. Епідемія коронавірусної хвороби COVID-19 зумовила деяке зменшення масштабів трудової міграції, проте вже наприкінці 2021 р. з'явилися підстави казати про поступове відновлення її обсягів.

6.2. Освітня міграція

Українські студенти, які навчаються за кордоном. Із часу здобуття Україною незалежності кількість студентів, які навчаються в закордонних ЗВО, зростає з кожним роком. Дані, що акумулює ЮНЕСКО ⁹⁸ щодо українських студентів, наявні з 1998 р. Крім того, специфіка збору інформації в рамках агрегації згаданим інформаційним ресурсом дає змогу побачити ста-

⁹⁸ Inbound Internationally Mobile Students by Country of Origin: Ukraine // UNESCO. [E-resource]. Access mode: <http://data.uis.unesco.org/> (date of access: 07.09.2021). Title from the screen.

Розділ 6. Трудова, освітня та вимушена міграція

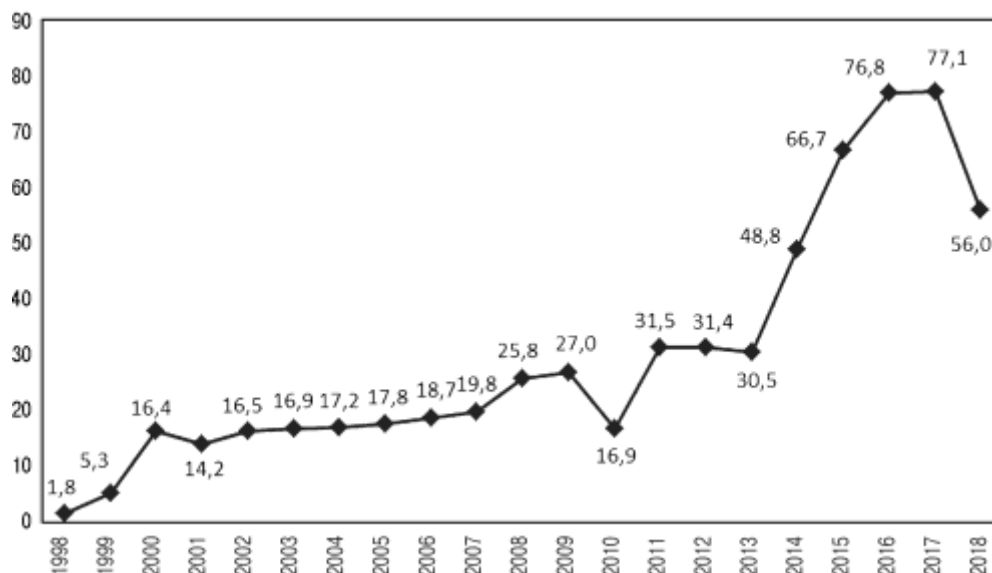


Рис. 6.3. Чисельність українських студентів за кордоном, 1998—2018 рр., у розрахунку на 1 тис. осіб

Джерело: Inbound Internationally Mobile Students by Country of Origin: Ukraine ⁹⁹

тистичні дані із запізненням у один-два роки. Таким чином, досліджуваний період охоплює 21 рік: з 1998 по 2018 рр. (рис. 6.3).

Станом на початок досліджуваного періоду — у 1998 р. — кількість українських студентів за кордоном становила 1,8 тис. осіб. У наступні два роки відбулось значне зростання цього показника (майже в дев'ять разів), зокрема, у 2000 р. він сягнув позначки у 16,4 тис. осіб. Хоча у 2001 р. кількість студентів з України у закордонних ЗВО дещо знизилася (на 13,4 %), у наступні шість років — з 2002 по 2007 рр. — їх чисельність зростала поступово: з 16,5 тис. осіб до 19,8 тис. осіб. У 2008 р. відбувся стрибок показника на 30 % до рівня 25,8 тис. осіб. У наступному 2009 р. зростання становило лише 4 % (або 1,2 тис. осіб), показник досяг позначки у 27,0 тис. осіб. Кількість українських студентів значно зменшилася у 2010 р. (на 37,4 % або 10,1 тис. осіб), досягнувши рівня 2003 р. Втім у наступному році показник стрімко зріс майже вдвічі, сягнувши позначки у 31,5 тис. осіб. Поступовим зниженням чисельності українських студентів характеризувалися 2012—2013 рр: до рівня 30,5 тис. осіб. Із початком воєнного конфлікту на сході України у 2014 році відбулося стрімке зростання кількості студентів з України у закордонних ЗВО: впродовж наступних чотирьох років показник зріс у два з половиною рази — до позначки 77,1 тис. осіб (станом на 2017 р.), досягнувши таким чином свого історичного максимуму за весь

⁹⁹ Inbound Internationally Mobile Students by Country of Origin: Ukraine // UNESCO. [E-resource] Access mode: <http://data.uis.unesco.org/> (date of access: 07.09.2021). Title from the screen.

6.2. Освітня міграція

Таблиця 6.2. Країни з найбільшою кількістю студентів з України, 1998, 2000, 2010, 2018 рр.

1998 *		2000 **		2010 ***		2018 ****	
країни	осіб	країни	осіб	країни	осіб	країни	осіб
Польща	855	США	7376	Польща	3951	Польща	2684
Угорщина	376	РФ	4760	США	1712	Німеччина	6481
Туреччина	213	Польща	1073	Франція	1449	Чехія	3233
Велика Британія	191	Румунія	716	Чехія	1443	Італія	2950
Канада	75	Болгарія	444	Італія	1145	Словаччина	1965
Фінляндія	24	Франція	338	Угорщина	1105	США	1910
Японія	20	Велика Британія	315	Австрія	923	Австрія	1426
Норвегія	11	Туреччина	307	Велика Британія	591	Канада	1229
Нова Зеландія	2	Австрія	144	Іспанія	475	Угорщина	1168
Малайзія	1	Канада	123	Греція	343	Франція	1075

Джерело: Inbound Internationally Mobile Students by Country of Origin: Ukraine ¹⁰⁰

* Дані щодо кількості українських студентів у РФ відсутні

** Дані щодо кількості українських студентів у Німеччині відсутні

*** Дані щодо кількості українських студентів у РФ та Німеччині відсутні

**** Дані щодо кількості українських студентів у РФ відсутні

досліджуваний період. У 2018 р. було зафіксовано зниження показника на 27,4 % або до 56,0 тис. осіб.

За період 1998—2018 рр. відбулися зміни в переліку країн, які приймають українських студентів на навчання (табл. 6.2). Серед основних тенденцій: збільшення кількості країн призначення та розширення географії української освітньої міграції.

У 1998 р. дані про кількість студентів з України наявні лише щодо 10 країн, в які РФ не увійшла. Втім перші три сходинок посіли сусідні держави — Польща, Угорщина, Туреччина. У 2000 р. інформація щодо чисельності українських студентів у закордонних ЗВО надійшла вже із 40 країн світу: першу сходинку посіли США, а в першій п'ятірці — сусіди України (РФ, Польща, Румунія, Болгарія). У 2010 р. до першої десятки входять вже основні країни призначення української трудової міграції (Польща, Чехія, Італія, Угорщина, Іспанія, Греція), що опосередковано може свідчити про перевезення трудовими мігрантами своїх дітей до країн прикладання праці. За цей рік наявні дані з 58 країн. Десять країн-лідерів за чисельністю українських студентів у 2018 р. показують зміщення тенденції до якості освіти та більш прийнятних умов вступу і навчання. В цьому році безперечно лідерство за кількістю студентів з України продовжує утримувати Польща (26,9 тис. осіб), при цьому дані з РФ відсутні. Другу сходинку посіла Німеччина (6,5 тис. осіб), у першій п'ятірці також Чехія, Італія, Словаччина.

¹⁰⁰ Inbound Internationally Mobile Students by Country of Origin: Ukraine // UNESCO. [E-resource]. Access mode: <http://data.uis.unesco.org/> (date of access: 07.09.2021). Title from the screen.

Розділ 6. Трудова, освітня та вимушена міграція

Таблиця 6.3. Чисельність українських студентів у основних країнах української освітньої міграції в 1998–2018 рр., тис. осіб

Рік	Країна			Рік	Країна		
	Польща	РФ	Німеччина		Польща	РФ	Німеччина
1998	0,9	...	...	2009	3,2	12,8	...
1999	0,9	...	...	2010	4,0	...	...
2000	1,1	4,8	...	2011	4,7	12,8	...
2001	1,3	6,3	...	2012	6,1	10,7	...
2002	1,7	7,1	...	2013	9,5	...	5,4
2003	1,8	6,3	...	2014	14,8	12,0	5,6
2004	1,9	6,8	...	2015	22,5	21,8	5,9
2005	2,5	6,9	...	2016	29,3	22,4	6,1
2006	2,5	6,8	...	2017	34,7	15,3	6,1
2007	2,7	7,2	...	2018	26,9	...	6,5
2008	2,9	12,1	...				

Джерело: Inbound Internationally Mobile Students by Country of Origin: Ukraine ¹⁰¹

У переліку також присутні такі країни з високоякісною освітою, як США, Канада, Франція, Австрія.

Основними країнами української освітньої міграції протягом усього досліджуваного періоду залишаються Російська Федерація та Польща (табл. 6.3). До 2014 р. Російська Федерація була лідером серед країн, які приймали на навчання студентів з України, що пояснюється насамперед вільним володінням мовою навчання, територіальною близькістю, знайомою культурою та перспективами доступу до російського ринку праці з вищою оплатою (в порівнянні з українським). З початком збройного конфлікту між Україною та РФ на перше місце вийшла Польща завдяки агресивній політиці залучення української молоді, відсутності жорстких критеріїв відбору студентів та перспективам виходу на ринок праці країн ЄС після отримання диплому польських ЗВО. Так, у 2017 р. в Польщі навчалися 34,7 тис. українських громадян, що у два рази більше за кількість українських студентів, які здобували освіту в РФ (15,3 тис. осіб), яка, у свою чергу, посідає другу сходинку серед країн із найбільшою чисельністю студентів з України. Німеччина є третьою за популярністю країною здобуття освіти українськими громадянами завдяки високій та конкурентоспроможній якості освіти, територіальному розташуванню, а також порівняно дешевшою оплатою за навчання серед інших країн, дипломи яких високо цінуються на світовому ринку праці (наприклад, у порівнянні з Великою Британією, США, Австралією).

Іноземні студенти в Україні. Україна є привабливою країною для іноземних студентів, особливо тих, які планують отримати медичну або фармацевтичну освіту. За період 2011/2012–2020/2021 навчальні роки їхня

¹⁰¹ Inbound Internationally Mobile Students by Country of Origin: Ukraine // UNESCO. [E-resource]. Access mode: <http://data.uis.unesco.org/> (date of access: 07.09.2021). Title from the screen.

6.2. Освітня міграція

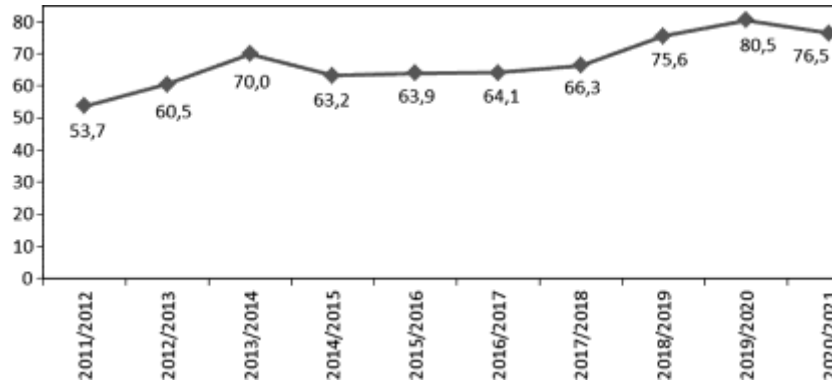


Рис. 6.4. Кількість іноземних студентів в Україні, 2011/2012—2020/2021 н. р., тис. осіб

Джерело: Іноземні студенти в Україні [Електронний ресурс]¹⁰²

кількість зросла з 53,7 тис. осіб на 42,4 % (або 22,8 тис. осіб) та на кінець досліджуваного періоду становила 76,5 тис. осіб (рис. 6.4).

У 2014/2015 н. р. відбувся незначний спад кількості іноземних студентів, що, вочевидь, пов'язано з початком збройного конфлікту на Донбасі: в порівнянні з попереднім навчальним роком чисельність іноземних студентів скоротилася на 6,8 тис. осіб (або на 9,7 %). У 2014/2015—2017/2018 навчальних роках зафіксовано повільне зростання показника. У наступні два роки досліджуваного періоду кількість іноземних студентів знову почала стрімко зростати, перевищивши «доконфліктний» максимум у 70 тис. осіб. У порівнянні з даними 2017/2018 н. р. чисельність іноземних студентів зросла у наступному навчальному році на 9,3 тис. осіб (або 14,0 %). Свого максимального значення за весь досліджуваний період показник досяг у 2019/2020 навчальному році — 80,5 тис. осіб: зростання становило 4,9 тис. осіб або 6,4 %. Водночас на кінець досліджуваного періоду спостерігається скорочення кількості студентів із іноземних держав на 5,2 % або 4,0 тис. осіб, що, вочевидь, було викликано початком пандемії коронавірусної хвороби COVID-19.

У 2020/2021 н. р. в українських ЗВО навчалися громадяни 155 країн світу, що на 1,9 % менше, ніж у попередньому навчальному році. В останні два навчальні роки досліджуваного періоду майже чверть усіх іноземних студентів складають громадяни Індії (рис. 6.5). Хоча їхня частка від загалу зросла з 22,9 % у 2019/2020 н. р. до 23,6 % у 2020/2021 н. р., в абсолютних числах відбулося незначне зменшення чисельності індійських студентів — на 0,3 тис. осіб. Студенти з Марокко два роки поспіль утримують другу сходинку, хоча їхня чисельність і частка від загалу зросли: з 10,2 % (або 8,2 тис. осіб) у 2019/2020 н. р. до 11,5 % (або 8,8 тис. осіб) у 2020/2021 н. р.

¹⁰² Іноземні студенти в Україні / Навчальний центр міжнародної освіти Міністерства освіти і науки України. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://studyinukraine.gov.ua/zhittya-v-ukraini/inozemni-studenti-v-ukraini/> (дата звернення: 16.09.2021). Назва з екрана.

Розділ 6. Трудова, освітня та вимушена міграція

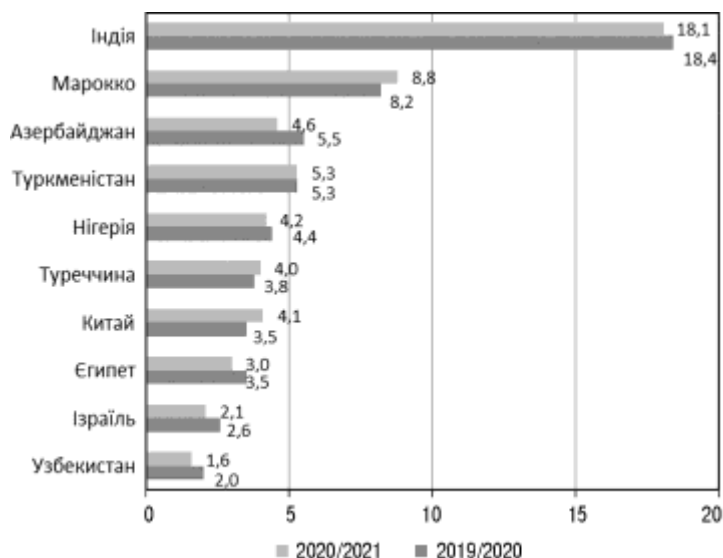


Рис. 6.5. Основні країни походження іноземних студентів, які навчалися в Україні в 2019/2020—2020/2021 н. р., тис. осіб

Джерело: Іноземні студенти в Україні [Електронний ресурс]¹⁰³

Перелік десяти основних країн походження іноземних студентів за останні два роки аналізованого періоду не змінився. Крім Індії та Марокко, на навчання приїжджають громадяни Туркменістану, Азербайджану, Нігерії, Китаю, Туреччини, Єгипту, Ізраїля, Узбекистану. В той же час, у порівнянні з попереднім навчальним роком у 2020/2021 н. р., Азербайджан втратив свої позиції та перемістився на четверте місце; зросла кількість студентів з Китаю і Туреччини.

Чисельність студентів із пострадянських країн зменшилася за період 2017/2018—2020/2021 навчальні роки на 3,8 тис. осіб або на 19,5 %: з 19,5 тис. осіб у 2017/2018 н. р. до 15,7 тис. осіб у 2020/2021 н. р. (рис. 6.6). Таким чином, ця група студентів становила 20,5 % від загалу.

Пандемія COVID-19 позначилася на обсягах освітньої міграції. Внаслідок запровадження обмежувальних заходів кількість іноземних студентів в Україні дещо зменшилася — як з країн далекого, так і з країн близького зарубіжжя. Проте значного падіння чисельності іноземних студентів не відбулося, оскільки навчальний процес здійснювався дистанційно. Дані щодо кількості українських студентів у закордонних ЗВО в останні два роки аналізованого періоду зараз відсутні для аналізу.

¹⁰³ Іноземні студенти в Україні / Навчальний центр міжнародної освіти Міністерства освіти і науки України. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://studyinukraine.gov.ua/zhittya-v-ukraini/inomezni-studenti-v-ukraini/> (дата звернення: 16.09.2021). Назва з екрана.

6.3. Внутрішньо переміщені особи в Україні

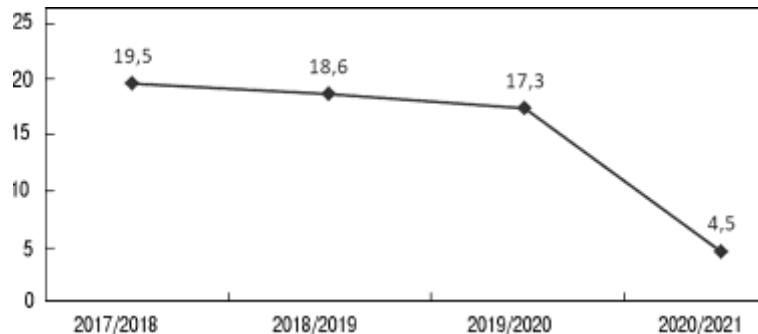


Рис. 6.6. Кількість студентів з пострадянських країн, які навчалися в Україні в 2017/2018—2020/2021 н. р., тис. осіб

Джерело: Іноземні студенти в Україні. [Електронний ресурс] ¹⁰⁴

6.3. Внутрішньо переміщені особи в Україні

У 2014 р. в Україні розпочалися масові внутрішні міграційні переміщення та з'явився новий тип внутрішніх мігрантів — внутрішньо переміщені особи (ВПО).

Процес переміщення спричинила анексія Кримського півострова Російською Федерацією. Перші дані про ВПО в Україні оприлюднило УВКБ ООН наприкінці березня 2014 р. На той момент 3 тис. осіб з АР Крим шукали захисту на материковій частині України. Протягом літніх місяців кількість ВПО в Україні швидко зростала і на середину серпня 2014 р. було зафіксовано вже 190,1 тис. ВПО.

Група ВПО з АР Крим мала свої особливості. Основна частина переселенців із Криму переїхала на материк у період з кінця квітня до середини травня 2014 р. Станом на середину серпня 2014 р. їхня кількість зросла у чотири рази порівняно з першими наявними даними. Надалі відбувалося лише незначне збільшення чисельності. «Кримська» група ВПО складалася з кримських татар (які для переселення обирали переважно Західну Україну та Київську область), українських та російських родин, змішаних сімей, біженців, шукачів притулку.

Серед основних факторів, що змусили людей залишити АР Крим — зростання невпевненості для журналістів і політичних активістів, переслідування та утиски мусульман і християн-євангелістів за ознакою релігійної приналежності, невизначене майбутнє для людей, чия професійна діяльність була пов'язана з виданими Україною ліцензіями (власники малого бізнесу, фармацевти, юристи, бухгалтери тощо), бажання продовжувати освіту в українських навчальних закладах.

¹⁰⁴ Іноземні студенти в Україні / Навчальний центр міжнародної освіти Міністерства освіти і науки України. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://studyinukraine.gov.ua/zhittya-v-ukraini/inozemni-studenti-v-ukraini/> (дата звернення: 16.09.2021). Назва з екрана.

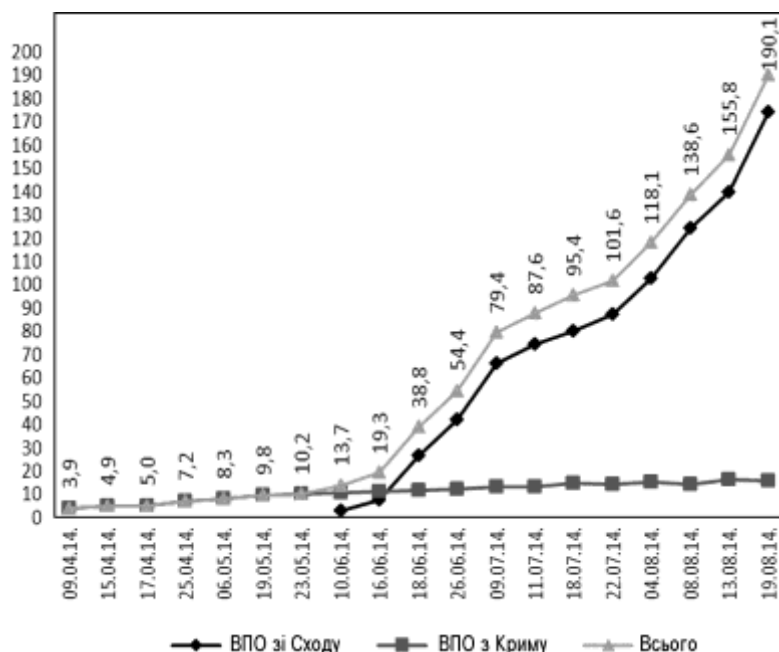


Рис. 6.7. Динаміка зростання кількості ВПО в Україні за період 09.04.2014—19.08.2014, тис. осіб

Джерело: УВКБ ООН

Представники «кримської» групи ВПО на початку переміщення переважно прибували до Центральної (45 %) та Західної України (26 %). Наприклад, станом на середину серпня 2014 р., найбільша когорта цієї групи ВПО була зареєстрована у Київській області — 5,1 тис. осіб; а також 2,1 тис. осіб — у Львівській області, 1,0 тис. осіб — в Одеській області, понад 0,8 тис. осіб — у Вінницькій та Миколаївській областях.

Початок антитерористичної операції на сході України призвів до формування другої групи ВПО із цього регіону, яка за чисельністю стала домінуючою серед усієї когорти ВПО в Україні. Офіційна статистика фіксує ВПО зі сходу починаючи з 10 червня 2014 р., коли чисельність групи сягнула 3,1 тис. осіб. У червні—серпні 2014 р. значення показника різко зросло, і станом на середину серпня 2014 р. сягнуло 174,4 тис. осіб. Група ВПО зі сходу складалася з етнічних українців, росіян, ромів, представників інших етнічних меншин, іноземних студентів.

Серед основних місць переїзду ВПО зі сходу переважали найближчі регіони до зони бойових дій (Харківська та Донецька області), що свідчило про наміри переселенців не змінювати місце проживання, а переміститися до закінчення воєнної операції в безпечнішому місці.

Серед вирішальних факторів, що викликали переміщення людей зі сходу України — воєнна операція, нестача продовольчих запасів та інших предметів першої необхідності, економічний спад, репресії проти осіб, які не підтримували сепаратистів.

6.3. Внутрішньо переміщені особи в Україні

На початку масового переміщення процес характеризувався певними особливостями. По-перше, жінки і діти складали більшість серед ВПО. Одним із пояснень цього є стратегія, коли чоловіки відправляли свої родини на материкову Україну і поверталися назад до Криму або окупованих територій для захисту власності.

По-друге, відбувався постійний рух осіб: переміщення у пошуках житла або роботи, повернення у свій регіон для вирішення особистих проблем. Фіксувалися також вторинні переміщення, коли ВПО вимушені були переїжджати два рази — спочатку з Криму, а потім зі східного регіону України.

За сім років після початку масового внутрішнього переміщення структура ВПО в Україні залишалася подібною. За даними 18—19 раундів Національного моніторингу ситуації з внутрішньо переміщеними особами¹⁰⁵, більше половини членів опитаних домогосподарств ВПО становлять жінки (56 %), з яких 22 % мають вік понад 60 років. У середньому домогосподарство ВПО має у своєму складі 2,51 члена. При цьому майже чверть домогосподарств (23 %) складаються лише з однієї особи: з них три чверті (74 %) становлять жінки та половину (47 %) — люди віком від 60 років. Частка домогосподарств із дітьми становить 41 % (що на 3 % вище за всеукраїнський показник), багатодітних домогосподарств — 10 %, домогосподарств з одним із батьків — 34 %, третину домогосподарств з дітьми очолюють жінки (33 %). Крім того, 15 % домогосподарств ВПО мають у своєму складі людину з інвалідністю. Таким чином, значна частина ВПО в Україні належить до соціально вразливих верств населення.

Станом на початок березня 2021 р. на облік було взято 1 461 629 ВПО з тимчасово окупованих територій Донецької та Луганської областей та АР Крим¹⁰⁶. Необхідно зазначити, що частина ВПО не реєструються — зазвичай, це особи, які не потребують допомоги з боку держави, а іноді відсутність реєстрації пов'язана з бюрократичними перепонами. З іншого боку, облік Міністерства соціальної політики України охоплює також осіб, які фактично живуть на непідконтрольній території та періодично приїзджать для отримання пенсії чи соціальної допомоги на контрольовані урядом України території (так званий пенсійний туризм).

Динаміка кількості зареєстрованих у структурних підрозділах Мінсоцполітики України переселенців за період 01 грудня 2016 р. — 13 червня 2019 р. показала зменшення показника більше ніж на чверть мільйона осіб — з 1656,7 тис. осіб до 1385,1 тис. осіб. Таке значне зменшення пояснюється як поверненням людей на місця свого постійного проживання,

¹⁰⁵ Звіт Національного моніторингу ситуації з внутрішньо переміщеними особами. Ключові висновки. Вересень 2020 — березень 2021. / Міжнародна організація з міграції. [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://iom.org.ua/sites/default/files/nms_round_18_19_ukr.pdf (дата звернення: 15.09.2021). Назва з екрана.

¹⁰⁶ Обліковано 1 461 629 внутрішньо переміщених осіб / Міністерство соціальної політики України. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.msp.gov.ua/news/19713.html> (дата звернення: 15.09.2021). Назва з екрана.

внаслідок чого вони втрачають статус ВПО, так й роботою щодо протидії «пенсійному туризму» (діяльністю управлінь із соціального захисту населення щодо впорядкування обліку ВПО, прийняття органами на місцях рішень щодо скасування довідок за наявності підстав, визначених статтею 12 Закону України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб»¹⁰⁷).

У той же час період 13 червня 2019 р. — 2 березня 2021 р. характеризується постійним зростанням кількості зареєстрованих ВПО — з 1385,1 тис. до 1461,6 тис. осіб (на 5,5 % або на 76,5 тис. осіб). Очевидно, що зафіксоване збільшення пов'язане із спалахом пандемії коронавірусної хвороби COVID-19 загалом у світі та в Україні зокрема, що призвела до кризових процесів та явищ у соціально-економічному та політичному житті. Збільшення кількості ВПО, більшість з яких є людьми працездатного віку та пенсіонерами, відбулось, по-перше, через загострення пертурбаційних процесів на ринку праці України в результаті раптової хвилі звільнень робітників в умовах карантину (з березня 2020 р.); по-друге, через масове повернення трудових мігрантів (в тому числі ВПО-заробітчани) із-за кордону і як результат — створення ще більшої напруги на ринку праці України та маргіналізації населення. В більшості випадків втрата роботи внутрішньо переміщеною особою як за кордоном, так і в межах України, як правило, означає втрату соціального статусу та пониження рівня добробуту домогосподарства ВПО. Така ситуація змусила частину внутрішньо переміщених осіб знову звернутись по соціальний захист до відповідних структур Мінсоцполітики України.

Станом на 30 липня 2020 р., найбільша кількість ВПО була зареєстрована у Донецькій (511,0 тис. осіб), Луганській (280,6 тис. осіб), Харківській (134,5 тис. осіб) областях та у м. Київ (160,6 тис. осіб). Найменша кількість ВПО перебувала на обліку в західних областях: Тернопільська (2,1 тис. осіб), Чернівецька (2,4 тис. осіб), Рівненська (3,0 тис. осіб) та Волинська (3,1 тис. осіб). Протягом періоду 13 червня 2019 р. — 30 липня 2020 р. фіксується чітка структура міжрегіонального розподілу ВПО (рис. 6.8, див. вклейку).

Регіони-лідери за часткою ВПО по країні — Донецька і Луганська області та м. Київ, де мешкають дві третини ВПО. Ще понад чверть ВПО зареєстровано в Харківській, Дніпропетровській, Київській, Запорізькій, Одеській та Полтавській областях. За досліджуваний період у 21 з 25 регіонів спостерігається зростання чисельності ВПО, і лише у Волинській, Кіровоградській, Черкаській та Чернівецькій областях помічено незначне скорочення кількості ВПО — в межах від 7 до 66 осіб. Переважна частина ВПО концентрується в прилеглих до зони конфлікту областях та Києві, а також здебільшого в містах, особливо великих, та їх приміських зонах.

¹⁰⁷ Вирішення соціальних проблем внутрішньо переміщених осіб не втрачає своєї гостроти. 29.05.2017 / Міністерство соціальної політики України. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.msp.gov.ua/news/13260.html> (дата звернення: 15.09.2021). Назва з екрана.

6.3. Внутрішньо переміщені особи в Україні

Частка ВПО, які задекларували небажання повертатися до місця проживання до переміщення, коливалася за останні два досліджувані роки в межах від 31 % у вересні 2020 р. до 42 % у березні 2020 р.; станом на вересень 2021 р. показник становив 39 %. При цьому приблизно третина респондентів має намір повернутися, а ще третина уникає відповіді на питання. Під час проведення останнього моніторингу ситуації щодо ВПО було встановлено незначне зростання частки осіб, які повернулися на тимчасово неконтрольовані Урядом України території: з 20 % у другому кварталі 2020 р. до 23 % у першому кварталі 2021 р. Головними причинами повернення називали наявність власного житла на окупованій території (84 %) та сімейні обставини (23 %). Крім того, частіше повідомляли про намір повернутися ті респонденти, матеріальне становище яких було найгіршим («змушені заощаджувати навіть на харчуванні») ¹⁰⁸. Одночасно ВПО зазвичай не проявляють високої готовності до виїзду на роботу за кордон.

Головними факторами інтеграції в місцеві громади переселенці назвали в березні 2021 р. наявність житла (85 %) та регулярного доходу (75 %). При цьому, відповідно до даних МОМ, за період вересень 2018 р. — вересень 2019 р. фіксується позитивна динаміка інтегрованості ВПО в місцеву громаду. Так, станом на вересень 2019 р. частка ВПО, які повідомили, що вони інтегровані до місцевої громади, становила 54 %, що на 11 відсоткових пунктів вище, ніж аналогічний показник у вересні 2018 р. Загалом сумарна частка ВПО, які повідомили про певний рівень інтеграції, змінилася із 79 % у 2018 р. до 88 % у 2019 р. У березні 2021 р. цей показник зріс до рівня 89 %.

Незважаючи на позитивну динаміку рівня інтегрованості, наявність власного житла та працевлаштування залишаються основними проблемами ВПО із часів початку переміщення особливо ці проблеми загострилися після початку пандемії коронавірусної хвороби COVID-19 (наприклад, серед міських ВПО ¹⁰⁹).

Так, більше половини ВПО в Україні орендують житло — 60 % опитаних ВПО станом на червень 2020 р. (табл. 6.4). Орендована квартира залишається найпопулярнішим видом житла ВПО, і частка цього виду житла зростає: з 35 % у березні 2016 р. до 45 % у червні 2020 р. При цьому оренда є серйозним навантаженням на сімейний бюджет навіть тих ВПО, які працюють. Переселенці також відзначають нерівне ставлення до них орендодавців: завищені ціни в порівнянні із цінами для місцевого населення; небажання орендодавців укладати довгострокові контракти з переселенцями, що позбавляє останніх права на отримання субсидій від держави на оплату комунальних послуг; виселення у літню пору з приміщень у курортних зонах.

¹⁰⁸ Звіт Національного моніторингу ситуації з внутрішньо переміщеними особами. Ключові висновки. Вересень 2020 — березень 2021 / Міжнародна організація з міграції. [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://iom.org.ua/sites/default/files/nms_round_18_19_ukr.pdf (дата звернення: 15.09.2021). Назва з екрана.

¹⁰⁹ Havryliuk O. Spaces of internal displacement: Understanding the hidden urban geographies of armed conflict in Ukraine // *Moravian Geographical Reports*. 30 (1), 2-21. <https://doi.org/10.2478/mgr-2022-0001> (2022).

Розділ 6. Трудова, освітня та вимушена міграція

Таблиця 6.4. Вид житла, в якому проживають внутрішньо переміщені особи в Україні, %

Вид житла ВПО	Березень 2016 р.	Квітень 2016 р.	Травень 2016 р.	Вересень 2016 р.	Червень 2017 р.	Вересень 2017 р.	Грудень 2017 р.	Березень 2018 р.	Червень 2018 р.	Вересень 2018 р.	Грудень 2018 р.	Березень 2019 р.	Червень 2019 р.	Вересень 2019 р.	Березень 2020 р.
Власне житло	...	...	...	4	9	10	11	12	12	15	12	14	12	17	11
Орендована квартира	35	42	47	40	46	49	47	47	48	45	49	49	49	44	45
Орендована кімната	8	6	7	7	4	4	3	5	4	4	4	4	5	5	10
Орендований будинок	13	20	15	15	8	6	8	9	10	10	10	9	10	8	16
Приймаюча родина/ родичі	19	22	20	25	26	25	24	13	13	14	14	13	13	15	6
Гуртожиток	13	6	7	6	3	3	3	7	5	4	4	5	4	5	
Центри колективного проживання ВПО	9	1	2	2	2	1	1	4	4	4	3	3	2	2	3
Інше	3	3	2	1	2	2	3	3	4	4	4	3	5	4	4

Джерело: побудовано автором на основі даних звітів Національної системи моніторингу ситуації з ВПО, 2016—2020 рр.

Можна бачити, що спостерігається зростання частки ВПО, які проживають у власному житлі: з 4 % у вересні 2016 р. до 11 % у червні 2020 р. З листопада 2017 р. ВПО отримали право брати участь у Державній програмі «Доступне житло», реалізація якої здійснюється Державною спеціалізованою фінансовою установою «Державний фонд сприяння молодіжному житловому будівництву». Втім ця програма має низку обмежень, а її фінансування стикається із певними труднощами: обмежений термін подання заяв, недофінансування або навіть припинення фінансування (як це було в 2020 р.). Проведена оцінка практичної реалізації програми показала¹¹⁰, що підтримку від держави у придбанні житла можуть отримати тільки заможні внутрішньо переміщені особи.

Існуючі в Україні програми переважно стосуються забезпечення ВПО тимчасовим соціальним житлом. Міністерство з питань тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщених осіб України ініціювало у 2017 р. бюджетну програму щодо надання територіальним громадам грошової підтримки (субвенцій) для забезпечення ВПО тимчасовим житлом. Відповідно до змін, що набули чинності в серпні 2019 р., субвенції з державного бюджету надаються за умови співфінансування заходів із місцевого бюджету в обсязі не менше 30 % (раніше було 50/50).

¹¹⁰ Участь ВПО за програмою «Доступне житло» (50/50): звіт за результатами оцінювання. / УВКБ ООН. [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://www.unhcr.org/ua/wp-content/uploads/sites/38/2019/02/2019-UNHCR-Evaluation-of-State-Youth-Fund-Housing-Programme-Final-Report.UKR_.pdf (дата звернення: 15.09.2021). Назва з екрана.

6.3. Внутрішньо переміщені особи в Україні

Таблиця 6.5. Рівень зайнятості ВПО після переселення, %

Березень— червень 2016	Вересень 2016	Березень 2017	Червень 2017	Вересень 2017	Грудень 2017	Червень 2018	Вересень 2018	Грудень 2018	Березень 2019	Червень 2019	Вересень 2019	Березень 2020	Червень 2020	Березень 2021
35	40	41	46	49	50	42	43	44	48	46	47	46	46	49

Джерело: побудовано автором на основі даних звітів Національної системи моніторингу ситуації з ВПО, 2016—2021 рр.

В областях України діють також регіональні програми, в яких мають можливість брати участь ВПО. Аналіз відповідних програм¹¹¹, виявив наступні особливості: регіональні програми спрямовані на надання виключно комунального та тимчасового житла переселенцям, що не передбачає набуття ними права власності; існування побоювань місцевої влади щодо перетворення ВПО на виборців і, таким чином, на дестабілізуючий фактор у місцевих громадах.

Будівництво тимчасового житла для переселенців здійснюється значною мірою із залученням міжнародних інвесторів, серед яких країни ЄС (наприклад, проекти «Житло для переселенців», «Нарощування потенціалу громади м. Маріуполь для підтримки ВПО і місцевих жителів, потерпілих в результаті конфлікту», «Забезпечення житловими умовами найбільш вразливих ВПО та жителів міста Краматорськ», «Сприяння розвитку соціальної інфраструктури. Український фонд соціальних інвестицій V» тощо).

Частка зайнятих ВПО становила 35 % у березні — червні 2016 р. (період, коли розпочався Національний моніторинг ситуації з ВПО). Поступово зростаючи, показник сягнув найвищої позначки в 50 % станом на грудень 2017 р. У наступні півроку спостерігається скорочення частки зайнятих ВПО до 42 %. Результати наступних трьох раундів моніторингу показали поступове зростання показника до 48 % (у березні 2019 р.). У період червень 2019 р. — червень 2020 р. частка зайнятих ВПО коливалася на рівні 46 % — 47 % (табл. 6.5). Для порівняння, у січні — червні 2020 р. частка зайнятого населення у віці 15—70 років в Україні становила 50,3 %.

Хоча рівень зайнятості ВПО демонструє позитивну тенденцію, глибший аналіз даних показує перехід в часи пандемії певної частини переселенців з категорії економічно неактивних до групи економічно активних, що свідчить про потребу ВПО в додаткових джерелах доходів. Наприклад, частка зайнятих жінок зросла на 5 в. п. станом на березень 2021 р. у порівнянні з даними за перший квартал 2020 р. (тоді цей показник становив 50 %). При цьому в цей період на 4 в. п. знизилася частка жінок, зайнятих роботою по дому, доглядом за дітьми або іншими осо-

¹¹¹ Analytical Review of Regional Housing Programs for IDPs. June — August 2018 / UNHCR. [E-resource]. Access mode: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/idps_housing_programs_overview_eng_0.pdf (date of access 15.09.2021). Title from the screen.

Розділ 6. Трудова, освітня та вимушена міграція

бами (з 20 % до 16 %) ¹¹². Зафіксовано, що жінки переважно працюють неповний робочий день і частіше за чоловіків зайняті в роздрібній торгівлі та сфері послуг.

Згідно з даними Національної системи моніторингу, в березні 2021 р. заробітна плата вказувалася як основне джерело доходу для 60 % респондентів-ВПО. Втім на початку проведення моніторингу, в березні 2016 р., респонденти розраховували переважно на соціальну (45 %) та державну (44 %) допомогу. Заробітну плату як джерело доходу зазначали лише 40 % респондентів, а пенсію за віком — 38 %. З вересня 2017 р. заробітна плата займає провідну позицію серед усіх інших джерел доходів ВПО, хоча спостерігається також значна залежність переселенців від державних виплат (табл. 6.6)

За останні п'ять років аналізованого періоду середньомісячний дохід у розрахунку на одну особу ВПО збільшився майже втричі (табл. 6.7) і в березні 2021 р. становив 3651 грн. (тобто досяг рівня, який було зафіксовано в період перед пандемією коронавірусної хвороби COVID-19). Однак у порівнянні з відповідним показником середньостатистичного українського домогосподарства ¹¹³ дохід ВПО становив лише 58,2 %, а щодо розміру встановленого Міністерством соціальної політики України фактичного прожиткового мінімуму ¹¹⁴ — лише 86,4 %.

Таким чином, незважаючи на позитивні тенденції щодо динаміки основних показників добробуту ВПО, фінансовий стан цієї категорії внутріш-

Таблиця 6.6. Джерела доходів у домогосподарствах ВПО, %

Джерела доходів	Березень 2016	Вересень 2016	Вересень 2017	Вересень 2018	Березень 2019	Березень 2020	Червень 2020	Березень 2021
Заробітна плата	39,6	46,0	58,0	56,0	61,0	58,0	61,0	60,0
Випадкові заробітки	14,1	19,0	9,0	8,0	9,0	9,0	7,0	8,0
Пенсія за віком	37,7	30,0	38,0	34,0	33,0	36,0	38,0	34,0
Пенсія по інвалідності	...	8,0	4,0	5,0	6,0	7,0	6,0	8,0
Інші види пенсії	...	3,0	3,0	4,0	2,0	3,0	2,0	...
(соціальна)								
Допомога родичів	13,1	18,0	10,0	7,0	9,0	7,0	6,0	...
Державна допомога ВПО	43,9	57,0	34,0	49,0	55,0	50,0	51,0	54,0
Соціальна допомога	44,7	33,0	26,0	25,0	21,0	22,0	18,0	18,0
Гуманітарна допомога	30,2	17,0	6,0	6,0	3,0	2,0	2,0	...
Інші джерела	...	3,0	4,0	3,0	2,0	2,0	2,0	...

Джерело: побудовано автором на основі даних Звітів Національної системи моніторингу ситуації з ВПО, 2016—2021 рр.

¹¹² Звіт Національного моніторингу ситуації з внутрішньо переміщеними особами. Ключові висновки. Вересень 2020, березень 2021 / Міжнародна організація з міграції. [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://iom.org.ua/sites/default/files/nms_round_18_19_ukr.pdf (дата звернення: 15.09.2021). Назва з екрана.

¹¹³ 6267 грн станом на грудень 2020 р.

¹¹⁴ 4224 грн станом на березень 2021 р.

6.3. Внутрішньо переміщені особи в Україні

Таблиця 6.7. Середньомісячний дохід ВПО

Показник	Бере- зень 2016	Вере- сень 2016	Вере- сень 2017	Вере- сень 2018	Бере- зень 2019	Вере- сень 2019	Бере- зень 2020	Чер- вень 2020	Вере- сень 2020	Бере- зень 2021
Середній дохід у розрахунку на 1 особу, грн	1287	...	2340	2187	2667	3631	3289	3350	3666	3651

Джерело: побудовано автором на основі даних Звітів Національної системи моніторингу ситуації з ВПО, 2016—2021 рр.

ніх мігрантів залишається тяжким, особливо це було відчутно в часи пандемії коронавірусної хвороби COVID-19. У результаті цього переселенці вимушені вдаватися до різних стратегій виживання, серед яких вихід жінок на роботу, додаткова зайнятість, повернення до місць проживання до переміщення.

СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНА ПОЛІТИКА В УКРАЇНІ ЗА ОСТАННЄ ТРИДЦЯТИЛІТТЯ

7.1. Політика щодо збереження здоров'я населення (1991–2021 рр.)

Здатність системи охорони здоров'я (СОЗ) України надавати якісну та доступну медичну допомогу істотно поступається своїм аналогам з інших країн Центральної та Східної Європи. Незважаючи на поступове збільшення обсягів фінансування системи охорони здоров'я, ситуація з наданням медичної допомоги населенню дотепер лишається незадовільною.

Обсяг щорічного фінансування СОЗ в Україні зіставний із відповідними показниками країн Євросоюзу: протягом останніх років він становить близько 7,8 % від ВВП, що відповідає нижній межі видатків на СОЗ у країнах ЄС. Але, маючи практично однакову з країнами ЄС частку в загальнодержавних видатках на охорону здоров'я (близько 15 %), Україна має на 40 % меншу частку сфери охорони здоров'я у структурі ВВП за неістотно меншої частки працівників у галузі (на 1,4 % менше) у загальній чисельності працюючих. Для України характерна значна частка витрат населення на охорону здоров'я у структурі загальних витрат порівняно з країнами ЄС. Враховуючи загальноєвропейські тенденції, частка державних видатків на охорону здоров'я в Україні до 2060 р. імовірно може зрости до 55 %.

За роки незалежності України (аж до 2014 р.) зберігалась жорстко централізована та водночас фрагментована пострадянська система управління з витратним бюджетним фінансуванням охорони здоров'я. Ця система залишалась замкнутою корпоративною структурою з власними інтересами, відірваною від реальних потреб громадян. Представники системи охорони здоров'я України перманентно агітували один одного за реформи, зберігаючи практично незмінним авторитарний стиль управління. Цей стан підтримували законодавчі акти, постанови Кабінету Міністрів України та накази МОЗ України.

Повноцінний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, який був започаткований 2000 р. у нашій країні, до 2014 р., так би мовити, пробуксовував, адже була відсутня інституція одного лікаря, який би відповідав за якість і своєчасність надання медичної допомоги пацієнту.

Експеримент 2011–2014 рр. передбачав створення у трьох областях України та м. Києві нового організаційно-економічного механізму первинної медичної допомоги (ПМД) — створення центрів ПМД, відокремлених від спеціалізованої медичної допомоги. Однак відповідними законами України (№ 3611-VI і № 3612-VI) не було передбачено конкурентних умов

7.1. Політика щодо збереження здоров'я населення (1991–2021 рр.)

надання первинної медичної допомоги ні центрами первинної медичної допомоги, ні приватними сімейними лікарями, а також обов'язковість звернення пацієнта до сімейного лікаря перед його направленням до закладів спеціалізованої допомоги, механізми внутрішньогалузових розрахунків між установами ПМД і спеціалізованої допомоги.

З 2014 р. в системі охорони здоров'я України відбуваються трансформаційні зміни. Насамперед це стосується первинної та екстреної медичної допомоги, реформа яких проводиться паралельно зі змінами адміністративно-територіального устрою та органів місцевого самоврядування. Розпорядженням Кабінету Міністрів України № 333-р від 1 квітня 2014 р. та Законом України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» передбачено передачу відповідальності за організацію системи охорони здоров'я на базовому рівні — первинної медичної допомоги — громадам сіл, селищ та міст; на районному — спеціалізованої медичної допомоги (СМД), на основі розгортання госпітальних округів; на обласному рівні — високоспеціалізованої медичної допомоги.

Модель фінансування, яка запроваджена в Україні шляхом створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ), є подібною до успішної моделі, яку можна бачити на практиці у Великій Британії та Іспанії. Вона дає змогу зменшити вартість адміністрування охорони здоров'я обсягом близько 2 % ВВП¹¹⁵. Загальноприйнята у провідних країнах практика свідчить, що 35–40 % фінансування профілактичної та первинної медико-санітарної допомоги від загального обсягу витрат дає змогу задовольнити на 80 % потреби громадян у медичній допомозі.

Система охорони здоров'я України, отримавши, наприклад, 2014 р. майже 98,5 млрд грн загального бюджету, 90 % із них витрачає на спеціалізовану медичну допомогу. Решта 10 % виділяється на профілактичну та первинну медико-санітарну допомогу¹¹⁶, яка задовольняла близько 30 % потреб пацієнтів¹¹⁷.

Ознакою поліпшення діяльності СОЗ в Україні на основі підвищення доступності ПМД після 2014 р. є зростання частки виявлених на ранніх стадіях злоякісних новоутворень, а також зменшення частки виявлених на пізніх стадіях захворювань на туберкульоз¹¹⁸.

До 2014 р. були відсутні встановлені нормативи щодо повного охоплення населення послугами ПМД з належною оплатою лікарям із відповідним коефіцієнтом у разі надання послуг дітям і пенсіонерам. Не існувало, як вже наголошувалося, обов'язковості щодо звернень пацієнтів до сімейного лікаря (лікаря первинної медичної допомоги) перед направлен-

¹¹⁵ Аслунд А. Україна. Що пішло не так і як це виправити. Київ: ВД «Києво-Могилянська академія», 2015. .

¹¹⁶ Національні рахунки охорони здоров'я в Україні у 2016 році: статистичний збірник / Державна служба статистики України. Київ, 2018.

¹¹⁷ Державний заклад «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я» України. 2021. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://medstat.gov.ua/ukr/about.html> (дата звернення: 22. 09.2021). Назва з екрана.

¹¹⁸ Так само.

Розділ 7. Соціально-демографічна політика в Україні за останнє тридцятиліття

ням на спеціалізований рівень. Потребує вдосконалення оцінка вартості лікування в лікарнях за діагностично спорідненими групами та врахування реальних витрат у випадку надання конкретного виду високоспеціалізованої допомоги.

Система охорони здоров'я, крім окремих винятків, фактично не впливає на зменшення захворюваності громадян. Зазначене свідчить про незадовільний менеджмент на рівні МОЗ України, відомств, обласних департаментів, районних і міських управлінь охорони здоров'я, органів місцевого самоврядування на рівні громад, районів, а також в областях.

Нерозвиненість вітчизняної системи стандартів діяльності медичних закладів, прав власності та механізмів запровадження ринкової вартості оплати праці медичного персоналу є ключовою проблемою, яка блокує проведення реформ.

На тлі досвіду країн Центрально-Східної та Західної Європи дворічне впровадження ПМД на засадах сімейної медицини в деяких регіонах України у 2012—2013 рр. виглядало імітацією реального розвитку інституції. Це підтверджується, зокрема, тим, що попит на ПМД в містах на 70 % був заміщений спеціалізованою медичною допомогою ¹¹⁹.

Для системи охорони здоров'я України характерні такі риси: відсутність звернень до медичного персоналу понад половини населення протягом року; фінансування рештою населення близько 50 % витрат від загальних видатків на охорону здоров'я (із них близько половини — поза касою); значний обсяг корупційних платежів, за оцінками автора, — майже 7,74 млрд грн за 2013 р. Із них «хабарі на вимогу» становили 5,12 млрд грн, а «добровільні хабарі» — 2,62 млрд грн. Через них витрати населення у структурі загальних видатків на охорону здоров'я у понад два рази перевищують аналогічні витрати, скажімо, у Франції.

Сучасні підходи до оцінки праці медичного персоналу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я, які складають 95,5 % від їх загальної кількості, практично не застосовуються. Приватні лікарняні заклади складають лише 4,5 % від загальної кількості. В амбулаторно-поліклінічній допомозі відповідний показник становить 16,8 %. Частка приватних лікарів становить лише 9,46 % від загальної чисельності, а медсестер — 2,8 %.

У селах України протягом останніх десятиліть рівень життя є значно нижчим, ніж у містах, і у 2,5 рази менша інфраструктурна доступність послуг ПМД ¹²⁰. Тому 51 % мешканців сіл, маючи потребу в медичній допомозі, протягом року не отримують її. Можливість вибору сімейного лікаря чи медсестри у них практично відсутня.

Для України вільна торгівля у фармацевтичній галузі руйнує потенціал власного виробництва, яке потребує певного протекціонізму з боку уряду.

¹¹⁹ Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні. 2010 рік / За ред. Г.О. Слабкого. Київ, 2011. 28 с.; Моніторинг модернізації первинної медичної (медико-санітарної) допомоги 2012 р. / Ю.Б. Ященко, Н.Ю. Кондратюк, К.О. Надутий, О.М. Торжевська. Київ, 2013. .

¹²⁰ Корнійчук О.П. Вибір послуг первинної медико-санітарної допомоги у сільській місцевості за умов бідності. Сімейна медицина. 2013. № 5.

7.1. Політика щодо збереження здоров'я населення (1991–2021 рр.)

Для країни та її системи охорони здоров'я перехід на глобальну вільну торгівлю має відбуватися після запровадження системи протекціоністських заходів, спрямованих на розбудову власної інфраструктури спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги й отримання власних конкурентних переваг, насамперед в євроатлантичному регіоні.

Наслідком нарощування обсягів фінансування сфери охорони здоров'я та деякого зростання заробітної плати її працівників не стало зростання попиту на медичні послуги, оскільки продовжувалось неефективне використання фінансових ресурсів і надлишкових площ.

Галузевий аспект розкриває сутність неефективного використання наявних ресурсів та інфраструктури системи охорони здоров'я, коли діяв принцип не раціонального використання коштів, а їх максимально повного витрачання згідно з кошторисом. На утримання ліжок до 2018 р. використовувалось до 70 % усіх коштів, передбачених для фінансування системи охорони здоров'я.

Ключовою проблемою створення нової інфраструктури системи охорони здоров'я України є відсутність достовірної й якісної інформації про стан і результати надання медичної допомоги в кожному закладі охорони здоров'я та на кожному з рівнів медичної допомоги. Відсутність об'єктивної порівняльної інформації, побудованої на точних і вимірюваних показниках є завадою в ухваленні управлінських рішень на центральному, регіональному та місцевому рівнях влади. Без критеріїв оцінювання якості обслуговування пацієнтів зберігаються високі ризики отримання медичних послуг від некваліфікованих надавачів.

Значна частина лікарів в Україні не сприймають пріоритетність розвитку ПМД на засадах сімейної медицини. Має місце низька медична культура населення та неналежна його мотивація до підтримання здорового способу життя. Відсутність якісної інформації про нові підходи до розвитку ПМД на засадах сімейної медицини блокує формування суспільної потреби на отримання якісної та доступної ПМД для кожної сім'ї¹²¹.

До системної проблеми СОЗ належить надмірна монополізація. За експертними оцінками, вона за деякими напрямками становить до 95 %. Впровадження заходів, спрямованих на детінізацію СОЗ має здійснюватись синхронно із системними діями з демонополізації галузі.

Порівняно з країнами-сусідами частка приватних платежів на охорону здоров'я в Україні (54,5 % від загальних видатків на охорону здоров'я) більш ніж наполовину перевищує обсяги відповідних платежів у Польщі й у понад два рази в Румунії. Частково це пояснюється тим, що частка бюджетних видатків в Україні на понад 50 % менша за частку в Польщі та Румунії, хоча частка витрат на охорону здоров'я у Польщі у структурі ВВП нижча і становить 6,3 %, а в Румунії — 5 %. Таким чином, фінансування охорони здоров'я в Україні здійснюється двома системами, які функціонують практично незалежно одна від одної. До першої належать суспільні витрати, а до другої — приватні, переважно — домогосподарств. При цьому

¹²¹ Моніторинг модернізації первинної медичної (медико-санітарної) допомоги 2012 р. / Ю.Б. Ященко, Н.Ю. Кондратюк, К.О. Надутий, О.М. Торжевська. Київ, 2013.

фінансування потреб підмінюється оплатою виконання тих чи інших функцій. Наприклад, чисельність осіб, які перебувають на обліку у медичних закладах зі злоякісними новоутвореннями, за останні 14 років зростає на 20,5 %, а витрати на їх стаціонарне лікування — з 2 % у 2009 р. до 4 % у 2016 р.

Загалом в Україні у СОЗ вкрай бракує сучасних фахівців-управлінців, економістів та юристів, спроможних працювати за стандартами країн ЄС. Медична громадськість переважно налаштована проти реальних змін, які потребують кардинальних кадрових підходів щодо істотного нарощування профілактичної допомоги та ПМД на засадах сімейної медицини, які мають реалізовуватись шляхом підбору і підготовки сімейних лікарів, у тому числі із лав фахівців спеціалізованої ланки.

В Україні фіксується широке коло проблем, що стосуються майже всіх учасників системи охорони здоров'я, зокрема, це інституційна нерозвиненість. Найголовнішою ж проблемою, про що вже йшлося вище, є невмотивованість споживачів послуг до підтримання здорового способу життя. Надавачі послуг зазвичай є монополістами. Страхові механізми знаходяться у зародковому стані. Законодавча база належним чином не розвинена і не визначає ключових пріоритетів, загальновизнаних у світі.

Єдиним способом розриву існуючого замкненого кола в системі охорони здоров'я є кардинальна зміна співвідношень складових інфраструктури системи охорони здоров'я на користь пріоритетного розвитку профілактичної та первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Ключовою ланкою має стати розподіл відповідальності між місцевою, центральною владою та приватним сектором щодо стимулювання громадян і бізнесу до впровадження ефективного добровільного медичного страхування. За нашими розрахунками, обсяг загальнообов'язкового медичного страхування в Україні загалом станом на 2014 р. склав 98,5 млрд грн. Це дорівнювало сумі загального бюджету на систему охорони здоров'я, враховуючи 41,9 % неформальних платежів громадян.

Соціально-економічні пріоритети полягають, за досвідом країн ЄС, у створенні умов для покриття урядом до 80 % витрат населення на медичну допомогу та 40—60 % компенсації витрат на ліки за 20 % офіційних внесків населення у добровільне медичне страхування на засадах принципу соціально адекватних витрат населення.

Актуальним є доведення частки сімейних лікарів до 50—52 % від загальної чисельності лікарів у країні. Реально ж сучасним критеріям сімейного лікаря відповідає замало фахівців з тих, які обіймають посади сімейних лікарів. Це свідчить про примітивізацію розвитку ПМД, що, власне, і є однією з головних перешкод прогресу у сфері охорони здоров'я.

Зазначене обумовлює актуальність розроблення інноваційних підходів до вирішення проблеми структурування економіки здоров'я населення, до якої, за нашими оцінками, належать насамперед економіка збереження здоров'я (ЕЗЗ) і попередження хвороб, економіка відновлення здоров'я (ЕВЗ) та економіка лікування хвороб (ЕЛХ) (табл. 7.1).

Економіка здоров'я населення, за авторською оцінкою, — це економічні відносини між населенням, зовнішнім середовищем і медперсоналом системи охорони здоров'я щодо своєчасного виявлення змін у стані здо-

7.1. Політика щодо збереження здоров'я населення (1991–2021 рр.)

Таблиця 7.1. Структура економіки здоров'я населення — медичний контекст (відсоток від загального обсягу фінансування охорони здоров'я)

Складова	Вид медичної допомоги	Факт, %	Потреба, %
I. ЕЗЗ	Профілактична	1	5
	ПМД з пріоритетом розвитку сімейної медицини	1	15
	Невідкладна	1	2,5
	Разом	3	22,5
II. ЕВЗ	Невідкладна медична допомога	1	2,5
	ПМД з пріоритетом розвитку сімейної медицини	7	20
	Спеціалізована	25	15
	Разом	33	37,5
III. ЕЛХ	Спеціалізована	33	15
	Високоспеціалізована	20	10
	Екстрена	4	5
	Реабілітаційна	4	5
	Паліативна та хоспісна	3	5
	Разом	64	40

Джерело: Національні рахунки охорони здоров'я 2018 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://ukrstat.org/uk/druk/katalog/kat_u/publposlu.htm. (дата звернення: 08.11.2021)

ров'я населення та надання відповідної профілактичної, первинної, вторинної та іншої спеціалізованої медичної допомоги з метою його збереження, відновлення, підтримання та лікування хвороб. Економіка лікування хвороб є надбудою над економікою збереження здоров'я і попередження хвороб та економікою відновлення і підтримання здоров'я. Застосування економіки збереження здоров'я і попередження хвороб та економіки відновлення та підтримання здоров'я передбачає відповідне збереження доходів домогосподарств внаслідок своєчасного отримання профілактичної медичної допомоги.

Україна потребує впровадження такої політики, яка б створювала кращі умови для вітчизняних надавачів медичних послуг, виробників медичного обладнання, препаратів та фармацевтичних виробів. Ці заходи мають застосовуватися, поки ринок не перебере на себе надання переваг вітчизняному виробнику перед іноземним. Для цього необхідне увідповіднення інфраструктури системи охорони здоров'я із подібними системами передових країн, насамперед, на думку автора, Франції. Надто значні соціальні втрати несе Україна від неефективної системи охорони здоров'я. Для налагодження її успішної діяльності необхідне збереження відносно вищого попиту тільки на українські товари і послуги, насамперед у сфері охорони здоров'я.

Функціональним результатом змін у сфері охорони здоров'я має стати підвищення тривалості й поліпшення якості життя населення.

З метою побудови оптимального організаційно-економічного механізму розвитку системи охорони здоров'я України необхідно концептуально визначити пріоритетність управління трирівневою профілактичною допо-

Розділ 7. Соціально-демографічна політика в Україні за останнє тридцятиліття

могою над медичною. Їстотне збільшення фінансування ланок первинної та вторинної профілактики (з нинішніх кількох відсотків коштів від загальних видатків на охорону здоров'я до 30 %) допомогло б збалансувати соціальну, соціально-медичну та суто медичну складові.

Очікувана соціально-економічна ефективність від застосування названих підходів для формування базового, районного та регіонального рівнів сучасної інфраструктури надання медичної допомоги є такою:

- збільшення на 25—30 % охоплення послугами ПМД на засадах сімейної медицини громадян, насамперед із доходами, нижчими за прожитковий мінімум, наслідком чого має стати зменшення передчасної смертності, в тому числі у працездатному віці;
- зменшення наполовину примусової госпіталізації за рахунок чітких критеріїв оцінки показників результату надання медичної допомоги;
- скорочення на 1—3 дні періоду перебування пацієнтів у стаціонарі за рахунок забезпечення якості лікування та використання денного стаціонару та стаціонару вдома. За нашими підрахунками, скорочення на один день перебування в стаціонарі зменшує відповідні видатки бюджету на 4 млрд грн на рік.

Аналіз юридичної та фінансово-економічної складової реформування та розвитку системи охорони здоров'я України і країн Західної Європи вказує на протилежні тенденції. Насамперед це стосується порядку перерозподілу фінансових потоків. В європейських країнах після певних законодавчих змін приріст фінансування було скеровано на потреби ПМД, а в Україні цей сегмент залишався без системних змін до 2017 р. З метою стримування зростання видатків на систему охорони в цілому щорічно, в окремих північноєвропейських країнах на 4—6 % збільшувалось фінансування ПМД¹²².

У СОЗ України нерідко управлінський персонал і профспілки замість підтримки науково обґрунтованого її розвитку озвучують вимоги щодо збільшення фінансування застарілих штатних розкладів лікарсько-профілактичних закладів. Це триває на фоні обмеженого доступу пацієнтів і лікарів до інформації про реальний задум, стан і результати реформування СОЗ.

Важливими інструментами оцінки соціально-економічної діяльності СОЗ України є методологія визначення створюваної нею частки ВВП, оптимальності руху фінансів за видами надання медичної допомоги та стану запобігання смертності.

Наявні підходи до збільшення кількості медичного персоналу та ліжок-днів призводять до збільшення частки послуг охорони здоров'я у структурі ВВП. Вона розкриває пострадянський підхід до розрахунку ВВП на основі кількості ліжок, які до 2017 р. визначали потрібну чисельність медичного персоналу.

Виходячи зі співвідношень перспективного фінансування охорони здоров'я у державах — членах ЄС, подібних до України за територією та населенням, нами спрогнозовано ймовірний обсяг видатків державного бюд-

¹²² Health for All by the year of 2000. The Finnish National Strategy. Ministry of Social Affairs and Health, 1987.

7.1. Політика щодо збереження здоров'я населення (1991–2021 рр.)

Таблиця 7.2. Прогноз доцільних соціальних витрат на СОЗ до 2030 р., %

Структура витратків на СОЗ	2018 *	2021 **	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Уряд, НСЗУ **	48,88	61,3	63,3	65,3	67,2	69,2	71,2	73,2	75,2	77,2	77,2
Домогосподарства	48,24	35,9	33,94	31,95	29,96	27,97	25,98	23,99	22	20	20
Приватні фірми і корпорації	0,97	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Донори	0,74	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3

Джерело: дані ДСС України

* На основі сателітного рахунку охорони здоров'я в Україні 2018 р.

** На підставі екстраполяції даних попередніх років

жету (НСЗУ), домогосподарств, приватних фірм і корпорацій до 2030 р. (табл. 7.2) та оптимальні прогностні загальні видатки на систему охорони здоров'я (рис. 7.1).

При цьому нами враховано показники середньострокового демографічного прогнозу щодо кількості населення за віковою структурою до 2025 р., виконаного у 2013 р., тобто до тимчасової окупації АР Крим та окремих регіонів Донецької та Луганської областей, значення середньострокового прогнозу у 2018 р. (без урахування показників АР Крим) до 2030 р. та динаміку захворювань всього населення.

Збільшення фінансування НСЗУ має базуватися на легалізації неформальних платежів громадян.

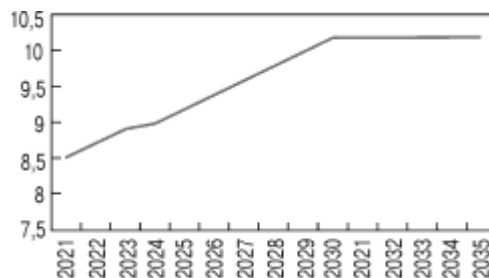
Таким чином, для створення оптимальної моделі розвитку системи охорони здоров'я України, яка б забезпечила економічну ефективність за фінансування в обсязі близько 8 % ВВП, що відповідає нижній межі країн ЄС, необхідно:

- впровадити дієву децентралізовану систему управління, яка б передбачала свободу вибору пацієнтом лікаря та медичного закладу;
- запровадити грошову винагороду медичному персоналу залежно від своєчасності, якості та обсягу надання медичної допомоги пацієнту, тобто з огляду на результати діагностики, лікування та динамічного супроводу пацієнта;
- забезпечити детінізацію неформальних платежів пацієнтів.

Стратегія дій державних регуляторів реформування системи охорони здоров'я України — ВРУ, КМУ та МОЗ України, має враховувати той факт, що, як вже наголошувалося, пріоритетність розвитку ПМД на засадах сімейної медицини не сприймає певна кількість лікарів, зокрема первинної ланки.

Рис. 7.1. Оптимальні прогностні загальні видатки на охорону здоров'я України до 2035 р., % ВВП

Джерело: Національні рахунки охорони здоров'я в Україні у 2016 році: статистичний збірник / Державна служба статистики України. Київ, 2018.



Розділ 7. Соціально-демографічна політика в Україні за останнє тридцятиліття

Ураховуючи історичний досвід України, коли всі спроби будь-яких реформувань протягом останніх десятиліть викликали опір і непорозуміння серед медичного персоналу та пацієнтів, на наш погляд необхідно:

- в Міністерстві охорони здоров'я України, в обласних, міських і районних управліннях охорони здоров'я, в кожному центрі ПМД та у приватних сімейних лікарів створити систему щоденного електронного прийому пропозицій, зауважень із боку лікарів і пацієнтів і їх щоденного адресування відповідно з міст і районів — в області, а із областей — в МОЗ, НСЗУ для опрацювання науково-експертними групами, створеними в міністерстві та обласних департаментах охорони здоров'я;
- науково-експертній групі з реформування системи охорони здоров'я в МОЗ України та НСЗУ забезпечити обласні, районні та міські управління охорони здоров'я, а також кожного лікаря та пацієнта максимально повною інформацією в режимі онлайн щодо організаційно-економічних та інформаційних аспектів реформування системи охорони здоров'я;
- для підвищення якості реформування системи охорони здоров'я запропонувати Представництву ЄС в Україні спільно розробити та запровадити проекти із реформування системи охорони здоров'я;
- максимально сприяти на законодавчому рівні розвитку Асоціації сімейних лікарів в Україні та інших асоціацій лікарів, спростивши процедуру надання їм статусу саморегульованих організацій;
- законодавчо закріпити максимально розширені права Асоціації з захисту прав пацієнтів для залучення громадськості до підтримки процесів реформування галузі.

Стратегічним шляхом розробки та впровадження задуму щодо реформування системи охорони здоров'я є її соціально-економічна домінанта. Основним критерієм якості та доступності медичної допомоги необхідно визначити рівень смертності, захворюваності та госпіталізації громадян; інтенсивність викликів «швидкої допомоги», індекс здоров'я дітей та повноту охоплення населення медичними послугами, насамперед ПМД. Цього можна досягти за рахунок таких організаційних заходів:

- створення умов для повноцінного розвитку центрів ПМД і інституту приватних сімейних лікарів як незалежних інституцій із надання медичної допомоги населенню;
- опрацювання системи стандартизації надання ПМД — єдиної системи оцінювання переліку, обсягу, якості та вартості медичної допомоги й послуг; кваліфікаційних вимог до персоналу, ведення звітно-облікової документації та впровадження інформаційних технологій;
- удосконалення системи направлення пацієнтів на спеціалізований рівень надання медичної допомоги сімейним лікарем ПМД з правом його вільного вибору;
- оновлення підходів до визначення доцільності направлення всіх охочих випускників медичних ЗВО в ПМД на посади сімейних лікарів із метою недопущення дискредитації інституту сімейного лікаря. Із цією метою доцільно право ухвалення остаточного рішення щодо придатності претендентів обійняти посаду сімейного лікаря надати Асоціації сімейних лікарів України.

7.1. Політика щодо збереження здоров'я населення (1991–2021 рр.)

Особливу увагу необхідно приділити створенню умов для реалізації мешканцями сільської місцевості життєвих шансів щодо підтримання здорового способу життя. Насамперед це стосується розробки програм сприяння зменшенню алкоголізму, тютюнопаління, застосування високотоксичних хімічних речовин для боротьби зі шкідниками.

Важливим також видається запровадити такі показники ефективності надання ПМД на засадах сімейної медицини та реалізувати наступні першочергові заходи:

- щорічне 100 % охоплення населення послугами;
- право вибору сімейного лікаря та медсестри, які за своїми високими професійними якостями здатні задовольнити до 80 % потреб в медичній допомозі та лікуванні громадян;
- пріоритетно укомплектувати фахово підготовленими сімейними лікарями і медсестрами заклади ПМД;
- забезпечити 35 % фінансування ПМД на засадах сімейної медицини;
- передбачити 100 % укомплектування протягом двох років центрів ПМД і медичних закладів у сільській місцевості необхідним обладнанням.

Очевидно, треба змінювати підходи до оцінювання структури валової виручки в галузі надання медичних послуг — її варто оцінювати не за кількістю наданих і оплачених послуг, а за своєчасністю та якістю, із чітко визначеною нормою рентабельності закладів охорони здоров'я. Це має спричинити мультиплікативний ефект зростання ВВП в країні до 4 % за рахунок зменшення витрат від перебування на лікарняних, інвалідизації тощо ¹²³. У зв'язку із цим необхідно, щоб Державна служба статистики України відкорегувала порядок оцінювання індексу фактичного обсягу послуг СОЗ, який визначає ВВП у цій галузі та в цілому.

У СОЗ України відсутні належні стандарти для розбудови медичних інформаційних систем, унаслідок чого здебільшого інформація стосовно лікування пацієнта є фрагментованою. Необхідно створити умови для задоволення попиту на медичну інформацію з використанням системи eHealth. Для цього МОЗ України необхідно встановити термінологію, коди, класифікацію та медичні рекомендації. Тобто йдеться про стандартизацію клінічної інформації. Це можливо на основі спрощеного доступу до інформації в режимі реального часу, що є критичною умовою для надання безпечної, доступної та якісної медичної допомоги ¹²⁴. Важливим при цьому є забезпечення безпеки даних у сфері охорони здоров'я та їх зберігання.

Система охорони здоров'я має перейти на пріоритетну розбудову інфраструктури профілактичної та первинної медико-санітарної допомоги із

¹²³ Bloom D., Canning D., Sevilla J. The Effect of Health on Economic Growth: a production function approach. World Development. 004. Vol. 32. No. 1. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2003.07.002>; EUROFOUND. Absence from work report. 2010. [E-resource]. Access mode: http://www.eurofound.europa.eu/ewco/studies/tn0911039s/tn_0911039s_5.htm. (date of access: 11.11.2012). Title from the screen.

¹²⁴ Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні. Детальний опис та характеристика госпітальних (лікарняних) інформаційних систем. Оцінка та рекомендації. Проєкт ЄС / Представництво Європейської Комісії в Україні. Київ, 2009.

Розділ 7. Соціально-демографічна політика в Україні за останнє тридцятиліття

широкою пропозицією послуг. Для цього необхідно збільшити їх фінансування у 3,5 разу від нинішнього, що, як зазначалося вище, надасть змогу значно скоротити час перебування громадян на лікарняних, зменшити їх інвалідизацію та відповідно витрати домогосподарств.

Спеціалізована медична допомога має розвиватись під впливом стимулів до впровадження сучасних високоефективних і недорогих медичних технологій, зменшення витрат за рахунок розширення видів послуг та збільшення масштабу їх надання.

Соціально-економічними передумовами впровадження ПМД як базового пріоритету СОЗ є посилення ролі держави в законодавчому й урядовому сприянні пріоритетному розвитку, передусім щодо фінансування, ПМД на засадах сімейної медицини з перерозподілом людських і матеріальних ресурсів на її користь.

Розвиток же первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини в якості локомотива соціально орієнтованих змін має мотивувати територіальні громади до інтеграції інфраструктури закладів охорони здоров'я в рамках госпітального округу для потреб спеціалізованої медичної допомоги. Високоспеціалізована медична допомога на обласному рівні має розвиватись у рамках сучасної університетської клініки. Концентрація лікарських, фінансових ресурсів і сучасного медичного обладнання з максимальним навантаженням на одного лікаря-практика допоможе створити сучасну медичну інфраструктуру, в якій генеруватимуться технологічні зміни.

Сутністю державного протекціонізму і втручання у сфері охорони здоров'я має бути створення належного концентрованого процесу надання медичних послуг на основі розвитку потужностей медичних закладів.

На рівні Кабінету Міністрів України необхідно розробити і затвердити:

- Концепцію пріоритетного розвитку ПМД на засадах сімейної медицини;
- Стратегію розвитку ПМД на засадах сімейної медицини;
- типові програми розвитку ПМД на засадах сімейної медицини;
- методичні рекомендації з розробки програм розвитку ПМД на засадах сімейної медицини;
- проекти законів про ПМД на засадах сімейної медицини;
- постанови Уряду про пріоритетність розвитку ПМД на засадах сімейної медицини в системі охорони здоров'я.

На міжвідомчому рівні:

- розробити та затвердити міністерствами охорони здоров'я, соціальної політики, регіонального розвитку та будівництва України спільні накази щодо створення умов для пріоритетного розвитку ПМД на засадах сімейної медицини.

На рівні Міністерства охорони здоров'я України:

- розробити методику оцінювання якості роботи сімейного лікаря та сімейної медичної сестри, а також порядок застосування коефіцієнтів штрафних санкцій за дефектними актами допущених лікарських помилок; передбачити 0,5 % санкцій не від обороту коштів, а від заробітної плати сімейного лікаря;

7.1. Політика щодо збереження здоров'я населення (1991–2021 рр.)

- забезпечити в кожному регіоні сучасну професійну підготовку сімейних лікарів та медсестер на базі досвіду провідних європейських країн, приватних сімейних лікарів та успішних амбулаторій загальної лікарської практики / сімейної медицини.

На рівні громад:

- розробити програми пріоритетного розвитку ПМД на засадах сімейної медицини, в яких реалізовано сучасну методологію відбору сімейних лікарів і медсестер, їх якісного навчання, нової інфраструктури та систем зв'язку і транспорту;

- запровадити методику штрафних санкцій згідно з дефектними актами за лікарські помилки під час обслуговування населення сімейними лікарями;

- управлінням економіки громад здійснити розрахунок реальних видатків на надання послуг ПМД на засадах сімейної медицини в кожному населеному пункті, а також обґрунтування шляхів їх покриття. В основу заходів, що мають бути запроваджені, необхідно покласти належне фінансове заохочення діяльності сімейних лікарів і медсестер із значним сприянням приватним формам надання послуг. Це має створити підґрунтя для поліпшення їх професійного рівня та матеріально-технічної бази амбулаторій ЗЛП/СМ.

У рамках зниження динаміки захворюваності та смертності за деякими соціально небезпечними хворобами (злоякісні новоутворення та активний туберкульоз) необхідно визначити на рівні місцевої, регіональної влади та МОЗ України такі пріоритетні напрями:

на рівні громад:

- директорам комунальних некомерційних підприємств Центрів ПМД, управлінням охорони здоров'я (під відповідальність керівників громад) — запровадити, з урахуванням рекомендацій МОЗ України, показники оцінювання діяльності сімейних лікарів, педіатрів і терапевтів щодо їх професійної придатності відповідно до сучасних міжнародних стандартів, фахової підготовки за критеріями кращих європейських і світових практик участі в системі безперервного навчання з підвищення кваліфікації;

- затвердити фінансово обґрунтовані плани середньострокових організаційно-управлінських, медичних і фінансових заходів для зменшення питомої частки виявлення злоякісних новоутворень та активного туберкульозу на пізніх стадіях. Із цією метою створити належні умови для своєчасної діагностики, взяття на облік та проведення оздоровлень осіб із груп ризику за онкологічним захворюваннями і туберкульозом. Основою цього має стати відчутне поліпшення якості та доступності профілактичної медичної допомоги, насамперед на засадах сімейної медицини, на основі підтримання ЗСЖ (здорового способу життя) населенням;

- передбачити в місцевих бюджетах зростання в два рази фінансування інфраструктури ПМД, а через НСЗУ — доступних послуг, насамперед тих, що надаються сімейними лікарями, які досягають найкращих кінцевих результатів лікування й одужання населення. Частка фінансових заохочень за раннє виявлення злоякісних новоутворень та активного туберкульозу має складати не менше 30 % від загального обсягу додаткового фінансування;

Розділ 7. Соціально-демографічна політика в Україні за останнє тридцятиліття

- запровадження на рівні громад електронної системи рейтингування вказаних категорій лікарів у реальному часі на основі критеріїв своєчасної профілактики та діагностики, а також лікування з подальшим одужанням пацієнтів;
- сприяння управлінням і медичному персоналу в обладнанні амбулаторій і центрів ПМД точками доступу до інтернету для пацієнтів (Wi-Fi), кімнатами для індивідуального прийому та обладнаними сучасними вбиральнями, кімнатами для дітей. При цьому необхідно дотримуватись принципу, що центром відносин медперсоналу і населення має бути пацієнт; на рівні МОЗ України та регіонів:
- ініціювати внесення законодавчих змін щодо розгортання лікарського самоврядування з метою регулювання питань підбору, навчання (проходження курсів спеціалізації та підвищення кваліфікації) й акредитації сімейних лікарів, а також нової системи їх акредитації та атестації;
- розробити додаткові заходи до державних та регіональних стратегій у сфері охорони здоров'я щодо кардинального зниження частки осіб із виявленими на пізніх стадіях онкозахворюваннями та активним туберкульозом від загальної кількості цих хворих;
- надати організаційну підтримку регіонам у розгортанні інформаційних проєктів у ЗМІ за місцями проживання, роботи та навчання населення щодо кардинального підвищення рівня його медичної культури з метою забезпечення в такий спосіб профілактики захворювань;
- запропонувати додаткові критерії оцінювання якості послуг з боку сімейних лікарів, педіатрів і терапевтів за позитивною динамікою зменшення частки хворих із злоякісними новоутвореннями на пізніх стадіях, захворюваннями серцево-судинної системи та активним туберкульозом від їх загальної кількості шляхом введення коефіцієнту доплати 1,3;
- сприяти медичним навчальним закладам у розробці та впровадженні сучасних начальних програм із урахуванням найкращого зарубіжного (французького, іспанського, британського, норвезького, канадського, ізраїльського та ін.) досвіду щодо підбору, підготовки, навчання та атестації лікарів на посади сімейних;
- надати пропозиції до Кабінету Міністрів України та Верховної Ради України щодо внесення законодавчих змін для кардинального підвищення темпів децентралізації місцевої влади в інтересах охорони здоров'я. З метою забезпечення доступності медичних послуг для малозабезпечених громадян запровадити урядові та регіональні програми часткової компенсації витрат цій категорії громадян через НСЗУ;
- реалізувати в рамках державних і регіональних проєктів створення умов для нарощування в 2—3 рази темпів збільшення кількості населення, яке має доступ до інтернету і до мережі сучасних автомобільних доріг та транспорту. Їз цією метою актуальним є запровадження Кабінетом Міністрів України та Мінрегіонбудом України моніторингу стану охоплення населення, насамперед у новостворених ОГ, послугами мобільного зв'язку, інтернетом та телемедициною;

7.2. Еволюція та сучасні пріоритети сімейної політики в Україні

- надати методичну та інформаційну допомогу департаментам охорони здоров'я областей, де спостерігаються найнижчі темпи системних децентралізаційних змін в інтересах охорони здоров'я шляхом створення профільних ОГ та укрупнених госпітальних округів;

- запровадити в реальному часі загальноукраїнський рейтинг сімейних лікарів, терапевтів і педіатрів.

Загальноновизнано, що з віком витрати на охорону здоров'я істотно зростають. Водночас, за експертними оцінками, вік і витрати на охорону здоров'я не пов'язані між собою ¹²⁵. Це відчутно в безпосередній близькості до смерті протягом двох останніх років життя. Останнє визначено переважно витратністю у сфері охорони здоров'я, ніж віком. Тому можна завчасно спрогнозувати для громадян України стрімке зростання витрат — для чоловіків у віці 63—65 років, для жінок — 72—74 роки.

7.2. Еволюція та сучасні пріоритети сімейної політики в Україні

За три десятиліття незалежності сімейна політика України пережила значні трансформації й накопичила досвід реалізації певних заходів із підтримки сімей з дітьми. В той час як одні інструменти залишались незмінними впродовж усього періоду незалежності, зокрема схема надання відпусток при народженні дитини, де нововведення були запроваджені лише в 2021 р.; інші ж — матеріальна підтримка при народженні дитини насамперед — зазнавали частих та істотних змін. В окремі періоди сімейну політику країни можна було б охарактеризувати як «невтручання», «пронаталістська політика», «згортання пронаталістської політики», «пошук нових інструментів сприяння батькам з дітьми».

Сімейну політику України можна розглядати, водночас, як частину соціальної політики, яка здійснює вплив на становище батьків з дітьми з метою забезпечення добробуту та самореалізації, «пом'якшення» основних соціально-економічних ризиків; а також як політику демографічну, що покликана допомогти батькам реалізувати свої дітородні наміри якомога більш повною мірою, чим сприяти зростанню народжуваності.

В перші роки незалежності в Україні спостерігалась відносно висока, як для сучасної європейської країни, народжуваність (1,78 дитини у розрахунку на одну жінку в 1991 р.), проте в наступні роки народжуваність розпочала стрімке зниження (до 1,1 дитини у розрахунку на одну жінку в 2001 р.). Глибока економічна криза в цей час значно прискорила зниження народжуваності, яке фактично з різною інтенсивністю відбувалось впродовж усього ХХ століття. Пришвидшилась депопуляція, зросли загрози прискореного старіння населення й скорочення частки населення працездатного віку. Загалом, внаслідок демографічних зрушень, в Україні поміт-

¹²⁵ European Economy. Economic Papers 507. October 2013.. [E-resource]. Access mode: https://ec.europa.eu/economyfinance/publications/economic_paper/2013/pdf/ecp507_en.pdf (date of access: 21.12.2017). Title from the screen; Zweifel P., Felder S., Meiers M. Ageing of population and health care expenditure: a red herring? / Health Economics. 1999. No. 8 (6).

Розділ 7. Соціально-демографічна політика в Україні за останнє тридцятиліття

но загострились виклики для національної економічної системи — що є характерним для багатьох розвинутих країн нашого часу і що змушує шукати відповіді на ці виклики, однією з яких є сімейна політика. Найбільш вагомі й найбільш вартісні «активізації» сімейної політики в Україні відбувались з огляду саме на наднизьку народжуваність й мали на меті змінити ситуацію.

Сімейна політика як галузь соціальної політики сформувалась в розвинутих країнах і поступово поширюється на решту країн світу. В наш час охоплює численні інструменти соціальної політики щодо впливу на соціально-економічне становище батьків та дітей, а саме: сприяння добробуту, забезпечення фінансової стабільності батьків й дітей, підтримка батьків у поєднанні зайнятості й сімейного життя, забезпечення догляду за дитиною й дошкільної освіти, поширення гендерної рівності тощо. З одного боку, така політика впливає на добробут сімей із дітьми, з іншого — сучасна сімейна політика це також «про час», про можливості самореалізовуватись, обрати продуктивну зайнятість і водночас реалізувати своє бажання щодо народження й виховання дітей.

В Україні на даний час застосовується ряд інструментів, які можна віднести до царини сімейної політики. Якщо оплачувані відпустки для батька запроваджено лише в середині 2021 р., то відпустки по догляду за дитиною для матері мають понад тридцятилітню історію.

Вагомий внесок в забезпечення добробуту сімей із дітьми здійснюють інструменти матеріальної підтримки: періодичні виплати сім'ям з дітьми (часто, щомісячні), разові чи короткотривалі гранти при народженні дитини, податкові пільги, різна негрошова підтримка, як от: бонусні картки чи транспортні пільги, варіантів якої може бути чимало. Існування інструментів матеріальної підтримки обумовлюється підвищеними ризиками бідності для сімей із дітьми, серед яких виділяються особливо вразливі категорії: однобатьківські сім'ї, багатодітні сім'ї.

Матеріальна підтримка сімей із дітьми практикується в Україні вже майже 30 років, проте перше десятиліття свого існування її розміри були вкрай незначними, а економічна криза та гіперінфляція нівелювали можливий позитивний вплив на становище сімей із дітьми. Відповідний Закон України «Про державну допомогу сім'ям з дітьми», який регламентує надання, зокрема таких видів допомоги, як допомога при народженні дитини, допомога у зв'язку з вагітністю та пологами, допомога самотнім матерям, допомога на дітей, над якими встановлено опіку чи піклування, — набрав чинності ще з 1993 р. Згодом цей закон було неодноразово доповнено, додалися нові види допомоги, зокрема: допомога при всиновленні, одноразова натуральна допомога «пакунок малюка», але було скасовано допомогу на дитину до досягнення нею трирічного віку.

На початку 2002 р. одноразова виплата при народженні дитини становила 200 грн, а щомісячна допомога на дитину до досягнення нею трирічного віку — 40 грн. В той же час розмір встановленого прожиткового мінімуму становив 342 грн на місяць (для дітей до 6 років — 307 грн). Вагомість грошових виплат того часу видається зовсім мізерною, якщо згадати, що встановлення прожиткового мінімуму завжди здійснювалось на рівні набагато нижчому, ніж реальні потреби людей. В ті роки рівень народжу-

7.2. Еволюція та сучасні пріоритети сімейної політики в Україні

ваності в Україні був чи не найнижчим серед країн Європи. Поєднання демографічної кризи із проблемами бідності сімей із дітьми спонукали до пошуку шляхів вирішення цих питань, одним із яких стало значне збільшення допомоги при народженні дитини.

З 2005 р. сімейна політика України набуває очевидного «пронаталістського» характеру, а одноразова допомога при народженні дитини стала найбільш вагомим інструментом матеріальної підтримки батьків з дітьми й на той час одним із найбільших грантів при народженні дитини серед країн Європи (8500 грн, або ж 1683 USD за курсом на 1 червня 2005 р.). Прожитковий мінімум на той час становив 423 грн. У 2005—2007 рр. допомога надавалась в дуже короткому періоді — впродовж одного року після народження дитини й не мала диференціації за черговістю народжень. Пронаталістські ідеї збільшення допомоги при народженні дитини підкреслювались тогочасною риторикою влади країни, у зростанні показників народжуваності в наступні роки вбачався її позитивний ефект.

У наступні роки допомога при народженні дитини постійно змінювалась у частині обсягів виплат, тривалості й розподілу за черговістю народження дитини в родині, залишаючись при цьому одним із найбільших у Європі грантів при народженні. В 2008 р. допомогу було збільшено, запроваджено диференціацію за черговістю народжень і подовжено у часі — виплати здійснювались у період від одного до трьох років, залежно від черговості. В 2011 р. допомогу було збільшено двічі впродовж року й ще більш пролонговано в часі — до 6 років, в залежності від черговості народження дитини. Змінювався також механізм розрахунку — в 2011 р. фіксований обсяг було замінено «прив'язкою» до розміру прожиткового мінімуму, в результаті чого фактичний обсяг виплат постійно зростав упродовж 2011—2013 рр. На початок 2014 р. допомога при народженні першої дитини складала 30 960 грн (3259 USD), надавалась впродовж 24 місяців, при народженні другої — 61 920 грн, що виплачувались впродовж 48 місяців, при народженні третьої та кожної наступної дитини — 116 640 грн, що виплачувались впродовж 72 місяців. Прожитковий мінімум на початку 2014 р. становив 1176 грн. В подальшому на зміну диференційованій за черговістю народження дитини допомоги, обсяги якої можна назвати вагомими, прийде універсальна для всіх допомога, таким чином було значно зменшено виплати у випадку народження других, третіх і наступних дітей.

В 2014 р. збройна агресія з боку Російської Федерації й супутня економічна криза змусили уряд шукати шляхи скорочення бюджетних виплат, що безпосередньо відобразилась на розмірах допомоги при народженні дитини. Було скасовано диференціацію за черговістю народження, встановлено фіксований розмір допомоги в 41 280 грн з яких 10 320 грн надається при народженні, а решта — рівними частинами щомісячно, впродовж наступних трьох років. Також було скасовано допомогу по догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку, яка, хоча й мала незначні обсяги (середній щомісячний розмір у 2012 р. становив 347 грн), проте була пов'язана з перебуванням одного з батьків у відпустці по догляду за дитиною. Цей період можна назвати згортанням очевидного пронаталізму в українській сімейній політиці.

Якщо оцінювати ефективність надання матеріальної допомоги при народженні дитини, то існують докази певного впливу як на інтенсивність народжуваності, так і на рівень бідності сімей із дітьми. Досліджено зв'язок змін одноразової допомоги при народженні дитини із частотою народження дітей різних черговостей, який посилюється зі зростанням черговості народженої дитини. Найбільш вагомою допомогою при народженні дитини виявилась для сімей із трьома й більше дітьми¹²⁶. Зростання інтенсивності дітородження відбувалось й до запровадження допомоги в 2005 р., проте після 2005 р. ця тенденція проявилася інтенсивніше, охопивши більше регіонів. Також збільшилась частка третіх, четвертих й наступних дітей у загальній структурі народжуваності. Проведені через кілька років після запровадження допомоги ІДСД ім. М.В. Птухи опитування (2008, 2009 та 2010 рр.) зафіксували, що частка респондентів, які відзначили вплив матеріальної допомоги на свої дітородні наміри, знаходиться на рівні 12—14 %¹²⁷. Щодо впливу на бідність сімей із дітьми, то було зафіксовано, що у 2018 р. зазначений показник скорочується на 6,5 в. п.: серед цільового контингенту частка бідних за абсолютним критерієм фактично становить 59,9 %, а у випадку гіпотетичної відміни допомоги він збільшився б до 66,4 %¹²⁸. Також помітним є внесок матеріальної допомоги при народженні в послаблення майнової нерівності¹²⁹.

В період 2018—2019 рр. сімейна політика України знову активізувалась. В цей час помітним стає вектор до пошуку нових рішень для поліпшення становища сімей із дітьми, запроваджується ряд абсолютно нових інструментів, використання яких можна пов'язати з вивченням досвіду інших країн Європи та світу. За досить короткий час в Україні з'являються: новий інструмент підтримки працюючих батьків — щомісячні адресні виплати батькам чи опікунам, які користуються платними послугами по догляду за дітьми під назвою «Муніципальна няня», негрошова допомога сім'ям з дітьми «Паунок малюка» та окрема допомога на дітей, які виховуються у багатодітних сім'ях.

Допомога на дітей, які виховуються у багатодітних сім'ях існує з 2019 р. Розміри допомоги становлять 1700 грн, виплачується щомісячно на третю та кожен наступну дитину до досягнення нею віку шести років. Допомога покликана зменшити ризики бідності для багатодітних сімей, яких в Україні налічувалось понад 334 тис. у 2019 р.

«Паунок малюка», або ж «бейбі-бокс» — набір необхідних в перші періоди після народження дитини товарів, вартість яких оцінювалась у понад 5 тис. грн. Подібна практика є абсолютно новою для України, але добре

¹²⁶ Крімер Б., Галиця О. Матеріальна забезпеченість як фактор народжуваності: специфіка народжень різних черговостей // Україна: аспекти праці. 2019. № 1.

¹²⁷ Демографічні результати запровадження допомоги при народженні дитини / Б.О. Крімер // Демографія та соціальна економіка. 2013. № 1. С. 37—46.

¹²⁸ Оцінка ефективності програм соціальної підтримки за даними спеціального опитування населення. [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://idss.org.ua/arhiv/mono_rate.pdf. Назва з екрана.

¹²⁹ Демографічні результати запровадження допомоги при народженні дитини / Б.О. Крімер // Демографія та соціальна економіка. 2013. № 1.

7.2. Еволюція та сучасні пріоритети сімейної політики в Україні

відомою в низці країн та окремих регіонів світу. Найвідомішим прикладом є «пакунки малюка» у Фінляндії, які надаються вже впродовж 80-ти років.

Вже в наступні роки після запровадження «пакунку малюка» відбулись зміни цього інструменту. В 2020 р. надання «пакунку малюка» було замінено на рівнозначну грошову винагороду, а з 2021 р. передбачено можливість вибору: отримання «пакунку малюка» або відповідної грошової винагороди. Опитування батьків, які отримали «пакунок малюка» в Україні, продемонструвало загальну позитивну оцінку батьками корисності цієї послуги: понад 80 % опитаних визначило рівень корисності «4» та «5» за 5-бальною шкалою, в той час як оцінку «1» обрало менше 1 % опитаних. Також абсолютна більшість батьків (67 %), вказали, що державна програма «пакунок малюка» позитивно вплинула на бюджет їхньої родини.

Пошук нових інструментів поліпшення соціально-економічного середовища сімей із дітьми з боку уряду мав наслідком свого роду «розширення бачення» сімейної політики країни, вихід за межі використання інструментів виключно матеріального сприяння, яке виявлялось у наданні грошової допомоги чи матеріальних цінностей. З недавнього часу в країні запроваджуються нові інструменти сприяння працюючим батькам.

Першим із нововведених інструментів підтримки працюючих батьків стала програма «Муніципальна няня», яка існує з 2019 р. Надання певної матеріальної компенсації за користування послугами з догляду за дитиною ґрунтується на ідеї сприяння поєднанню батьківства з ефективною зайнятістю, що, крім інших позитивних моментів, має також слугувати інструментом боротьби з бідністю сімей із дітьми. Зокрема, «Муніципальна няня» створює додаткові можливості для детінізації зайнятості у сфері догляду за дітьми й нові можливості для розвитку приватних закладів.

Із недоліків програми «Муніципальна няня» варто зазначити досить незначні обсяги (1921 грн на місяць в 2021 р.) та певні бюрократичні труднощі при її отриманні. Практика реалізації подібних програм у розвинутих країнах свідчить про важливість розширення навчальної складової «пакунку малюка», зокрема в регіонах де є труднощі з отриманням професійних консультацій щодо догляду та виховання дітей.

Важливість сприяння поєднанню батьківства й зайнятості є безсумнівною домінантою в сучасних дискусіях щодо розвитку сімейної політики. Загалом інструментами сімейної політики в цій царині є надання пов'язаних з народженням дитини відпусток батькам, забезпечення доступності соціальних послуг із догляду за дітьми, створення можливостей для «гнучкої» зайнятості батьків, сприяння прихильності роботодавців до сімей із дітьми. Забезпечення можливостей поєднання зайнятості батьків та сімейного життя тісно пов'язане як із матеріальним становищем сімей з дітьми, так й із самореалізацією батьків і дітей. У розвинутих країнах зайнятість батьків розглядається як чинник запобігання бідності як батьків, так і дітей, тому значні зусилля докладаються для повернення батьків на ринок праці, а також супутньому навчанню, набуттю ними нових навичок і кваліфікацій, створенню можливостей для пошуку необхідного робочого місця. Проте, з точки зору благополуччя дитини, зокрема, у віці до двох років, важливою вже є сама батьківська присутність, що входить у конфлікт із

Розділ 7. Соціально-демографічна політика в Україні за останнє тридцятиліття

необхідністю зайнятості й вкотре обумовлює необхідність як матеріальної підтримки батьків із дітьми, так й надання достатнього часу, який має бути проведений у відпустках. Також необхідність поєднання матеріальної підтримки й сприяння зайнятості обумовлюється тим, що поширення неповної зайнятості та тривале перебування у відпустках по догляду за дитиною збільшує рівень бідності вразливих категорій сімей.

В Україні система пов'язаних із батьківством відпусток не зазнавала змін від початку незалежності, й лише у 2021 р., як вже зазначалося, була доповнена відпусткою для батька при народженні дитини. Система відпусток при народженні дитини характеризується високою тривалістю та відсутністю оплачуваності більшості доступного для батьків часу. Якщо відпустка у зв'язку з вагітністю та пологами тривалістю 126 днів оплачувана (на рівні 100 % попереднього заробітку), то надзвичайно тривала (в порівнянні з аналогами в інших країнах Європи) відпустка по догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку не оплачується взагалі.

З 2021 р. в Україні надається оплачувана відпустка для батька тривалістю до 14 днів, одноразово, але не пізніше трьох місяців від дня народження дитини. Надання відпусток для батька все більше поширюється у розвинутих країнах, й основною метою застосування такого інструменту є залучення батька до більшої участі в догляді за дитиною, наслідком чого є «розвантаження» жінки, яка піддається «подвійному навантаженню» завдяки більш вагомій участі у вихованні дитини, яке поєднується із зайнятістю.

Однією із найважливіших сфер сучасної сімейної політики є система соціальних послуг із догляду за дитиною. На прикладі ряду розвинутих країн фіксується вплив розвитку системи дошкільних закладів на динаміку народжуваності та на добробут батьків із дітьми. В Україні система дошкільних закладів існує тривалий час й за останні тридцять років теж зазнала змін. За перше десятиліття незалежності, разом із економічною кризою та зниженням народжуваності, значно скоротились як кількість дошкільних закладів у нашій країні, так і охоплення ними дітей дошкільного віку. Чимало дошкільних закладів було розформовано чи переорієнтовано під інші цілі. Проте згодом така тенденція змінилась.

За останнє десятиліття в Україні рівень охоплення дітей дошкільними закладами помітно зріс. На даний час охоплення дітей дошкільного віку (3—5 років) закладами дошкільної освіти по Україні становить — 76,4 %, при цьому в містах — 86,8 %, в сільській місцевості — 56,4 %. Тенденція до зростання охоплення дітей дошкільними закладами характерна для країн Європи, при цьому рівень охоплення в Україні все ще є одним із найнижчих в Європі. Однак охоплення дітей віком до 2 років є вкрай низьким (14,8 %). Загальне охоплення дітей у віці від 1 до 6 років дошкільною освітою становить лише 58 %. Проблемою України залишається є помітна переважаність дошкільних закладів, яка є найгострішою в містах країни.

Важливість існування можливостей поєднання зайнятості й народження дитини все більше відчувається в Україні. Дослідження ціннісних орієнтацій студентської молоді у 2019 р. зафіксувало набагато вищий рівень необхідності в інструментах сприяння зайнятості батьків, ніж в аналогічних дослідженнях, що було проведено минулого десятиліття. Якщо в подібному

7.2. Еволюція та сучасні пріоритети сімейної політики в Україні

опитуванні 2009 р. тільки 20 % респондентів зазначило важливість створення умов для поєднання зайнятості та народження дитини для прийняття рішення про народження дитини, то в опитуванні 2019 р. таких було вже 45 %.

Сучасна сімейна політика тісно пов'язана з наявністю рівних прав та можливостей. Нерівність відображається в підвищених ризиках бідності для жінок, оскільки поширеною практикою є праця жінок на менш оплачуваних посадах й нижчий рівень доходів жінок загалом; у складніших перспективах щодо зайнятості й більш упередженому ставленні роботодавців, у нерівномірному розподілі сімейних обов'язків, коли оплачувана робота поєднується із більшим навантаженням у рамках власного домогосподарства. Наслідком цієї нерівності є менш сприятливе соціально-економічне середовище для народження дитини, що віддзеркалюється менш повною реалізацією дітородних намірів. Отже, більш рівномірний розподіл сімейних обов'язків матиме наслідком зниження навантаження на жінку, що в кінцевому підсумку позитивно відображається на зайнятості жінок та їхній якості життя, а також на рівні народжуваності.

Вивчення розвитку сімейної політики як в інших розвинутих країнах, так і в Україні підводить до висновку щодо важливості комплексності в побудові сімейної політики, коли свій вплив і значущість мають усі перераховані сфери та інструменти, а також тривалість застосовуваних інструментів — необхідність підтримки впродовж усього життя.

Матеріальна підтримка сімей із дітьми в Україні має потенціал щодо розвитку довготривалих та диференційованих за черговістю виплат. Помітне зростання ризиків бідності відбувається вже при народженні другої дитини, тому збільшення матеріальної підтримки сім'ї з дітьми на цьому етапі видається доцільним. Загострення матеріальних проблем в сім'ях із дітьми має місце досить тривалий період — фактично до початку дітьми самостійного життя, що обумовлює існування тривалих виплат сім'ям із дітьми в країнах Європи. Допомога при народженні дитини в багатьох країнах Європи зазвичай незначна за обсягом, проте виплачуються впродовж 18—25 років щомісячно, доволі часто диференціюються за черговістю. В умовах орієнтації сучасних батьків переважно на дводітну сім'ю, розширення матеріальної підтримки, починаючи з другої народженої дитини, також буде виправданим із точки зору сприяння підвищенню народжуваності. Важливою проблемою добробуту сімей із дітьми в Україні, що може відображатись в обмеженні потенційними батьками власних дітородних намірів, є не вирішеність житлових проблем. Численні дослідження вказують на безпосередній вплив доступності житла для батьків із дітьми на інтенсивність та відтермінування народжуваності.

Важливість оплачуваної відпустки для батьків є одним із чинників збереження рівня доходу при підтримці гармонійного сімейного життя. Тому зручність системи відпусток по догляду за дитиною для батьків формується не виключно тривалістю, а також рівнем оплачуваності. Рівень тривалості й сплачуваності відпусток в інших розвинутих країнах є досить відмінним, але в середньому становить близько одного року відпустки, оплачуваної на рівні понад 50 % попереднього доходу. Занадто довга відпустка з догляду за

Розділ 7. Соціально-демографічна політика в Україні за останнє тридцятиліття

дитиною криє в собі ризики щодо економічних перспектив батьків, зокрема одиноких. Важливими є гнучкість в умовах отримання відпустки, розширення можливостей неповної та гнучкої зайнятості для батьків, дотримання роботодавцями трудових прав батьків та розвиток дружнього до батьків середовища на робочому місці.

Доступність дошкільних закладів в країні визначає можливість збільшення для батьків доступного для продуктивної зайнятості часу, чим безпосередньо впливає на добробут сімей та асоціюється з більш високою народжуваністю. Актуальними проблемами є нарощування мережі доступних дошкільних закладів (включно з наданням послуг для дітей у віці до двох років), зменшення навантаження на існуючі дошкільні заклади (зокрема в містах країни); поліпшення якості роботи дошкільних закладів (де спостерігається, зокрема, вкрай низький рівень оплати праці персоналу), підвищення рівня підготовки персоналу та загальної зручності дошкільних закладів для батьків; розвиток альтернативних форм догляду за дитиною в ранньому віці різних форм власності.

Благополуччя дітей нерозривно пов'язане з відносинами та «кліматом» в сім'ї, стосунками з батьками, конфліктами в навколишньому середовищі та іншими моментами, що потенційно утруднюють життя та розвиток дитини. В цьому контексті існує необхідність в наданні інформаційно-консультативних послуг батькам, наявності програм примирення, розширення навичок батьків щодо вирішенні кризових і подолання стресових ситуацій, інших психологічних та педагогічних проблем. Важливим також є цей напрямок із точки зору соціального виключення вразливих категорій сімей.

Сучасні ризики становища батьків із дітьми також умовами та наслідками пандемії коронавірусної хвороби COVID-19 і супутньої економічної кризи, які безпосередньо впливають на зростання ризиків бідності сімей із дітьми, збільшують навантаження на батьків, зменшують перспективи встановлення гендерної рівності. Сімейна політика в цих умовах має бути спрямована на зменшення фінансових та інших ризиків для сімей із дітьми, має сприяти уникненню дестабілізації шлюбно-сімейної ситуації та залученню усього спектра інструментів адаптації сімей з дітьми (зокрема вразливих) до умов сучасного турбулентного світу.

7.3. Мейнстрімінг демографічного старіння в соціально-демографічній політиці

Прогресуюче старіння населення та його довготривалі наслідки є одними з найбільш актуальних та значущих соціально-демографічних питань для сучасної України. Наша країна належить до держав із доволі високим рівнем постаріння населення, і в найближчі десятиліття цей процес буде тільки прогресувати на тлі зменшення чисельності населення. Водночас процес старіння населення не тільки обумовлює виклики для соціально-економічного розвитку країни, а й створює додаткові можливості для отримання «дивідендів» у різних сферах: у царині зайнятості (зокрема через розширення можливостей із докладання праці в медичному обслуговуванні та соціальному забезпеченні), у системі освіти, в рамках інституту сім'ї тощо.

7.3. Мейнстрімінг демографічного старіння в соціально-демографічній політиці

Потреба адаптації країн світу до умов старіючого населення шляхом змін у соціально-економічній політиці виникла ще кілька десятиліть тому й поступово охоплює все більше країн. Ще в 1982 р. відбулась Перша все-світня асамблея з проблем старіння під егідою ООН й був прийнятий тематичний Віденський міжнародний план дій з проблем старіння. У 1991 р. ухвалено Принципи ООН щодо людей похилого віку, а у 2002 р. Друга все-світня асамблея з проблем старіння завершилась прийняттям основного сучасного рамкового документа, згідно з яким держави-учасниці зобов'язались будувати свої програми державної політики щодо літніх осіб, — Мадридського міжнародного плану дій з проблем старіння (ММПДПС). У Європі продовженням цього плану є Регіональна стратегія реалізації Мадридського плану з проблем старіння (РСР), яка складається із ряду зобов'язань щодо реалізації ММПДПС, що беруть на себе уряди країн. Міжнародні зобов'язання безпосередньо впливають на формування політики щодо літніх осіб в Україні.

Сучасні концепції політики у царині старіння населення будуються на підході, що має назву «Активне старіння», або ж «Активне довголіття» (Active ageing). Відповідно до визначення ВООЗ, активне старіння є процесом оптимізації можливостей для підтримання належного рівня здоров'я, безпеки та соціальної інтеграції літніх людей. Політика «активного старіння» передбачає допомогу літнім людям реалізувати їхній потенціал для забезпечення фізичного, соціального і ментального добробуту, якнайдовше брати активну участь в житті й, де це можливо, сприяти економіці та суспільству.

Сама ідея «активного старіння» покликана надати політичним концепціям більшої інклюзивності, ніж це могло б бути при розгляді в якості пріоритету винятково «здорового старіння». Підхід «активного старіння» ґрунтується на сприянні літнім людям та їхній самореалізації й зміщує «бачення» соціальної політики з потреб літніх на створення можливостей для реалізації свого потенціалу. Три основних складових процесу активного старіння — здоров'я, соціальна інтеграція та зайнятість літніх осіб.

Сучасна демографічна реальність обумовила необхідність врахування умов демографічного старіння населення чи не в усіх сферах державної політики, чим, власне, визначається актуальність мейнстрімінгу старіння — стратегічного підходу, націленого на інтеграцію фактору старіння в усі відповідні заходи політики на всіх рівнях. Метою мейнстрімінгу старіння є досягнення розвитку суспільства, корисного для усіх вікових груп.

Мейнстрімінг старіння — це водночас процес систематичного привернення уваги до питань старіння населення в суспільстві й політиці, інструмент для включення питань старіння населення в усі сфери державної політики, основа для захисту інтересів літніх людей та їх обґрунтування, стратегія й процес політики, що передбачає різносторонні дії, включно з розробкою стратегій та програм на всіх рівнях, орієнтованих на поліпшення якості життя літніх та адаптацію суспільства до умов демографічного старіння.

Мейнстрімінг старіння потрібен для того, щоб різні стратегії та програми відображали інтереси й потреби літніх людей, відповідали цим інте-

Розділ 7. Соціально-демографічна політика в Україні за останнє тридцятиліття

ресам. Він надає змогу оптимізувати ресурси за рахунок інтеграції питань старіння в наявні програми і політику; зменшувати нерівність між літніми людьми та іншими членами суспільства з тим, щоб створити «суспільство для всіх вікових груп»; запобігати маргіналізації й соціальній ізоляції літніх людей; оптимізувати внесок літніх людей у розвиток суспільства; долати негативні стереотипи та поліпшувати відносини між поколіннями.

Успішний мейнстрімінг означає залучення всіх зацікавлених сторін до процесу ухвалення рішень, забезпечення задоволення потреб усіх вікових груп у всіх стратегічних сферах.

Інструментами успішного майнстрімінгу старіння є: збір необхідних даних та розрахунок показників, інформаційна діяльність й додання стереотипів, оцінка законодавчих ініціатив та соціальних бюджетів, координація національних дій та міжнародне співробітництво, а також обмін корисним досвідом.

Серед інструментів успішного мейнстрімінгу особливе значення мають дані про соціально-економічне становище літніх людей із диференціацією таких даних за віком (статтю), що даватиме змогу комплексно аналізувати становище літніх осіб. Необхідним є використання як кількісних, так і якісних методів збору інформації. Актуальним у цьому контексті є питання розробки вихідних показників та індикаторів для оцінки якості життя літніх осіб та прогресу у здійсненні соціальної політики щодо них.

Одним із прикладів розробки спеціалізованих показників для оцінки якості життя літніх осіб та рівня розвитку активного старіння є проєкт «Індекс Активного Старіння», який реалізовується у Європі з 2012 р. й розраховувався для України також.

Проєкт «Індекс активного старіння» здійснюється за підтримки Європейської економічної комісії ООН та Генерального директорату Європейської комісії з питань зайнятості, соціальних справ та інклюзивності. Його метою є створення якісної та незалежної бази даних щодо активного старіння, висвітлення внеску літніх людей в життя суспільства й визначення потенціалу подібного внеску, заохочення використання успішних практик у сфері активного старіння. Індекс використовують для оцінювання рівня реалізації потенціалу літніх людей і того, якою мірою вони мають можливість брати участь у соціально-економічній діяльності, вести незалежний спосіб життя. Індекс слугує також для виявлення резервів активізації людського потенціалу старіючого населення. Фактично показник і бази даних цього проєкту можуть допомогти у вдосконаленні державної політики щодо літніх осіб, оскільки ілюструють наявність відповідних «резервів» через порівняння з іншими країнами.

Розрахунок Індексу активного старіння для України за повністю оригінальною методикою зіткнувся з проблемою відсутності ряду показників у національних статистичних моніторингах. За даними 2012 р. вдалось розрахувати індекс із використанням максимальної можливої кількості індикаторів і порівняти ситуацію в Україні із іншими розвинутими країнами. За результатами того розрахунку Україна посіла 29 місце (після 28 країн ЄС). На даний час розрахувати Індекс активного старіння для України й таким чином продовжити моніторинг є неможливим через відсутність значної

7.3. Мейнстрімінг демографічного старіння в соціально-демографічній політиці

кількості даних щодо складових індекса. Ситуація з неможливістю розрахунку Індексу активного старіння відображає проблему забезпеченості належними даними процесу формування політики щодо літніх в Україні.

Не менш важливу роль у мейнстрімінгу старіння відіграє інформаційна політика. Інформаційна підтримка передбачає, зокрема, поширення інформації про активне старіння з метою підвищення рівня знань про це в суспільстві, подолання негативних стереотипів щодо літніх осіб. Провідну роль у створенні позитивного ставлення до літніх людей і розширенні визнання їхньої важливості для суспільства відіграють засоби масової інформації.

Закони, стратегії та програми мають також відображати проблеми людей різного віку і забезпечувати повне виключення дискримінаційних підходів, тобто проблеми літніх не повинні розглядатися ізольовано або як такі, що конкурують із інтересами інших вікових груп. Мейнстрімінг включає оцінку чинних законів та відображення питань старіння в нових законах та програмах.

В Україні заходи державної політики, відображені у нормативних документах, що безпосередньо впливають на життя літніх громадян, існують вже досить тривалий час, поступово розширюючись і вдосконалюючись, зокрема під впливом міжнародних рекомендацій щодо формування політики стосовно літніх осіб: якщо пенсійне забезпечення в Україні існує вже далеко не перше десятиліття (зокрема Закон України «Про пенсійне забезпечення» було прийнято у 1991 р., а сама система такого соціального захисту існувала й у радянській час), то комплексна стратегія щодо літніх, побудована на принципах «активного старіння», була прийнята у 2019 р.

Впродовж трьох десятиліть в Україні розроблялися і приймалися програми демографічного розвитку та інші документи програмного характеру, метою яких було вирішення пов'язаних зі старінням населення проблем. Зокрема, Стратегія демографічного розвитку України на період до 2015 р. та план заходів щодо її реалізації, Концепція Державної цільової програми розвитку паліативної та хоспісної допомоги (на 2010—2014 рр.), Цільова програма «Здоров'я літніх людей» (прийнята у 1997 р.) тощо.

Актуальною програмою у сфері старіння населення є прийнята у 2018 р. Стратегія державної політики з питань здорового та активного довголіття на період до 2022 р. Цей документ комплексно описує політику щодо літніх людей в Україні, визначає пріоритетні напрями й комплексні заходи з підтримки літніх громадян. Загалом ця Стратегія покликана сприяти їм у розкритті потенціалу, забезпечити створення сприятливих умов для здорового та активного довголіття, допомогти в адаптації суспільних інститутів до подальшого демографічного старіння та в розбудові суспільства рівних можливостей.

Стратегія побудована на основі підходу «активного довголіття» і покликана забезпечити виконання Україною взятих на себе міжнародних зобов'язань з питань старіння. Значна частина Стратегії стосується проблем самореалізації громадян літнього віку та створення сприятливого для активного довголіття середовища.

Актуальною проблемою є моніторинг виконання Стратегії в Україні. На даний час оцінка результатів реалізації Стратегії була б передчасною,

проте очікуваним є невиконання багатьох завдань й заходів із плану реалізації стратегії. Зокрема й через те, що період реалізації поєднався у часі з боротьбою проти пандемії коронавірусної хвороби COVID-19, яка значно ускладнила багато ініціатив в царині старіння населення та створила нові виклики для державної політики. Фінансове сприяння виконанню плану заходів із реалізації Стратегії мало б бути одним із пріоритетних завдань державної політики в умовах прогресуючого старіння.

Важливу роль у просуванні мейнстрімінгу старіння виконує координація національних дій та міжнародне співробітництво у даній сфері: погодження концепції здійснення політики, оцінки її реалізації, обмін передовим досвідом. Нові закони, стратегії та програми треба розробляти відповідно до стандартів, узгоджених на міжнародному рівні. В світлі цього необхідно зазначити, що виконання Україною рекомендацій Мадридського міжнародного плану дій із проблем старіння населення та зобов'язань Регіональної стратегії з його впровадження в останні роки відбувалось у вкрай складних умовах збройної агресії Російської Федерації та економічної кризи. Фактично на даний час моніторинг виконання рекомендацій Мадридського міжнародного плану дій із проблем старіння не проводиться.

Безумовно, надзвичайно важливою складовою, що обумовлює якість життя та активне довголіття літніх людей є фінансове благополуччя, яке багато в чому залежить від можливостей діючої в країні пенсійної системи. Пенсійна система України за 30 років зазнала значних змін, проте так і не була перебудована повністю. Фактично, до 2004 р. пенсійна система України була «продовженням» радянської пенсійної системи, зміни в якій зводились до впровадження нових і розширення існуючих пільг та привілеїв, внаслідок чого зросли обсяги пенсійних видатків та посилилась нерівність між пенсіонерами. Цим Україна помітно відрізнялась від більшості постсоціалістичних країн, які провели доволі швидкі й радикальні пенсійні реформи в рамках ринкових перетворень перехідного періоду.

Починаючи з 2004 р. в Україні здійснюються спроби побудувати трирівневу пенсійну систему на страхових засадах, де першим рівнем є солідарна система, другим — обов'язкова накопичувальна система, третім — добровільна накопичувальна система. На сьогодні в Україні діють два з трьох запланованих рівнів. Другий рівень — обов'язкове державне накопичувальне страхування — зараз не є чинним елементом вітчизняної пенсійної системи, хоча спроби його «запустити» тривають постійно й в останні роки тільки активізувались.

Добровільна накопичувальна пенсійна система існує з 2004 р. За даними Міністерства соціальної політики України, у 2021 р. близько 900 тисяч осіб мають накопичення в недержавних пенсійних фондах. Це близько 10 % усієї кількості застрахованих найманих працівників. Серед учасників НПФ найбільшу частку становлять особи віком 25—50 років (55 %). В Україні зареєстровані 63 недержавні пенсійні фонди, але насправді активними, які розвивають сервіси для людей, професійні стандарти та загалом цей сектор, є лише 15—20.

Починаючи з 2011 р. відбувалось поступове підвищення пенсійного віку для жінок за графіком дати народження з кроком «півроку на рік».

7.3. Мейнстрімінг демографічного старіння в соціально-демографічній політиці

З 1 квітня 2021 р. мінімальний пенсійний вік для жінок збільшився до 60 років, і це останнє підвищення віку в рамках змін, ухвалених у 2011 р. Таким чином, пенсійний вік для чоловіків і жінок зрівнявся. У цей же період було розпочато підвищення вимог до стажу для призначення страхових пенсій. Відповідно до солідарної складової пенсійної системи щомісячні відрахування становлять 22 % ЄСВ.

Завдяки заходам пенсійної реформи призупинилось зростання кількості пенсіонерів та пенсіонерів за віком зокрема. Зросли показники рівня участі в робочій силі та зайнятості серед осіб віком 50—59 років (74,6 % рівень участі в робочій силі у 2020 р.), особливо серед жінок (рівень участі в робочій силі збільшився з 57,1 % у 2014 р. до 66,9 % у 2018 р. й у 72,3 % у 2020 р.). Однак масштаби та темпи впровадження реформ у пенсійній системі не відповідають масштабам і темпам старіння в країні. Уже зараз очевидна неминучість подальшого підвищення пенсійного віку і більш радикального підходу до скасування ранніх пенсій з урахуванням тенденцій розвитку ринку праці та технологій виробництва.

Сучасне бачення пенсійної системи в Україні, згідно із заявами Міністерства соціальної політики, передбачає, що забезпечити своїм громадянам та мешканцям гідне життя в літньому віці зможуть ті країни, пенсійні системи яких мають різні рівні підтримки: прямі виплати пенсій від держави, виплати з власних накопичень, адресні допомоги потребуючим, розвинені соціальні та медичні послуги для літніх людей у громаді, інклюзивне середовище, яке робить культурне життя, оздоровлення, спорт, дозвілля та соціальні контакти доступними для літніх людей.

Можна впевнено казати про недостатній супровід пенсійної реформи активними заходами політики на ринку праці. Важливими проблемами зайнятості літніх в Україні є посилення антидискримінаційних положень, додаткові гарантії сприяння зайнятості для осіб старшого працездатного віку. Відсутність моніторингу і дієвих механізмів реалізації антидискримінаційних заходів, а також відсутність законодавчих норм, що відбивають специфіку зайнятості літніх людей, зумовлюють їхню невисоку мотивацію продовжувати трудову діяльність після виходу на пенсію. Оскільки головним супутником старіння в Україні є швидке скорочення чисельності населення працездатного віку, особливо важливим є вивчення та адаптація зарубіжного досвіду і міжнародних стандартів щодо стимулювання зайнятості та охорони праці літніх людей.

Актуальним завданням є також визначення сфер суспільної діяльності, в яких можна було б розширювати зайнятість літніх людей, використовуючи державні механізми підтримки цих сфер. З огляду на зростаючу суспільну значущість сфери соціальних послуг, забезпечення зайнятості літніх людей у цій сфері бачиться актуальним, ефективним і таким, яке дасть можливість підвищити якість послуг, що надаються, оскільки значна частина їх одержувачів — літні люди зі схожими проблемами, інтересами, вподобаннями.

Перспективним інструментом соціальної інтеграції осіб старшого віку є подальший розвиток освітніх установ для літніх людей (зокрема, «університетів третього віку») і поширення інформації про них. В Україні прискоре-

Розділ 7. Соціально-демографічна політика в Україні за останнє тридцятиліття

ного розвитку потребує дистанційна освіта, орієнтована на людей старших вікових груп. На часі також становлення системи навчання для дорослих і літніх людей, які бажають повернутися на ринок праці, а крім того, і передпенсійне навчання, покликане забезпечити адаптацію літніх до суспільно активного життя після виходу на пенсію.

Мейнстрімінг старіння також передбачає відображення питань старіння у соціальному бюджетуванні. Бюджет має систематично оцінюватися на предмет його корисності для всіх вікових груп і щодо впливовості у сфері старіння. Необхідно встановити пріоритети для ефективного вкладення обмежених коштів у сфері, де результат буде найвідчутнішим.

Соціальна політика в Україні щодо осіб похилого віку в цілому спрямована на постійне розширення їхніх прав та можливостей участі в житті суспільства, однак на практиці сформовані далеко не всі передумови для реалізації цієї спрямованості. Варто визнати, що на сьогодні в державній політиці по відношенню до літніх вектор «соціального захисту та визнання заслуг» все ще переважає над напрямком, пов'язаним зі стимулюванням соціально-економічної та суспільно-політичної активності людей похилого віку, використанням їх потенціалу для розвитку суспільства. Тому пріоритетною на перспективу залишається розробка заходів політики, спрямованих не тільки на соціальну підтримку людей похилого віку, а й насамперед на створення умов для їх економічної та соціальної активності, максимальної інтеграції в життя суспільства.

Очевидною проблемою літніх людей в Україні є низький рівень життя та поширеність чинників, пов'язаних із незадовільним станом здоров'я, що призводить до істотного відставання чоловіків від жінок у показниках очікуваної тривалості життя. Проте наявне відставання обумовлює існування резервів збільшення тривалості життя, як шляхом змін у способі життя дорослих людей країни, так і через модернізацію системи охорони здоров'я (зокрема щодо ранньої профілактики хронічних захворювань).

У країні практично відсутня державна політика, спрямована на підтримку поєднання зайнятості та виконання сімейних обов'язків із догляду за людьми похилого віку. Не приділяється належна увага питанням навчання, та психологічної підтримки людей, які доглядають за людьми похилого віку, немічними родичами.

Особливо значущим пріоритетом на майбутнє в Україні є створення комфортного для людей похилого віку середовища проживання і, зокрема, впровадження принципів універсального дизайну при будівництві та ремонті житла, об'єктів транспортної, соціально-культурної інфраструктури, адже на сьогодні вони переважно залишаються непристосованими до потреб літніх осіб, людей з інвалідністю тощо.

Важливим пріоритетом при вирішенні проблем досягнення гендерного паритету та врахування гендерних факторів у старіючому суспільстві в Україні є трансформація гендерних стереотипів. Не менш значущим залишається також забезпечення прозорості та дієвості відповідних антидискримінаційних механізмів.

На швидкість і ефективність вирішення низки проблем, що стосуються адаптації суспільства до умов демографічного старіння, істотно впливає не-

7.3. Мейнстрімінг демографічного старіння в соціально-демографічній політиці

сформованість корпоративної культури соціальної відповідальності в Україні, слабкий розвиток державно-приватного партнерства в цій сфері, досить невизначені перспективи розвитку соціального інвестування та соціального підприємництва в країні.

Підвищенню ефективності політики адаптації до умов демографічного старіння населення в Україні можуть сприяти активізація взаємодії між освітніми закладами, органами влади зі структурами громадянського суспільства, активне залучення представників місцевих громад до вирішення проблем, що стосуються життєдіяльності літніх людей. Необхідна також більш активна підтримка різних форм самоорганізації людей похилого віку, створення умов для їхньої самореалізації, а також формування в суспільстві усвідомлення невідворотності демографічного старіння, підтримка шанобливого ставлення до людей похилого віку, недопущення їх дискримінації в будь-якій сфері життя суспільства.

Однією з головних проблем українського суспільства є одностороннє сприйняття старіння населення як джерела проблем, без альтернативного пошуку нових можливостей для економічного розвитку. При цьому не береться до уваги величезний споживчий потенціал людей похилого віку, стабільність якого здатна збалансувати нестійкість і структурну диспропорційність національної економіки. Для подолання існуючих стереотипів особливе значення має проведення широкої пропагандистсько-освітньої кампанії із залученням всіх можливих інформаційних ресурсів і акцентуванням уваги на економічній ролі літніх людей, в тому числі як власників матеріальних і фінансових активів.

В сучасних умовах, коли світ зіткнувся з викликами та впливом на всі сфери життя пандемії коронавірусної хвороби COVID-19, створюються нові серйозні загрози для реалізації державної політики щодо літніх осіб. Епідемія значно посилила соціальну ізоляцію літніх громадян, погіршила якість їхнього життя й стала серйозним викликом для систем довготривалого догляду. Запит на деінституціоналізацію систем догляду за літніми став актуальним в умовах багатьох розвинутих країн світу. Розвиток політики активного старіння було практично зупинено у всіх її пріоритетних напрямках: здоров'я, участь та безпека (захист). Актуальними питаннями політики «активного старіння» на сучасному етапі будуть: якою мірою політика активного старіння здатна пристосуватись до умов пандемії коронавірусної хвороби COVID-19 і яких трансформацій вона зазнає вже в найближчому майбутньому?

На даному етапі важливим є сприяння практичному виконанню вже існуючих документів щодо політики в царині старіння населення, а також створення можливостей для відповідного моніторингу. Зокрема, важливим є виконання плану заходів з реалізації Стратегії державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 р., який містить численні заходи щодо поліпшення якості життя осіб поважного віку в різних сферах.

7.4. Формування міграційної політики в незалежній Україні

Формування та розвиток міграційної політики України як незалежної держави відбувається відповідно до потреб часу і характеризується кількома періодами.

Перший період (1991—2000 рр.). Перші роки після набуття Україною незалежності відзначалися значним міграційним приростом за рахунок масової репатріації українців, повернення раніше депортованих та прибуття шукачів притулку. Тогочасні міграційні тенденції, підкріплені прагненням до побудови демократичного суспільства із дотриманням прав людини, які, зокрема, передбачають свободу пересування, втілювалися в таких важливих змінах у державній міграційній політиці, як скасування радянської дозвільної системи щодо зарубіжних поїздок громадян (1993 р.) та прийняття Закону України «Про порядок виїзду з України і в'їзду в Україну громадян України» (1994 р.), що забезпечив право вільно виїжджати з держави та повертатися на її територію.

На окрему увагу заслуговує політика України щодо осіб, раніше депортованих за етнічною ¹³⁰ ознакою (кримських татар, греків, болгар, вірмен, німців), яка стала важливим прикладом державної політики щодо інтеграції репатріантів в українське суспільство, незважаючи на ряд проблем з її реалізацією: систематичне недофінансування запланованих заходів, повільні темпи будівництва житла та інфраструктури, відсутність розробленого плану поселення і забезпечення робочими місцями депортованих. Втім у межах цього напрямку міграційної політики ¹³¹ було затверджено «Програму першочергових заходів щодо розселення та облаштування депортованих кримських татар і осіб інших національностей, які повернулися та проживають в Автономній Республіці Крим на 1996—2000 рр.» (1996 р.), що стало підставою для фінансування заходів з облаштування раніше депортованих із державного бюджету України, а також прийняття Закону України «Про внесення змін і доповнень до Закону України про громадянство України» (1997 р.), яким було врегульовано процедуру отримання українського громадянства раніше депортованими особами та їхніми нащадками в першому і другому поколіннях. У результаті, станом на 2010 р. переважна більшість (98,3 %) раніше депортованих осіб отримали громадянство України.

Упродовж першого десятиріччя незалежності країни відбувався також розвиток державної міграційної політики України щодо біженців та шукачів притулку, який розпочався з прийняттям Постанови Кабінету Міністрів України «Про порядок визначення статусу біженців з Республіки Молдова» (1992 р.), що було обумовлено значною кількістю біженців із Придні-

¹³⁰ В офіційних документах зустрічається термін «особи, депортовані за національною ознакою», що відбиває радянську традицію ототожнювати етнічне і національне.

¹³¹ Активізація питання повернення кримських татар розпочалась у 1987—1989 рр., коли до Криму повернулося понад 30 тис. осіб. Прийняття Декларації Верховної Ради СРСР від 14 грудня 1989 р. «Про визнання незаконними і злочинними репресивних актів проти народів, які були піддані насильницькому переселенню, і забезпечення їхніх прав» відкрила шлях до масової репатріації.

7.4. Формування міграційної політики в незалежній Україні

стров'я. Надалі в період 1992—2000 рр. Україною було прийнято низку важливих законодавчих актів, що стали реакцією на значні потоки біженців із республік колишнього СРСР, а саме: закони України «Про біженців» (1993 р.) та «Про правовий статус іноземців» (1994), Конституція України (1996 р.), а також ряд підзаконних актів, серед яких варто згадати постанови Кабінету Міністрів України «Про порядок визначення статусу біженців з Республіки Молдова» (1992 р.), «Про заходи щодо допомоги особам, які змушені були залишити місця постійного проживання в Чеченській Республіці Російської Федерації та прибули в Україну» (1995 р.), «Положення про порядок оформлення надання статусу біженця» (1995 р.), «Про посвідчення біженця» (1995 р.), наказ Держкомнаціміграції України «Порядок розгляду скарг на рішення про надання і позбавлення статусу біженця, що приймаються органами міграційної служби» (1996 р.). В цей період була також підписана Угода між Урядом України та Управлінням Верховного Комісара ООН у справах біженців (1996¹³²).

Другий період (2001—2010 рр.). Другий період еволюції міграційної політики України був пов'язаний із приведенням вітчизняного законодавчо-нормативного поля у відповідність із нормами Конституції, а також міжнародними зобов'язаннями України, й передусім Європейської конвенції про основоположні права та свободи людини, що була ратифікована в 1997 р. Визначним для міграційної політики держави став 2001 р., коли було прийнято Закон України «Про імміграцію», яким запроваджено імміграційні процедури, а також нові редакції Закону України «Про громадянство», у якій значно спрощено порядок набуття громадянства репатріантами та біженцями, та Закону України «Про біженців», що забезпечила узгодженість норм українського законодавства про біженців із міжнародним стандартом і дала можливість у 2002 р. приєднатися до Конвенції ООН про статус біженців. Крім того, в цей період прийнято Закон України «Про свободу пересування та вибір місця проживання» (2003 р.), а також Закон України «Про правовий статус закордонних українців» (2004 р.), яким українська держава прагнула заохотити представників української діаспори до повернення на історичну Батьківщину, запровадивши спеціальний статус «закордонний українець» для іноземних громадян з українським етнічним походженням або походженням з теренів України.

Третій період (2011—2014 рр.). Цей етап був обумовлений насамперед необхідністю концептуальної визначеності, встановлення чітких стратегічних завдань та поточних цілей стандартів захисту прав людини. Принциповими заходами для цього було затвердження Указом Президента України 30 травня 2011 р. Концепції державної міграційної політики України та створення Державної міграційної служби як спеціально уповноваженого органу виконавчої влади з питань міграції.

Додатковим імпульсом для вдосконалення міграційної політики та міграційного законодавства в зазначений період стало надання Україні Європейським союзом Плану дій із лібералізації візового режиму (листопад 2010 р.), де ціла низка позицій, зокрема підрозділи «Нелегальна міграція,

¹³² Угода підписана в 1996 р., але ратифікована у 1999 р.

Розділ 7. Соціально-демографічна політика в Україні за останнє тридцятиліття

включаючи реадмісію», «Управління міграцією» та «Притулок» безпосередньо стосувалися міграційної сфери.

У цілому третій період можна охарактеризувати як процес удосконалення українського законодавства щодо в'їзду, виїзду та перебування іноземців в Україні. В цей час був прийнятий новий Закон України «Про біженців та осіб, які потребують додаткового або тимчасового захисту». Змін зазнали чимало законів України у сфері міграції, зокрема Кодекс України про адміністративні правопорушення, Кримінальний кодекс України, Закон України «Про правовий статус іноземців та осіб без громадянства». Прийняті були такі постанови КМУ, як «Про затвердження Порядку оформлення, виготовлення і видачі посвідки на постійне проживання та посвідки на тимчасове проживання і технічного опису їх бланків та внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 26 грудня 2002 р. № 1983» (2012 р.), «Про затвердження Порядку продовження строку перебування та продовження або скорочення строку тимчасового перебування іноземців та осіб без громадянства на території України» (2012 р.), «Про затвердження Положення про посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту» (2012 р.), «Про затвердження Положення про посвідчення особи, якій надано тимчасовий захист» (2012 р.).

В цей період також набули чинності зміни до Закону України «Про правовий статус закордонних українців» (2012 р.), якими було конкретизовано цілі української держави щодо захисту прав закордонних українців та навіть розширено перелік цих прав з метою зробити Україну привабливою для представників української діаспори і залучити їх до національної економіки.

Четвертий період (2015—2019 рр.). Даний період розвитку міграційної політики України пов'язаний із розгортанням збройного конфлікту на Сході України та анексією АР Крим Російською Федерацією у 2014 р. Внаслідок зазначених подій відбулося масове внутрішнє переміщення на території України та формування нової категорії внутрішніх мігрантів — внутрішньо переміщених осіб (ВПО). Реакцією на нові виклики стало створення цілого блоку законодавчих актів, що регулюють права, обов'язки та процедуру надання допомоги ВПО в Україні, головним з яких став Закон України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб» (2015 р.). У листопаді 2017 р. українським урядом було ухвалено «Стратегію інтеграції внутрішньо переміщених осіб та впровадження довгострокових рішень щодо внутрішнього переміщення на період до 2020 року», в рамках якої пропонувалися довгострокові рішення, спрямовані на розв'язання основних проблем ВПО, зокрема таких, як працевлаштування, забезпечення житлом, соціальна інтеграція у приймаючі громади. За рік було розроблено і затверджено відповідний план заходів із реалізації стратегії¹³³.

¹³³ Про затвердження плану заходів з реалізації Стратегії інтеграції внутрішньо переміщених осіб та впровадження довгострокових рішень щодо внутрішнього переміщення на період до 2020 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 21 листопада 2018 р. № 944-р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/944-2018-%D1%80> (дата звернення: 01.09.2021). Назва з екрана.

7.4. Формування міграційної політики в незалежній Україні

Працевлаштування є однією з найбільш актуальних проблем ВПО. Заходи стимулювання роботодавців наймати ВПО викладені в Постанові КМУ «Про затвердження Порядку здійснення заходів сприяння зайнятості, повернення коштів, спрямованих на фінансування таких заходів, у разі порушення гарантій зайнятості для внутрішньо переміщених осіб» (2015 р.) та наказі Мінсоцполітики України «Про затвердження Примірної форми договору про компенсацію витрат роботодавця на оплату праці працевлаштованої особи з числа внутрішньо переміщених осіб» (2018 р.). Водночас особливості процедури компенсації, (серед яких обмеження категорій роботодавців, які можуть отримувати компенсацію від держави, часові рамки виплати компенсації, сплата компенсації у межах дії довідки ВПО, виплата компенсацій із Фонду соціального страхування на випадок безробіття та Фонду соціального захисту інвалідів у разі наявності коштів) не надто стимулюють роботодавців. Отже, лише незначна кількість ВПО працевлаштовується центрами зайнятості населення.

Державна допомога є другим за значущістю джерелом доходів ВПО. Про це повідомили 54 % респондентів у 18–19 раундах Національної системи моніторингу ситуації з ВПО (вересень 2020, березень 2021)¹³⁴. Надання адресної допомоги регулюється Постановою КМУ «Про надання щомісячної адресної допомоги внутрішньо переміщеним особам для покриття витрат на проживання, в тому числі на оплату житлово-комунальних послуг» (2014 р.). У 2018–2019 рр. урядом було встановлено нові розміри допомоги¹³⁵, спрощено механізм надання допомоги та розширено категорію отримувачів (діти, які народилися після дати початку проведення антитерористичної операції, тимчасової окупації або заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії РФ; особи, які потребують вторинної та третинної медичної допомоги)^{136, 137, 138}.

¹³⁴ Звіт Національної системи моніторингу ситуації з внутрішньо переміщеними особами. Вересень 2020, березень 2021. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://ukraine.iom.int/sites/default/files/nms_round_18_19_ukr.pdf (дата звернення: 01.09.2021). Назва з екрана.

¹³⁵ Про внесення змін до пункту 3 Порядку надання щомісячної адресної допомоги внутрішньо переміщеним особам для покриття витрат на проживання, в тому числі на оплату житлово-комунальних послуг: Постанова КМУ від 17 січня 2018 р. № 15. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/15-2018-%D0%BF#n2> (дата звернення: 01.09.2021). Назва з екрана.

¹³⁶ Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України: Постанова КМУ від 11 липня 2018 р. № 548. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/548-2018-%D0%BF#n9> (дата звернення: 01.09.2021). Назва з екрана.

¹³⁷ Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України: Постанова КМУ від 5 вересня 2018 р. № 713. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/713-2018-%D0%BF#n12> (дата звернення: 01.09.2021). Назва з екрана.

¹³⁸ Про внесення змін до постанов Кабінету Міністрів України від 1 жовтня 2014 р. № 505 і 509: Постанова КМУ від 14 серпня 2019 р. № 754. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/754-2019-%D0%BF#n9> (дата звернення: 01.09.2021). Назва з екрана.

Розділ 7. Соціально-демографічна політика в Україні за останнє тридцятиліття

Актуальною залишається проблема забезпечення ВПО житлом. З кінця листопада 2017 р. ВПО мають право брати участь у Державній програмі «Доступне житло»¹³⁹. Водночас, фінансування цієї програми стикається з певними труднощами, серед яких затримки фінансування, перерозподіл коштів на інші видатки тощо.

Цей часовий відтинок також відзначився значними кроками української держави щодо врегулювання зовнішньої трудової міграції з України. Хоча питання зовнішньої трудової міграції було частково врегульовано в Конституції України, законах України «Про зайнятість населення» (2013 р.), «Про імміграцію» (2001 р.), «Про правовий статус іноземців та осіб без громадянства» (2012 р.), 2015 р. відзначився прийняттям окремого Закону України «Про зовнішню трудову міграцію»¹⁴⁰, а також Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності». Серед інших важливих законодавчо-нормативних актів цього періоду, що регулюють зовнішню трудову міграцію, можна виокремити наступні: Стратегія державної міграційної політики України на період до 2025 року (2017 р.)¹⁴¹, План заходів на 2018—2021 роки щодо реалізації Стратегії державної міграційної політики України на період до 2025 року (2018 р.)¹⁴², План заходів щодо забезпечення реінтеграції в суспільство трудових мігрантів і членів їх сімей (2017 р.)¹⁴³, Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з посередництва у працевлаштуванні за кордоном (2015 р.)¹⁴⁴, а також міжнародні договори України, згоду на обов'язковість виконання яких надано Верховною Радою України.

Однією з основних проблем українських трудових мігрантів є шахрайство з боку посередників при працевлаштуванні за кордоном, високий ризик трудової експлуатації та потрапляння в тенета торгівців людьми. З метою посилення контролю за організаціями, які надають послуги з праце-

¹³⁹ Житлова програма «Доступне житло». [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.molod-kredit.gov.ua/zhytlovi-prohramy/dostupne-zhytlo> (дата звернення: 01.09.2021). Назва з екрана.

¹⁴⁰ Про зовнішню трудову міграцію: Закон України 5 листопада 2015 року № 761-VIII. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/761-19#Text> (дата звернення: 01.09.2021). Назва з екрана.

¹⁴¹ Про схвалення Стратегії державної міграційної політики України на період до 2025 року: Розпорядження КМУ від 12 липня 2017 р. № 482-р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/482-2017-%D1%80#Text> (дата звернення: 01.09.2021). Назва з екрана.

¹⁴² Про затвердження плану заходів на 2018—2021 роки щодо реалізації Стратегії державної міграційної політики України на період до 2025 року: Розпорядження КМУ від 29 серпня 2018 р. № 602-р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/602-2018-%D1%80#Text> (дата звернення: 01.09.2021). Назва з екрана.

¹⁴³ Про затвердження плану заходів щодо забезпечення реінтеграції в суспільство трудових мігрантів і членів їх сімей: Розпорядження КМУ від 12 квітня 2017 р. № 257-р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/257-2017-%D1%80#Text> (дата звернення: 01.09.2021). Назва з екрана.

¹⁴⁴ Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з посередництва у працевлаштуванні за кордоном: Постанова КМУ від 16 грудня 2015 р. № 1060. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1060-2015-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.09.2021). Назва з екрана.

7.4. Формування міграційної політики в незалежній Україні

владштування українським громадянам, урядом було затверджено постанову, що визначає критерії, за якими оцінюється ступінь ризику від провадження господарської діяльності з посередництва у працевлаштуванні за кордоном і визначається періодичність проведення планових заходів державного нагляду (2020 р.)¹⁴⁵. Цим документом визначалися такі критерії оцінки діяльності компанії з працевлаштування, як строк провадження діяльності, чисельність працевлаштованих за кордоном осіб, наявність обґрунтованих скарг фізичних або юридичних осіб, кількість виявлених порушень за результатами перевірки. Крім того, в червні 2020 р. Верховною Радою України було прийнято за основу проєкт закону «Про захист трудових мігрантів та боротьбу з шахрайством у працевлаштуванні за кордон»¹⁴⁶.

Крім того, у четвертому періоді було оновлено перелік адміністративних послуг у сфері міграції та їх вартість¹⁴⁷, затверджено Вимоги до відцифрованого образу обличчя особи, фотокарток, що подаються для оформлення або обміну документів, які посвідчують особу, підтверджують громадянство України чи спеціальний статус особи, та фотографічного зображення на них¹⁴⁸, а також прийнято Постанову КМУ «Про затвердження Правил оформлення віз для в'їзду в Україну і транзитного проїзду через її територію» (2017 р.).

П'ятий період (розпочався у 2020 р.). Цей період розвитку української міграційної політики обумовлений насамперед виникненням нової загрози глобального типу — пандемії коронавірусної хвороби COVID-19 та пов'язаними з нею обмеженнями пересування у світі. Важливою особливістю міграційної політики цього часу стало відсутність обмеження на виїзд з України для громадян України, іноземців та осіб без громадянства.

Водночас Розпорядженням КМУ¹⁴⁹ було запроваджено тимчасове закриття із 17 березня по 22 травня 2020 р. (на два місяці) пунктів пропуску

¹⁴⁵ Про затвердження критеріїв, за якими оцінюється ступінь ризику від провадження господарської діяльності з посередництва у працевлаштуванні за кордоном і визначається періодичність проведення планових заходів державного нагляду (контролю) Міністерством розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства: Постанова КМУ від 19 серпня 2020 р. № 734. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/734-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.09.2021). Назва з екрана.

¹⁴⁶ Про прийняття за основу проєкту Закону України про захист трудових мігрантів та боротьбу з шахрайством у працевлаштуванні за кордон: Постанова ВРУ 16 червня 2020 року № 699-IX. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/699-20#Text> (дата звернення: 01.09.2021). Назва з екрана.

¹⁴⁷ Про внесення змін у додаток до постанови Кабінету Міністрів України від 2 листопада 2016 р. № 770: Постанова КМУ від 24 квітня 2019 р. № 371. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/371-2019-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.09.2021). Назва з екрана.

¹⁴⁸ Про затвердження Вимог до відцифрованого образу обличчя особи, фотокарток, що подаються для оформлення або обміну документів, що посвідчують особу, підтверджують громадянство України чи спеціальний статус особи, та фотографічного зображення на них: Наказ МВС України від 18 жовтня 2019 р. № 875. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/z1146-19#Text> (дата звернення: 01.09.2021). Назва з екрана.

¹⁴⁹ Про тимчасове обмеження перетинання державного кордону, спрямоване на запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19,

Розділ 7. Соціально-демографічна політика в Україні за останнє тридцятиліття

через державний кордон для міжнародного пасажирського залізничного, повітряного, автомобільного (для автобусів) сполучення. Втім запроваджені обмежувальні заходи передбачали певні винятки: здійснення перевезень осіб з метою забезпечення захисту національних інтересів або у зв'язку з виконанням міжнародних зобов'язань, а також представників дипломатичних установ та гуманітарних місій. На практиці було закрито лише частину пунктів пропуску (максимальна кількість закритих пунктів пропуску сягнула 125 з 230 станом на 15 квітня 2020 р.¹⁵⁰), а кордон можна було перетнути на індивідуальному автотранспорті. Крім того, наступні два тижні після офіційного закриття кордону все ще відбувалися евакуаційні рейси — з метою повернення українців на Батьківщину літаками, потягами та автобусами.

Зазначене Розпорядження КМУ також містило пункт про тимчасову заборону перетину державного кордону на в'їзд в Україну для іноземців та осіб без громадянства терміном на три місяці (з 16 березня по 22 червня 2020 р.). Втім було визначено перелік іноземців, яких ця заборона не стосувалася: особи, які мають право на постійне або тимчасове проживання в Україні, є подружжям або дітьми громадян України, працівників іноземних дипломатичних представництв та консульських установ, акредитованих в Україні, представництв офіційних міжнародних місій, організацій, акредитованих в Україні, та членів їхніх сімей, а також водіїв та членів екіпажів вантажних транспортних засобів, членів екіпажів повітряних, морських і річкових суден, членів поїзних і локомотивних бригад держав, що не обмежують перетинання власного державного кордону такими особами з України. В'їзд в Україну інших категорій іноземців та осіб без громадянства необхідно було погоджувати в Міністерстві закордонних справ.

Порядок самоізоляції осіб, які можуть сприяти поширенню хвороби або перебувають у групі ризику, було затверджено відповідною Постановою КМУ 11 березня 2020 р.¹⁵¹ Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» щодо запобігання поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19)» (від 18 квітня 2020 р.)¹⁵² регулює питання обсервації осіб. У змінах до законодавства від 22 квітня

спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2: Розпорядження КМУ № 287-р від 14 березня 2020 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/287-2020-%D1%80#Text> (дата звернення: 01.09.2021). Назва з екрана.

¹⁵⁰ Фетісова А., Слободян О. Коронавірус і міграція: як реагував уряд. 27 серпня 2020 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://cedos.org.ua/researches/koronavirus-i-mihratsiia-iak-diiav-uriad/> (дата звернення: 01.09.2021). Назва з екрана.

¹⁵¹ Порядок проведення протиепідемічних заходів, пов'язаних із самоізоляцією осіб: Постанова КМУ № 211 від 11 березня 2020 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/291-2020-%D0%BF/ed20200422#Text> (дата звернення: 01.09.2021). Назва з екрана.

¹⁵² Про внесення змін до Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» щодо запобігання поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19): Закон України № 555-IX від 13 квітня 2020 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/555-20#Text> (дата звернення: 01.09.2021). Назва з екрана.

7.4. Формування міграційної політики в незалежній Україні

2020 р.¹⁵³ запроваджується самоізоляція осіб з використанням електронного сервісу «Дій вдома».

З 12 червня 2020 р. Україна відновила пропуск іноземців та осіб без громадянства на свою територію¹⁵⁴ за умови наявності страхового поліса для покриття витрат на лікування коронавірусної хвороби COVID-19 та обсервації¹⁵⁵. Обов'язковій самоізоляції або обсервації (в разі відмови від добровільної самоізоляції) підлягають іноземці, які прибули з країн із значним поширенням COVID-19. Перелік таких країн надає Міністерство охорони здоров'я.

Єдиним документом, який прийняла українська держава для допомоги іноземцям на своїй території під час карантину, стала Постанова КМУ «Деякі питання реалізації актів законодавства у сфері міграції на період установлення на всій території України карантину» (2020 р.)¹⁵⁶, що скасовувала адміністративний штраф (ст. 203 КУпАП) за порушення строку перебування на території України під час карантину. Хоча офіційно карантин в Україні не скасовано, дія зазначеного послаблення для іноземців припинена, починаючи із 7 серпня 2021 р.¹⁵⁷

¹⁵³ Про внесення змін до деяких актів Кабінету Міністрів України: Постанова КМУ № 291 від 22 квітня 2020 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/291-2020-%D0%BF/ed20200422#Text> (дата звернення: 01.09.2021). Назва з екрана.

¹⁵⁴ Про внесення змін у додаток 1 до розпорядження Кабінету Міністрів України від 13 березня 2020 р. № 288 та визнання такими, що втратили чинність, деяких актів Кабінету Міністрів України: Постанова КМУ № 477 від 12 червня 2020 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/477-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.09.2021). Назва з екрана.

¹⁵⁵ Про внесення змін до деяких актів Кабінету Міністрів України: Постанова КМУ № 480 від 12 червня 2020 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/480-2020-%D0%BF/ed20200612#Text> (дата звернення: 01.09.2021). Назва з екрана.

¹⁵⁶ Деякі питання реалізації актів законодавства у сфері міграції на період установлення на всій території України карантину: Постанова КМУ № 259 від 18 березня 2020 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/259-2020-%D0%BF/ed20200318#Text> (дата звернення: 01.09.2021). Назва з екрана.

¹⁵⁷ Про внесення змін до пункту 2 постанови Кабінету Міністрів України від 18 березня 2020 р. № 259: Постанова КМУ № 757 від 21 липня 2021 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/757-2021-%D0%BF#n2> (дата звернення: 01.09.2021). Назва з екрана.

ДЕМОГРАФІЧНІ ПЕРСПЕКТИВИ УКРАЇНИ

'... even the most careful forethought and the most cleverly designed computer programs can't always predict what is essentially unpredictable.'

*I. Asimov,
Prelude to Foundation, chapter 44*

8.1. Погляд на демографічні прогнози періоду відновлення незалежності

Гіпотези та результати розрахунків демографічних прогнозів, якщо їх розглядати через кілька десятиліть після розробки, нагадують закон інерції, сформульований І. Ньютоном про збереження тілом рівномірного та прямолінійного руху за відсутності дії зовнішніх сил. Звісно, динаміка чисельності населення має певну інерцію, яку ще називають потенціалом зростання (про що йтиметься далі), проте аналіз історичних демографічних прогнозів показує невдалі спроби оцінити перспективи у переддень різких трансформацій.

Підбиваючи підсумки демографічного розвитку України за період незалежності цікавим видається розглянути прогнози, розроблені на початку 1990-х років. Серед робіт вітчизняних дослідників доступні окремі опубліковані результати таких прогнозів. Так, зокрема, монографія Е.М. Лібанової, яка була опублікована саме в 1991 р., присвячена дослідженню регіональної диференціації тривалості життя населення України, в якій на основі порівняльного аналізу комплексу показників смертності в різних регіонах України й окремих країн Європи було зроблено висновок, що при збереженні темпів зниження смертності, як у референтних країнах, середня очікувана тривалість життя при народженні в Україні може досягти 71—73 роки для чоловіків і 79—80 років для жінок у 2010—2015 рр.¹⁵⁸ На жаль, ні в 2010—2015 рр., ні пізніше, в 2016—2020 рр., такого рівня не вдалося досягти в жодному з регіонів України. Якщо згадати тривалу відсутність перепису населення, то швидше за все, в 2020 р. чисельність населення у регіонах України була меншою, ніж за даними Державної служби статистики України (за винятком м. Києва і, можливо, Київської області). Відповідно, більш імовірно, що тривалість життя мешканців України навіть менша, ніж за розрахунками на основі поточних оцінок чисельності населення.

Іншою важливою віхою в історії демографічних прогнозів для України була монографія С.І. Пирожкова про трудовий потенціал. Гіпотези щодо тривалості життя в цій роботі також ґрунтуються на уявленні, що трансформація смертності населення в Україні повторюватиме шлях більш розвинених країн. Зокрема, що середня очікувана тривалість життя при наро-

¹⁵⁸ Лібанова Э.М. Продолжительность жизни населения. Киев: Наукова думка, 1991.

8.1. Погляд на демографічні прогнози періоду відновлення незалежності

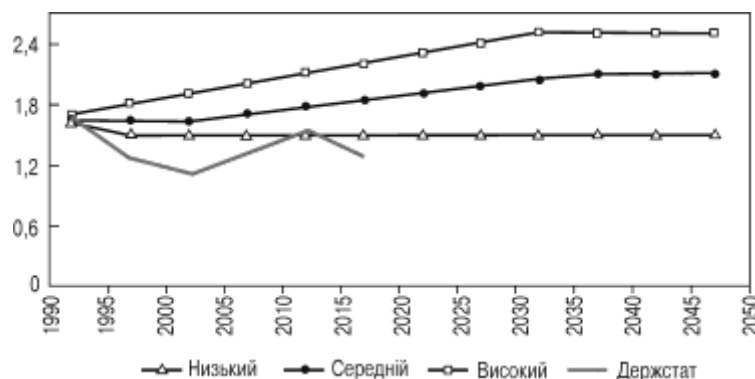


Рис. 8.1. Прогноз показника сумарної народжуваності в Україні згідно з переглядом 1994 р. ООН (1992—2047 рр.) та розрахункові значення за даними Державної служби статистики України (1992—2017 рр.)

дженні досягне 71 року для чоловіків і 78 років — для жінок. Показник сумарної народжуваності за різними сценаріями очікувався на досить високому рівні — 1,92 дитини в розрахунку на одну жінку, — якого було досягнуто в 1989 р., або прямував до рівня простого відтворення, а саме 2,09 у 2019 р.¹⁵⁹

На жаль, автори колишніх прогнозів були дещо обмежені щодо обсягу друкованого тексту, тому в цих публікаціях відсутні більш деталізовані показники на підкріплення цих гіпотез і результатів через громіздкість такого матеріалу. Цього недоліку позбавлені публікації ООН, спеціально орієнтовані на представлення переважно табличних даних.

Першим прогнозом, опублікованим ООН окремо для України, був прогноз 1994 р.¹⁶⁰, згідно з яким, показник сумарної народжуваності в Україні за період 1995—2020 рр. не очікувався нижчим за 1,5 дитини в розрахунку на одну жінку, а за «високим» варіантом досягав 2,2 (рис. 8.1). Таким чином, цей прогноз узгоджується з прогнозом С.І. Пирожкова та свідчить про неможливість розробки точного прогнозу навіть у переддень різкої зміни тренду.

Прогноз ООН 1994 р. щодо середньої очікуваної тривалості життя теж виявився занадто оптимістичним (рис. 8.2). Проте, варто зазначити, що в 2017 р. жінки України нарешті досягли прогнозованого показника.

Таким чином, усі демографічні прогнози 30-річної давнини виявилися занадто оптимістичними. Вони були розроблені близько 1990 р., відразу після різкого зниження смертності наприкінці 1980-х років і досягнення високого рівня народжуваності в середині 1980-х років. Отже, не було підстав очікувати зростання смертності й подальшого збільшення відставання від економічно розвинених держав.

¹⁵⁹ Пирожков С.И. Трудовой потенциал в демографическом измерении. Киев: Наукова думка, 1992.

¹⁶⁰ World Population Prospects: The 1994 Revision. UN. [E-resource]. Access mode: <https://population.un.org/wpp/Download/Archive/Standard/>. Title from the screen.

Розділ 8. Демографічні перспективи України

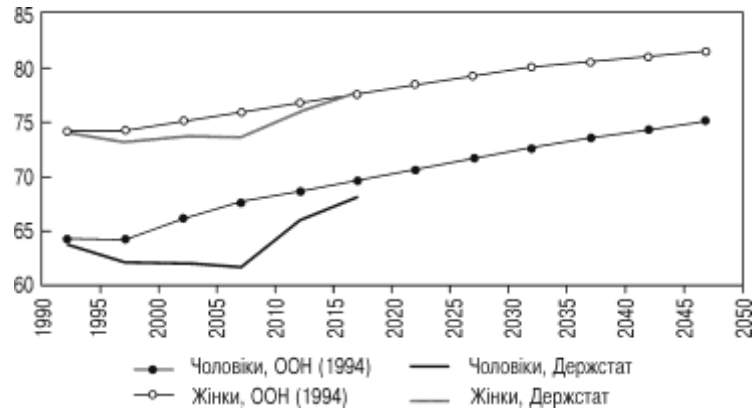


Рис. 8.2. Прогноз середньої очікуваної тривалості життя при народженні згідно з переглядом 1994 р. ООН (1992—2047 рр.) та розрахункові значення за даними Державної служби статистики України (1992—2017 рр.)

В результаті загальна чисельність населення України на перспективу була переоцінена. Так, на середину 2020 р., за прогнозом ООН від 1994 р., очікувалося від 47,1 до 51,7 млн осіб¹⁶¹. За поточними ж даними, чисельність населення України станом на середину 2020 р. оцінюється не вище, ніж 44,0 млн осіб. Враховуючи недооблік емігрантів на всій території України та недооблік смертей у Донецькій і Луганській областях, актуальна чисельність населення є ще меншою.

8.2. Гіпотези й окремі результати демографічного прогнозу 2020 р. розробки

Сучасні демографічні прогнози, розроблені як вітчизняними демографами, так і фахівцями ООН, знову передбачають зростання народжуваності та тривалості життя населення в Україні, хоча зниження чисельності населення вбачається невідворотним. Так, жоден із найновіших переглядів демографічних прогнозів України не передбачає в середині ХХІ ст. показник сумарної народжуваності на рівні, нижчому за 0,88¹⁶² і вищому за 1,9 дитини¹⁶³ в розрахунку на одну на жінку в середньому. Зважаючи на те, що прогнози, як було показано вище, частіше за все виявляються хибними, можна припустити, що через наступні 30 років демографічна ситуація в Україні знову буде не такою, як це змальовується в сучасних прогнозах.

¹⁶¹ World Population Prospects: The 1994 Revision. UN. [E-resource]. Access mode: <https://population.un.org/wpp/Download/Archive/Standard/>. Title from the screen.

¹⁶² Населення України. Демографічні тенденції в Україні у 2002—2019 рр.: кол. моногр. / за ред. О.М. Гладуна; НАН України, Ін-т демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи. Київ, 2020.

¹⁶³ World Population Prospects: The 2019 Revision. UN. [E-resource]. Access mode: <https://population.un.org/wpp/>. Title from the screen.

8.2. Гіпотези й окремі результати демографічного прогнозу 2020 р. розробки

У 2020 р. показник сумарної народжуваності знову наблизився до 1 дитини в розрахунку на одну на жінку. Тривале збереження наднизької народжуваності (на рівні менше 1,3) може сформувати в нових поколіннях кардинально відмінні уявлення про ідеальну кількість дітей у сім'ї. Так, в 2008—2009 рр. українські жінки вважали бажаною кількість 2,0—2,1, а в умовних поколіннях народжували 1,4—1,5 дитини в середньому¹⁶⁴. При цьому така ситуація триває вже понад 20 років. Соціалізація особистості в умовах переважаючого малодітних сімей може спричинити формування в нових поколіннях установки на одностатеву модель сім'ї, що отримала назву «пастка низької народжуваності»¹⁶⁵. Зважаючи на частку фізіологічної безплідності та поширення стилю життя child-free (див. Розділ 3), показники сумарної народжуваності можуть знизитися до небачених досі 0,5—0,7 дитини в розрахунку на одну на жінку. Але ж, як було показано вище, три десятиліття назад розробники демографічних прогнозів не уявляли можливості досягнення показників народжуваності, які спостерігаються в Україні зараз.

З іншого боку, в разі стрімкого зростання економіки може сформуватися підвищений попит на працівників. Але мала чисельність поколінь народжених у 1995—2020 рр. не зможе запропонувати стільки робочої сили. Тому низька пропозиція праці на тлі високого попиту з боку підприємств підвищуватиме заробітну плату та сприятиме впевненості найманих працівників у можливості знайти роботу. Відносно високий рівень життя стимулюватиме інтенсивний приплив мігрантів із країн, в яких збереглися традиції багатодітності. Упевненість у майбутньому та зростання доходів населення може викликати зростання народжуваності, як це відбувалося під час бебі-буму у США.

Середня очікувана тривалість життя при народженні в Україні через 30 років прогнозується на рівні 66—78 років для чоловіків та 76—84 роки для жінок¹⁶⁶, тоді як у 2020 р. вона знаходилася на нижній границі цих інтервалів, а саме: 66,4 року для чоловіків та 76,2 року для жінок. Таким чином, зниження цих показників не прогнозується.

Проте, як було показано вище, майбутнє часто виходить за межі прогнозних можливостей людини й розроблених нею алгоритмів. Як було показано в Розділі 4, той незначний приріст тривалості життя за останні три десятиліття зумовлений зниженням смертності дітей, особливо немовлят, тоді як смертність у працездатному віці не змінилася або навіть дещо збільшилася. На тлі продовження зниження смертності в країнах, які й на початку 1990-х років випереджали Україну за тривалістю життя, невиправ-

¹⁶⁴ Шлюб, сім'я та дітородні орієнтації в Україні. Київ: АДЕФ-Україна, 2008. С. 121 та Сім'я та сімейні відносини в Україні: сучасний стан і тенденції розвитку. Київ: ТОВ «Основа-Принт», 2009.

¹⁶⁵ Lutz W., Skirbekk V., Testa M.R. The low fertility trap hypothesis. Forces that may lead to further postponement and fewer births in Europe. Vienna Yearbook of Population Research. 2006: P. 167—192. [E-resource]. Access mode: <http://dx.doi.org/10.1553/populationyearbook2006s167>. Title from the screen.

¹⁶⁶ World Population Prospects: The 2019 Revision. UN. [E-resource]. Access mode: <https://population.un.org/wpp/>. Title from the screen.

дано очікувати зростання смертності. Проте, як було показано вище, на цій гіпотезі ґрунтувалися прогнози тридцятирічної давнини.

Так, зміни клімату можуть призвести до погіршення умов ведення сільського господарства та до зниження плодючості землі, а отже, до подорожчання продовольчих продуктів. Подорожчання також може бути зумовлено підвищенням попиту в інших країнах унаслідок збільшення там чисельності населення. Також кліматичні зміни або антропогенне забруднення можуть спричинити погіршення забезпечення водними ресурсами. Демографічне старіння й неспроможність пенсійної системи забезпечити достойний рівень життя особам похилого віку може значно знизити рівень життя великої кількості людей. Таким чином, у значної частини населення України може скоротитися доступ до якісної питної води та харчових продуктів. Нові епідемії можуть спричинити перевантаження системи охорони здоров'я та призвести до її неспроможності ефективно відповідати на нові виклики. Таким чином, може виявитися, що в 2050 р. середня очікувана тривалість життя при народженні в Україні буде навіть нижчою, ніж тепер.

З іншого боку, зростання тривалості життя може бути навіть більш стрімким, ніж це припускається за гіпотезами прогнозів. Роботизація та поліпшення умов праці може сприяти продовженню періоду працездатності та підвищенню продуктивності праці. Це, у свою чергу, визначатиме підвищення рівня життя. Успіхи в діагностиці та попередженні захворювань сприятимуть усуненню передчасної смертності та подовженню активного довголіття. Внаслідок цього показники тривалості життя в Україні можуть швидше наздоганяти показники розвинених країн, як це й передбачалося в прогнозах початку 1990-х років.

Наукове передбачення параметрів міграційного руху є складнішим завданням порівняно з прогнозуванням змін у показниках народжуваності та смертності. Державна статистика фіксує лише міграції, пов'язані зі зміною офіційного місця проживання (реєстрації/зняття з реєстрації місця проживання), відповідно цей облік не охоплює всіх фактичних мігрантів. Зокрема, поза обліком залишається довгострокова зовнішня трудова міграція. До цього додаються невизначеності, пов'язані з обліком мігрантів на тимчасово окупованих територіях (АР Крим, м. Севастополь, і, особливо, — в окремих районах Донецької та Луганської областей), неможливість оцінювання часових параметрів деокупації.

При прогнозуванні тенденцій міграційних процесів оцінюються майбутні обсяги саме зареєстрованої міграції, при цьому враховано ймовірні масштаби переходу тимчасової трудової міграції українців у постійну форму. Прогноз міграцій розроблено у трьох варіантах, які відображають можливий діапазон параметрів міграційного руху. Розрахунок прогнозних параметрів спирається на трьохетапну методику¹⁶⁷.

Гіпотези прогнозу розроблено з урахуванням міграційного потенціалу України та потенційних країн походження іммігрантів. Реалізація середнього варіанта прогнозу включатиме подальше зменшення інтенсивності

¹⁶⁷ Міграційні процеси в Україні: сучасний стан і перспективи / За ред. О.В. Позняка. Умань, 2007.

8.2. Гіпотези й окремі результати демографічного прогнозу 2020 р. розробки

контактів з європейськими країнами колишнього СРСР (як із прибуття, так і із вибуття), які поступово сходитимуть нанівець. Натомість спостерігатиметься відносно інтенсивний потік прибуття з країн Закавказзя та Центральної Азії при стабілізації зворотного потоку. Високий варіант прогнозу передбачає деяке збільшення прибуття з європейських та — особливо — азійських країн колишнього СРСР при зменшенні вибуття. За умов реалізації низького варіанта, навпаки, варто очікувати на сплеск вибуття до країн СНД.

Міграційний баланс в обміні населенням із країнами Європи та Америки за будь-якого варіанта розвитку подій буде від'ємним, майбутні обсяги міграційних втрат залежатимуть від потенційних параметрів соціально-економічного розвитку України. Потік прибулих із країн Азії та Африки спочатку в якості освітніх мігрантів, а згодом — і з трудовою метою, стрімко зростатиме протягом усього прогнозного періоду, причому рівень закріплення мігрантів в Україні буде тим більшим, чим кращою буде ситуація в країні.

Сальдо міграцій населення України (включаючи нині неконтрольовану Урядом територію) за середнім варіантом прогнозу швидко зростатиме до середини 2030-х років, досягнувши майже +60 тис. осіб за рік, згодом темпи зростання міграційного приросту різко уповільняться. За умов реалізації високого варіанта сальдо міграцій населення України постійно зростатиме, досягнувши рівня понад +200 тис. осіб за рік в кінці прогнозного періоду. В умовах реалізації низького варіанта прогнозу сальдо міграцій стане від'ємним уже за кілька років, його величина наприкінці XXI століття наблизатиметься до -62 тис. осіб за рік.

Найбільш достовірним майбутнім у найближчі 30 років убачається демографічне старіння вікової структури населення України. Більшість людей, які житимуть у 2050 р., уже народилися. Також уже народжено більшість тих поколінь, які самі народжуватимуть упродовж цього періоду. На жаль, прогноз, результати якого представлені в цій публікації, був розроблений в 2020 р., тобто через 18 років після проведення попереднього перепису населення. Отже, вже починаючи зі стартової точки, він містить певні відхилення від актуальної ситуації. Зокрема, чисельність населення є меншою, ніж за даними поточної оцінки. Чисельність населення в Донецькій і Луганській областях є перебільшеною як унаслідок незареєстрованої еміграції, так і за рахунок частини незареєстрованих смертей у період із 2014 р. Натомість кількість дітей є більшою через неповну реєстрацію. Чисельність населення у працездатному віці по всій території України є меншою також через неповну реєстрацію міграції. Іншими словами, неповна реєстрація демографічних подій певним чином урівноважує похибку у віковій структурі населення.

Демографічне старіння населення буде одним із найбільших викликів для України в XXI ст. Так, відношення кількості осіб у віці 60 років і старше до чисельності осіб у віці 20—59 років зростатиме за всіма варіантами прогнозу 2020 р. перегляду. У 2050 р. в розрахунку на 1000 осіб у віці 20—59 років припадатиме, за різними варіантами, від 608 до 860 осіб у віці 60 років і старше. Наприкінці XXI ст. це співвідношення може зрости до більш екстремальних значень (рис. 8.3). Проте, за умови відсутності катастрофічних подій, вікова структура прямуватиме до квазістабільної.

Розділ 8. Демографічні перспективи України

На відміну від осіб старших вікових груп, чисельність яких зростатиме до середини ХХІ ст. (рис. 8.4), чисельність жінок у репродуктивному віці знижуватиметься (рис. 8.5). Цікаво звернути увагу, що в 2020 р. обидві ці сукупності мали майже однакову чисельність. Натомість майбутні їх шляхи відрізняються радикально. Це створює порочне коло: менша сукупність жінок репродуктивного віку генеруватиме щоразу менші сукупності наступних поколінь.

Саме накопичені до 2020 р. диспропорції в статеві-віковій структурі населення України зумовлюватимуть низхідну динаміку чисельності населення в майбутні десятиліття. Розрахунки свідчать, що навіть якщо б народжуваність в Україні зросла до рівня простого заміщення, чисельність населення зменшилася б на 21—22 % за період досягнення стаціонарності.

Відповідно, чисельність дітей знижуватиметься за всіма варіантами, крім одного (рис. 8.6).

Звісно, результати за окремими варіантами виглядають доволі екстремально. Проте, як було показано раніше, майбутнє навіть на 30-річному часовому відтинку може принести несподіванки, що вже казати про більш віддалений період. Можуть реалізуватися й зовсім фантастичні сценарії, як у статті Ж. Буржуа-Піша (J. Bourgeois-Pichat), присвяченій проблематиці клонування¹⁶⁸. Тому може виявитися, що навіть показник 2,5 дитини в розрахунку на одну жінку із прогнозу 1994 р. (рис. 8.1) буде заниженим. Крім того, поки неясно, чи коректно враховувати таких дітей у показниках народжуваності.

¹⁶⁸ Bourgeois-Pichat J. In 200 Years So Many Things Can Happen. Population Index, (1972). Vol. 38. N 3. [E-resource]. Access mode: <http://dx.doi.org/10.2307/2733387>. Title from the screen.

RESUME

The monograph highlights the processes that reflect the deep social and demographic transformation of Ukrainian society in the first thirty years of the renovation of its independence. The changes in demographic behaviour, ambiguous shifts in the course of the main demographic processes and in socio-demographic structures are considered. These changes are both reflection of long-term pan-European trends and consequence of deformations caused by the complex conditions of the transformation period. Demographic reproduction in Ukraine, its factors and latest trends, structural features of the population are studied in relation to the general processes of socio-economic modernization experienced by our country. The book contains the results of the generalization of domestic experience in the implementation of social and demographic policy during this period and recommendations for its improvement and development.

For demographers, sociologists, economists, public administration specialists and all readers interested in demographic issues.

Наукове видання

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

**НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ:
нарис
про демографічний стан країни
у перше тридцятиріччя незалежності**

Київ, Науково-виробниче підприємство
«Видавництво “Наукова думка” НАН України», 2023

Оформлення художника *Н.Ф. Білоусової*
Художній редактор *М.А. Панасюк*
Технічний редактор *Т.С. Березяк*
Коректор *В.М. Ткаченко*
Оператор *О.О. Пономаренко*
Комп'ютерна верстка *Т.О. Ценцеус*

Підп. до друку 11.10.2023. Формат 70 × 100/16. Папір офс. № 1.
Гарн. Таймс. Друк офс. Фіз. друк. арк. 10,5 + 0,5 арк. вкл. на крейд. пап.
Ум. друк. арк. 14,3. Обл.-вид. арк. 15,0.
Тираж 100 прим. Зам. № ДФ-1266

Оригінал-макет виготовлено
у НВП «Видавництво “Наукова думка” НАН України».
Свідцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготівників
і розповсюджувачів видавничої продукції
ДК № 2440 від 15.03.2006 р.
01601 Київ 1, вул. Терещенківська, 3

ПП «Видавництво “Фенікс”»
03680 Київ 680, вул. Шутова, 13б
Свідцтво про внесення до Державного реєстру
серія ДК № 271 від 07.12.2000 р.