

УДК 334.012.64:339.138:004.9

JEL classification: L26, M13, M31, M15, R11

DOI: 10.35774/rarrrpsu2025.30.133

Дмитро ШУШПАНОВ

завідувач відділу демографічного моделювання та прогнозування
Інститут демографії та досліджень якості життя
імені Михайла Птухи НАН України, м. Київ,
доктор економічних наук, професор
E-mail: shdg2011@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5220-3449>

Орест ЦІСЕЦЬКИЙ

ст. наук. співроб. відділу демографічного моделювання та прогнозування
Інститут демографії та досліджень якості життя
імені Михайла Птухи НАН України, м. Київ
канд. екон. наук, доцент
E-mail: orest_721@ukr.net
ORCID <https://orcid.org/0009-0001-0285-3424>

Віталій ВАСИЛЬЧИШИН

аспірант відділу демографічного моделювання та прогнозування
Інститут демографії та досліджень якості життя
імені Михайла Птухи НАН України, м. Київ
E-mail: vvitaliy552@gmail.com
ORCID <https://orcid.org/0009-0006-8319-2694>

ЗДОРОВ'Я ТА ТРИВАЛІСТЬ ЖИТТЯ У СТРУКТУРІ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ: КОНЦЕПТУАЛЬНА МОДЕЛЬ

АНОТАЦІЯ

Вступ. В умовах війни, тривалих соціально-економічних змін і зростання безпекових ризиків питання збереження здоров'я населення та тривалості життя набувають ключового значення для підтримання резильєнтності якості життя. Здоров'я в цьому контексті виступає не лише наслідком функціонування соціальних систем, а й активним ресурсом адаптації населення до кризових впливів.

Метою дослідження є обґрунтування та розроблення концептуальної моделі, що пояснює взаємозв'язок між здоров'ям населення, тривалістю життя та резильєнтністю якості життя в умовах тривалих економічних, політичних і безпекових криз в Україні.

Методи дослідження. Дослідження ґрунтується на аналізі даних відкритих джерел, матеріалів Міністерства охорони здоров'я України, Всесвітньої організації охорони здоров'я та Державної служби статистики України. У роботі застосовано системний і порівняльний підходи, статистичний аналіз, узагальнення та концептуальне моделювання.

Результати. Обґрунтовано, що здоров'я населення формується під впливом комплексу індивідуальних, соціально-економічних та інституційних детермінант і водночас визначає потенціал тривалості життя та резильєнтності якості життя. Запропонована модель демонструє циклічний характер взаємозв'язків між станом здоров'я, тривалістю життя та резильєнтністю якості життя, де покращення одного з компонентів сприяє позитивним змінам в інших. Показано, що резильєнтність якості життя виступає механізмом пом'якшення негативного впливу стресових і травматичних чинників, підтримуючи фізичне й психічне благополуччя населення в кризових умовах.

Перспективи. Перспективи подальших досліджень пов'язані з поглибленим аналізом регіональних і соціально-демографічних відмінностей у стані здоров'я населення, тривалості життя та резильєнтності якості життя, а також з оцінкою довгострокових наслідків війни для фізичного й психічного здоров'я населення та формування стратегій стійкого повоєнного відновлення.

Ключові слова: якість життя; здоров'я населення; резильєнтність; тривалість життя; доходи населення.

Формули 0; рис. 4; табл 1; бібл. 23

Dmytro SHUSHPANOV, Orest TSISETSKYI, Vitalii VASYLCHISHYN

HEALTH AND LIFE EXPECTANCY IN THE STRUCTURE OF QUALITY-OF-LIFE RESILIENCE OF THE POPULATION OF UKRAINE: A CONCEPTUAL MODEL

ABSTRACT

Introduction. In the context of war, prolonged socio-economic transformations, and increasing security risks, the preservation of population health and life expectancy becomes a key prerequisite for maintaining quality-of-life resilience. Health in this context is viewed not only as an outcome of the functioning of social systems, but also as an active resource that enhances the population's capacity to adapt to crisis-related shocks.

Purpose of the study. The purpose of the study is to substantiate and develop a conceptual model that explains the interrelationship between population health, life expectancy, and quality-of-life resilience under conditions of prolonged economic, political, and security crises in Ukraine.

Research methods. The study is based on the analysis of data from open sources, materials of the Ministry of Health of Ukraine, the World Health Organization, and the State Statistics Service of Ukraine. The research employs a systemic and comparative approach, statistical analysis, analytical generalisation, and conceptual modelling.

Results. It is substantiated that population health is shaped by a complex interaction of individual, socio-economic, and institutional determinants and, at the same time, determines the potential for life expectancy and quality-of-life resilience. The proposed model demonstrates the cyclical nature of the relationships between health status, life expectancy, and quality-of-life resilience, where improvements in one component generate positive changes in the others. The results show that quality-of-life resilience functions as a mechanism that mitigates the negative effects of stress-related and traumatic factors, supporting physical and mental well-being under crisis conditions.

Prospects. Prospects for further research include an in-depth analysis of regional and socio-demographic differences in population health, life expectancy, and quality-of-life resilience, as well as an assessment of the long-term consequences of the war for physical and mental health and the development of strategies for sustainable post-war recovery.

Keywords: quality of life; population health; resilience; life expectancy; population income.

Formulas: 0, fig.4, tabl.: 1, bibl.: 23.

Постановка проблеми в загальному вигляді та її зв'язок з важливими науковими і практичними завданнями. В умовах тривалої війни і затяжної економічної кризи суспільство зазнає негативних викликів економічного, соціального, безпекового характеру, які безпосередньо впливають на загальний рівень життя населення, знижують його якість. Останнім часом проблематика якості життя населення в Україні є предметом підвищеної зацікавленості учених і практиків різних напрямів досліджень. Однак, незважаючи на значну увагу, яку в нинішніх умовах науковці приділяють питанням покращення якості життя загалом, на нашу думку, недостатньо досліджено проблему резильєнтності якості життя і детермінанти, які впливають на її формування.

Повномасштабна війна суттєво загострила проблеми, пов'язані зі станом здоров'я населення, доступністю медичної допомоги та зростанням соціальної вразливості окремих демографічних груп населення. За даними Міністерства охорони здоров'я України, станом на початок червня 2025 року

підтверджено пошкодження або руйнування 2354 об'єктів у складі 769 медичних закладів [15], що суттєво ускладнило доступ до медичних послуг у низці регіонів. Водночас, за оцінками ООН в Україні, значна частина медичних закладів функціонує з дефіцитом кваліфікованих кадрів, а чисельність медичного персоналу в постраждалих регіонах скоротилась у порівнянні з довоєнним періодом [6], що створює додаткові складнощі для надання якісної допомоги. У межах гуманітарного плану 2025 року ООН зазначає, що понад 9,2 млн. людей в Україні потребують медичної допомоги, включно з невідкладною та психосоціальною підтримкою [17], що підсилює навантаження на систему охорони здоров'я.

Глобальна оцінка збитків у сфері охорони здоров'я, спричинених війною, перевищує 17,8 млрд. дол. США [17], що вказує на масштаб економічних і соціальних втрат сектора. Поряд з цим значна частина внутрішньо переміщених осіб (ВПО) досі має обмежений доступ до первинних або спеціалізованих медичних послуг через зміну місця проживання та втрату звичних місць допомоги. Ці втрати інфраструктури, дефіцит кадрів і зростання потреб у реабілітації та психосоціальній підтримці відбуваються на тлі погіршення соціально-економічних умов життя. У сукупності ці чинники формують довгострокові ризики для якості життя населення та знижують його здатність адаптуватися до тривалих кризових впливів.

За таких умов особливої актуальності набуває наукове осмислення резильєнтності якості життя як комплексної характеристики, що відображає здатність населення та соціальних інституцій зберігати базові умови добробуту, відновлюватися після шоків і протистояти довготривалим загрозам. Важливим науковим і практичним завданням є уточнення ролі здоров'я населення та тривалості життя у цій системі взаємозв'язків, оскільки саме ці показники акумулюють вплив соціально-економічних, інституційних і поведінкових детермінант та можуть бути орієнтирами для формування ефективної політики у сфері охорони здоров'я, соціального захисту, демографії, особливо в умовах повоєнного відновлення.

Мета публікації – обґрунтування та розроблення концептуальної моделі, що пояснює роль здоров'я та тривалості життя у структурі резильєнтності якості життя населення України в умовах тривалих економічних, політичних та безпекових криз. У межах запропонованого підходу здоров'я розглядається як активний ресурс і чинник формування резильєнтності якості життя, тоді як тривалість життя інтерпретується як інтегральний результат функціонування резильєнтної системи та узагальнений індикатор її ефективності.

Наукова новизна дослідження полягає в концептуалізації здоров'я населення як ключового чинника формування резильєнтності якості життя в умовах системних криз, а також у трактуванні тривалості життя не як детермінанти, а як інтегрального результативного показника та індикатора ефективності резильєнтної соціально-медичної системи. Запропонована модель дає змогу розширити підходи до трактування тривалості життя та розглянути її у ширшому контексті взаємодії соціальних, економічних і медичних компонентів якості життя.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблематика якості життя населення посідає одне з центральних місць у сучасних соціально-економічних, демографічних та міждисциплінарних дослідженнях, особливо в умовах посилення кризових явищ, соціальної нестабільності та зростання вразливості окремих груп населення. У наукових працях значна увага приділяється уточненню змісту та структури якості життя, аналізу її соціально-економічних детермінант, регіональних відмінностей, а також ролі державної політики у формуванні умов для її підвищення. Серед вітчизняних учених, які зробили вагомий внесок у розвиток цієї проблематики, варто відзначити Т. Заяць, Н. Левчук, Е. Лібанову, В. Кирилюк, О. Колядич, І. Рябоконь, Л. Черенько та інших.

У межах більшості наявних досліджень здоров'я населення та тривалість життя розглядаються переважно як похідні результати соціально-економічного розвитку та загального рівня якості життя. Домінує підхід, згідно з яким зростання доходів, поліпшення умов праці, доступу до освіти й соціальних послуг створюють передумови для покращення стану здоров'я та збільшення тривалості життя населення. Така логіка є науково обґрунтованою та широко представлена як у вітчизняних, так і в міжнародних емпіричних дослідженнях.

Водночас у сучасному науковому дискурсі спостерігається поступове зміщення акцентів від домінування суто економічних індикаторів до багатовимірного оцінювання якості життя та її демографічного виміру. Важливим етапом розвитку цього підходу стала колективна монографія за редакцією О. Гладуна (2019), у якій якість життя вперше системно проаналізовано крізь призму демографічних процесів – народжуваності, здоров'я, міграції та матеріального становища населення [18]. Подальший розвиток цих ідей представлено у новітніх дослідженнях 2024 року, де закладено концептуальні засади аналізу демографічної резильєнтності українського суспільства як здатності населення підтримувати відтворення, зберігати базовий демографічний баланс і функціонування соціальних структур в умовах глибоких потрясінь [16].

Разом із тим, попри розширення теоретичних підходів до вивчення якості життя та демографічних процесів, у наукових публікаціях недостатньо представлений зворотний аналітичний ракурс, у межах якого здоров'я населення розглядається не лише як результат, а як активний ресурс і структурний елемент, здатний впливати на формування та підтримання резильєнтності якості життя в умовах тривалих кризових впливів. Також обмеженою залишається концептуалізація тривалості життя як інтегрального показника, що акумулює довгострокові наслідки функціонування соціально-економічної та медичної систем і може слугувати індикатором ефективності резильєнтних механізмів.

У цьому контексті показовою є позиція Л. Черенко, яка наголошує, що відновлення та розвиток усіх сфер суспільного життя мають забезпечити перехід від кількісних змін до формування нової якості життя населення, а можливість підтримувати сучасний спосіб життя стає одним із ключових її вимірів [23]. Водночас навіть у таких підходах питання ролі здоров'я та тривалості життя у структурі резильєнтності якості життя здебільшого залишаються імпліцитними й не отримують системного концептуального опрацювання.

Отже, попри наявність значного наукового доробку з проблематики якості життя та демографічного розвитку, залишається наукова прогалина, пов'язана з недостатньою концептуалізацією взаємозв'язків між здоров'ям населення, тривалістю життя та резильєнтністю якості життя, особливо в умовах війни та затяжних соціально-економічних криз. Заповнення цієї прогалини зумовлює доцільність розроблення концептуальної моделі, запропонованої у даному дослідженні.

Виклад основного матеріалу дослідження. Здоров'я є одним з основних компонентів резильєнтності якості життя населення, оскільки воно визначає здатність людини адаптуватися до змінюваних умов середовища та стресових ситуацій, таких як внутрішні та зовнішні загрози. У цьому контексті здоров'я доцільно розглядати як активний ресурс, що формує адаптаційний потенціал індивідів і спільнот, а не лише як наслідок соціально-економічних процесів. У широкому розумінні, резильєнтність якості життя охоплює здатність суспільства зберігати або відновлювати належний рівень добробуту в умовах зовнішніх шоків – війни, економічної кризи, пандемії чи екологічних катастроф. У цьому разі здоров'я є не тільки результатом функціонування соціальних систем, а й структурним ресурсом, що забезпечує здатність людей і спільнот адаптуватися до змін і долати труднощі.

Резильєнтність у сфері здоров'я доцільно трактувати ширше, ніж інституційну стійкість системи охорони здоров'я, зосереджуючись насамперед на здатності населення зберігати фізичне, психічне та соціальне благополуччя в умовах кризових впливів. Інституційна спроможність системи охорони здоров'я у цьому випадку розглядається як умова реалізації потенціалу здоров'я, але не як самостійна аналітична мета дослідження. Центральним показником такої резильєнтності є тривалість життя, що відображає не лише середню доживаність, а й якість прожитих років, зокрема через показники здорового життя (Healthy Life Expectancy, HALE).



Рис. 1. Детермінанти та результативні індикатори резильєнтності здоров'я населення
Примітка. Складено авторами

Отже, резильєнтність здоров'я населення – це здатність індивідів та спільнот адаптуватися до впливу стресових чинників, зберігати фізичне й психічне благополуччя та підтримувати прийнятний рівень якості життя навіть в умовах тривалих криз. Її забезпечення ґрунтується на взаємодії індивідуальних (фізичний та психічний стан), соціально-економічних (умови життя, соціальна підтримка) та інституційних детермінант, а також на результативних показниках, таких як тривалість життя та суб'єктивне сприйняття здоров'я. Наведена рис. 1. структура узагальнює основні детермінанти резильєнтності здоров'я населення та відображає їх дію на різних рівнях.

Таким чином, формування резильєнтності здоров'я населення відбувається під впливом взаємопов'язаних детермінант інституційного, соціально-економічного, середовищного та індивідуального рівнів, а також компонентів соціальної справедливості. Їх сукупна дія визначає стан здоров'я населення як центральну інтегральну характеристику, що, у свою чергу, оцінюється через результативні індикатори, зокрема тривалість життя та суб'єктивне сприйняття здоров'я.

Система охорони здоров'я є основною інституційною детермінантою складової резильєнтності здоров'я населення, оскільки визначає організаційну, матеріально-технічну та кадрову спроможність держави забезпечити доступне, якісне й своєчасне медичне обслуговування. Її функціонування створює інституційні умови реалізації потенціалу здоров'я населення, що є особливо важливим в умовах тривалих і масштабних криз (рис. 2). Пандемія COVID-19 і повномасштабна війна виявили слабкі місця у базових елементах цієї системи, які опосередковано, але суттєво впливають на адаптаційний потенціал населення та загальний рівень якості життя.

Найбільш вразливими виявилися елементи стратегічного управління та міжрівневої координації, особливо на перетині центральної влади, обласних структур і медичних закладів. Під час пандемії COVID-19 відчутною була нестача чітких процедур міжвідомчої взаємодії, що ускладнювало розподіл ресурсів і ухвалення оперативних рішень [12]. Аналогічні проблеми виявилися також в умовах повномасштабної війни. Зокрема, слабкість централізованого кризового управління й обмеженої спроможності до оперативного мобільного реагування, що найбільш гостро

позначились на регіонах, де послуги були найбільш необхідні. Це безпосередньо відобразилося на резильєнтності якості життя населення через порушення доступу до допомоги та втрату довіри до системи. За інформацією МОЗ України, до липня 2024 р. росія знищила або пошкодила 2354 медзакладів [15]. На деокупованих територіях багато громад залишилися без жодного працюючого медичного закладу. Відсутність повноцінно інтегрованого центру кризового управління у сфері охорони здоров'я з чіткими протоколами міжвідомчої координації та мобілізації ресурсів суттєво обмежує інституційну резильєнтність цієї сфери, що безпосередньо позначається на доступі населення до своєчасної та якісної медичної допомоги в кризових умовах.

Складові системи	Інституційна	Кадрова	Матеріальна	Фінансова
Визначення	Організаційна структура та механізми управління	Наявність кваліфікованого медичного персоналу, його компетентність і професійна підготовка	Забезпеченість медичним обладнанням, інфраструктурою та лікарськими засобами	Стійкість і стабільність фінансування охорони здоров'я
Типові складники	Міністерство охорони здоров'я, національні агенції, заклади охорони здоров'я як інституції, регуляторні та наглядові органи	Лікарі, медсестри, фельдшери, парамедики, медичні техніки, фармацевти	Медичне обладнання, лікарняні ліжка, лабораторії, транспорт, запас ліків і витратних матеріалів	Бюджет охорони здоров'я, страхові системи, міжнародна допомога, механізми співфінансування

Рис. 2. Основні складові системи охорони здоров'я

Примітка. Складено авторами

Кадрове забезпечення. За даними організації «Swecare», понад 9 тис. медичних працівників виїхали за межі України після початку повномасштабного вторгнення [12]. Значна частина з них – з прифронтових і тимчасово окупованих регіонів. У багатьох областях, зокрема на півдні та сході, зберігається дефіцит лікарів загальної практики та вузькопрофільних фахівців. У західних регіонах, куди перемістилися великі групи ВПО, заклади охорони здоров'я перевантажені. У Херсонській області, за даними ВООЗ, лише близько 30% медичних працівників повернулися до роботи після деокупації [4]. Це суттєво ускладнює надання медичної допомоги й погіршує доступ до неї, особливо для вразливих груп.

Фінансування. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у 2021 р. витрати України на охорону здоров'я становили 8,01% ВВП [5], що наближено до середньостатистичного показника країн Організації економічного співробітництва та розвитку. За даними офіційної статистики Міністерства фінансів України, в 2024 році фактичні видатки на охорону здоров'я зросли порівняно з попередніми роками – з 179,3 млрд. грн. у 2023 році до 201,4 млрд. грн. у 2024 році [13]. Це свідчить про пріоритетність галузі в умовах війни. Водночас структурний розподіл цих коштів між рівнями медичної допомоги та екстреними потребами залишається нерівномірним. Незважаючи на зростання номінальних видатків, зберігаються проблеми з ефективністю використання ресурсів і доступом до лікування в окремих регіонах. Частка самофінансування лікування, зокрема на вторинному рівні, продовжує бути високою, що послаблює резильєнтність домогосподарств у кризових обставинах.

Механізми реагування на кризи та нерівність доступу до медичної допомоги. Механізми реагування системи охорони здоров'я на кризові ситуації є важливою складовою інституційних детермінант резильєнтності здоров'я населення. Хоча після початку повномасштабної війни за підтримки ВООЗ, ЮНІСЕФ та інших партнерів в Україні створено мобільні клініки, резерви медикаментів і канали екстреного постачання [10], автоматизованої системи кризового реагування на національному рівні досі не сформовано. Позитивним прикладом можна вважати Центр

екстреної медицини Львівської області, який розробив незалежну систему оповіщення та управління резервами [22]. Проте подібні ініціативи залишаються локальними й не компенсують системної нестачі механізмів реагування.

Незважаючи на формальну універсальність доступу до охорони здоров'я в Україні, на практиці існує виразна нерівність між різними соціальними, демографічними та територіальними групами. Найвразливішими залишаються внутрішньо переміщені особи, літні люди, особи з інвалідністю, жителі сільської місцевості та прифронтових територій. У сільській місцевості та прифронтових регіонах фіксується дефіцит медичних кадрів, нестача ліків і обмежений доступ до спеціалізованої допомоги. Як правило, в цих регіонах фіксується недостатнє забезпечення медичним обладнанням, інфраструктурою та лікарськими засобами. Так, станом на 9 січня 2025 р. ВООЗ зафіксувала 2 209 атак на медичні заклади в Україні, що призвели до значних труднощів у доступі до медичних послуг поблизу лінії фронту, особливо в сільській місцевості та зонах активних бойових дій. Через нестабільність доріг, руйнування інфраструктури та загрозу безпеці лікарі й мобільні бригади не можуть ефективно надавати навіть базову первинну допомогу [14].

За результатами опитувань міжнародних організацій, понад 30% ВПО у 2023–2024 рр. мали труднощі з отриманням базової медичної допомоги через віддаленість медичних закладів, нестачу транспорту або перевантаження системи [1]. Водночас нерівномірний розподіл ресурсів між регіонами, недостатня доступність безбар'єрних послуг для людей з інвалідністю, а також непропорційне навантаження на жіноче населення в умовах війни створюють додаткові бар'єри для медичного обслуговування. Ці обмеження суттєво знижують резильєнтність якості життя вразливих груп населення, підсилюючи потребу в адресній підтримці, мобільних медичних командах та інтегрованих соціально-медичних підходах. При цьому міжнародний досвід свідчить про ефективність використання таких підходів. Зокрема аналіз 811 мобільних клінік у США показав, що понад 50% їхніх пацієнтів – меншини та незастраховані; мобільні клініки зменшують транспортні, часові та фінансові бар'єри до медицини [7].

21,7 % домогосподарств у 2021 р. та 19,2 % у 2020 р. з числа тих, у яких члени потребували медичної допомоги, ліків або медичного приладдя, повідомили про неможливість отримати необхідні медичні послуги або здійснити відповідні придбання. Така динаміка формувалася в умовах пандемії COVID-19, яка істотно вплинула на функціонування системи охорони здоров'я, змінюючи пріоритети надання допомоги, навантаження на медичну інфраструктуру та доступність планових і профілактичних послуг. Зростання частки домогосподарств, що зіткнулися з обмеженнями доступу, відображає не лише фінансові труднощі, а й наслідки перерозподілу ресурсів системи охорони здоров'я на подолання пандемії.

Узагальнення причин, з яких домогосподарства не змогли отримати окремі види медичної допомоги у 2020–2021 рр., зокрема придбати ліки й медичне приладдя, відвідати лікаря, пройти медичні обстеження, отримати лікувальні процедури або стаціонарне лікування (табл. 1), засвідчує, що основною причиною є занадто висока вартість (ліків, приладів чи лікування).

Висока вартість медичної допомоги має подвійний характер. З одного боку, вона відображає загальносвітову тенденцію подорожчання медичних технологій, особливо у сфері діагностики та високоспеціалізованого лікування. З іншого боку, низький рівень доходів значної частини населення України суттєво обмежує фінансову доступність медичних послуг, що в умовах повномасштабної війни лише поглиблює існуючі диспропорції. Інші причини обмеженого доступу до медичної допомоги, хоча й мають меншу поширеність, також пов'язані з рівнем фінансування галузі, територіальною доступністю послуг та загальною соціально-економічною ситуацією.

Враховуючи сучасні виклики, пов'язані з війною, вимушеною міграцією та економічною нестабільністю, особливого значення набуває аналіз впливу соціально-економічних умов на фізичний і психічний стан населення. Доступність і якість медичних послуг, у т.ч. реабілітація та психосоціальна підтримка, є критичними чинниками збереження здоров'я в умовах воєнного та повоєнного періодів. Водночас стан медичної інфраструктури, зокрема спроможність надання первинної медико-санітарної допомоги та доступ до спеціалізованої допомоги, може суттєво впливати на можливість лікування і збереження здоров'я населення.

Таблиця 1

Причини неможливості отримання окремих видів медичної допомоги та пов'язаних з нею послуг домогосподарствами України у 2020–2021 рр. в умовах пандемії COVID-19, %

Причини:	Не змогли, %:											
	Придбати ліки		Придбати медичне приладдя		Відвідати лікаря		Провести медичне обстеження		Отримати лікувальні процедури		Отримати лікування в стаціонарі	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
занадто висока вартість	96,1	98,0	95,7	96,6	57,2	66,5	85,7	89,5	90,3	95,4	87,8	91,2
не змогли знайти	3,6	1,9	4,2	0,8	–	–	–	–	–	–	–	–
черга була занадто довгою	–	–	–	–	12,2	13,1	3,2	1,7	1,2	2,1	–	–
відсутність медичного спеціаліста потрібного профілю	–	–	–	–	25,7	19,9	10,1	8,7	7,7	2,4	–	–
відсутність вільних місць	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	6,9	5,6
відсутність відділення потрібного профілю	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	5,1	3,2
інше	0,3	0,1	0,1	2,6	4,9	0,5	1,0	0,1	0,8	0,1	0,2	–

Примітка. Складено на основі даних Державної служби статистики України [19].

Загалом поточний стан системи охорони здоров'я України свідчить про її часткову функціональність за умов обмеженої резильєнтності. Війна стала тестом для всіх елементів: інституційного управління, ресурсного забезпечення, кадрової стійкості та готовності до надзвичайних ситуацій. Відновлення й посилення цих компонентів є критично важливими для забезпечення якості життя в умовах тривалих кризових впливів.

Соціально-економічні детермінанти мають значний вплив на здоров'я населення та його резильєнтність (рис. 3). Так, зайнятість, освіта, доходи, соціальна підтримка та житлові умови безпосередньо визначають рівень стресового навантаження, що, у свою чергу, позначається на фізичному та психічному здоров'ї населення. Проблеми, пов'язані з безробіттям і нестабільністю доходів, можуть стати основними детермінантами, що впливають на збільшення захворювань та смертності.

За даними Національного банку України у 2024 р. середній рівень безробіття в Україні знизився до 14,3% (у 2023 р. становив 17,4%, у 2022 р. – 18,5%) [21].

У 2024 р. в Україні відбулося помітне зростання номінальних трудових доходів населення, зумовлене насамперед дефіцитом робочої сили, поетапним підвищенням мінімальної заробітної плати та частковим відновленням економічної активності, однак це зростання має обмежений і нерівномірний характер. Попри збільшення середньої зарплати більш ніж на 22% і її відновлення в євровому еквіваленті до рівня, вищого за довоєнний, доходи працюючого населення залишаються структурно низькими в порівнянні з європейськими країнами, що підтримує стимули до зовнішньої трудової міграції та загострює кадровий дефіцит усередині країни [20]. Паралельно з цим прискорення інфляції суттєво звузило приріст реальної купівельної спроможності, внаслідок чого значна частина домогосподарств змушена обмежувати споживання базових товарів, зокрема харчування. Таким чином зростання доходів у 2024 р. не переросло у підвищення добробуту більшості працюючого населення та не компенсувало накопичених соціально-економічних

дисбалансів, що формують довгострокові ризики бідності й обмежують потенціал післявоєнного відновлення України.

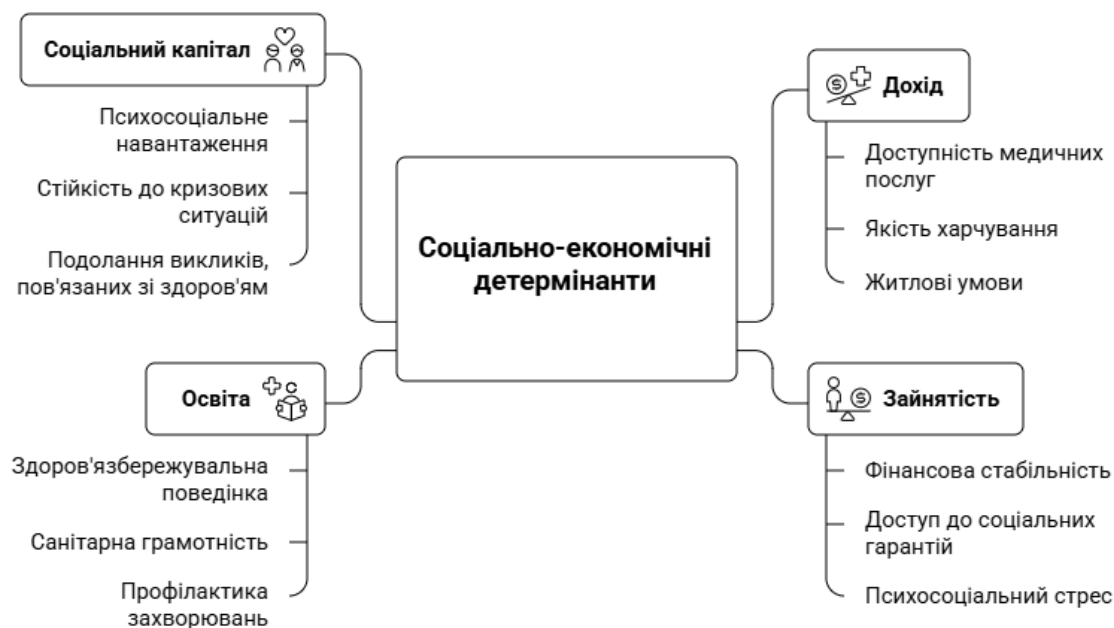


Рис. 3. Основні соціально-економічні детермінанти здоров'я населення
Примітка. Складено авторами

Проблеми безробіття та нестабільного доходу можуть мати потужний вплив на здоров'я населення, і не лише в матеріальному сенсі. Постійне хвилювання через відсутність стабільного заробітку може призводити до тривалого стресу, що підвищує ризик серцево-судинних хвороб, депресії та порушень імунної системи [9; 2]. Люди без стабільного доходу часто відкладають візити до лікаря або не можуть дозволити собі лікування, що збільшує ймовірність ускладнень і хронічних хвороб. Безробіття може позбавити людину доступу до якісного харчування та безпечного житла, що критично впливає на загальний стан здоров'я. Відчуття безнадійності, ізоляція та втрата соціального статусу внаслідок безробіття можуть призвести до депресій, тривожних розладів, зловживання алкоголем чи іншими речовинами. Мета-аналізи показують, що безробітні особи мають статистично значуще вищі показники загальної смертності порівняно з зайнятим населенням, навіть після контролю за віком, освітою та початковим станом здоров'я [9].

Соціально-економічна нестабільність впливає також на поведінкові аспекти здоров'я. Особи без стабільного доходу частіше відкладають звернення за медичною допомогою або не можуть дозволити собі повноцінне лікування, що підвищує ризик ускладнень і переходу гострих захворювань у хронічні [8]. Обмеження фінансових ресурсів супроводжуються погіршенням якості харчування та житлових умов, які є ключовими соціальними детермінантами здоров'я. Психологічні наслідки безробіття – відчуття безнадійності, соціальної ізоляції та втрати соціального статусу – статистично пов'язані з підвищеною поширеністю депресивних станів і зловживання психоактивними речовинами [2; 10].

Зазначені процеси мають кумулятивний ефект, за якого соціально-економічні детермінанти формують довгострокові ризики для здоров'я населення, сприяючи зростанню захворюваності та скороченню тривалості життя [8;3]. Порівняльні дослідження європейських країн демонструють, що негативні наслідки безробіття для здоров'я значною мірою пом'якшуються в умовах розвинених систем соціального захисту та універсального доступу до медичних послуг, тоді як за слабкої інституційної підтримки ці ефекти є суттєво сильнішими [3].

Модель взаємозв'язку здоров'я населення, тривалості життя та резильєнтності якості життя відображає концептуальний взаємозв'язок між соціально-економічними детермінантами,

середовищем життя, способом життя, доступністю та якістю медичних товарів і послуг, генетичними чинниками та здоров'ям населення (рис. 4). Здоров'я у цій моделі розглядається як інтегральний результат впливу зазначених детермінант, що безпосередньо визначає рівень тривалості життя населення.

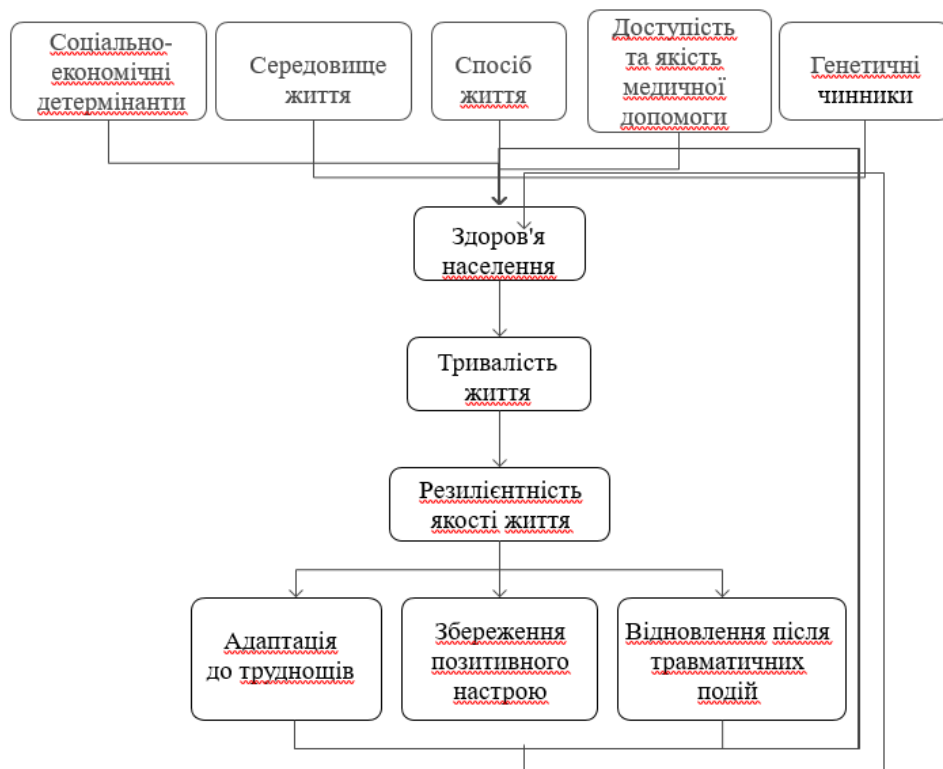


Рис. 4. Модель циклічного взаємозв'язку між здоров'ям населення, тривалістю життя та резильєнтністю якості життя

Примітка. Складено авторами

У межах даного дослідження резильєнтність здоров'я населення трактується як багаторівнева характеристика, що формується на індивідуальному, спільнотному та інституційному рівнях і проявляється через здатність населення зберігати та відновлювати якість життя в умовах тривалих кризових впливів.

Резильєнтність якості життя виступає інтегративним механізмом, який, з одного боку, пом'якшує негативний вплив стресових і кризових чинників на здоров'я та тривалість життя, а з іншого – формується під впливом фізичного, психічного й соціального благополуччя населення. Вона забезпечує здатність індивідів адаптуватися до труднощів, підтримувати психологічну рівновагу та відновлюватися після травматичних подій, що опосередковано сприяє збереженню здоров'я і подовженню життя. У цьому контексті резильєнтність не зводиться до короткострокової адаптації, а охоплює здатність до збереження функціональності, відновлення та формування нової рівноваги після кризових порушень.

Водночас добрий стан здоров'я сприяє формуванню й підтриманню високого рівня резильєнтності, оскільки фізичне та психічне благополуччя підвищують здатність людей до соціальної активності, трудової участі та залученості в громадське життя. Це, своєю чергою, посилює індивідуальну й колективну стійкість до стресових впливів та підтримує суб'єктивне сприйняття якості життя.

Таким чином, між здоров'ям населення, тривалістю життя та резильєнтністю якості життя формується взаємозалежний і циклічний зв'язок: покращення одного з компонентів здатне генерувати позитивні зміни в інших. Запропонована модель може слугувати аналітичною рамкою для оцінювання наслідків кризових потрясінь і обґрунтування політик у сфері громадського здоров'я та соціального розвитку, з урахуванням не лише демографічних показників, а й якісних

характеристик життя населення. Важливо також підкреслити, що резильєнтність здоров'я та якості життя має виразний часовий вимір і проявляється не лише у здатності реагувати на кризу, а й у темпах та якості відновлення після її пікових фаз.

Висновки. Вивчення стану здоров'я населення є невід'ємною складовою дослідження якості життя в умовах війни та соціально-економічних трансформацій. Здоров'я населення формується під впливом комплексу соціально-економічних, інституційних, поведінкових та середовищних детермінант і водночас виступає ключовим ресурсом підтримання резильєнтності якості життя в умовах тривалих кризових впливів.

Між станом здоров'я населення, тривалістю життя та резильєнтністю якості життя існує тісний, взаємозалежний і циклічний зв'язок. Здоров'я визначає потенціал довголіття та активної участі населення в суспільному житті, тоді як резильєнтність якості життя виступає інтегративним механізмом, що пом'якшує негативні наслідки стресових і травматичних подій, сприяє адаптації до криз та підтримує фізичне й психічне благополуччя. З огляду на це, резильєнтність не зводиться до короткострокової адаптації, а охоплює здатність до збереження функціональності та відновлення після тривалих потрясінь.

Запропонована концептуальна модель пояснює взаємозв'язок здоров'я і тривалості життя з резильєнтністю якості життя населення в умовах впливів, спричинених тривалими економічними, політичними та безпековими кризами, а також визначає їх ключовими драйверами суспільної стійкості та сталого розвитку країни. Запропонована модель може слугувати аналітичною рамкою для оцінювання наслідків кризових впливів і обґрунтування політики громадського здоров'я та соціального розвитку, орієнтованої не лише на зниження втрат, а й на відновлення та збереження якості життя населення.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з поглибленим аналізом регіональних та соціально-демографічних відмінностей у стані здоров'я, тривалості життя та рівні резильєнтності якості життя. Окремої уваги потребує вивчення довгострокових наслідків війни для фізичного і психічного здоров'я населення, а також оцінка ролі соціальної підтримки, доступності медичної допомоги та інституційних рішень у підтриманні резильєнтності вразливих груп у процесі повоєнного відновлення.

Список літератури:

1. Access to healthcare services among internally displaced persons. UNHCR Ukraine. <https://data.unhcr.org/en/documents/details/101633>.
2. Brand J.E. The far-reaching impact of job loss and unemployment. *Annual Review of Sociology*. 2015. Vol. 41. P. 359–375. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26336327/?utm_source=chatgpt.com.
3. Eikemo T.A., Bambra C., Joyce K., Dahl E. Welfare state regimes and income-related health inequalities: a comparison of 23 European countries. *European Journal of Public Health*. 2008. Vol. 18(6). P. 593–599. URL: https://www.europeansocialsurvey.org/sites/default/files/2023-06/ESS7_health_inequalities_final_mod.pdf?utm_source=chatgpt.com.
4. Emergency Appeal: Ukraine. World Health Organization (WHO). URL: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/2025-appeals/ukraine-hea.pdf>
5. Global Health Expenditure Database: Ukraine. WHO. <https://data.who.int/countries/804>
6. Humanitarian Needs and Response Plan 2025. Health Sector. Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. URL: <https://salolli/C684F92>
7. Malone, N. C. And ect. Mobile health clinics in the United States. *International Journal for Equity in Health*, 2020. 19(1):40. doi:10.1186/s12939-020-1135-7
8. Marmot M., Wilkinson R. *Social Determinants of Health*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2006.
9. Paul K., Moser K. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*. 2009. Vol. 74(3). P. 264–282. DOI: 10.1016/j.jvb.2009.01.001.
10. Situation reports and response updates. WHO Ukraine. <https://www.who.int/publications/m/item/ukraine-situation-report-2023>

11. Social determinants of mental health. Geneva: WHO, 2014. World Health Organization. URL: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/108082/9289012870-eng.pdf?sequence=1&utm_source=chatgpt.com.
12. Ukrainian Healthcare System in 2024: A Comprehensive Report. Swecare. URL: <https://www.swecare.se/media/okhd3tkg/ukrainian-healthcare-system-in-2024-a-comprehensive-report-final-1.pdf>
13. Ukrainian Fiscal Digest: бюджет 2023. KSE Institute. <https://kse.ua/about-the-school/news/kse-institute-analyses-2023-budget-outcomes-in-the-first-issue-of-the-ukrainian-fiscal-digest/>
14. WHO Humanitarian Response Plan 2025. Geneva: WHO, 2024. 24 p. URL: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/2025-appeals/2025-hea-ukraine.pdf> (accessed: 12 July 2025).
15. Втрати медичної інфраструктури через війну: понад 2300 об'єктів медзакладів пошкоджені або зруйновані. МОЗ України. URL: <https://salo.li/C675C3b>
16. Гладун, О., Курило, І., Шушпанов, Д., Аксьонова, С., Позняк, О. Концептуальні засади дослідження демографічної резильєнтності українського суспільства. Демографія та соціальна економіка, 58(4), 2024. 45–64. <https://doi.org/10.15407/dse2024.04.045>
17. Збитки сфери охорони здоров'я України внаслідок війни перевищили \$17,8 млрд. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3934443-zbitki-sferi-ohoroni-zdorova-ukraini-vnaslidok-vijni-perevisuut-17-milardiv-moz.html>
18. Населення України. Демографічний вимір якості життя: кол. моногр. / за ред. О.М. Гладуна; НАН України, Ін-т демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи. Київ, 2019. 396 с.
19. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2021 році.. Державна служба статистики України: URL: https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2022/zb/03/zb_snsz_21.pdf
20. Трудові доходи українців в умовах війни. Національний інститут стратегічних досліджень. URL: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/sotsialna-polityka/trudovi-dokhody-ukrayintsiv-v-umovakh-viyny>.
21. Українська економіка у 2024 році: спецвипуск Трекеру. Центр економічної стратегії. URL: https://ces.org.ua/ukrainian_economy_in_2024/
22. Центр екстреної медицини Львівської області. <https://emergency.lviv.ua/news/interv-yu-z-kerivnykom-centr>.
23. Якість життя населення України та перші наслідки війни / Черенько Л. М. та ін.; Нац. акад. наук. Укр., Ін-т демогр. та соц. дослідж. ім. М.В. Птухи. Електронне видання. Київ, 2023. URL: <https://salo.li/40D699a>.

References

1. United Nations High Commissioner for Refugees. (2023). *Access to healthcare services among internally displaced persons*. UNHCR Ukraine. Retrieved from <https://data.unhcr.org/en/documents/details/101633>
2. Brand, J. E. (2015). The far-reaching impact of job loss and unemployment. *Annual Review of Sociology*, 41, 359–375. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26336327/>
3. Eikemo, T. A., Bambra, C., Joyce, K., & Dahl, E. (2008). Welfare state regimes and income-related health inequalities: A comparison of 23 European countries. *European Journal of Public Health*, 18(6), 593–599. Retrieved from https://www.europeansocialsurvey.org/sites/default/files/2023-06/ESS7_health_inequalities_final_mod.pdf
4. World Health Organization. (2025). *Emergency appeal: Ukraine*. WHO. Retrieved from <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/2025-appeals/ukraine-hea.pdf>
5. World Health Organization. *Global health expenditure database: Ukraine*. Retrieved from <https://data.who.int/countries/804>

6. Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. (2025). *Humanitarian needs and response plan 2025. Health sector*. Retrieved from <https://sal0.li/C684F92>
7. Malone, N. C., et al. (2020). Mobile health clinics in the United States. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-1135-7>
8. Marmot, M., & Wilkinson, R. (2006). *Social determinants of health* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
9. Paul, K., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264–282. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2009.01.001>
10. World Health Organization. *Situation reports and response updates: Ukraine*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/m/item/ukraine-situation-report-2023>
11. World Health Organization. (2014). *Social determinants of mental health*. Geneva: WHO. Retrieved from <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/108082/9289012870-eng.pdf>
12. Swecare. (2024). *Ukrainian healthcare system in 2024: A comprehensive report*. Retrieved from <https://www.swecare.se/media/okhd3tkg/ukrainian-healthcare-system-in-2024-a-comprehensive-report-final-1.pdf>
13. KSE Institute. (2023). *Ukrainian fiscal digest: Budget 2023*. Retrieved from <https://kse.ua/about-the-school/news/kse-institute-analyses-2023-budget-outcomes-in-the-first-issue-of-the-ukrainian-fiscal-digest/>
14. World Health Organization. (2024). *WHO humanitarian response plan 2025*. Geneva: WHO. Retrieved from <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/2025-appeals/2025-hea-ukraine.pdf>
15. Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. Vtraty medychnoi infrastruktury cherez viinu: ponad 2300 ob'ektiv medzakladiv poshkodzheni abo zruinovani [Losses of medical infrastructure due to the war: more than 2,300 healthcare facilities damaged or destroyed]. Retrieved from <https://sal0.li/C675C3b> [in Ukrainian].
16. Hladun, O., Kurylo, I., Shushpanov, D., Aksonova, S., & Pozniak, O. (2024). Kontseptualni zasady doslidzhennia demografichnoi rezylentnosti ukraïnskoho suspilstva [Conceptual foundations of the study of demographic resilience of Ukrainian society]. *Demografiia ta sotsialna ekonomika*, 58(4), 45–64. <https://doi.org/10.15407/dse2024.04.045> [in Ukrainian].
17. Zbytky sfery okhorony zdorovia Ukrainy vnaslidok viiny perevyschchyly \$17,8 mlrd [Losses of Ukraine's healthcare sector due to the war exceeded USD 17.8 billion]. Retrieved from <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3934443-zbitki-sferi-okhoroni-zdorova-ukraini-vnaslidok-vijni-perevisuut-17-milardiv-moz.html> [in Ukrainian].
18. Hladun, O. M. (Ed.). (2019). *Naselennia Ukrainy. Demografichni vymir yakosti zhyttia* [Population of Ukraine. Demographic dimension of quality of life]. Kyiv: Ptukha Institute for Demography and Social Studies of the NAS of Ukraine. [in Ukrainian].
19. Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy. Samootsinka naselenniam stanu zdorovia ta rivnia dostupnosti okremykh vydiv medychnoi dopomohy u 2021 rotsi [Self-assessment of health status and accessibility of selected medical services by the population in 2021]. Retrieved from https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2022/zb/03/zb_snsz_21.pdf [in Ukrainian].
20. Natsionalnyi instytut stratehichnykh doslidzen. Trudovi dokhody ukraïntsiv v umovakh viiny [Labour incomes of Ukrainians under wartime conditions]. Retrieved from <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/sotsialna-polityka/trudovi-dokhody-ukrayintsiv-v-umovakh-viiny> [in Ukrainian].
21. Tsentr ekonomichnoi stratehii. (2024). *Ukrainian economy in 2024: Special tracker issue*. Retrieved from https://ces.org.ua/ukrainian_economy_in_2024/ [in Ukrainian].
22. Tsentr ekstrenoi medytsyny Lvivskoi oblasti [Lviv Regional Emergency Medical Center]. Retrieved from <https://emergency.lviv.ua/news/interv-yu-z-kerivnykom-centr> [in Ukrainian].
23. Cherenko, L. M., et al. (2023). *Yakist zhyttia naselennia Ukrainy ta pershi naslidky viiny* [Quality of life of the population of Ukraine and the first consequences of the war]. Kyiv: Ptukha Institute

for Demography and Social Studies of the NAS of Ukraine. Retrieved from <https://salo.li/40D699a> [in Ukrainian].

Статтю прийнято 28.04.2025