

# РЕЗЕРВИ ПОДОВЖЕННЯ ТРИВАЛОСТІ ЖИТТЯ: ДЕМОПОЛІТИЧНІ АСПЕКТИ

Рингач Наталія Олександрівна,  
кандидат медичних наук;  
Шевчук Павло Євгенович,  
кандидат економічних наук

• Оцінено й проаналізовано імовірність смерті внаслідок основних причин смерті населення України, змін середнього табличного і модального віку смерті та розрахунку потенційного зростання тривалості життя у разі усунення окремих причин смерті на основі умовних таблиць смертності. Визначено основні напрями соціальної політики, спрямовані на подовження тривалості життя в Україні та запобігання втрат людського потенціалу.

*Ключові слова:* подовження тривалості життя, ймовірність смерті, демографічна політика, середній вік смерті.

З 60-их років в Україні спостерігається загальна тенденція зниження тривалості життя, яка лише іноді переривається короткостроковими підвищеннями, але знову згодом повертається на низхідну траєкторію. Така динаміка характерна лише для пострадянських країн, оскільки в економічно розвинених країнах світу спостерігається зниження смертності та поступове зростання тривалості життя. Останніми роками у структурі смертності населення України відбулися зміни, які потребують окремого вивчення, зокрема, щодо впливу смертності у різних вікових групах та від окремих причин смерті на величину очікуваної тривалості життя.

Фахівці наголошують на значущості демографічних чинників, зокрема високого рівня смертності, для національної безпеки України, підкреслюють зумовлену нею небезпеку національним інтересам України [1, 2, 3]. Особливості та напрям змін в інтенсивності та структурі смертності населення становлять самостійний науковий інтерес, що виходить далеко за межі окремої наукової дисципліни. Вивчення цих процесів можливе як у демографії, так і в медицині, біології, екології та соціології, використовуватися як основа для прийняття рішень у державному управлінні. Результати, отримані демографічними методами, можуть застосовуватися в управлінні охороною громадського здоров'я, визначаючи

пріоритетні напрями втручання, за якими вкладені зусилля матимуть найліпший результат у збереженні людського капіталу. Особливості функції дожиття людини можуть бути предметом популяційної біології чи екології, дослідників соціальних процесів може зацікавити смертність окремих вразливих прошарків суспільства, груп ризику тощо.

Розуміння основних чинників, що визначають формування рівня смертності, уможливить розроблення більш обґрунтованих демографічних прогнозів та поліпшить ефективність програм, спрямованих на зниження смертності.

Однією з останніх найбільш ґрунтовних робіт з дослідження смертності в Україні є колективна монографія під керівництвом Е. М. Лібанової, присвячена смертності населення України у трудоактивному віці [4]. Важливою науковою знахідкою у цій роботі є обчислення й аналіз внеску окремих вікових груп у зміну тривалості життя в Україні [4, с. 58–65]. Такий підхід кількісно визначив силу і напрям впливу змін смертності в окремих вікових групах на загальну зміну тривалості життя. Підкреслено, що вплив динаміки смертності за віком на тривалість життя в Україні був неоднозначним і здійснювався не лише з різною силою, а за протилежними напрямками. Тому приріст тривалості життя у працездатних вікових групах в останні десятиліття мав переважно від'ємні значення, а у допрацездатних – додатні.

З позицій концепції епідеміологічного переходу висвітлюється ситуація та перебіг кризи в охороні здоров'я населення в Україні в іншій колективній монографії, яку підготували науковці Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України та Держкомстату України [5]. У цій роботі також приділяється особлива увага смертності населення у середньому та старшому працездатному віці, наводиться динаміка модального віку смерті, проаналізовано структуру смертності за причинами смерті, типом поселення та регіонами.

У роботі А. І. Стефановського [6] проаналізовано існуючі методики обчислення внеску смертності в окремих вікових групах у зміні очікуваної тривалості життя, а також подано оригінальну методику розподілу такого внеску як за віком, так і за причинами смерті.

**Невирішені раніше частини загальної проблеми.** Хоча аналізу смертності населення в Україні присвячена досить велика кількість спеціальних робіт, видається необхідним звернути більше уваги на зміни, що відбуваються за останні роки. При цьому зазначимо, що жодна з названих робіт не торкається динаміки середнього табличного віку смерті та імовірностей дожиття з урахуванням причини смерті. «Дожиття» – демографічний термін, який можна графічно зобразити як криву лінію, що характеризує математичну функцію. Ймовірність – це шанс дожити до певного віку або від моменту народження, або у певному проміжку часу (наприклад, дожити від 16 до 60 нашим юнакам судилося приблизно так само, як у 1913 р.) Натомість обчислення цих конкретних показників дозволить більш повно дослідити процеси смертності в Україні.

*Метою дослідження є визначення найбільш важливих напрямів, за якими втручання за допомогою програмних заходів та адекватного інвестування може продовжити тривалість життя в Україні та запобігти втратам людського потенціалу. Реалізації цієї мети сприятимуть наступні завдання дослідження:*

- оцінка імовірності смерті внаслідок основних причин смерті у 2002 р. та 2007 р., зміни середнього табличного віку смерті за допомогою обчислення коротких таблиць смертності за причинами;
- розрахунок вірогідної величини зростання тривалості життя у разі усунення тих або інших причин смерті на основі умовних таблиць смертності;
- виявлення особливостей змін у структурі смертності населення України.

Вибір для порівняльного аналізу саме 2002 р. та 2007 р. обґрунтовується передусім метою виявлення зрушень, які відбулися після останнього перепису населення.

Для побудови таблиць смертності за причинами смерті взято готові скорочені таблиці смертності, розраховані звичайним демографічним методом (як вихідний показник – повікові коефіцієнти смертності)<sup>1</sup>. Для розрахунку таблиць смертності за причинами як вихідні показники використано офіційні дані стосовно кількості померлих. Таблична кількість померлих у певному інтервалі віку від певної причини пропорційна кількості зареєстрованих померлих від цієї причини у той же самий проміжок часу, тому обчислено питому частку кожної причини смерті в кожному віковому інтервалі [7, с. 263]:

$$r_x^j = \frac{D_x^j}{D_x}, \quad (1)$$

де  $D_x^j$  – кількість померлих у віці  $x$  від  $j$  – тої причини.

Використовуючи отримані  $r_x^j$ , розраховується таблична кількість померлих за формулою:

$$d_x^j = d_x \cdot r_x^j. \quad (2)$$

де  $d_x$  – кількість померлих у віці  $x$  із загальної таблиці смертності.

При цьому відповідно до закону У. М. Мейкема про адитивність сил смертності має виконуватися рівняння:

$$d_x = \sum_{j=1}^N d_x^j. \quad (3)$$

де  $N$  – кількість причин (або класів причин) смерті.

Тоді функція дожиття за окремими причинами смерті отримується з відомої властивості таблиць смертності:

$$l_x^j = \sum_x^{\omega} d_x^j. \quad (4)$$

де  $\omega$  – кількість вікових груп.

Отримавши показники  $d_x^j$  та  $l_x^j$ , за допомогою відомих взаємозв'язків між показниками таблиці смертності, можна знайти решту.

<sup>1</sup>При цьому для немовлят була обчислена відразу імовірність смерті за формулою Р. Бека та для осіб у віці 85 років і старше коефіцієнти смертності екстрапольовані за допомогою полінома третього ступеня.

Для нашого дослідження найбільший інтерес становлять похідні показники, які можна отримати з таблиці смертності. Зокрема, до них належить середній табличний вік смерті від окремої причини. Цей показник обчислюється як середній  $d_x^j$  або зважений вік смерті за і дорівнює очікуваній тривалості майбутнього життя для тих, хто помер від певної причини  $j$ :

$$\bar{x}^j = \frac{\sum_0^{\infty} x d_x^j}{\sum_0^{\infty} d_x^j} = e_0^j. \quad (5)$$

Важливим показником для демополітичних висновків є імовірність для того, хто дожив до віку  $i$  померти в інтервалі віку від  $m$  до  $n$  (за умови, що  $i \leq m < n$ ) від певної причини  $j$ :

$$q_{(x;m;n)}^j = \frac{l_m^j - l_n^j}{l_x^j}. \quad (6)$$

Модальна (нормальна) тривалість життя – величина  $x$  років, якій відповідає найбільша щільність чисел  $d_x^j$ , або коли швидкість спадання функції дожиття максимальна.

Для коректного визначення можливого вилучення впливу однієї чи кількох причин смерті обчислюють умовні таблиці смертності. Для розрахунку такої таблиці можна скористатися формулою:

$$q_x^{jh} = \frac{(1 - r_x^{jh}) q_x^j}{1 - 0,5 q_x^j r_x^{jh}}, \quad (7)$$

де  $r_x^{jh}$  – частка однієї ( $j$ ) або сума часток кількох ( $jh$ ) причин смерті у віці  $x$ .

Після отримання низки показників імовірностей померти, обчислюється решта показників таблиці смертності. Найбільш інформативною є середня очікувана тривалість життя при народженні за умови вилучення дії однієї чи кількох причин смерті. Логічно, що цей показник завжди буде вищим, ніж відповідний йому в загальній таблиці смертності, оскільки  $r_x^{jh} > 0$  [8, с. 178].

За влучним висловом С. Г. Стеценко, саме таблиці смертності за причинами смерті «... є дороговказом у практичній роботі суспільства, спрямованим на захист життя людини та збільшення його тривалості» [9, с. 237].

Окрім основних класів причин смерті, окремо обраховано показники за визначеними соціально значущими захворюваннями (туберкульоз, ВІЛ/СНІД, цереброваскулярні хвороби (ЦВХ). Так, підвищення рівня смертності від туберкульозу є індикатором санітарно-епідемічного неблагополуччя в країні та погіршення рівня життя населення. Кількість

смертей, спричинених СНІД, корелює з ефективністю національної протидії епідемії ВІЛ/СНІД у країні, ілюструє зусилля багатосекторальної взаємодії з профілактики і діагностики ВІЛ, лікування і підтримки хворих на СНІД.

За даними прогнозу [10], частка померлих від СНІДу у 2014 р. може досягнути 4,8 % (за оптимістичним сценарієм) та 8,6 % (за песимістичним сценарієм) усіх смертей в Україні, і при цьому ризик померти від СНІДу відрізняється не лише за статтю (для чоловіків у 1,7 разу вищий порівняно з 2007 р., а серед жінок – більш ніж удвічі), а й за віком ( $max$  для чоловіків 30–39 років і жінок 25–34 роки). Поширення туберкульозу і ВІЛ-інфекції/СНІДу взаємопов'язані, адже ВІЛ є важливим чинником ризику, що сприяє активації латентної туберкульозної інфекції. Ризик розвитку туберкульозу у ВІЛ-позитивних осіб у десятки разів вищий, ніж у ВІЛ-негативних. За оцінкою експертів Національного інституту пульмонології та фтизіатрії ім. Ф. Г. Яновського, туберкульоз може зумовлювати близько 75 % кількості смертей ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків, які є домінуючою групою у поширенні ВІЛ-інфекції в Україні (2008 р.) Поширення епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу призводить до значного збільшення кількості хворих на туберкульоз, що, у свою чергу, підвищує ризик зараження туберкульозом у побуті. Найбільші втрати від цих двох хвороб сконцентровано в групі працездатного населення, тому реалізація відповідних заходів у межах Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 рр. та Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007–2011 рр. може позитивно вплинути на збереження трудових ресурсів.

Вибір для аналізу другої за значущістю причини смерті серед хвороб системи кровообігу – цереброваскулярних хвороб (ЦВХ) зумовлений як вагомістю втрат трудового потенціалу (і через смерть, і внаслідок втрати працездатності), так і можливістю їх запобігання.

Мінімізація чинників ризику (раціональне харчування та помірні фізичні навантаження, відмова від шкідливих звичок тощо), рання діагностика артеріальної гіпертензії, адекватне її лікування можуть значно зменшити втрати людського життя внаслідок передчасної смертності від ЦВХ. Має значення також якість невідкладної допомоги, ефективне лі-

кування порушень мозкового кровообігу. Не менш важливим є свідоме ставлення людини до свого здоров'я, що певною мірою також залежить від освітньо-профілактичної роботи з населенням, причому не тільки з пацієнтами, але їх родичами та оточенням. Переконливим чинником є відносно недорога вартість заходів із попередження ЦВХ порівняно з високою вартістю лікування інсультів та низької ефективності щодо відновлення працездатності. Так, одним з цільових критеріїв Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні є зниження смертності від мозкових інсультів на 20–30 %.

Як бачимо з табл. 1 та табл. 2, середній табличний вік смерті від інфекційних хвороб нижче, ніж від хвороб системи кровообігу. Такий результат означає лише те, що у молодших вікових групах переважають одні причини смерті, а у старших – інші. Порівнювати середній табличний вік смерті можна за різні роки чи у конкретному році за певними причинами. Аналіз обчислених показників доводить, що у смертності населення України протягом 2002–2007 рр. відбулися переважно негативні зміни. Смертність унаслідок багатьох причин «помолодшала». Тенденція зниження середнього табличного та модального віку є надзвичайно несприятливою, оскільки збільшує втрати демографічного потенціалу (життєвого, трудового, репродуктивного тощо).

Зокрема середній табличний вік смерті знизився для чоловіків від усіх інфекційних і пара-

зитарних хвороб на 1,5 року, туберкульозу – на 0,5 року. Певний «зсув» середнього віку смерті до більш старшого (на 2,5 року), спричиненої СНІДом, свідчить про перші ознаки ефективності протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні, передусім запровадження антиретровірусної терапії (що підтверджує і підвищення величини модального віку смерті від СНІДу). У 2007 р. середній табличний вік смерті українських чоловіків від хвороб органів травлення і органів дихання також знизився – на 2,1 року та 1,8 року відповідно.

Для жінок середній табличний вік смерті від інфекційних та паразитарних хвороб знизився на 1,5 року, туберкульозу – на 0,8 року, хвороб органів травлення та дихання – на 2,1 року та 1,8 року відповідно. Одночасно імовірність смерті від зазначених хвороб зросла. Так, імовірність народженому померти від усіх інфекційних та паразитарних хвороб до віку 60 років зросла з 24,2 % до 31,2% для чоловіків і з 5,6 % до 9,6% – для жінок. Імовірність померти від туберкульозу взагалі більша для чоловіків, а протягом досліджуваного періоду для жінок зросла у півтора разу. Кількаразове зростання імовірності померти спостерігалось від такої причини як СНІД (для чоловіків і жінок у 4 рази), хоча, як уже зазначалося, більшість помирало від СНІДу у пізнішому віці (табл. 1 і табл. 2). Імовірність померти внаслідок хвороб органів дихання для чоловіків учетверо вища, ніж для жінок, однак вона практично не зазнала змін протя-

Таблиця 1

## ОКРЕМІ ПОКАЗНИКИ СМЕРТНОСТІ ЗА ПРИЧИНАМИ СМЕРТІ В 2002 Р. ТА 2007 Р. (ЧОЛОВІКИ)

Захворювання	середній табличний вік смерті, років		модальний (нормальний) вік смерті, років		імовірність для народженого померти до 60 років, %		імовірність для того, хто дожив до 15 років померти до 60, %	
	2002	2007	2002	2007	2002	2007	2002	2007
Інфекційні та паразитарні хвороби:	44,1	42,6	43,7	38,3	24,2	31,2	23,8	31,0
у т. ч. туберкульоз	46,9	46,1	45,6	44,7	18,7	20,3	19,1	20,6
у т. ч. СНІД	32,5	36,0	31,4	33,6	2,2	8,8	2,2	8,9
Новоутворення	63,2	63,4	64,5	66,3	47,6	43,4	47,6	43,3
Хвороби системи кровообігу:	69,8	69,7	74,1	75,9	110,1	117,3	112,0	119,4
у т.ч. цереброваскулярні	70,4	70,8	71,4	76,1	21,4	19,7	21,8	20,0
Хвороби органів дихання	63,9	62,1	72,1	73,5	20,1	18,5	19,5	18,1
Хвороби органів травлення	54,2	52,1	55,0	53,5	25,6	39,8	26,0	40,5
Зовнішні причини	45,2	44,5	48,2	47,8	129,7	115,0	127,3	112,9

Джерело: авторський розрахунок за даними Держкомстату України.



гом 2002–2007 рр., чого не можна сказати про ризик померти внаслідок хвороб органів травлення. Так, імовірність померти від хвороб органів травлення до 60 років за досліджуваній період зросла для чоловіків з 25,6 ‰ до 39,8 ‰, а для жінок – з 10,9 ‰ до 18,6 ‰.

Сподіватимемося, що тенденція до повільного зменшення імовірності померти внаслідок зовнішніх причин, яка спостерігалася для обох статей, збережеться й у наступні роки. Однак несприятливою ознакою є те, що навіть за невеликого зменшення імовірності померти через неприродні причини спостерігається зниження і середнього табличного, і модального віку смерті, тобто люди гинуть у більш молодшому віці. Більш яскраво це виявляється для жінок – протягом 2002–2007 рр. середній табличний вік смерті зменшився на 1,2 року, а модальний – на 2,7 року.

чином нейтралізують погіршення ситуації у середньому інтервалі людського життя, тим самим приховуючи загрозливі тенденції зростання смертності в працездатному віці.

Результати проведених розрахунків переконливо доводять істотне погіршення ситуації зі смертністю саме у працездатному віці. Крім того, що імовірність смерті народжених у віці до 60 років від інфекційних та паразитарних хвороб різко зросла для обох статей, імовірність померти в інтервалі віку від 15 до 60 для тих, хто дожив до 15 років, стає помітно більшою (див. табл. 1 та табл. 2). Таким чином, у ХХІ ст. в Україні спостерігається ситуація, коли ризик смерті від двох інфекційних хвороб (туберкульозу та ВІЛ/СНІДу) у працездатному віці (не у дитячому чи похилому віці, коли організм людини природно більш уразливий до інфекційних агентів!) є вищим, ніж

Таблиця 2

## ОКРЕМІ ПОКАЗНИКИ СМЕРТНОСТІ ЗА ПРИЧИНАМИ СМЕРТІ У 2002 Р. ТА 2007 Р. (ЖІНКИ)

Захворювання	середній табличний вік смерті, років		модальний (нормальний) вік смерті, років		імовірність для народженого померти до 60 років, ‰		імовірність для того, хто дожив до 15 років померти до 60, ‰	
	2002	2007	2002	2007	2002	2007	2002	2007
Інфекційні та паразитарні хвороби:	40,1	39,6	32,6	33,8	5,6	9,6	4,9	9,0
у т. ч. туберкульоз	46,4	44,5	33,3	34,3	2,9	4,5	2,9	4,5
у т. ч. СНІД	30,5	34,5	31,8	33,4	0,9	3,7	0,9	3,6
Новоутворення	64,0	64,3	71,0	69,8	36,3	35,3	36,0	35,1
Хвороби системи кровообігу:	77,9	78,3	81,6	81,6	44,1	43,6	44,4	43,9
у т. ч. цереброваскулярні	77,2	77,9	81,2	81,2	13,1	10,7	13,2	10,8
Хвороби органів дихання	70,9	67,5	81,0	79,5	5,0	5,0	4,4	4,5
Хвороби органів травлення	60,1	57,2	57,6	57,1	10,9	18,6	11,0	18,7
Зовнішні причини	50,2	49,0	55,0	52,3	29,0	25,0	26,7	22,8

Джерело: авторський розрахунок за даними Держкомстату України.

Особливу увагу привертає той факт, що в останні роки величина очікуваної тривалості життя при народженні, хоча і мала значні відмінності з року в рік, проте коливалася навколо близьких значень. Хоча її значення для жінок протягом 2002–2007 рр. майже не змінилося, а для чоловіків дещо зменшилося (на 0,4 року), не може йтися про стабілізацію ситуації зі смертністю, адже цей показник є інтегральним і не відтворює змін у повіковому профілі показників смертності. Зниження смертності у молодших вікових групах (до 15 років) та збереження відносно постійного рівня смертності осіб старше працездатного віку певним

у всьому інтервалі від народження до 60 років для чоловіків і жінок. Якщо зростання імовірності померти від хвороб системи кровообігу чи органів травлення у віці від 15 до 60 років і в інтервалі від народження до 60-річної межі пояснюється тим, що в організмі дорослої людини накопичуються патологічні зміни і зростає імовірність виникнення хронічних неінфекційних захворювань, то подібна ситуація щодо інфекційних хвороб свідчить про погіршення санітарно-епідеміологічної ситуації в країні, соціальні негаразди, проблеми імунопрофілактики, погіршення імунітету українців тощо.

Звичайно, обчислення таблиць смертності за умови вилучення однієї чи кількох причин смерті не означає остаточне усунення якоїсь з них. Проте результати розрахунків окреслюють напрями, за якими можна досягти найбільших успіхів у поліпшенні ситуації зі смертністю. Так, якби в Україні в 2007 р. вдалося повністю усунути смертність від хвороб системи кровообігу, очікувана тривалість життя при народженні зростає на 11,3 та 12,7 років для чоловіків і жінок відповідно (табл. 3).

травм призводить до більших утрат життєвого потенціалу.

Гіпотетичне усунення смертності від двох великих класів хвороб одночасно (новоутворень і хвороб системи кровообігу) також дає цікаві результати. Виграш у тривалості життя за такої умови становив би у 2007 р. 16,3 року для чоловіків і 16,5 року – для жінок (див. табл. 3). Такий приріст тривалості життя від кількох причин одночасно завжди виявляється більшим від простої суми приростів цих

Таблиця 3

**СЕРЕДНЯ ОЧІКУВАНА ТРИВАЛІСТЬ ЖИТТЯ  
ЗА УМОВИ ВИКЛЮЧЕННЯ ОКРЕМИХ ПРИЧИН У 2002 ТА 2007 РР.**

Показники	Тривалість життя за умови усунення окремих причин, років				Виграш тривалості життя, років			
	чоловіки		жінки		чоловіки		жінки	
	2002	2007	2002	2007	2002	2007	2002	2007
Середня очікувана тривалість життя при народженні	62,2	61,8	73,8	73,8				
Інфекційні та паразитарні хвороби:	62,9	62,7	74,0	74,2	0,7	0,9	0,3	0,4
у т. ч. туберкульоз	62,7	62,3	73,9	73,9	0,5	0,5	0,1	0,2
у т. ч. СНІД	62,2	62,1	73,8	73,9	0,1	0,3	0,0	0,2
Новоутворення	64,1	63,6	75,7	75,7	1,9	1,8	1,9	1,9
Хвороби системи кровообігу:	72,5	73,1	86,1	86,4	10,3	11,3	12,4	12,7
в т.ч. цереброваскулярні	63,4	63,0	75,6	75,4	1,2	1,2	1,8	1,7
Хвороби органів дихання	63,0	62,5	74,1	74,1	0,8	0,7	0,3	0,3
Хвороби органів травлення	62,9	62,9	74,2	74,5	0,7	1,1	0,4	0,7
Зовнішні причини	66,3	65,5	75,0	74,9	4,2	3,7	1,3	1,1
Новоутворення та хвороби системи кровообігу разом	77,5	78,1	90,0	90,3	15,4	16,3	16,2	16,5

*Джерело:* авторський розрахунок за даними Держкомстату України.

У 2002 р. така гіпотеза давала помітно менший виграш. Це означає, що лише впродовж п'яти років становище погіршилося, при тому для чоловіків – досить суттєво.

Друге місце за виграшем у тривалості життя посідають зовнішні причини смерті для чоловіків і новоутворення – для жінок. Абсолютна кількість зареєстрованих смертей чоловіків від цих класів причин смерті в 2007 р. була цілком співставною: 50,1 та 52,6 тис. осіб (зовнішні причини та новоутворення відповідно). При цьому суттєва різниця вірогідного приросту тривалості життя (3,7 проти 1,8 року). Це легко пояснюється, якщо звернутися до даних табл. 1. Середній табличний вік смерті від новоутворень становив 63,4 року, тоді як від зовнішніх причин – лише 44,5 року. Закономірно, що втрата життів у більш молодому віці від

окремо взятих класів. Зазначене явище відтворює спільну дію кількох сил у нелінійній системі (функції дожиття). Логічно це пояснюється уникненням подвійного рахунку (що враховує формула 7), оскільки померлий, у разі усунення однієї причини, має ризик померти від іншої.

Цікаво, що нереальне усунення смертності від цих двох основних класів хвороб для чоловіків дає хоча і суттєвий, але не фантастичний результат можливої тривалості життя при народженні – 78,1 року. Адже вже сьогодні у багатьох країнах такого показника вже досягнуто (або майже досягнуто) без повного подолання цих хвороб. У розвинених країнах смерть від зазначених хвороб вражає людей у значно старшому віці порівняно з Україною. Як бачимо на прикладі зіставлення середньо-

го віку смерті чоловіків від зовнішніх причин та новоутворень, цей параметр може сильно впливати на величину очікуваної тривалості життя при народженні.

Значної частини смертей у працездатному віці можна було б уникнути за умови реалізації адекватної національної політики у сфері охорони здоров'я, оптимальної роботи медичних служб та відповідної налаштованості до самозберігаючої поведінки на рівні суспільства, громади, особистості. Зрозуміло, що на даному етапі розвитку медичних технологій неможливо повністю подолати смертельні на сьогодні хвороби, проте зміщення часу настання смерті у якомога старшому віці може дати відчутні результати.

Основні втрати демографічного потенціалу припадають на вікові групи в інтервалі працездатного віку. Тому є необхідним посилення заходів політики, спрямованих на зниження смертності населення у працездатному віці, за такими основними напрямками: запровадження здорового способу життя, формування позиції громадян щодо відповідального ставлення до власного здоров'я та особистої безпеки; дотримання державою конституційних зобов'язань стосовно безпечних умов життєдіяльності, захисту довкілля та створення належних соціально-економічних умов для збереження і зміцнення здоров'я нації; реформування системи охорони громадського здоров'я з пріоритетом профілактичної спрямованості.

### Висновки

Зниження смертності у молодших вікових групах та збереження відносно постійного рівня смертності осіб, старше працездатного віку, зумовлюють упродовж останніх років практично стабільну величину очікуваної тривалості життя при народженні (62 роки у чоловіків та 74 – у жінок), одночасно **приховують загрозливі тенденції зростання смертності у працездатному віці.**

Розрахунки й аналіз свідчать, що негативна тенденція омолодження смертності від певних хвороб триває. Зокрема, імовірність померти

від інфекційних та паразитарних хвороб до віку 60 років за 2002–2007 рр. зростає з 24,2 % до 31,2 % для чоловіків і з 5,6 % до 9,6 % – для жінок, від хвороб органів травлення – з 25,6 % до 39,8% для чоловіків і з 10,9 % до 18,6 % для жінок. Одночасно знизився середній табличний вік смерті від інфекційних та паразитарних хвороб, хвороб органів травлення та дихання, зовнішніх причин для обох статей, що має привернути увагу управління охороною здоров'я до причин цього явища та розробки відповідних адекватних заходів.

Потенційне підвищення очікуваної тривалості життя при народженні за гіпотетичному усунення смертності від хвороб системи кровообігу становило б у 2007 р. 11,3 та 12,7 років для чоловіків і жінок відповідно, а одночасно від новоутворень і хвороб системи кровообігу – 16,3 року для чоловіків і 16,5 року – для жінок. Другу позицію у тривалості життя посідають зовнішні причини смерті для чоловіків (потенційний приріст 3,7 року) і новоутворення – для жінок (1,9 року). Це підтверджує, що існують значні резерви для зростання тривалості життя в Україні, адже навіть часткове усунення передчасної смертності від зазначених причин та зсув часу настання смерті у старші вікові групи може істотно подовжити життя, особливо чоловіків. Кількісна оцінка ролі найважливіших причин у формуванні загальної смертності може стати обґрунтуванням заходів щодо зменшення смертності та подовження тривалості життя як складової політики у сфері охорони здоров'я і напряму удосконалення роботи медичної сфери тощо.

Реалізація політики (як на національному, так і місцевому рівні), спрямованої на зниження смертності населення у працездатному віці, збереже трудовий потенціал, підвищить добробут, знизить видатки на медичну та соціальну допомогу та подовжить тривалість життя в Україні.

Існує потреба у подальшому деталізованому вивченні причин зростання імовірності передчасної смерті від хвороб органів травлення.

### Використані джерела

1. Гнибіденко, І. Ф. Демографічні аспекти національної безпеки України / І. Ф. Гнибіденко // Формування ринкової економіки : зб. наук. праць. (Спец. вип. «Управління людськими ресурсами: проблеми теорії і практики»). – Т. 2. – Ч. II. – К. : КНЕУ, 2007. – С. 140–152.

2. Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми «Здорова нація» на 2009–2013 роки : розпорядження Кабінету Міністрів України від 21.05.2008 р. № 731-р // Офіційний вісник України. – 2008. – № 37. – С. 26. – Ст. 1241.

3. Рингач, Н. О. Передчасна смертність як загроза національній безпеці України / Н. О. Рингач // Охорона здоров'я в Україні. – 2007. – № 1(25). – С. 29–30.
4. Смертність населення України у трудоактивному віці : кол. монографія / Е. М. Лібанова, Н. М. Левчук, Н. О. Рингач [та ін.] ; відпов. ред. Е. М. Лібанова. – К. : Ін-т демографії та соц. дослідж. НАН України, 2007. – 211 с.
5. Населення України-2004. Регіональні аспекти демографічного розвитку. – Київ : Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, Держкомстат України, 2005. – 342 с.
6. Стефановський, А. Компонентний аналіз середньої тривалості життя населення / А. Стефановський; за ред. В. Стешенко і М. Семенова. – К. : Ін-т економіки НАН України, 2001. – 128 с.
7. Демографія и статистика населения : учебник / И. И. Елисеєва, Э. К. Васильєва, М. А. Клупт [и др.] ; под ред. И. И. Елисеєвой. – М. : Финансы и статистика, 2006. – 688 с.
8. Курс демографии / А. Я. Боярский, Д. И. Валентей, А. Г. Волков [и др.] ; под ред. А. Я. Боярского. – М. : Статистика, 1967. – 400 с.
9. Стеценко, С. Г. Демографічна статистика : підручник / С. Г. Стеценко. – К. : Вища школа, 2005. – 415 с.
10. Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІД в Україні: прогнозування, моделювання, оцінка. – К. : МОП, 2008. – 128 с.