

**РЕГІОНАЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ
НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ***С. П. Батиченко*

Актуальність проблеми. Нестабільність економічного розвитку України зумовлює певні труднощі в реалізації державної та регіональної соціальної політики, зокрема у сфері охорони здоров'я. Це приводить до формування негативних тенденцій стосовно показників захворюваності населення. В Україні складну медичну картину й демопопуляційну ситуацію визначають високий рівень захворюваності населення, швидкі темпи поширення соціально значущих хвороб, істотні регіональні диспропорції у рівні захворюваності населення. Цим зумовлена актуальність медико-географічних досліджень згаданих тенденцій.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Вивчення суспільствознавчо-географічних основ та регіональних аспектів медичної географії в Україні здійснювали О.Шаблій, В.Шевченко, Л.Немець, Л.Шевчук, Л.Романів, І.Мартусенко, А.Баркова та інші вчені. Основний акцент у таких дослідженнях зроблено на розвиткові медичної географії як науки, що сформувалася на межі медицини та географії і вивчає вплив природних умов і соціально-економічних чинників на стан здоров'я населення. Обґрунтовують також розміщення інфраструктури медичного обслуговування, регіональні відміни забезпеченості медичної сфери кадрами, медико-геопросторові системи різного ієрархічного рівня. Водночас, постає питання вивчення просторового поширення – географії різних видів захворюваності населення як складової медичної географії. Йдеться про територіальну диференціацію захворюваності населення та причини, які її зумовлюють. В Україні в зв'язку із демопопуляційною кризою та негативним за генезою процесом старіння нації такі дослідження є пріоритетними для державного і регіонального рівнів управління соціальною сферою.

Постановка завдання. Метою цієї роботи є суспільствознавчо-географічний аналіз індикативних показників захворюваності населення України, визначення тісноти зв'язку різних захворювань населення з демопопуляційними, соціально-економічними, інфраструктурними та екосередовищними показниками, групування й кластеризація регіонів за показниками захворюваності населення з використанням різних методів дослідження.

Виклад основного матеріалу. Географія захворюваності населення – це складова медичної географії, яка вивчає територіальні відміни та особливості захворюваності населення, досліджує закономірності поширення хвороб і встановлює причини, що їх зумовлюють. Суспільствознавчо-географічне дослідження захворюваності населення включає просторово-часовий аналіз поширення хвороб та виявлення чинників, які його зумовлюють. Таким чином, просторові аспекти

захворюваності населення на хвороби різних видів передбачають типізацію регіонів за поширенням хвороб і рівнем захворюваності населення, що формується під впливом ряду чинників. Просторово-часові аспекти захворюваності населення визначають необхідність типізації регіонів за динамікою процесів поширення захворювань різних видів.

На захворюваність населення впливають такі чинники:

- спадковість і генетичний фонд;
- особливий спосіб життя населення (куріння, вживання алкоголю, наркотиків, неправильне харчування, стреси, шкідлива праця, незадовільні умови побуту, гіперурбанізація, гіподинамія, неблагополучне середовище спілкування і проживання);
- демопопуляційні навантаження (тривалість життя, середній вік населення, рівень смертності, статеві-вікова структура населення, активність міграційних процесів);
- рівень розвитку медичної системи та охорони здоров'я населення (забезпеченість медичною інфраструктурою та медичними фахівцями, якість і фізична та економічна доступність надання медичних послуг);
- стан навколишнього середовища (забруднення атмосферного повітря стаціонарними й пересувними джерелами, забруднення ґрунтів, поверхневих і підземних вод, поводження з відходами);
- рівень соціально-економічного розвитку території та рівень життя населення (спеціалізація регіонів, рівні безробіття і зайнятості населення, доходи й витрати населення, поширення бідності серед населення, сформованість середнього класу); управлінські рішення щодо розвитку охорони здоров'я (своєчасність проведення медичних реформ, ефективне управління медичною сферою, підготовка кадрів для охорони здоров'я, державне фінансування медичної сфери).

Для України характерні такі негативні передумови для динаміки захворюваності населення: інтенсивний процес старіння населення, чисельний виїзд населення молодших вікових груп за кордон, низький рівень доходів і поширення бідності серед населення, несформованість середнього класу, низький рівень економічної доступності якісних медичних послуг, насамперед, низький рівень не лише економічної, а й фізичної доступності медичних послуг у сільській місцевості, відсутність достатньої кількості кваліфікованого медичного персоналу, високі показники забруднення атмосферного повітря, незадовільна якість питної води.

Сукупність таких чинників негативно позначається на рівні та поширенні захворюваності різних видів серед населення регіонів України. Позитивними чинниками є прийнятні зміни окремих демографічних показників (рівня смертності і народжуваності населення, збільшення тривалості життя), перспективи проведення ефективної нової реформи медичної сфери та модернізації економіки за рахунок використання екологічно прийнятних технологій виробництва.

Регіональний аналіз захворюваності населення України доцільно здійснювати за такими п'ятьма індикативними показниками: поширення соціально вразливих захворювань; захворюваність населення працездатного віку; захворюваність дітей; дитяча смертність; інвалідність населення.

Захворювання на туберкульоз в Україні ВООЗ офіційно оголосила епідемією у 1995 році. Найвищою захворюваність на туберкульоз в Україні була у 2005 році, коли показник захворюваності складав майже 100 випадків на 100 тис. населення і втричі перевищував рівень захворюваності на туберкульоз до початку епідемії. Високий рівень захворюваності населення України на туберкульоз і поширення його мультирезистентної форми зумовлені, насамперед, недостатнім і несвоєчасним виявленням хворих на туберкульоз різних форм, недостатнім доступом до медичної допомоги уразливих до захворювання груп населення, низькою ефективністю лікування хворих, яким уперше встановлено діагноз туберкульоз. З 2005 до 2011 року в Україні рівень захворюваності населення на активний туберкульоз знизився на 25 % і складав 68,2 випадки на 100 тис. населення.

За період 2001-2011 років максимальні значення показника захворюваності населення на активний туберкульоз були стабільно характерні для Херсонської області, а мінімальні для м. Києва. Найвищі показники захворюваності населення на активний туберкульоз із уперше встановленим діагнозом також характерні для Херсонської, Одеської, Дніпропетровської та Миколаївської областей (108,0-80,0 випадків на 100 тис. населення). Найнижчий рівень захворюваності населення на активний туберкульоз був у м. Києві, Чернівецькій та Харківській областях (до 50,0 випадків на 100 тис. населення).

У 2012 році показник поширення всіх форм активного туберкульозу серед населення України складав 135,9 хворих на 100 тис. населення. З 2001 до 2012 року він скоротився удвічі. Максимальне значення показника ширення активного туберкульозу серед населення регіонів України більше ніж втричі переважажало над мінімальним.

Мінімальні значення показника у 2001-2012 роках були стабільно характерні для м. Києва, а максимальні – для Херсонської області. Виняток склав лише 2010 рік, коли максимальні значення показника були у Дніпропетровській області (рис. 1).

Проблемою для України є достатньо висока захворюваність дітей на активний туберкульоз усіх форм – 8,4 випадків захворюваності на 100 тис. дітей віком від 0 – 14 років. З 2001 по 2010 роки рівень захворюваності дітей на активний туберкульоз усіх форм знизився на 10 %, але з 2010 по 2012 роки він знову зріс на 7 %.

З 2001 до 2012 року максимальні та мінімальні значення показника захворюваності дітей на активний туберкульоз спостерігалися в різних регіонах країни. Так, у 2001 році максимальні значення показника були характерні для Чернівецької області, а мінімальні – для Закарпатської області. Максимальні значення показника у 2005 році були у АР Крим, а у 2010 та 2012 роках –

у Херсонській області. Мінімальні значення показника захворюваності дітей на активний туберкульоз у 2005 та 2012 роках були характерні для Хмельницької області, а у 2010-2011 роках – для Полтавської (рис. 2).

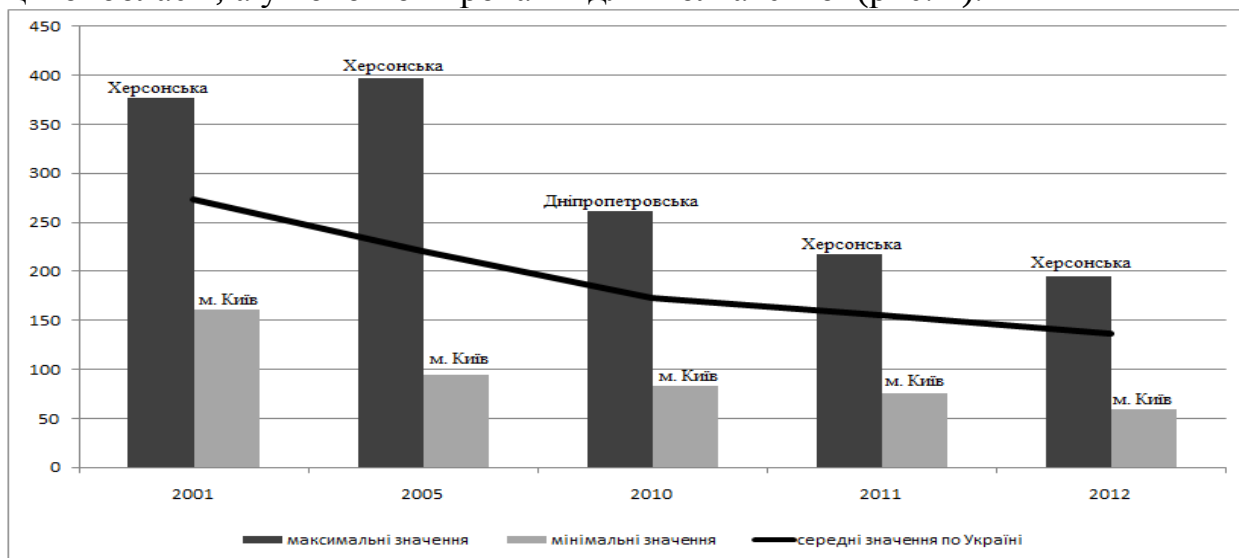


Рис. 1. Динаміка максимальних, мінімальних та середніх в Україні значень показника поширення захворюваності населення на активний туберкульоз

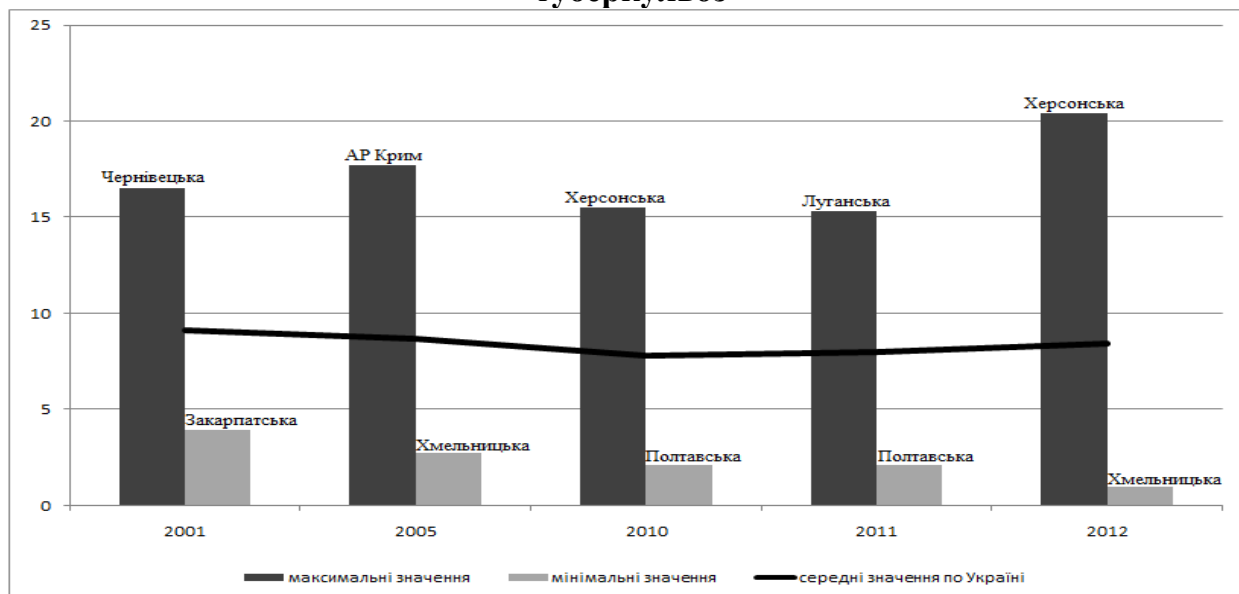


Рис. 2. Динаміка максимальних, мінімальних та середніх в Україні значень показника захворюваності дітей на активний туберкульоз

Найвищі значення показника захворюваності дітей на активний туберкульоз у 2012 році були характерні для Херсонської, Луганської, Дніпропетровської областей (понад 15,0 випадків на 100 тис. дітей).

У 2012 році захворюваність на активний туберкульоз серед сільського населення України була на 11,3 % вищою, ніж серед міського населення. А поширення туберкульозу серед сільського населення майже на 27 % перевищувало показник для жителів міст.

Реалізація заходів протидії туберкульозу серед населення відображається показником ефективності його лікування. Найефективніше лікують захворювання

у ряді західних областей України: Волинській, Тернопільській, Чернівецькій, Львівській, Івано-Франківській (79,5-70,0 %). Найнижчі показники ефективності лікування характерні для Херсонської, Дніпропетровської, Харківської, Луганської областей та АР Крим (48,5-37,0 %).

Епідемічну ситуацію з туберкульозом характеризує показник смертності від цієї хвороби. За період 2008-2012 років рівень смертності населення від туберкульозу зменшився у 1,5 рази і складав 15,1 випадків смерті на 100 тис. населення. Найвищі показники смертності населення від туберкульозу характерні для Дніпропетровської, Луганської, Херсонської областей (понад 20,0 випадків смерті на 100 тис. населення), а найнижчі – для Тернопільської, Вінницької, Хмельницької областей та м. Києва (менше 10,0 випадків смертності на 100 тис. населення).

У 2012 році показник захворюваності населення України на злоякісні новоутворення складав 358,0 хворих на 100 тис. населення. За період 2001-2012 років він зріс із 320,1 до 358,0 хворих на 100 тис. населення, тобто більше ніж на 10 %.

У 2001 році максимальні значення показника захворюваності населення на рак були характерні для АР Крим і Полтавської області, а найнижчі – Закарпатської, Рівненської, Чернівецької, Волинської та Івано-Франківської. У 2012 році максимальні значення показника захворюваності населення на рак були характерні для Кіровоградської області (453,9 хворих на 100 тис. населення), а мінімальні – для Закарпатської, Рівненської, Чернівецької, Івано-Франківської та Волинської областей (менше 300,0 випадків захворювань на 100 тис. населення). Показник максимального рівня захворюваності перевищував мінімальний у регіонах України в 1,8 разу.

У 2012 році показник поширення злоякісних новоутворень серед населення України складав 2319,0 хворих на 100 тис. населення. З 2001 до 2012 року він зріс майже у 1,5 разу. Найнижчі показники поширення раку були на території Закарпатської області, а найвищі – в межах Миколаївської та Одеської областей.

Ураження дітей злоякісними новоутвореннями у регіонах України відрізняється від рівня захворюваності дорослого населення. Так, у 2012 році найвищий рівень захворюваності дітей на злоякісні новоутворення був у Миколаївській, Херсонській та Закарпатській областях (понад 15,0 хворих дітей на 100 тис. дітей). Нижчий середнього рівень захворюваності дітей на рак був характерний для Тернопільської, Запорізької, Полтавської, Сумської, Волинської, Чернігівської, Луганської та Київської областей. У 2012 році максимальний показник захворюваності дітей на рак перевищував мінімальний у 2,5 разу.

Позитивна динаміка рівня захворюваності дітей на злоякісні новоутворення характерна для Тернопільської області: у 2001-2005 роках в регіоні були найвищі показники захворюваності дітей в межах України, а у 2010-2012 роках регіон входив до групи з найнижчими показниками.

У 2012 році рівень смертності населення від злоякісних новоутворень складав 185,5 випадків на 100 тис. населення. Вищі середніх показники смертності населення від раку були характерні для Харківської, Полтавської, Сумської, Дніпропетровської, Кіровоградської та Запорізької областей (понад 200,0 випадків), а найнижчі – у Волинській та Закарпатській областях (менше 150,0 випадків). Максимальний показник смертності від раку перевищував мінімальний в 1,7 разу.

Про ефективність лікування хворих на рак свідчить відсоток хворих, які не прожили одного року з часу встановлення діагнозу. У 2012 році питома вага таких хворих складала 32,5 %. Цей показник коливався у межах від 26,5 % в Одеській області до 37,7 % у Чернівецькій області.

Важливою характеристикою захворюваності населення є стан психічного здоров'я. За період 2005-2012 років первинна захворюваність населення на розлади психіки та поведінки зменшилася більше ніж на 6,0 % і становила 227,7 хворих на 100 тис. населення. Максимальні значення показника характерні для Житомирської, Київської та Чернігівської областей (понад 300,0 хворих на 100 тис. населення), а мінімальні – для м. Києва та Чернівецької області (менше 150,0 хворих на 100 тис. населення).

У 2012 році під наглядом у медичних закладах перебувало 2558,5 хворих на розлади психіки та поведінки на 100 тис. населення. Найбільше таких хворих проживало у Донецькій, Черкаській і Херсонській областях, а найменше – у м. Києві.

У 2012 році захворюваність населення України за хворобами всіх класів була на рівні 68,6 тис. хворих на 100 тис. населення. Найбільше випадків захворюваності населення було зареєстровано в м. Києві, Івано-Франківській, Львівській та Дніпропетровській областях (понад 80 тис. хворих на 100 тис. населення). А в АР Крим і Сумській, Луганській, Запорізькій, Полтавській, Донецькій та Кіровоградській областях коефіцієнт захворюваності населення був нижчим середнього. При цьому максимальний показник захворюваності населення України перевищує мінімальний майже вдвічі.

Важливим є показник захворюваності населення в працездатному віці. Найвищий рівень захворюваності населення працездатного віку був зареєстрований у Києві, Львівській, Івано-Франківській та Дніпропетровській областях, де він перевищував 65,1 тис. хворих на 100 тис. населення працездатного віку. На території АР Крим, Луганської та Сумської областей цей показник був найнижчим (менше 40,0 тис. хворих на 100 тис. населення працездатного віку).

Одним із індикаторів соціально-економічного добробуту суспільства є показник дитячої смертності. Рівень смертності дітей у віці до 1 року життя інтенсивно зростає в Україні у першій половині 90-х років ХХ століття. У 1993 та 1995 роках був зафіксований найвищий рівень дитячої смертності в Україні – 15 померлих на тисячу народжених дітей віком до 1 року. У 1996-2004 роках коефіцієнт дитячої смертності знижувався, а в 2005-2011 роках мав неоднозначну динаміку. У структурі смертності дітей у віці до 1 року

основними причинами є: окремі стани, що виникли у перинатальному періоді (52,7 % померлих дітей), природні вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (24,3 % померлих дітей), зовнішні причини (5,5 % померлих дітей).

У 2012 році в Україні показник дитячої смертності був на рівні 8,4 померлих дітей у віці до одного року на тисячу народжених дітей. Регіонами з найнижчим рівнем дитячої смертності були Київська, Полтавська, Івано-Франківська, Сумська області (менше 6,9 померлих дітей віком до 1 року на тисячу народжених), а з найвищим – Дніпропетровська та Донецька області (понад 10,0 померлих дітей віком до 1 року на тисячу народжених).

Одним із індикаторів стану здоров'я є інвалідність населення. За період 2001-2012 років кількість інвалідів з уперше встановленим діагнозом постійно змінювалася. Так, у 2001-2005 роках їх кількість зростала, у 2005-2012 роках – зменшилася. Найнижчий коефіцієнт інвалідності населення в Херсонській області (менше 50 інвалідів на тисячу населення), найвищий – у Хмельницькій (понад 80 інвалідів на тисячу населення).

Для визначення ступеня впливу різних факторів (демопопуляційних, соціально-економічних, інфраструктурних та екосередовищних) на рівень захворюваності населення регіонів України на хвороби різних видів проведено кореляційний аналіз. Як індикатори факторів було використано двадцять показників: соціально-демографічні (коефіцієнти народжуваності та смертності, середній вік та очікувана тривалість життя населення, частки дітей і підлітків та пенсіонерів у віковій структурі населення), соціально-економічні (наявні доходи та витрати населення на одну особу, середньомісячна заробітна плата працівників, рівень бідності населення, сума депозитів населення в банках на одну особу, калорійність харчування, рівні зареєстрованого безробіття та безробіття, визначеного за методологією МОП), інфраструктурні (забезпеченість населення лікарняними ліжками, лікарями та середнім медичним персоналом) та екосередовищні (забруднення атмосфери, води і наявність відходів).

Як результуючі показники було взято захворюваність населення на хвороби таких видів: захворюваність на туберкульоз, злоякісні новоутворення, психічні розлади, алкоголізм, хвороби ендокринної системи.

Обрахунок коефіцієнтів кореляції показав, що захворюваність населення України на хвороби різних видів найтісніше пов'язана із показниками забезпеченості медичної сфери лікарями та середнім медичним персоналом, з демографічними показниками та рівнем доходів населення, який відчутно впливає на спосіб життя та навички населення. Вплив визначених екосередовищних індикаторів є помірним або слабким, а в окремих випадках отримані коефіцієнти кореляції свідчать про відсутність або дуже слабку тісноту зв'язку. Це є логічним, оскільки їх вплив проявляється, насамперед, у демопопуляційній сфері через індикатори середньої очікуваної тривалості життя, коефіцієнти народжуваності та смертності тощо.

На захворюваність населення на туберкульоз в Україні найбільший вплив здійснюють індикатори очікуваної тривалості життя населення,

забезпеченості медичними працівниками та якості води. Тісним є зв'язок захворюваності на туберкульоз із показником очікуваної тривалості життя населення (коефіцієнт кореляції -0,69, зв'язок обернений). В регіонах України, де найвищі показники тривалості життя, рівень захворюваності населення на туберкульоз найнижчий. Помірний зв'язок із показниками забруднення води та забезпеченістю населення середнім медичним персоналом і лікарями (0,62 та -0,57 і -0,43 відповідно). Щодо забезпеченості медичним персоналом, то зв'язок обернений: чим нижчий рівень забезпеченості персоналом, тим вищий рівень захворюваності населення різних регіонів України на туберкульоз.

Захворюваність населення на злоякісні новоутворення найтісніше пов'язана з демографічними показниками, а саме з середнім віком населення та часткою дітей і підлітків у віковій структурі, при чому з останнім тіснота зв'язку обернена. – Високі показники захворюваності населення на злоякісні новоутворення характерні для регіонів з низькою часткою дітей і підлітків та відповідно високими частками людей похилого віку.

Помірною є кореляція захворюваності населення на злоякісні новоутворення з рядом інших демографічних показників, таких як коефіцієнти народжуваності (-0,67, зв'язок обернений), частка пенсіонерів у віковій структурі (0,65), коефіцієнти смертності (0,54). Слабка тіснота зв'язку з показниками очікуваної тривалості життя населення (-0,44, зв'язок обернений) та забезпеченістю населення медичною інфраструктурою (0,45).

Розлади психіки та поведінки населення в Україні тісно пов'язані з коефіцієнтами смертності, часткою пенсіонерів та очікуваною тривалістю життя населення (0,65 і 0,54 та -0,50 відповідно), а також із середнім віком населення та наявністю кваліфікованих спеціалістів з лікування (0,49 та -0,48 відповідно). Високі показники захворюваності населення на розлади психіки характерні для регіонів, де загострились проблеми старіння нації та забезпеченості населення кваліфікованими лікарями.

Захворюваність на алкоголізм серед населення України помірно пов'язана з рядом соціально-економічних факторів, а саме з доходами й витратами населення, наявністю депозитних вкладів в банках (-0,42 та -0,53 і -0,52 відповідно). Зв'язок із цими показниками є оберненим. Тобто, алкоголізм як захворювання більше поширений в регіонах із низьким рівнем доходів населення і, насамперед, у сільській місцевості. Присутня слабка тіснота зв'язку показника з калорійністю харчування (0,45) та забезпеченістю населення лікарями (-0,49, зв'язок обернений).

Хвороби ендокринної системи найтісніше пов'язані з демопопуляційними факторами, а саме з часткою дітей у віковій структурі населення (0,70). Помірний прямий зв'язок є між хворобами ендокринної системи та коефіцієнтами народжуваності й очікуваною тривалістю життя (0,64 та 0,43 відповідно), а обернений помірний зв'язок – із середнім віком населення (-0,60), часткою пенсіонерів (-0,48) та коефіцієнтами смертності (-0,44).

Чим менший середній вік населення, нижча частка пенсіонерів та менші коефіцієнти смертності, тим вищі показники захворюваності населення на хвороби ендокринної системи. На рівень захворюваності населення на хвороби ендокринної системи також впливають рівень безробіття й бідності населення (0,44 та 0,43 відповідно). Високі показники захворюваності також характерні для регіонів із низькою забезпеченістю населення лікарняними ліжками (-0,46).

За індикативними показниками стану здоров'я населення ранговим методом виділено п'ять груп регіонів (рис. 3):

група 1 – регіони з найменшим негативним проявом індикаторів – Волинська, Закарпатська та Чернівецька області;

група 2 – регіони з низьким негативним проявом індикаторів – м. Київ, АР Крим, Івано-Франківська, Полтавська, Сумська, Тернопільська та Харківська області;

група 3 – регіони з середнім рівнем негативного прояву індикаторів – Донецька, Житомирська, Запорізька, Львівська, Миколаївська, Рівненська та Херсонська області;

група 4 – регіони зі значним негативним проявом індикаторів – Дніпропетровська, Київська, Луганська, Одеська, Хмельницька та Черкаська області;

група 5 – регіони з найбільшим негативним проявом індикаторів – Вінницька, Кіровоградська та Чернігівська області.



Рис. 3. Групи регіонів України за індикативними показниками стану здоров'я населення.

Кластеризація регіонів України за захворюваністю населення була здійснена шляхом побудови карт самоорганізації Кохонена з допомогою програми Deductor. Для цього були взяті такі показники: коефіцієнт загальної захворюваності населення, коефіцієнт захворюваності населення на активний туберкульоз, коефіцієнт захворюваності населення на злоякісні новоутворення, захворюваність населення працездатного віку та захворюваність дітей.

В таблиці 1 наведена характеристика кластерів за показниками захворюваності населення.

Таблиця 1. Загальна характеристика кластерів за показниками захворюваності населення України.

№ п/п	Назва показника	Кластери				
		1	2	3	4	5
1.	Загальна захворюваність	Вище середнього та середні	Найвищі	Низькі та високі	Найнижчі	Нижче середнього та середні
2.	Захворюваність на активний туберкульоз	Нижче середнього	Середні (виняток м. Київ)	Найвищі	Високі та вище середнього	Низькі
3.	Захворюваність на злоякісні новоутворення	Середні	Нижче середнього	Найвищі	Низькі та високі	Найнижчі
4.	Захворюваність населення працездатного віку	Вище середнього	Найвищі	Нижче середнього	Найнижчі	Середні
5.	Захворюваність дітей	Найвищі	Високі (виняток м. Київ)	низькі	Нижче середнього та середні	Найнижчі

Були виділені такі кластери регіонів щодо рівня захворюваності населення (рис. 4):

кластер 1 – Вінницька, Київська, Харківська, Хмельницька, Черкаська, Чернігівська області;

кластер 2 – Івано-Франківська, Львівська області та м. Київ;

кластер 3 – Дніпропетровська, Кіровоградська, Миколаївська, Одеська, Херсонська області;

кластер 4 – АР Крим, Донецька, Житомирська, Запорізька, Луганська, Полтавська, Сумська області;

кластер 5 – Волинська, Закарпатська, Рівненська, Тернопільська, Чернівецька області.

Висновки.

Стан здоров'я населення визначається якістю життя населення і пов'язаний із соціальною безпекою держави.

Соціальну безпеку розуміють як стан суспільства, при якому забезпечується номінальний рівень соціальних умов та соціальних благ

та убезпечень – матеріальних, санітарно-епідеміологічних, екосередовищних та ін., що визначають якість життя людини і суспільства в цілому та гарантують мінімальний ризик для життя, фізичного і психічного здоров'я людей.

Рівень соціальної безпеки держави поряд з іншими складовими визначають:

- стан здоров'я населення (поширення соціально значущих захворювань, здоров'я дітей, смертність у працездатному віці, дитяча смертність, інвалідність населення);

- стан системи охорони здоров'я (фінансування охорони здоров'я, забезпеченості населення лікарями, середнім медичним персоналом та лікарняними ліжками, фізична та економічна доступність медичних послуг, якість медичного обслуговування).

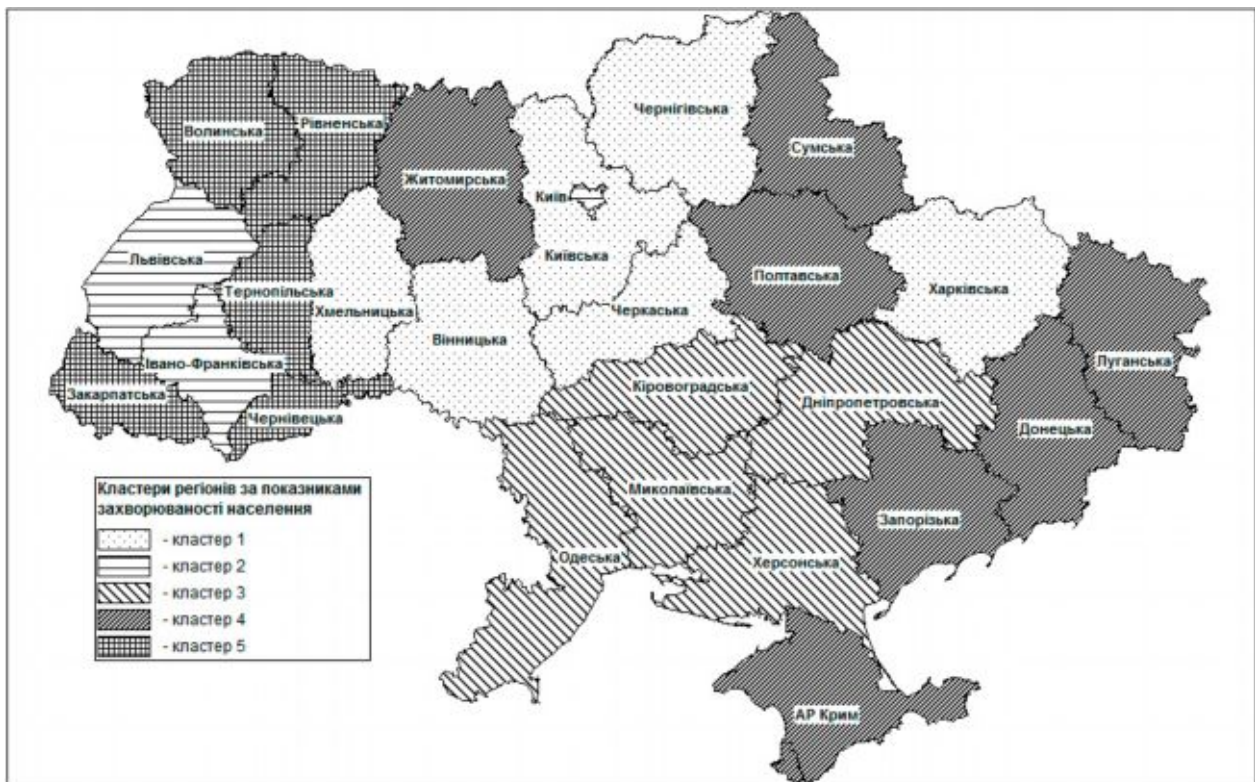


Рис. 4. Кластери регіонів України за показниками захворюваності населення

1. Мезенцева Н. І., Батиченко С. П. Суспільно-географічне дослідження захворюваності населення: теоретичні та методичні основи // Економічна та соціальна географія: Наук. зб. – К., 2012. – Вип. 2 (65). – с. 45-52.

2. Немець Л. М. Медична галузь Харківської області: територіальні особливості, проблеми та шляхи удосконалення (суспільно-географічні аспекти): монографія / Л. М. Немець, Г.А.Баркова, К.А.Немець. – К.: Четверта хвиля, 2009. – 224 с.

3. Україна у цифрах у 2012 році. Статистичний збірник/ За ред. Осауленка О.Г. – К.: 2013. – 251 с

Батыченко С. П. Региональный анализ заболеваемости населения в Украине

Медицинская география является обществоведческо-географической наукой, которая изучает медико-геопространственную ситуацию, закономерности распространения болезней, влияние на заболеваемость социально-экономических факторов и природно-региональные предпосылки их распространения. В Украине сформировалось несколько направлений научных исследований в медицинской географии: определение влияния природных, социально-экономических и организационно-инфраструктурных факторов на состояние здоровья населения; география заболеваемости населения; исследования региональных медицинских систем; изучение исторических аспектов медицинской географии; медико-географическое картографирование и моделирование. География заболеваемости занимается выявлением пространственных особенностей заболеваемости населения, а также исследованием закономерностей распространения болезней и установлением причин их возникновения. Возникновение болезней и особенности их распространения определяются демопопуляционными и социально-экономическими причинами, природно-региональными предпосылками, историческими и геопространственными особенностями. Ситуация с заболеваниями населения в Украине весьма неоднозначна и ареально дифференцированная. При ухудшении качества окружающей среды, социально-экономических условий жизни, уровня медицинского обслуживания и финансирования медицинских учреждений региональная дифференциация этой ситуации будет ухудшаться.

Ключевые слова: заболеваемость, география заболеваемости, региональная дифференциация, факторы, регион, кластеры регионов.

Batychenko S. Regional analysis of the population morbidity in Ukraine

Medical geography is a human-geographical sciences, that studying medical and geographical situation, regularities the spread of disease, the impact on population health socio-economic factors and natural conditions of their geographic distribution. Formed main directions of research in medical geography in Ukraine: determine the natural, socio-economic, organizational and infrastructural factors that influence on population health; study of geography morbidity; study of regional health systems; study of the historical aspects of medical geography; medical-geographical mapping and modeling. Geography morbidity are to investigate peculiarities territorial the morbidity of population, regularities the spread of disease and causes of disease. The occurrence of diseases and peculiarities their spread determined by demographic and socio-economic factors, natural-geographical premise, historical and geographical features. Medico-geographic situation in Ukraine are rather ambiguous and areal differentiated. With the deterioration of environmental quality, socio-economic conditions, the level of health care and funding of medical facilities regional differentiation of medical-geographical situation will be intensified.

Keywords: morbidity, geography of morbidity, regional differentiation, factors, regions, clusters of regions.