

Міністерство освіти і науки України
Одеський національний університет імені І.І. Мечникова

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ПАРХОМЕНКО ОЛЕКСАНДР ГРИГОРОВИЧ

УДК 911.3:[314.14+614](477)(043.5)

ДИСЕРТАЦІЯ

**СУСПІЛЬНО-ГЕОГРАФІЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ
ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ**

106 «Географія»
Природничі науки

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ О.Г. ПАРХОМЕНКО

Науковий керівник Яворська Вікторія Володимирівна, доктор географічних наук, професор

Одеса–2026

АНОТАЦІЯ

Пархоменко О. Г. Суспільно-географічні аспекти дослідження захворюваності населення України. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 106 «Географія». – Одеський національний університет імені І. І. Мечникова. – Одеса, 2026.

У роботі розглядаються теоретико-методологічні засади суспільно-географічного дослідження захворюваності населення, аналізуються демографічні, соціально-економічні, природно-географічні, екологічні та інституційні передумови і чинники територіальної диференціації захворюваності в Україні, обґрунтовується авторський алгоритм суспільно-географічного аналізу та здійснюється типізація регіонів України за нозологічними групами і інтегральне районування території за особливостями медико-географічної ситуації. Особлива увага приділяється обґрунтуванню методики інтегрального суспільно-географічного районування на основі коефіцієнтів територіального відхилення (КТВ) та визначенню напрямів оптимізації медико-географічної ситуації і вдосконалення просторової організації системи охорони здоров'я в умовах сучасних демографічних, соціально-економічних і безпекових викликів.

У першому розділі дисертації представлено теоретико-методологічні засади суспільно-географічного дослідження захворюваності населення. Уточнено понятійно-категоріальний апарат та співвідношення категорій «захворюваність населення», «суспільне здоров'я», «медико-географічна ситуація» і «територіальна диференціація захворюваності». Узагальнено вітчизняний і зарубіжний досвід медико-географічних досліджень. Обґрунтовано авторське трактування захворюваності як соціально-територіального явища та розроблено чотириетапний алгоритм суспільно-географічного дослідження, від концептуального осмислення до інтегрального районування.

Другий розділ роботи присвячено суспільно-географічному аналізу передумов і чинників формування територіальної диференціації захворюваності населення України. Проаналізовано демографічні передумови, старіння населення (частка осіб 65+ у Луганській (24,4 %), Донецькій (23,4 %), Чернігівській (20,3 % областях), соціально-економічні чинники (понад двократний розрив заробітних плат: м. Київ - 36 363 грн, Чернівецька область (16 997 грн), природно-географічні й екологічні умови, а також інституційно-інфраструктурні чинники: скорочення чисельності лікарів у 2000-2024 рр. на 31,2 %, середнього медперсоналу це більш ніж на половину, ліжкового фонду - на 47,1 %. Доведено, що просторова конфігурація захворюваності формується через специфічне поєднання та взаємодію всіх груп чинників у межах конкретного територіального середовища.

У третьому розділі здійснено комплексний просторовий аналіз захворюваності населення України, типізацію регіонів за нозологічними групами та інтегральне суспільно-географічне районування. Виявлено різноспрямовані тенденції в групі хвороб системи кровообігу, зростання поширеності гіпертонічної хвороби (+59,3 %), гострого інфаркту міокарда (+28,1 %), інфаркту головного мозку (+75,3 %); визначено провідні нозологічні форми онкологічної захворюваності; зафіксовано стійку низхідну динаміку туберкульозу ($R^2=0,79$) за умов накопичення контингенту ВІЛ-інфікованих ($R^2=0,89$). На основі авторської методики, що об'єднує 30 індикаторів у п'ять аналітичних блоків, проведено інтегральне районування: виокремлено п'ять типів регіонів за рівнем медико-географічної напруженості та п'ять типів за домінуючим блоком ризику, обґрунтовано сім стратегічних напрямів оптимізації профілактичної медико-географічної політики.

Для вирішення основних завдань дослідження використано загальнонаукові (аналіз, синтез, індукція і дедукція, порівняння, класифікація) та спеціально-географічні (системний, територіальний, медико-географічний, статистичний, кореляційно-регресійний, типологічний, картографічний, метод

інтегрального районування на основі коефіцієнтів територіального відхилення) методи дослідження.

При виконанні дисертаційного дослідження використано статистичні дані та матеріали Державної служби статистики України, Міністерства охорони здоров'я України, Центру громадського здоров'я МОЗ України, Національного канцер-реєстру України, матеріали міжнародних організацій (ВООЗ, ЮНІСЕФ, Євростат), нормативно-правові документи та наукові праці вітчизняних і зарубіжних авторів.

Наукова новизна одержаних результатів

вперше:

✓ обґрунтовано захворюваність населення України як складне соціально-територіальне явище та важливий індикатор територіальної організації суспільства, що формується під впливом демографічних, соціально-економічних, еколого-територіальних та інституційних чинників;

✓ розроблено алгоритм суспільно-географічного дослідження захворюваності населення України, який поєднує теоретико-методологічні засади, інформаційно-аналітичні процедури, просторовий аналіз і узагальнювальну інтерпретацію результатів у єдину логічно впорядковану систему;

✓ розроблено методику інтегрального суспільно-географічного районування захворюваності населення України на основі коефіцієнта територіального відхилення, яка забезпечує виявлення регіональних диспропорцій, типізацію територій та просторове узагальнення відмінностей медико-географічної ситуації;

✓ здійснено інтегральне суспільно-географічне районування захворюваності населення України, що дало можливість сформулювати цілісну просторову модель територіальної диференціації здоров'я населення та виявити стійкі закономірності соціально-територіального розвитку регіонів України;

✓ запропоновано механізми вдосконалення територіальної організації системи охорони здоров'я та зниження просторових диспропорцій у захворюваності населення України на основі результатів суспільно-географічного аналізу, типізації та інтегрального районування;

вдосконалено:

✓ теоретико-методологічні підходи до суспільно-географічного аналізу захворюваності населення на основі поєднання системного й територіального підходів з урахуванням демографічних, соціально-економічних, природно-географічних, еколого-територіальних та інституційних чинників її формування;

✓ науково-методичні підходи до виявлення і систематизації чинників територіальної диференціації захворюваності населення, що забезпечують перехід від фіксації регіональних відмінностей до їх суспільно-географічного пояснення;

✓ методичні підходи до типізації територій за рівнем, структурою та чинниками формування захворюваності населення як основу для подальшого інтегрального районування;

отримали подальший розвиток:

✓ підходи до суспільно-географічної інтерпретації захворюваності населення як показника територіальної нерівності розвитку та якості життя населення;

✓ підходи до аналізу медико-географічної ситуації як форми просторового прояву стану здоров'я населення у взаємозв'язку з особливостями соціального розвитку територій і просторової організації системи охорони здоров'я;

✓ концептуальні засади використання категорій «захворюваність населення», «суспільне здоров'я», «медико-географічна ситуація» та «територіальна диференціація захворюваності» як аналітичного

інструментарію для типізації територій і суспільно-географічного районування.

Теоретичне та практичне значення одержаних результатів. Теоретичне значення полягає в обґрунтуванні теоретико-методологічних засад суспільно-географічного дослідження захворюваності населення України та закономірностей її просторово-часової диференціації у регіонах держави. Уточнено понятійно-категоріальний апарат і поглиблено уявлення про природу захворюваності як соціально-територіального явища. Результати розширюють методологічний інструментарій суспільної географії, медичної географії та географії населення. Теоретичні та практичні положення роботи знайшли впровадження в наукових звітах кафедри економічної та соціальної географії і туризму Одеського національного університету імені І. І. Мечникова та в освітньому процесі при викладанні дисциплін «Основи суспільної географії», «Географія населення», «Медична географія», «Економічна і соціальна географія України» та «Регіональна економічна і соціальна географія». Результати дослідження можуть бути використані органами державної влади та місцевого самоврядування при формуванні регіонально диференційованої політики у сфері охорони здоров'я, виявленні територій із несприятливою медико-географічною ситуацією, оптимізації мережі медичних послуг; Міністерством охорони здоров'я України, Центром громадського здоров'я та обласними адміністраціями при розробці стратегічних рішень у сфері громадського здоров'я і повоєнного відновлення територій.

Особистий внесок дисертанта. Дисертаційне дослідження виконано автором самостійно та містить наукові положення, розроблені особисто здобувачем. У роботі використано авторські розрахунки, аналітичні узагальнення, а також ілюстративний матеріал у вигляді картограм, схем, графіків і таблиць, створених під час проведення досліджень самостійно. Автором самостійно виконано збір та обробку статистичних і картографічних матеріалів, узагальнення літературних та інтернет-джерел, визначено

концептуальні підходи та сформульовано висновки. Запозичені з різних джерел поняття, положення та висновки подано з відповідними посиланнями на авторів.

Ключові слова: захворюваність населення, медико-географічна ситуація, територіальна диференціація захворюваності, регіони України, коефіцієнт територіального відхилення, інтегральний індекс медико-географічної напруженості, нозогеографічна оцінка, серцево-судинні захворювання, онкологічна захворюваність, здоров'я населення, система охорони здоров'я, чинники захворюваності, просторовий аналіз, сталий розвиток.

ABSTRACT

Parkhomenko O. H. Socio-geographical Aspects of the Study of Population Morbidity in Ukraine. – A qualification research paper in the form of a manuscript. Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in specialty 106 «Geography» – Odesa I.I. Mechnikov National University – Odesa, 2026.

The dissertation presents the theoretical and methodological foundations of socio-geographical research on population morbidity, analyzes the demographic, socio-economic, physical-geographical, ecological, and institutional prerequisites and factors of the territorial differentiation of morbidity in Ukraine, substantiates an original algorithm for socio-geographical analysis, and performs a typology of Ukrainian regions by nosological groups along with an integrated regionalization based on the characteristics of the medico-geographical situation. Particular attention is given to the methodology of integrated regionalization based on territorial deviation coefficients (TDC) and to identifying directions for optimizing the medico-geographical situation in the context of contemporary demographic, socio-economic, and security challenges.

The first chapter of the dissertation presents the theoretical and methodological foundations of socio-geographical research on population morbidity. The conceptual and categorical apparatus is clarified, and the interrelationships among the categories of "population morbidity," "public health,"

"medico-geographical situation," and "territorial differentiation of morbidity" are defined. Domestic and international experience in medico-geographical research is reviewed. The author substantiates an original interpretation of morbidity as a socio-territorial phenomenon and develops a four-stage algorithm for socio-geographical research, spanning from conceptual framing to integrated regionalization.

The second chapter is devoted to the socio-geographical analysis of the prerequisites and factors shaping the territorial differentiation of population morbidity in Ukraine. Demographic prerequisites are analyzed, including population ageing (the share of persons aged 65+ reaches 24.4% in Luhansk, 23.4% in Donetsk, and 20.3% in Chernihiv oblasts), alongside socio-economic factors (a more than twofold wage gap between Kyiv - UAH 36363 and peripheral regions such as Chernivtsi - UAH 16997), as well as physical-geographical and ecological conditions. Institutional and infrastructural factors are also examined, notably the reduction of the physician workforce in 2000-2024 by 31.2%, nursing and paramedical staff by more than half, and hospital bed capacity by 47.1%. It is demonstrated that the spatial configuration of morbidity is shaped by the specific combination and interaction of all factor groups within particular territorial environments.

The third chapter presents a comprehensive spatial analysis of population morbidity in Ukraine, a typology of regions by nosological groups, and an integrated socio-geographical regionalization. Divergent trends were identified in the group of diseases of the circulatory system, an increase in the prevalence of hypertension (+59.3%), acute myocardial infarction (+28.1%), cerebral infarction (+75.3%). The leading nosological forms of oncological morbidity are defined. A stable downward trend in tuberculosis incidence ($R^2=0.79$) is documented alongside the sustained accumulation of HIV-positive cases ($R^2=0.89$). Based on an original methodology integrating 30 indicators into five thematic analytical blocks, an integrated regionalization is conducted: five regional types are distinguished by the level of medico-geographical tension and five by the dominant risk block; seven strategic directions for optimizing preventive medico-geographical policy are substantiated.

To solve the main research objectives, general scientific methods (analysis, synthesis, induction and deduction, comparison, and classification) as well as specific geographical methods were applied, including the systemic, territorial, medico-geographical, statistical, correlation-regression, typological, and cartographic methods, together with the method of integrated regionalization based on territorial deviation coefficients.

In conducting this dissertation research, statistical data and materials from the State Statistics Service of Ukraine, the Ministry of Health of Ukraine, the Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine, the National Cancer Registry of Ukraine, international organizations (WHO, UNICEF, Eurostat), as well as regulatory and legal documents and scientific publications by Ukrainian and international authors were utilized.

Scientific Novelty of the Obtained Results:

for the first time:

✓ population morbidity in Ukraine has been substantiated as a complex socio-territorial phenomenon and a key indicator of the territorial organization of society, shaped by the interaction of demographic, socio-economic, ecological-territorial, and institutional factors;

✓ an algorithm for the socio-geographical study of population morbidity in Ukraine has been developed, integrating theoretical-methodological foundations, information-analytical procedures, spatial analysis, and synthesizing interpretation into a single logically structured system;

✓ a methodology for integrated socio-geographical regionalization of population morbidity in Ukraine based on territorial deviation coefficients has been developed, enabling the identification of regional disparities, typification of territories, and spatial generalization of differences in the medico-geographical situation;

✓ an integrated socio-geographical regionalization of population morbidity in Ukraine has been carried out, yielding a comprehensive spatial model of the

territorial differentiation of population health and revealing stable patterns of the socio-territorial development of Ukrainian regions;

✓ mechanisms for improving the territorial organization of the healthcare system and reducing spatial disparities in population morbidity in Ukraine have been proposed on the basis of socio-geographical analysis, typification, and integrated regionalization;

improved:

✓ theoretical and methodological approaches to the socio-geographical analysis of population morbidity, based on the integration of systemic and territorial approaches incorporating demographic, socio-economic, physical-geographical, and institutional determinants;

✓ scientific and methodological approaches to identifying and systematizing the factors of territorial differentiation of morbidity, enabling the transition from the registration of regional differences to their socio-geographical explanation;

✓ methodological approaches to the typification of territories by the level, structure, and formative factors of population morbidity, serving as the foundation for integrated regionalization;

further developed:

✓ approaches to the socio-geographical interpretation of population morbidity as an indicator of territorial inequality in development and quality of life;

✓ approaches to the analysis of the medico-geographical situation as a form of spatial manifestation of the state of population health in its relationship with the characteristics of social development and the spatial organization of the healthcare system;

✓ conceptual principles of using categories "population morbidity," "public health," "medico-geographical situation," and "territorial differentiation of morbidity" as analytical tools for territorial typification and socio-geographical regionalization.

Theoretical and Practical Significance of the Obtained Results. The theoretical significance lies in substantiating the theoretical and methodological foundations of socio-geographical research on population morbidity in Ukraine and the patterns of its spatio-temporal differentiation across the country's regions. The conceptual and categorical apparatus has been refined, and the understanding of morbidity as a socio-territorial phenomenon formed within the system of territorial organization of society has been deepened. The findings extend the methodological toolkit of human geography, medical geography, and population geography. The theoretical and practical provisions of the research have been incorporated into the scientific reports of the Department of Economic and Social Geography and Tourism of Odesa I. I. Mechnikov National University and into the educational process in the teaching of the disciplines "Fundamentals of Social Geography," "Population Geography," "Medical Geography," "Economic and Social Geography of Ukraine," and "Regional Economic and Social Geography." The research results may be utilized by state authorities and local self-government bodies in formulating regionally differentiated healthcare and public health policies, identifying territories with an unfavorable medico-geographical situation, and optimizing medical service networks. The proposed methodology of integrated socio-geographical regionalization based on territorial deviation coefficients can serve as an analytical framework for detecting regional disparities in the medico-geographical situation, forecasting transformations in the morbidity structure, and improving the effectiveness of healthcare management. The developed typology of regions by dominant risk block and the differentiated system of preventive measures can be applied by the Ministry of Health of Ukraine, the Public Health Center, regional military administrations, and local self-government bodies in formulating strategic decisions in the field of public health and post-war territorial recovery.

Personal Contribution of the Dissertation Author. This dissertation research was conducted independently by the author and contains scientific propositions developed personally by the candidate. The work employs the author's calculations, analytical generalizations, and illustrative materials in the form of

cartograms, diagrams, graphs, and tables - including cartographic schemes of integrated socio-geographical regionalization, typological maps by nosological groups, and cartograms of territorial deviation coefficients - all created independently during the research process. The author independently carried out the collection and processing of statistical and cartographic materials, the synthesis of academic and online sources, and personally determined the conceptual approaches and formulated the conclusions. Concepts, propositions, and conclusions borrowed from other sources are presented with appropriate references to their authors.

Keywords: population morbidity, medico-geographical situation, territorial differentiation of morbidity, regions of Ukraine, territorial deviation coefficient, integrated index of medico-geographical tension, nosogeographical assessment, cardiovascular diseases, oncological morbidity, population health, healthcare system, morbidity determinants, spatial analysis, sustainable development.

*Наукові праці, в яких опубліковані основні результати дослідження
(* - особистий внесок здобувача)*

Публікації у наукових фахових виданнях України (категорії Б):

1. **Пархоменко О. Г.** Геопросторовий аналіз онкологічної захворюваності населення Одеського регіону. Вісник Одеського національного університету. Географічні та геологічні науки. 2025. Т. 30. № 2 (47). С. 229–240. DOI: [https://doi.org/10.18524/2303-9914.2025.2\(47\).344763](https://doi.org/10.18524/2303-9914.2025.2(47).344763)

2. **Пархоменко О. Г., Яворська В. В.** Географічні та соціально-економічні чинники захворюваності населення: просторово-аналітичний підхід. Науковий вісник Чернівецького університету. Серія Географія. 2025. Вип. 854. С. 17–27. DOI: <https://doi.org/10.31861/geo.2025.854.17-27>
(*проведено суспільно-географічний аналіз просторових відмінностей захворюваності населення, систематизовано географічні та соціально-економічні чинники її формування й здійснено просторово-аналітичне узагальнення отриманих результатів).

3. **Пархоменко О. Г., Яворська В. В.** Суспільно-географічний аналіз захворюваності населення Одеської області. Вісник Одеського національного університету. Географічні та геологічні науки. 2025. Т. 30. № 1 (46). С. 160–170. DOI: [https://doi.org/10.18524/2303-9914.2025.1\(46\).332400](https://doi.org/10.18524/2303-9914.2025.1(46).332400) (*проведено суспільно-географічний аналіз територіальних особливостей захворюваності населення Одеської області, виявлено просторові відмінності показників захворюваності та здійснено їх суспільно-географічне узагальнення).

4. Коломієць К. В., **Пархоменко О. Г.**, Геопросторові аспекти дослідження дитячої смертності в Україні на початку XXI століття. Вісник Одеського національного університету. Географічні та геологічні науки. 2024. Т. 29. № 1 (44). С. 154–163. DOI: [https://doi.org/10.18524/2303-9914.2024.1\(44\).305380](https://doi.org/10.18524/2303-9914.2024.1(44).305380) (*проведено геопросторовий аналіз дитячої смертності в Україні, виявлено територіальні відмінності її показників та здійснено суспільно-географічне узагальнення просторових закономірностей дитячої смертності на початку XXI століття).

5. **Пархоменко О. Г.,** Нефедова Н. Є., Ніколаєва О. І. Смертність населення України, сучасні трансформації, соціально-економічні фактори. Вісник Одеського національного університету. Географічні та геологічні науки. 2023. Т. 28. № 2 (43). С. 79–89. DOI: [https://doi.org/10.18524/2303-9914.2023.2\(43\).292737](https://doi.org/10.18524/2303-9914.2023.2(43).292737) (*Особисто здобувачем проведено аналіз сучасних трансформацій смертності населення України, визначено вплив соціально-економічних чинників на її територіальні особливості та здійснено суспільно-географічне узагальнення отриманих результатів).

Публікації, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

Тези в збірниках матеріалів наукових конференцій:

6. **Пархоменко О. Г.** Медико географічна структура захворюваності населення Одеського регіону. Матеріали III всеукраїнської конференції молодих вчених «Ґрунтово-земельні ресурси України» (м. Одеса, 21-22

листопада 2025 р); відп. ред. доц. В. Тригуб, доц. А. Буяновський, Одеса: ОНУ імені І.І. Мечникова, 2025. С. 46-49.

7. **Пархоменко О.Г.** Геоепідеміологія як міждисциплінарний підхід до дослідження захворюваності населення // «Моделі міждисциплінарних та міжгалузевих освітніх та освітньонаукових програм в умовах воєнного стану: виклики та варіанти впровадження»: [Текст]: Зб. матер. V міжнар. конф. (Одеса, 10-12 жовтня 2025 р.) / Одеський національний університет імені І. І. Мечникова. – Одеса, 2025. – С.121-124

8. **Пархоменко О.Г.** Сучасна медико-демографічна ситуація в Одеській області // Географічна наука: виклики, проблеми та інновації: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, присвяченої пам'яті та 85-річчю з Дня народження професора О. Г. Топчієва (м. Одеса, 22 липня 2024 р.)/ відп. ред.: проф. В. Сич, доц. К. Коломієць. – Електронні текстові дані (1 файл : 1,8 МБ). – Одеса : Одес. нац. ун-т ім. І. І. Мечникова, 2024. – С146-148.

9. **Пархоменко О. Г.,** Куделіна С. Б. Передумови становлення та розвитку сфери охорони здоров'я в Україні «Моделі міждисциплінарних та міжгалузевих освітніх та освітньонаукових програм в умовах військового стану: виклики та варіанти впровадження»: [Текст]: Зб. матер. III міжнар. конф. (Одеса, 8-9 вересня 2023 р.) / Одеський національний університет імені І. І. Мечникова. – Одеса, 2023. – С.101-103 (*проаналізовано передумови становлення та розвитку сфери охорони здоров'я в Україні, узагальнено чинники її трансформації та визначено суспільно-географічні особливості розвитку системи охорони здоров'я).

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	17
ВСТУП	18
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ СУСПІЛЬНО-ГЕОГРАФІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ	29
1.1. Захворюваність населення як об'єкт суспільно-географічного аналізу	32
1.2. Методологічні підходи та чинники формування територіальної диференціації захворюваності населення	42
1.3. Вітчизняний та зарубіжний і досвід суспільно-географічних досліджень захворюваності	54
1.4. Алгоритм та етапи суспільно-географічного дослідження захворюваності населення України	73
Висновки до розділу 1	84
РОЗДІЛ 2 ПРОСТОРОВІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ	87
2.1. Демографічні та соціально-економічні передумови формування захворюваності населення України	87
2.2. Еколого-територіальні передумови формування захворюваності населення України	113
2.3. Просторова організація системи охорони здоров'я та доступність медичних послуг	134
Висновки до розділу 2	154
РОЗДІЛ 3 ПРОСТОРОВИЙ АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ТА НАПРЯМИ ЇЇ ОПТИМІЗАЦІЇ	157
3.1. Загальна медико-географічна ситуація захворюваності населення України	157
3.2. Методологічні та методичні засади нозологічного медико-географічного районування	192
3.2. 1. Часткові індикатори захворюваності населення на інфаркти та інсульти в системі суспільно-географічного аналізу	192
3.2.2. Територіальні особливості онкологічної захворюваності населення України	199
3.2.3. Часткові індикатори лікування вірусних гепатитів у системі суспільно-географічного аналізу	205
3.2.4. Захворюваність на туберкульоз у системі суспільно-географічного аналізу	213
3.2.5. Просторова диференціація поширення ВІЛ-інфекції та СНІДу в Україні	219
3.2.6. Просторові особливості психічних і поведінкових розладів, пов'язаних із уживанням психоактивних речовин	224

3.2.7. Просторова диференціація спалахів інфекційних захворювань в Україні	228
3.2.8. Просторова диференціація стаціонарного лікування травмованих у регіонах України	232
3.2.9. Просторова диференціація стоматологічної захворюваності населення України	236
3.2.10. Територіальна диференціація госпіталізованої захворюваності дітей віком до одного року в Україні	240
3.3. Інтегральне медико-географічне районування захворюваності населення України	245
3.4. Напрями оптимізації та профілактичної медико-географічної політики	262
Висновки до 3 розділу	272
ВИСНОВКИ	274
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	281
Додаток А	298
Додаток Б	321
Додаток В	335
Додаток Г	342
Додаток Д	367

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

- ВВП - Валовий внутрішній продукт
ПГУ - природно-географічні умови
ПГЧ - Природно-географічні чинники
МГС - медико-географічну ситуацію
АН - Антропогенне навантаження
ГДК - гранично допустима концентрація
СОЗ - системи охорони здоров'я
ССЗ - Серцево-судинні захворювання
ІХС - ішемічна хвороба серця
СГ - суспільна-географія
СГА - суспільно-географічний аналіз
ІЗА- індексу забруднення атмосфери
ЗН - злоякісні новоутворення
ВГВ - вірусного гепатиту В
ВГС - вірусного гепатиту С
ВІЛ - вірус імунодефіциту людини
СНІД - синдром набутого імунодефіциту
КТВ - Коефіцієнти територіального відхилення

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Сучасний етап суспільного розвитку України характеризується глибокими демографічними, соціально-економічними, розселенськими та інституційними трансформаціями, які безпосередньо впливають на умови життєдіяльності населення, якість людського потенціалу та стан суспільного здоров'я. У цій системі захворюваність населення постає не лише як медико-статистичний показник, а як складне суспільне явище, територіально диференційоване, соціально зумовлене й функціонально пов'язане з особливостями розселення, рівнем урбанізації, характером господарської діяльності, екологічними умовами, доступністю медичних послуг та просторовою організацією системи охорони здоров'я. Саме тому її вивчення виходить за межі вузькомедичного аналізу та потребує суспільно-географічної інтерпретації, в межах якої здоров'я населення розглядається як інтегральна характеристика територіальної організації суспільства.

Актуальність теми зумовлена тим, що захворюваність населення України формується під впливом багаторівневої системи чинників, дія яких має виразний просторовий характер. У дисертаційному дослідженні послідовно доведено, що територіальні відмінності захворюваності не можуть бути пояснені ізольованою дією окремих детермінант, а виступають результатом взаємодії демографічних, соціально-економічних, природно-географічних, еколого-територіальних та інституційних складових, локалізованих у конкретному територіальному середовищі. У такому контексті захворюваність набуває значення важливого індикатора територіальної нерівності розвитку, якості життя населення та ефективності функціонування регіональних систем охорони здоров'я.

Особливої уваги проблема набуває в умовах сучасних кризових процесів, що супроводжуються міграційними переміщеннями населення, посиленням соціальної поляризації, трансформацією мережі медичних

закладів і загостренням міжрегіональних диспропорцій у доступності медичної допомоги. За цих умов медико-географічна ситуація в Україні набуває рис підвищеної динамічності, а сама захворюваність виявляє не лише галузево-медичні, а й чіткі суспільно-географічні закономірності. Це обумовлює необхідність переходу від опису окремих показників до комплексного просторового аналізу, типізації регіонів, виявлення ареалів підвищеного медико-географічного ризику та інтегрального районування території країни.

У вітчизняній суспільній географії накопичено значний досвід дослідження населення, систем розселення, соціальної сфери, якості життя та територіальної організації суспільства. Водночас захворюваність населення як цілісний об'єкт суспільно-географічного аналізу ще не дістала достатньо повного опрацювання у площині інтеграції медико-географічного, демографічного, соціально-економічного, розселенського та інституційного підходів. Саме тому актуальним є формування цілісної концепції суспільно-географічного дослідження захворюваності населення України, яка поєднувала б теоретико-методологічне осмислення проблеми, аналітичний інструментарій, просторову типологізацію та практичні рекомендації для регіональної політики у сфері охорони здоров'я.

Таким чином, тема дисертаційного дослідження є актуальною в теоретичному, методологічному та прикладному вимірах, оскільки спрямована на пізнання територіальної організації захворюваності населення України, виявлення закономірностей її територіальної диференціації та наукове обґрунтування шляхів оптимізації медико-географічної ситуації як складової територіальної організації суспільства.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами

Дисертаційне дослідження виконано відповідно до плану науково-дослідної роботи кафедри економічної та соціальної географії і туризму Одеського національного університету імені І. І. Мечникова в межах теми «Особливості формування регіональних рекреаційних комплексів в

Українському Причорномор'ї» (тема № 316, державний реєстраційний номер НДР 0121U113483). За своїм змістом робота відповідає сучасним напрямкам суспільно-географічних досліджень, пов'язаних із вивченням територіальної організації населення, соціальної сфери, регіонального розвитку та просторових аспектів суспільного здоров'я.

Мета і завдання дослідження

Метою дисертаційного дослідження є суспільно-географічний аналіз захворюваності населення України, виявлення чинників і закономірностей її територіальної диференціації, здійснення типізації та районування території за особливостями медико-географічної ситуації, а також обґрунтування практичних напрямів її оптимізації.

Для досягнення поставленої мети в роботі визначено такі **завдання**:

- ✓ розкрити теоретико-методологічні засади суспільно-географічного дослідження захворюваності населення та узагальнити вітчизняний і зарубіжний досвід її просторового аналізу;
- ✓ обґрунтувати методологічні підходи та методичний інструментарій суспільно-географічного дослідження захворюваності населення;
- ✓ визначити систему чинників, що зумовлюють формування та територіальну диференціацію захворюваності населення України;
- ✓ проаналізувати рівень, динаміку та структуру захворюваності населення України;
- ✓ виявити регіональні відмінності та просторові особливості медико-географічної ситуації в Україні;
- ✓ здійснити типізацію регіонів України за показниками захворюваності населення;
- ✓ провести інтегральне суспільно-географічне районування території України за особливостями захворюваності населення;
- ✓ обґрунтувати напрями оптимізації медико-географічної ситуації та вдосконалення просторової організації системи охорони здоров'я.

Об’єкт дослідження – захворюваність населення України як складова територіальної організації суспільства.

Предмет дослідження – суспільно-географічні закономірності формування, територіальної диференціації та просторової організації захворюваності населення України.

Методологія та методи дослідження

Методологічну основу дисертаційного дослідження становлять сучасні положення суспільної географії, медичної географії, демографії, соціальної медицини та регіоналістики, у межах яких захворюваність населення розглядається як складне соціально-територіальне явище, сформоване в системі територіальної організації суспільства. Дослідження спирається на поєднання системного й територіального підходів, що дає змогу інтерпретувати захворюваність не лише як сукупність медико-статистичних показників, а як результат взаємодії демографічних, соціально-економічних, природно-географічних, екологічних та інституційних чинників. Таке трактування забезпечує перехід від фіксації територіальних відмінностей до їх наукового пояснення та формує основу для подальшої типізації територій і інтегрального районування захворюваності населення України.

У дослідженні використано загальнонаукові, статистичні та спеціальні суспільно-географічні методи. Системний підхід забезпечив розгляд захворюваності як складової соціально-територіальної системи. Територіальний підхід уможливив виявлення просторових форм її прояву та регіональних контрастів. Медико-географічний підхід застосовано для аналізу просторового поширення хвороб у зв’язку з природними, соціально-економічними, демографічними та інституційними умовами. Статистичні методи використано для аналізу рівня, структури та динаміки захворюваності, порівняльно-географічний метод – для зіставлення регіонів, картографічний і графічно-аналітичні методи – для просторової інтерпретації результатів. Важливе місце посіли типізація та інтегральне районування, які розглянуто як

завершальний етап узагальнення територіальних відмінностей захворюваності населення.

Теоретичною основою дослідження стали праці українських і зарубіжних учених. Так, Л. Фінке заклав методологічні основи медичної географії та пов'язав поширення хвороб із природними й соціальними умовами. Ж. Буден обґрунтував просторову зумовленість народжуваності, захворюваності та смертності. Дж. Сноу застосував картографічні методи у дослідженні епідемій. С. А. Подолинський одним із перших в Україні показав визначальну роль соціальних умов у формуванні захворюваності населення. Важливе методологічне значення для суспільно-географічного дослідження захворюваності населення мають праці О. І. Шаблія і Л. Т. Шевчук, у яких медичну географію визначено як напрям вивчення просторової організації суспільних процесів, умов життєдіяльності населення, стану здоров'я та територіальної диференціації захворюваності. В. О. Шевченко сформував концепцію територіальних систем захворюваності та розвинув медико-географічне картографування і районування. В. М. Гуцуляк обґрунтував еколого-географічний підхід і виявив роль екологічних чинників у формуванні медико-географічної ситуації. Н. І. Мезенцева та С. П. Батиченко розвинули суспільно-географічний аналіз захворюваності та типізацію регіонів за її рівнем і структурою. Р. С. Молікевич поєднав медико-географічний і медико-демографічний аналіз із категорією якості життя. Л. М. Немець і Г. А. Баркова обґрунтували медичні системи як складову регіональної соціогеосистеми. О. Я. Романів розвинула регіонально-прикладний напрям через аналіз, типізацію і районування показників здоров'я дитячого населення. Р. Elliott і D. Wartenberg обґрунтували просторово-аналітичний підхід до вивчення захворюваності. R. S. Ostfeld, G. E. Glass і F. Keesing показали роль території та середовища у формуванні просторових патернів хвороб. С. Н. Lin і Т. Н. Wen розвинули просторово-епідеміологічний аналіз осередків ризику. G. Chowell і R. Rothenberg поєднали просторовий аналіз із геостатистикою та моделюванням. Р. Ліа та співавтори інтегрували просторовий і часовий виміри

захворюваності. S. V. Subramanian та I. Kawachi довели значення територіальної соціально-економічної нерівності у формуванні здоров'я населення.

Інформаційна база дослідження

Інформаційну основу дисертаційного дослідження становлять статистичні матеріали Державної служби статистики України, галузеві дані системи охорони здоров'я, аналітичні матеріали профільних державних установ, зокрема Центру громадського здоров'я МОЗ України, у тому числі матеріали серії «Громадське здоров'я в Україні», профілі громадського здоров'я та профілі регіонів, довідники статистичних показників МОЗ України, медична звітність, а також вітчизняні й зарубіжні наукові праці та картографічні джерела. Сукупність зазначених матеріалів забезпечила можливість аналізу рівнів, структури, динаміки та територіальних відмінностей захворюваності населення України та створила інформаційне підґрунтя для її типізації і подальшого інтегрального районування.

Наукова новизна одержаних результатів

вперше:

✓ обґрунтовано захворюваність населення України як складне соціально-територіальне явище та важливий індикатор територіальної організації суспільства, що формується під впливом демографічних, соціально-економічних, еколого-територіальних та інституційних чинників;

✓ розроблено алгоритм суспільно-географічного дослідження захворюваності населення України, який поєднує теоретико-методологічні засади, інформаційно-аналітичні процедури, просторовий аналіз і узагальнювальну інтерпретацію результатів у єдину логічно впорядковану систему;

✓ розроблено методику інтегрального суспільно-географічного районування захворюваності населення України на основі коефіцієнта територіального відхилення, яка забезпечує виявлення регіональних

диспропорцій, типізацію територій та просторове узагальнення відмінностей медико-географічної ситуації;

✓ здійснено інтегральне суспільно-географічне районування захворюваності населення України, що дало можливість сформувати цілісну просторову модель територіальної диференціації здоров'я населення та виявити стійкі закономірності соціально-територіального розвитку регіонів України;

✓ запропоновано механізми вдосконалення територіальної організації системи охорони здоров'я та зниження просторових диспропорцій у захворюваності населення України на основі результатів суспільно-географічного аналізу, типізації та інтегрального районування;

вдосконалено:

✓ теоретико-методологічні підходи до суспільно-географічного аналізу захворюваності населення на основі поєднання системного й територіального підходів з урахуванням демографічних, соціально-економічних, природно-географічних, еколого-територіальних та інституційних чинників її формування;

✓ науково-методичні підходи до виявлення і систематизації чинників територіальної диференціації захворюваності населення, що забезпечують перехід від фіксації регіональних відмінностей до їх суспільно-географічного пояснення;

✓ методичні підходи до типізації територій за рівнем, структурою та чинниками формування захворюваності населення як основу для подальшого інтегрального районування;

отримали подальший розвиток:

✓ підходи до суспільно-географічної інтерпретації захворюваності населення як показника територіальної нерівності розвитку та якості життя населення;

✓ підходи до аналізу медико-географічної ситуації як форми просторового прояву стану здоров'я населення у взаємозв'язку з особливостями соціального розвитку територій і просторової організації системи охорони здоров'я;

✓ концептуальні засади використання категорій «захворюваність населення», «суспільне здоров'я», «медико-географічна ситуація» та «територіальна диференціація захворюваності» як аналітичного інструментарію для типізації територій і суспільно-географічного районування.

Теоретичне та практичне значення одержаних результатів. Теоретичне значення одержаних результатів полягає в обґрунтуванні теоретико-методологічних засад суспільно-географічного дослідження захворюваності населення України та закономірностей її просторово-часової диференціації у регіонах держави. Уточнено понятійно-категоріальний апарат дослідження та обґрунтовано суспільно-географічний зміст захворюваності як складного соціально-територіального процесу, формування якого відбувається в системі територіальної організації суспільства. Розкрито механізми взаємодії демографічних, соціально-економічних і природно-географічних чинників у формуванні захворюваності населення. Розкрито механізми взаємозв'язку між демографічними, соціально-економічними, природно-географічними, екологічними та інституційними чинниками і територіальною диференціацією захворюваності на регіональному рівні. Отримані положення можуть бути використані для подальшого теоретичного узагальнення суспільно-географічних аспектів дослідження здоров'я населення та розширюють методологічний інструментарій суспільної географії, медичної географії та географії населення.

Теоретичні та практичні положення роботи знайшли впровадження в наукових звітах кафедри економічної та соціальної географії і туризму Одеського національного університету імені І. І. Мечникова за кафедральною

науковою тематикою. Результати дисертаційного дослідження впроваджені в навчальний процес кафедри економічної та соціальної географії і туризму ОНУ імені І. І. Мечникова при викладанні навчальних дисциплін «Основи суспільної географії», «Географія населення», «Медична географія», «Економічна і соціальна географія України» та «Регіональна економічна і соціальна географія». Також у практичну діяльність Миколаївської селищної ради Березівського району Одеської області, Болградської районної ради, ДНТ «Український науково-дослідний інститут реабілітації та курортології МОЗ України».

Результати дослідження можуть бути використані органами державної влади та місцевого самоврядування при формуванні та реалізації регіонально диференційованої політики у сфері охорони здоров'я і громадського здоров'я, зокрема для виявлення територій із несприятливою медико-географічною ситуацією, обґрунтування пріоритетних напрямів профілактики, зниження просторових диспропорцій у захворюваності населення та оптимізації мережі медичних послуг; запропонована методика інтегрального суспільно-географічного районування на основі коефіцієнтів територіального відхилення може бути використана як аналітична основа для виявлення регіональних диспропорцій у медико-географічній ситуації, прогнозування трансформацій у структурі захворюваності та підвищення ефективності управління системою охорони здоров'я територій; розроблена типізація регіонів за домінуючим блоком ризику та диференційована система профілактичних заходів можуть бути використані Міністерством охорони здоров'я України, Центром громадського здоров'я МОЗ України, обласними військовими адміністраціями та органами місцевого самоврядування при формуванні стратегічних рішень у сфері громадського здоров'я. Практичне застосування результатів дисертаційного дослідження знайшло своє відображення у діяльності органів державної влади, органів місцевого самоврядування та закладів системи охорони здоров'я в частині регіонального

планування, розробки стратегій повоєнного відновлення територій, програм соціально-економічного розвитку, охорони здоров'я та громадського здоров'я.

Особистий внесок дисертанта

Дисертаційне дослідження виконано автором самостійно. Усі наукові положення, теоретичні узагальнення, методичні підходи та висновки, викладені в роботі, належать особисто здобувачу. Автором самостійно здійснено збір, систематизацію та опрацювання статистичних, картографічних і літературних джерел, проведено аналітичні розрахунки, обґрунтовано концептуальні засади дослідження, виконано суспільно-географічний аналіз захворюваності населення, здійснено типізацію та районування, підготовлено графічні й табличні матеріали. Усі картограми, схеми, графіки й таблиці, подані в дисертації, побудовано автором на основі власних розрахунків та узагальнень. Запозичені наукові положення, ідеї та фактичні матеріали супроводжено відповідними посиланнями на використані джерела.

Апробація результатів дослідження

Основні положення та результати дисертаційного дослідження апробовано на 4 міжнародних, всеукраїнських і регіональних науково-практичних конференціях, семінарах та круглих столах, присвячених проблемам суспільної географії, медичної географії, демографії, регіонального розвитку та громадського здоров'я. Результати дослідження обговорювалися на засіданнях кафедри економічної та соціальної географії і туризму Одеського національного університету імені І. І. Мечникова.

Публікації За темою дисертації опубліковано 9 наукових праць, у тому числі 5 статей у наукових фахових виданнях України та 4 тез доповідей на наукових конференціях.

Структура та обсяг роботи Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Логіка побудови роботи відображає послідовний перехід від теоретико-методологічного осмислення захворюваності населення як соціально-територіального феномену до аналізу передумов її формування, виявлення просторових

відмінностей, типізації територій та обґрунтування інтегрального районування. Така структура відповідає закладеному в рукописі алгоритму дослідження, який поєднує теоретико-методологічні засади, інформаційно-аналітичні процедури, просторовий аналіз і узагальнювальну інтерпретацію результатів у єдину систему.

Загальний обсяг дисертації становить 373 сторінок, з яких основного тексту – 208 сторінок. Робота містить 47 таблиць, 59 рисунків та 5 додатків. Список використаних джерел налічує 183 найменувань.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ СУСПІЛЬНО-ГЕОГРАФІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Поняття здоров'я є складною міждисциплінарною категорією, що зумовлює різноманіття його наукових трактувань у межах медицини, філософії, соціології, демографії та суспільної географії. У сучасних наукових підходах здоров'я розглядається як результат взаємодії біологічних і соціальних чинників, що формують стан життєдіяльності людини на населення в цілому. Найбільш уживаним у науковій практиці є підхід Всесвітньої організації охорони здоров'я, відповідно до якого здоров'я розглядається як стан фізичного, психічного та соціального благополуччя, що передбачає гармонійну взаємодію організму з природним і соціальним середовищем і відсутність патологічних порушень. У наукових дослідженнях виокремлюють чотири рівні здоров'я населення, індивідуальне, групове, регіональне та громадське. Громадське здоров'я характеризує стан здоров'я населення країни в цілому та відображає сукупний вплив соціально-економічних, демографічних, екологічних і інституційних чинників [38, 103, 150, 151], [182, 183].

Оцінювання громадського здоров'я здійснюється на основі системи медико-демографічних показників, зокрема рівнів народжуваності та смертності, природного приросту населення, дитячої смертності, очікуваної середньої тривалості життя, первинної інвалідності, а також індикаторів фізичного й психічного здоров'я. Сукупність зазначених показників дає змогу комплексно аналізувати стан здоров'я населення та виявляти соціально-територіальні відмінності його формування [13, 80, 81].

Серед медико-демографічних індикаторів особливе місце посідає захворюваність населення, яка є одним із ключових показників суспільного здоров'я та важливим об'єктом суспільно-географічного аналізу, оскільки

чутливо реагує на зміни умов життєдіяльності населення й відображає просторові особливості соціального розвитку територій [69, 70].

Формування теоретико-методологічних засад суспільно-географічного дослідження захворюваності населення потребує уточнення змісту ключових понять, що використовуються у дисертації, та зіставлення існуючих наукових підходів до їх трактування. Це дозволяє уникнути термінологічної невизначеності та забезпечити логічну узгодженість подальшого аналізу.

Поняття «захворюваність» у медико-статистичному та медичному контексті традиційно трактується як сукупність зареєстрованих випадків хвороб серед населення певної території за визначений період часу, що характеризує інтенсивність поширення патологічних процесів і рівень медичного навантаження на систему охорони здоров'я [6]. Таке розуміння широко використовується в епідеміологічних і статистичних дослідженнях та закріплене у практиці офіційної медичної звітності.

У медико-географічних і суспільно-географічних дослідженнях зміст поняття «захворюваність» істотно розширюється. Зокрема, у працях Н. І. Мезенцевої, С. П. Батиченка та К.В. Мезенцева [6, 68, 69, 70] захворюваність розглядається як соціально-територіальний показник, що відображає просторові відмінності стану здоров'я населення та формується під впливом демографічних, соціально-економічних, екологічних і інституційних чинників. У такому трактуванні вона виступає не лише характеристикою медичного стану населення, а й індикатором територіальної нерівності розвитку та якості життя населення.

Поняття «суспільне здоров'я» у міжнародній науковій і практичній традиції пов'язується з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, відповідно до якого здоров'я розуміється як стан фізичного, психічного та соціального благополуччя населення, а не лише відсутність хвороб [67]. У межах суспільно-географічного підходу суспільне здоров'я трактується як інтегральна характеристика стану населення певної території, що формується під впливом демографічної структури, соціально-економічних умов,

екологічного середовища та організації системи здоров'я і має чітко виражену просторову диференціацію[75].

Категорія «медико-географічна ситуація» використовується для комплексної характеристики стану здоров'я населення в межах конкретної території [104]. У медико-географічних дослідженнях вона трактується як сукупний результат взаємодії рівнів і структури захворюваності, демографічних процесів, природних умов, екологічного стану та параметрів функціонування системи охорони здоров'я. Такий підхід дозволяє перейти від аналізу окремих показників до цілісної оцінки територіальних відмінностей стану здоров'я населення.

У категоріальному аспекті ключовими є поняття «захворюваність», «територіальна диференціація», «медико-географічна напруженість», «просторова структура патології», «демографічна вразливість». Захворюваність у цьому контексті трактується як динамічний процес, що відображає інтенсивність поширення хвороб у межах певного соціально-територіального утворення. Її просторові відмінності зумовлюються не лише біомедичними чинниками, а й характером розселення, рівнем урбанізації, екологічними умовами, соціальною стратифікацією та міграційними процесами.

Поняття «територіальна диференціація здоров'я населення» у суспільній географії використовується для позначення просторової неоднорідності показників здоров'я і захворюваності між регіонами, адміністративними одиницями та типами поселень[115]. Воно відображає стійкі регіональні контрасти, що формуються внаслідок різних умов життєдіяльності населення, рівня соціально-економічного розвитку, екологічної ситуації та доступності медичних послуг.

У межах даного дослідження захворюваність інтерпретується як просторово організований процес, що відображає не лише біологічний стан населення, а й соціальні умови його життєдіяльності. Таке трактування дозволяє інтегрувати суспільно-географічний аналіз результати

демографічних, соціально-економічних та географічних досліджень і розглядати здоров'я населення як складову суспільного розвитку територій[89]. Запропонований підхід забезпечує перехід від фіксації медико-статистичних показників до пояснення закономірностей територіальної диференціації стану здоров'я населення та створює концептуальну основу для подальшої типізації і районування медико-географічної ситуації.

1.1. Захворюваність населення як об'єкт суспільно-географічного аналізу

Захворюваність населення є складним багатоаспектним явищем, що формується під впливом сукупності природних, соціально-економічних, демографічних та інституційних чинників і супроводжується чітко вираженою територіальною диференціацією. У межах сучасної суспільної географії захворюваність розглядається не лише як медико-статистичний показник, а передусім як соціально-територіальний індикатор якості життя населення, рівня соціального розвитку регіонів та ефективності просторової організації системи охорони здоров'я [69, 70, 133]. Такий підхід дозволяє інтерпретувати показники захворюваності у взаємозв'язку особливостями розвитку територій і просторової організації суспільства.

Генезис наукових досліджень щодо захворюваності населення сформувався в межах кількох суміжних наукових напрямів, кожен із яких має власний об'єкт аналізу, методичний апарат і специфіку інтерпретації результатів. У медичній географії дослідження захворюваності історично формувалися як аналіз просторового поширення хвороб у поєднанні з природними умовами, кліматичними особливостями, ландшафтною структурою територій та екологічними чинниками [9]. Соціальна медицина зосереджується на вивченні соціальних чинників, що впливають на стан здоров'я населення, зокрема умов праці, рівня життя, доступності медичної допомоги та проявів соціальної нерівності [39,40]. Демографічні дослідження розглядають захворюваність у взаємозв'язку з процесами відтворення

населення, віковою структурою, смертністю та тривалістю життя [93]. Суспільна географія інтегрує зазначені підходи, зосереджуючись на територіальній організації захворюваності регіональних контрастах, просторових закономірностях її формування та ролі соціально-економічного середовища у формуванні здоров'я населення [6].

Захворюваність населення є однією з базових характеристик стану здоров'я та важливим об'єктом наукового аналізу у межах медичної та суспільної географії. У медико-географічних дослідженнях вона традиційно розглядається як сукупність випадків хвороб, зареєстрованих серед населення певної території за визначений період часу, що відображає інтенсивність поширення патологічних процесів і рівень медичного навантаження на систему охорони здоров'я [6].

У суспільно-географічному контексті захворюваність набуває ширшого змісту, оскільки трактується не лише як медико-статистичний показник, а як результат взаємодії демографічних, соціально-економічних, екологічних та просторових умов життєдіяльності населення, що зумовлюють територіальні відмінності стану здоров'я. Такий підхід розгорнуто у колективній монографії Мезенцевої Н.І., Батиченка С. П., Мезенцева К.В. «Захворюваність та здоров'я населення в Україні: суспільно-географічний вимір» [70]

У системі показників суспільного здоров'я захворюваність посідає особливе місце поряд із такими індикаторами, як смертність, інвалідність, очікувана тривалість життя та показники природного руху населення. На відміну від смертності, яка фіксує кінцеві наслідки негативних процесів, захворюваність є більш чутливим індикатором, що дозволяє своєчасно виявляти зміни у стані здоров'я населення та реагувати на них на ранніх етапах. Саме ця властивість зумовлює її високу інформативність для суспільно-географічного аналізу територіальних відмінностей здоров'я населення [103, 150]. Просторовий аналіз захворюваності як складова географічної епідеміології розглядається у дослідженні Rezaeian M.

«Geographical epidemiology: description of spatial patterns of disease morbidity and mortality» [176].

У просторових дослідженнях застосовуються різні класифікації захворюваності, що дозволяють комплексно оцінювати її структуру та територіальну диференціацію. Найбільш поширеним є поділ захворюваності на інфекційну та неінфекційну, що відображає відмінності у механізмах поширення хвороб і їх залежність від соціально-економічних умов. Важливе значення має також розмежування хронічної та соціально зумовленої захворюваності, яка тісно пов'язана з рівнем життя населення, умовами праці, способом життя та доступністю медичних послуг. Просторові аспекти таких класифікацій та їх значення для аналізу територіальних відмінностей здоров'я населення України розглянуті у дослідженнях Баркової Г. А [5] та Погребського Т. Г. [99]

У межах суспільно-географічного аналізу окрему увагу приділяють екологічно детермінованій та професійній захворюваності, просторовий розподіл яких значною мірою визначається характером природного середовища та галузевою структурою господарства [98].

Показники захворюваності, що використовуються у суспільно-географічних дослідженнях, включають загальну захворюваність, первинну захворюваність, рівні захворюваності за окремими класами хвороб, а також спеціалізовані показники для окремих вікових і соціальних груп населення. Їх інтерпретація потребує врахування територіальних відмінностей у демографічній структурі, рівні урбанізації, екологічному стані територій та організації системи охорони здоров'я. У цьому контексті суспільно-географічний підхід дозволяє не лише фіксувати просторові контрасти захворюваності, а й розкривати причинно-наслідкові зв'язки між станом здоров'я населення та умовами його життєдіяльності [94].

Таким чином, у межах суспільно-географічного підходу захворюваність населення постає як комплексний об'єкт аналізу, що відображає територіальні особливості соціального розвитку, екологічного стану та рівня медичного

забезпечення, і слугує науковою основою для дослідження просторової диференціації суспільного здоров'я та формування регіонально орієнтованих управлінських рішень у сфері охорони здоров'я [95].

Дослідження захворюваності населення за своєю природою є міждисциплінарним, оскільки формування показників здоров'я відбувається під впливом різноспрямованих природних, демографічних, соціально-економічних та інституційних процесів. У зв'язку із цим аналіз захворюваності здійснюється в межах кількох наукових напрямів, кожен із яких акцентує увагу на окремих аспектах цього складного явища [89]. Водночас саме суспільна географія забезпечує інтеграцію результатів медико-географічних, соціально-медичних і демографічних досліджень у єдину просторово орієнтовану аналітичну систему, що дозволяє комплексно інтерпретувати територіальні відмінності захворюваності та виявляти закономірності її просторової організації [41,149].

Характеристика	Медична географія	Соціальна медицина	Демографічні дослідження	Суспільна географія
Фокус	Територіальне поширення хвороб у зв'язку з природними умовами	Соціальні детермінанти здоров'я, соціальна нерівність	Захворюваність у зв'язку з відтворенням населення	Територіальна організація захворюваності, регіональні контрасти
Класифікація захворюваності	Інфекційні та неінфекційні захворювання	Хронічні та соціально зумовлені захворювання	Екологічно детерміновані та професійні захворювання	Територіальна порівнюваність, демографічна та соціально-економічна зумовленість
Інтерпретація	Аналіз територіального поширення хвороб	Умови праці, рівень життя, доступ до медичної допомоги	Вікова структура, смертність, тривалість життя	Просторові моделі здоров'я населення, зони ризику

Рис. 1.1. Суспільно-географічний підхід у системі міждисциплінарних досліджень захворюваності населення Джерело: *Розроблено автором

Рисунок 1.1 відображає місце та роль суспільно-географічного підходу в системі міждисциплінарних досліджень захворюваності населення та обґрунтовує його доцільність як комплексного інструменту аналізу територіальної диференціації стану здоров'я населення. Представлена схема відображає відмінності та взаємодоповнюваність підходів до вивчення захворюваності в межах медичної географії, соціальної медицини, демографічних досліджень і суспільної географії. Кожен з цих напрямів має власний фокус аналізу, специфічні класифікації захворювань і підходи до інтерпретації показників захворюваності. Медична географія акцентує увагу на територіальному поширенні хвороб у зв'язку з природними умовами, соціальна медицина зосереджується на соціальних детермінантах здоров'я та нерівності, демографічні дослідження аналізують захворюваність у контексті відтворення населення, вікової структури та смертності [41,145]. Суспільна географія поєднує ці підходи, розглядаючи захворюваність як соціально-територіальний феномен і інтерпретуючи її через регіональні відмінності, просторові моделі здоров'я населення та зони підвищеного медико-географічного ризику [149].

У суспільно-географічному контексті захворюваність доцільно трактувати як інтегральний соціально-територіальний феномен, що відображає сукупний результат взаємодії демографічної структури населення, рівня соціально-економічного розвитку, екологічного стану території, особливостей поселенської мережі та доступності медичних послуг. Такий підхід забезпечує перехід від аналізу окремих медичних показників до комплексного вивчення територіальної диференціації стану здоров'я населення, виявлення територій підвищеного медико-географічного ризику та зон соціальної вразливості.

Важливе значення у суспільно-географічному аналізі має класифікація захворюваності, яка дозволяє систематизувати медико-статистичну інформацію відповідно до завдань просторових досліджень і виявляти територіальні відмінності захворюваності Рисунок 1.2. У межах такого аналізу

захворюваність розглядається за низкою базових класифікаційних ознак. За характером поширення розрізняють інфекційну та неінфекційну захворюваність, що відрізняють механізмами формування, ступенем просторової локації та чутливістю до соціальних та екологічних чинників. Хронічна та соціально зумовлена захворюваність тісно пов'язані з рівнем урбанізації, способом життя населення, соціальною стратифікацією та умовами праці, що зумовлює їх виразну регіональну диференціацію. Окрему аналітичну групу становить екологічно детермінована та професійна захворюваність, просторові прояви якої формуються під впливом промислового навантаження, агроекологічних умов, якості довкілля та галузевої структури зайнятості населення.



Рис.1. 2. Система чинників формування захворюваності населення

**Побудовано автором*

Подана схема відображає систему чинників формування захворюваності населення як соціально-демографічного явища загалом, без урахування просторових відмінностей. У подальших підрозділах акцент зміщується на аналіз територіальної диференціації захворюваності та чинників її формування у суспільно-географічному вимірі.

Суспільно-географічний аналіз захворюваності передбачає врахування територіальної неоднорідності соціально-демографічних і соціально-економічних умов формування здоров'я населення. Вікова та статева структура населення істотно впливають на рівень і нозологічну структуру захворюваності, зумовлюючи відмінності між регіонами з різними демографічними профілями. Території з високою часткою осіб старших вікових груп, як правило, характеризуються підвищеним рівнем хронічної та віково-зумовленої захворюваності, тоді як регіони з молодшою віковою структурою населення мають іншу нозологічну специфіку [80, 81].

Соціально-економічні умови формування захворюваності відіграють не менш значущу роль у її просторовій диференціації. Рівень доходів населення, умови проживання, характер зайнятості та доступність соціальної інфраструктури визначають можливості підтримання здоров'я і профілактики захворювань, формуючи території з різним рівнем соціальної вразливості. Вагомим чинником є також доступність медичних послуг, що значною мірою визначається особливостями розселення населення, розвитком транспортної мережі та територіальною організацією системи охорони здоров'я. Регіони з розвиненою мережею закладів охорони здоров'я та кращою транспортною доступністю, як правило, фіксують інші характеристики захворюваності порівняно з периферійними та сільськими територіями [92, 114].

Екологічний стан територій є важливим чинником формування захворюваності, особливо у промислово розвинених і аграрно освоєних регіонах. Якість атмосферного повітря, водних ресурсів і ґрунтів, рівень техногенного навантаження та характер господарського використання території зумовлюють просторову концентрацію екологічно детермінованих

захворювань і дозволяють ідентифікувати зони підвищеного медико-географічного ризику [82, 85, 86, 136, 137].

.Узагальнення класифікаційних підходів полегшує подальший просторовий аналіз та інтерпретацію результатів дослідження.

Таблиця 1.1

*Основні класифікаційні підходи до вивчення захворюваності
в суспільно-географічному аналізі*

Класифікаційна ознака	Види захворюваності	Суспільно-географічне значення
Характер поширення	Інфекційна, неінфекційна	Виявлення територіальної локалізації, зон підвищеного ризику
Тривалість і характер перебігу	Хронічна, соціально зумовлена	Оцінка впливу умов життя, урбанізації та соціальної нерівності
Природа детермінації	Екологічно детермінована, професійна	Аналіз впливу господарської діяльності та екологічного стану
Просторова стійкість	Стабільна, змінна	Виявлення довготривалих і динамічних територіальних відмінностей
Соціальна чутливість	Висока, помірна, низька	Оцінка соціальної вразливості населення регіонів

**розроблено автором.*

Застосування класифікаційних підходів у суспільно-географічному аналізі дозволяє перейти до глибшого розуміння просторової організації захворюваності. У цьому контексті захворюваність розглядається не ізольовано, а як результат взаємодії демографічних характеристик населення, соціально-економічних умов життєдіяльності, екологічного стану території та рівня розвитку інфраструктури охорони здоров'я, що зумовлює необхідність інтегрованого підходу до її дослідження [55].

З огляду на багатофакторний характер формування захворюваності, її суспільно-географічна інтерпретація потребує систематизації основних аналітичних орієнтирів, які забезпечують цілісність і порівнюваність результатів дослідження. Такі орієнтири доцільно розглядати як сукупність критеріїв, що визначають логіку аналізу захворюваності у просторі та дозволяють інтегрувати медико-статистичні дані у ширший соціально-географічний контекст.

Таблиця 1.2

*Критерії суспільно-географічної інтерпретації показників
захворюваності населення*

Критерій інтерпретації	Зміст критерію	Суспільно-географічне значення
Демографічна зумовленість	Вікова і статеві структура населення, процеси старіння	Пояснення територіальних відмінностей рівня і структури захворюваності
Соціально-економічні умови	Рівень доходів, умови проживання, характер зайнятості	Виявлення зон соціальної вразливості та нерівності
Територіальна доступність медичних послуг	Розміщення закладів охорони здоров'я, транспортна доступність	Оцінка просторової ефективності системи охорони здоров'я
Екологічні умови	Якість довкілля, рівень техногенного навантаження	Ідентифікація екологічно небезпечних територій
Тип розселення	Міські і сільські території, центр і периферія	Аналіз регіональних і внутрішньорегіональних контрастів
Просторова стійкість показників	Стабільність або мінливість захворюваності у часі	Виявлення довготривалих медико-географічних тенденцій

**розроблено автором.*

Застосування наведених критеріїв дозволяє розглядати захворюваність населення як цілісний соціально-територіальний феномен і слугує науковим підґрунтям для комплексної оцінки медико-географічної ситуації територій,

виявлення регіональних контрастів і зон підвищеної соціальної та екологічної вразливості, а також для обґрунтування напрямів просторового розвитку системи охорони здоров'я, спрямованих на підвищення якості життя населення.

Методологічна специфіка суспільно-географічного аналізу захворюваності полягає у поєднанні просторового, регіонального та системного підходів, що дозволяє розглядати стан здоров'я населення як результат взаємодії багатьох чинників, локалізованих в певному територіальному просторі [133]. На відміну від медико-статистичних і демографічних підходів, які в основному зосереджуються на кількісних показниках або структурних характеристиках населення, суспільна географія орієнтована на виявлення просторових закономірностей формування захворюваності та аналіз територіальних контрастів.

Застосування системного підходу забезпечує розгляд захворюваності як складової ширшої системи просторово організованих соціальних процесів, у межах якої демографічні, соціально-економічні, екологічні та інституційні чинники перебувають у постійній взаємодії. Територіальний підхід дозволяє ідентифікувати зони підвищеного медико-географічного ризику, визначити регіональні відмінності та оцінити вплив територіальної організації системи охорони здоров'я на показники захворюваності [147].

Регіональний підхід, у свою чергу, забезпечує можливість порівняльного аналізу територій з різними умовами соціально-економічного розвитку, демографічною структурою та екологічною ситуацією [142]. Саме поєднання цих методологічних підходів формує теоретичну основу суспільно-географічного дослідження захворюваності населення та обґрунтовує доцільність її використання як ключового індикатора територіальної нерівності розвитку і якості життя населення.

Захворюваність населення в суспільній географії постає як важливий індикатор територіальної нерівності розвитку, що відображає поєднання демографічних, соціально-економічних та екологічних чинників. Її аналіз із

використанням просторових, регіональних і системних підходів створює наукове підґрунтя для обґрунтування напрямів просторового розвитку системи охорони здоров'я та формування політики, спрямованої на підвищення якості життя населення.

Методологічне дослідження загальної медико-географічної ситуації базується на системному та територіальному підходах, що дозволяють розглядати захворюваність як елемент суспільно-географічної системи. Системний підхід забезпечує інтеграцію демографічних, соціально-економічних та екологічних компонентів, тоді як територіальний – виявлення просторових контрастів, ареалів концентрації патологій і регіональних особливостей їх структури [144]. Важливим є також типологічний підхід, який у подальшому дозволяє здійснити класифікацію регіонів за рівнем та профілем захворюваності. Отже, метою даного підрозділу є формування узагальненої характеристики загальної медико-географічної ситуації захворюваності населення України як цілісної територіальної системи. Таким чином, розгляд захворюваності населення як соціально-територіального феномену дозволяє окреслити її місце в системі суспільно-географічних досліджень і визначити ключові чинники просторової диференціації стану здоров'я населення. Водночас поглиблений аналіз закономірностей формування та територіальних відмінностей захворюваності потребує чіткого методологічного підґрунтя, що забезпечує наукову обґрунтованість інтерпретації медико-статистичних даних і коректність просторових узагальнень.

1.2. Методологічні підходи та чинники формування територіальної диференціації захворюваності населення

Суспільно-географічний аналіз захворюваності населення ґрунтується на поєднанні взаємодоповнювальних методологічних підходів, що забезпечують цілісне розуміння захворюваності як соціально-територіально зумовленого явища та дозволяють виявити просторові відмінності стану

здоров'я населення і чинники їх формування. На відміну від клінічної та соціальної медицини, у суспільній географії захворюваність розглядається не лише як медико-біологічний феномен, а як процес, сформований у межах конкретних територіальних умов життєдіяльності населення. Вона є результатом взаємодії особливостей розселення, соціально-економічних умов, природного середовища та просторової організації системи охорони здоров'я. Саме таке трактування захворюваності обґрунтовує необхідність використання комплексу взаємопов'язаних методологічних підходів у суспільно-географічному дослідженні. Кожен із них забезпечує аналіз окремих аспектів формування та просторового функціонування захворюваності, що в сукупності дозволяє зберегти цілісність і послідовність дослідницької логіки.

Базовим у дослідженнях захворюваності населення виступає медико-географічний підхід, який передбачає аналіз просторового поширення хвороб у взаємозв'язку з природними, соціально-економічними та демографічними умовами. У межах цього підходу захворюваність інтерпретується як результат взаємодії населення з природним середовищем, а її територіальні відмінності розглядаються як прояв адаптації до конкретних природних і соціальних умов життєдіяльності. Класичні положення медичної географії, спрямовані на виявлення просторових закономірностей захворюваності, системно представлені у працях українських географів. Зокрема, у статті Батиченка С. П. «Географія захворюваності населення» обґрунтовано значення територіального підходу для виявлення регіональних відмінностей стану здоров'я населення [6].

У сучасних дослідженнях медико-географічний підхід поєднується з положеннями географічної епідеміології, яка акцентує увагу на аналізі просторових патернів захворюваності та використанні статистичних і картографічних методів для їх інтерпретації. Узагальнення таких підходів представлено у праці Rezaeian M. «Geographical epidemiology: description of spatial patterns of disease morbidity and mortality», де показано можливості

просторового аналізу для інтерпретації захворюваності як територіального явища [176].

Просторовий аналіз захворюваності не може бути повноцінним без урахування демографічних характеристик населення, що зумовлює застосування демографічного підходу. У межах суспільно-географічних досліджень він передбачає аналіз вікової та статевої структури населення, особливостей розселення, а також процесів депопуляції, старіння і міграційних переміщень. Оскільки рівні та структура захворюваності істотно залежать від демографічного складу населення територій, застосування демографічного підходу забезпечує коректність міжрегіональних порівнянь і підвищує достовірність інтерпретації результатів аналізу. Роль демографічного чинника у формуванні стану здоров'я населення України детально розкрито у монографії Мезенцевої Н. І., Батиченка С. П., Мезенцева К. В. «Захворюваність та здоров'я населення в Україні: суспільно-географічний вимір» [70].

Поряд із демографічним підходом у межах суспільно-географічного аналізу використовується соціально-економічний підхід, спрямований на оцінювання впливу рівня доходів, зайнятості, умов праці, житлових умов і соціальної нерівності на стан здоров'я населення. У цьому контексті захворюваність розглядається як узагальнений індикатор соціальної диференціації територій та просторової нерівномірності умов життєдіяльності населення, що відображає системний характер соціально-територіальних відмінностей. Такий підхід узгоджується з концепцією просторової нерівності здоров'я та «health disparities», узагальненою у звітах Всесвітньої організації охорони здоров'я [182].

Важливе місце у суспільно-географічному аналізі захворюваності посідає розселенський (урбаністичний) підхід, який розглядає вплив типів розселення, рівня урбанізації, щільності населення просторової структури поселень на стан здоров'я населення. У межах цього підходу захворюваність аналізується з урахуванням міського і сільського способу життя, умов

проживання та характеру трудової діяльності населення. Сукупна дія цих чинників, у поєднанні з різним рівнем екологічного навантаження, зумовлює формування стійких просторових контрастів між урбанізованими і сільськими територіями. Поселенський підхід дозволяє інтерпретувати територіальні відмінності захворюваності як результат різної інтенсивності соціально-економічних і середовищних процесів у межах систем розселення [132, 133].

Доповненням до зазначених підходів є інституційний підхід, у межах якого захворюваність аналізується з урахуванням особливостей просторової організації та функціонування системи охорони здоров'я. Цей підхід передбачає оцінювання територіальних відмінностей у забезпеченості медичними закладами, кадровому потенціалі, доступності первинної та спеціалізованої медичної допомоги, а також ефективності управлінських механізмів у сфері охорони здоров'я. У суспільно-географічному вимірі інституційні характеристики розглядаються як складова соціально-територіальної системи, що впливає не лише на рівні зареєстрованої захворюваності, а й на своєчасність виявлення хвороб та просторову повноту статистичної інформації.

Інтеграція даних підходів реалізується у межах системного та територіального підходів, які формують методологічну основу суспільно-географічного аналізу захворюваності населення. Системний підхід дозволяє розглядати захворюваність як елемент складної соціально-територіальної системи, що включає – населення, природне середовище, господарську діяльність і систему охорони здоров'я, тоді як територіальний підхід забезпечує аналіз просторової диференціації захворюваності на різних ієрархічних рівнях – від національного до локального. Методологічні засади такого аналізу детально обґрунтовані у працях О. Г. Топчієва, зокрема у монографії «Суспільно-географічних дослідження: методологія і методи, методики» [133].

Узагальнення взаємозв'язків між основними методологічними підходами суспільно-географічного дослідження захворюваності населення

представлено на Рис. 1.3, який відображає логіку комплексного аналізу захворюваності як соціально-територіального явища та підкреслює взаємодоповнювальний характер окремих підходів у межах єдиної методологічної системи.



Рис. 1.3. Методологічні підходи суспільно-географічного дослідження захворюваності населення *побудовано автором

Рисунок 1.3 відображає поєднання медико-географічного, демографічного, соціально-економічного, поселенського (урбаністичного) та інституційного підходів, які забезпечують аналіз окремих аспектів формування захворюваності населення, з системним і територіальним підходами, що виконують інтегруючу функцію. Таке поєднання дозволяє розглядати захворюваність населення як складне соціально-територіальне явище, сформоване під впливом демографічних процесів, умов життєдіяльності населення, особливостей розселення, природного середовища та просторової організації системи охорони здоров'я, і створює методологічну основу для подальшого аналізу чинників її територіальної диференціації.

У межах системного та медико-географічного підходів екологічні умови проживання населення розглядаються як важливий чинник формування

територіальних відмінностей захворюваності, а організація охорони здоров'я інтерпретується як складова соціально-територіальної системи, що впливає на рівень виявлення та реєстрації хвороб. Реалізація зазначених методологічних підходів у прикладних дослідженнях зумовлює використання комплексу методів суспільно-географічного аналізу, серед яких провідне місце посідають статистичні, порівняльно-географічні, картографічні та графічно-аналітичні методи.

Особливе значення має картографічний метод, який забезпечує просторову інтерпретацію статистичних показників і наочне відображення територіальних відмінностей стану здоров'я населення. Картографування захворюваності забезпечує виявлення просторових закономірностей, локалізацію територій із різною інтенсивністю поширення хвороб та виокремлення регіональних типів за рівнем захворюваності. Застосування графічно-аналітичних і порівняльно-географічних методів забезпечує узагальнення просторово-часових тенденцій захворюваності та визначення ролі окремих чинників у формуванні медико-географічної ситуації [143, 144].

Емпіричну основу суспільно-географічного аналізу захворюваності становлять статистичні методи, які застосовуються для обробки офіційних даних державної статистики та медичної звітності, аналізу рівнів, структури і динаміки захворюваності, а також для розрахунку узагальнених і стандартизованих показників. Використання стандартизованих показників захворюваності дозволяє мінімізувати вплив вікових і статевих відмінностей населення на результати аналізу та відповідає рекомендаціям Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо просторових досліджень стану здоров'я населення [182].

Важливу роль у суспільно-географічному аналізі захворюваності відіграють графічно-аналітичні методи, що передбачають використання графіків, діаграм і схем для узагальнення динаміки та структури захворюваності у просторі й часі. Їх застосування дозволяє наочно

інтерпретувати просторово-часові тенденції захворюваності та виявляти взаємозв'язки між окремими показниками.

Порівняльно-географічний метод використовується для зіставлення територій із різними демографічними, соціально-економічними, еколого-територіальними та інституційними характеристиками. Він забезпечує виявлення регіональних відмінностей рівнів і структури захворюваності та створює підґрунтя для типізації територій і подальшого інтегрального районування.

Загалом поєднання зазначених методологічних підходів і методів забезпечує комплексний характер суспільно-географічного аналізу захворюваності населення та створює методологічне підґрунтя для подальшого дослідження її територіальної диференціації, типізації регіонів і формування інтегрального районування [133,141].

Територіальна диференціація захворюваності населення формується під впливом комплексу взаємопов'язаних чинників, які відображають специфіку соціально-територіальної організації суспільства та особливості просторового розвитку регіонів. У суспільно-географічному вимірі захворюваність постає не як ізольований медико-статистичний показник, а як результат взаємодії демографічних процесів, соціально-економічних умов життєдіяльності населення, еколого-територіальних характеристик середовища проживання та інституційної організації системи охорони здоров'я. Саме поєднання цих чинників зумовлює формування стійких просторових відмінностей рівня і структури захворюваності між регіонами, адміністративними одиницями територіальними громадами.

На відміну від загальної системи чинників захворюваності, розглянутої у підрозділі 1.1, у цьому підрозділі акцент зроблено саме на чинниках *територіальної диференціації*, тобто на тих складових, які визначають просторову неоднорідність стану здоров'я населення та формують регіональні контрасти захворюваності. Такий підхід відповідає завданням суспільно-

географічного аналізу і є методологічно необхідним для подальшої типізації територій та побудови інтегрального районування.

На рисунку 1.4. представлена узагальнена схема чинників формування територіальної диференціації захворюваності населення, яка відображає просторову логіку формування відмінностей захворюваності як результат взаємодії демографічних, соціально-економічних, еколого-територіальних та інституційних чинників у межах соціально-територіальної системи.



Рис. 1.4. Чинники формування територіальної диференціації захворюваності населення *побудовано автором

Радіальна структура схеми виконує методологічну функцію візуалізації рівнозначності чинників та їхнього функціонування у суспільному системному полі. Вона відображає відсутність жорсткої ієрархії між окремими групами чинників і акцентує увагу на їх взаємозумовленості та взаємному підсиленні. Кожен блок чинників репрезентує окремий аспект формування територіальної диференціації захворюваності і водночас розглядається як складова єдиної соціально-територіальної системи, у межах якої формується просторовий характер стану здоров'я населення. Системна взаємодія зазначених чинників

зумовлює багатовимірний характер просторових відмінностей захворюваності та складність медико-географічної ситуації в регіонах.

Базовою складовою формування просторових відмінностей захворюваності виступають демографічні чинники, які визначають чисельність, статеву-вікову структуру населення та інтенсивність демографічних процесів на різних територіях. Вікова структура впливає на рівні загальної та окремих класів захворюваності, зокрема через зростання хронічних захворювань у регіонах з збільшеною часткою осіб похилого віку. Статеву структуру зумовлює відмінності у профілях захворюваності, пов'язані з біологічними та соціальними особливостями різних груп населення. Поселенська структура формує контрасти між міськими і сільськими територіями, які проявляються у різних умовах праці, способі життя та доступності медичних послуг. Значний вплив мають також процеси депопуляції, постаріння населення та міграційні процеси, які трансформують демографічний потенціал регіонів і зумовлюють територіальні відмінності рівня та структури захворюваності [120]. Систематизація основних демографічних чинників територіальної диференціації захворюваності представлена в табл. 1.3

Соціально-економічні умови життєдіяльності населення визначають рівень і якість життя та є важливим чинником формування стану здоров'я. Рівень доходів, зайнятість, характер і умови праці, житлові умови та доступність соціальної інфраструктури зумовлюють територіальні відмінності можливостей збереження та відтворення здоров'я населення. Регіони з нижчим рівнем соціально-економічного розвитку, як правило, відзначаються підвищеними рівнями захворюваності, що пов'язано з гіршими умовами життєдіяльності населення та підвищеною концентрацією соціальних ризиків.

Таблиця 1.3

Основні демографічні чинники територіальної диференціації захворюваності населення

Демографічний чинник	Просторовий прояв	Вплив на захворюваність
Вікова структура	Регіональні відмінності у частці осіб старших вікових груп	Зростання хронічної захворюваності
Статева структура	Територіальні диспропорції за статтю	Відмінності у структурі захворюваності
Поселенська структура	Контрасти міських і сільських територій	Різний рівень доступності медичних послуг
Депопуляційні процеси	Скорочення чисельності населення окремих регіонів	Підвищення демографічного навантаження та зміна профілю захворюваності
Міграційні процеси	Перерозподіл населення між регіонами	Зміна демографічного навантаження

**розроблено автором*

У суспільно-географічному аналізі захворюваність у цьому контексті розглядається як показник соціальної диференціації територій та просторової нерівності доступу населення до ресурсів збереження і підтримки здоров'я [1, 55, 114, 152]. Основні соціально-економічні чинники формування просторових відмінностей захворюваності узагальнено в табл. 1.4.

Еколого-територіальні чинники пов'язані з особливостями природного середовища та рівнем антропогенного навантаження на територію. Кліматичні умови, забруднення атмосферного повітря, водних ресурсів і ґрунтів, концентрація техногенних об'єктів формують специфічні середовищні ризики для здоров'я населення. Їх вплив має виражений просторовий характер і часто посилюється у поєднанні з несприятливими соціально-економічними умовами, що призводить до формування зон підвищеного медико-географічного ризику [82, 85, 86, 136, 137].

Таблиця 1.4

Основні соціально-економічні чинники формування просторових відмінностей захворюваності

Соціально-економічний чинник	Територіальні особливості	Наслідки для здоров'я
Рівень доходів	Контраст між економічно розвиненими і депресивними регіонами	Різний рівень захворюваності
Умови праці	Промислові та аграрні регіони	Професійні ризики
Житлові умови	Щільність забудови, якість житла	Вплив на поширення окремих хвороб
Соціальна інфраструктура	Нерівномірність забезпеченості	Обмежений доступ до профілактики

**розроблено автором*

Інституційні та інфраструктурні чинники пов'язані з організацією та функціонуванням системи охорони здоров'я. Просторова структура мережі медичних закладів, забезпеченість лікарськими кадрами, доступність первинної та спеціалізованої медичної допомоги істотно впливають на рівні зареєстрованої захворюваності та своєчасність діагностики хвороб. Територіальні диспропорції у функціонуванні системи охорони здоров'я формують нерівні можливості населення щодо отримання медичних послуг, що особливо чітко проявляється на регіональному та локальному рівнях. Систематизація основних інституційних чинників просторової диференціації захворюваності наведена в табл. 1.5. [49, 66, 124, 131]

Таким чином, територіальна диференціація захворюваності населення формується під впливом взаємодії демографічних, соціально-економічних, еколого-територіальних та інституційних чинників, які функціонують у межах складної соціально-територіальної системи. Їх поєднання зумовлює багатовимірний просторовий характер захворюваності та обґрунтовує необхідність комплексного суспільно-економічного аналізу як методологічної

основи для подальшої типізації регіонів і формування інтегрального районування.

Таблиця 1.5

Основні інституційні чинники просторової диференціації захворюваності

Інституційний чинник	Територіальний аспект	Вплив на показники захворюваності
Мережа медичних закладів	Концентрація у великих містах	Нерівна доступність допомоги
Кадрове забезпечення	Дефіцит у периферійних районах	Пізня діагностика
Організація первинної ланки	Територіальні громади	Виявлення захворювань
Управлінські механізми	Регіональні відмінності	Ефективність медичного обслуговування

**розроблено автором*

Отже, методологічні підходи та чинники формування територіальної диференціації захворюваності населення утворюють цілісну концептуальну основу суспільно-географічного аналізу стану здоров'я населення. Поєднання медико-географічного, демографічного, соціально-економічного, поселенського та інституційного підходів у межах системного і територіального підходів формує цілісну методологічну основу дослідження захворюваності населення. Такий підхід дозволяє розглядати захворюваність як результат взаємодії демографічних процесів, умов життєдіяльності населення та особливостей розселення. Вагому роль у формуванні територіальних відмінностей захворюваності відіграє система охорони здоров'я та особливості її просторової організації. Виокремлення та систематизація чинників територіальної диференціації захворюваності забезпечують перехід від фіксації територіальних відмінностей до їх наукового пояснення. Це створює методологічні передумови для порівняльного аналізу регіонів і подальшого інтегрального районування [131].

Застосування інтегрального підходу до аналізу чинників захворюваності дозволяє не лише виявляти стійкі регіональні контрасти стану здоров'я

населення, а й обґрунтувати можливість типізації територій за сукупністю демографічних, соціально-економічних, еколого-територіальних та інституційних характеристик. Розглянуті методологічні підходи та чинники формування територіальної диференціації захворюваності населення створюють наукове підґрунтя для подальшого аналізу вітчизняного і зарубіжного досвіду відповідних досліджень, а також для розроблення алгоритму суспільно-географічного дослідження та побудови інтегрального районування території за показниками захворюваності населення.

1.3. Вітчизняний та зарубіжний і досвід суспільно-географічних досліджень захворюваності

Формування суспільно-географічного напряму досліджень захворюваності населення відбулося на стику географії, медицини, епідеміології та екології, однак саме в межах суспільної географії захворюваність була концептуалізована як соціально-територіальне явище, що відображає нерівномірність умов життєдіяльності населення та ефективність просторової організації системи охорони здоров'я. Дослідження причин виникнення, розвитку та поширення захворювань населення мають тривалу історію і сформувалися задовго до становлення сучасної суспільно-географічної науки. Одним із перших дослідників, який визначив аналіз захворюваності як важливу складову предмета медичної географії, був німецький учений Леонгард Людвіг Фінке, який у 1792 році у праці «*Versuch einer allgemeinen medicinisch-praktischen Geographie*» заклав методологічні засади медичної географії, систематизував уявлення про просторове поширення захворювань і окреслив роль природних та соціальних умов у формуванні стану здоров'я населення. До ключових чинників він відносив географічне положення, вплив клімату, ґрунтів, води та способу життя населення на стан здоров'я людини [161]. У 1843 році Ж. Буден обґрунтував положення про просторову зумовленість процесів народжуваності,

захворюваності та смертності, пов'язуючи їх із природними умовами та етносоціальними характеристиками населення, і відніс аналіз цих відмінностей до предметного поля медичної географії [155]. Подальший розвиток медико-географічних уявлень у середині ХІХ ст. пов'язаний із переходом від загальнотеоретичних положень до просторово орієнтованого емпіричного аналізу захворюваності. Важливим етапом стало картографічне дослідження Дж. Сноу, який у 1854 р. створив карту поширення холери в Лондоні, що засвідчило аналітичні можливості географічного підходу у вивченні епідемій [177]. У цей період медико-географічні дослідження формувалися у взаємодії з суміжними науковими напрямками, що сприяло становленню медичної географії як складової загальної географічної науки [169.].

Вагомий внесок у розвиток вітчизняних медико-географічних досліджень зробив С. А. Подолинський, який у 1878 р. у праці «Життя й здоров'я людей на Україні» здійснив комплексне дослідження з медичної географії та статистики, у якій обґрунтовано визначальну роль соціальних чинників у формуванні захворюваності населення України [101]. Для суспільно-географічних досліджень ця праця фіксує взаємозв'язок стану здоров'я населення із соціальними умовами життя та середовищем проживання, що закладає підґрунтя для подальшої інтерпретації захворюваності не лише як медико-статистичного показника, а як соціально зумовленого процесу з виразною територіальною диференціацією.

В Україні не вироблено уніфіковано наукового підходу до періодизації становлення та розвитку медичної географії, що зумовлено різними трактуваннями предметного поля цієї науки, а також трансформацією дослідницьких пріоритетів у різні історичні періоди. Під час здійснення періодизації науковці спираються на еволюцію наукових ідей, методичного інструментарію та провідних напрямів медико-географічних досліджень, а також на зміну уявлень про роль і місце захворюваності в структурі медико-географічного знання. У цьому контексті захворюваність виокремлюється як

самостійний об'єкт просторового аналізу, що зумовлює розвиток підходів і методів її суспільно-географічного дослідження. У межах періодизації розвитку на початковий, аналітичний і конструктивний періоди В. О. Шевченко зосереджував увагу на переході від описаного вивчення поширення хвороб до системного аналізу територіальної організації захворюваності [144]. Поряд з цим у науковій літературі представлений підхід Р. С. Молікевича, який ґрунтується на виділенні чотирьох етапів, відмежованих фазовими переходами, зумовленими зміною історичних і наукових пріоритетів, у межах яких вивчення захворюваності послідовно трансформувалося від переважно медичних описів до самостійного географічного аналізу [76]. Зазначені підходи важливі для суспільно-географічного дослідження захворюваності, оскільки дозволяють коректно співвіднести зміну методів і предметних акцентів із потребою сучасного просторового аналізу та районування.

Перші медико-географічні дослідження на території сучасної України були спрямовані на опис стану здоров'я населення та поширення захворюваності в межах окремих губерній і мали прикладний характер. Уже в середині та другій половині ХІХ ст. у працях, проаналізованих робіт Г. В. Вихованець, територіальні відмінності захворюваності пояснювалися природними умовами, умовами проживання населення, особливостями господарської діяльності та соціально-економічним станом територій [9]. Узагальнення власного досвіду медико-географічних досліджень здійснив доктор медицини та приват-доцент кафедри фізичної географії Новоросійського університету в Одесі Іван Яворський у праці «Досвід медичної географії і статистики Туркестану», яка стала теоретичною основою курсу військово-медичної географії, що викладався в цьому університеті. Як зазначає Е. І. Ісакян, попри відсутність на той час розвиненого географічного інструментарію, подібні дослідження заклали важливі методологічні передумови для подальшого осмислення захворюваності як просторово диференційованого явища, зумовленого не лише біомедичними, а й територіальними чинниками [58]. У радянський період дослідження

захворюваності набули помітного розвитку. Це зумовлювалося інституціоналізацією медичної географії та прикладними потребами держави. У 1950-1960-х роках захворюваність вивчалася в контексті впливу фізико-географічних умов на стан здоров'я населення, санітарний стан територій і медичне забезпечення, а також у межах досліджень ендемічних, паразитарних і трансмісивних хвороб. У цей період захворюваність розглядається як результат взаємодії населення з природним середовищем і соціальними умовами, що підсилювало потребу її просторового аналізу. Важливу роль у розвитку медичних засад мало інституційне становлення, зокрема діяльність Комісії з медичної географії Географічного товариства СРСР, яка з кінця 1980-х років була реорганізована в Комісію з медичної географії та екології людини. О. Шошин виокремив чотири основні розділи медичної географії, серед яких нозореографія або географія хвороб визначає просторове поширення захворювань та причини їх формування, тоді як медична картографія окреслюється як метод наукового аналізу [70]. Таке розмежування є принциповим для суспільно-географічного аналізу захворюваності, оскільки дозволяє відокремлювати предметну площину дослідження від інструментальної.

Наприкінці ХХ – початку ХХІ ст. у розвитку медичної географії в Україні відбулися методологічні зміни, унаслідок яких захворюваність стали розглядати як просторово організований процес з територіальною структурою, динамікою та закономірностями формування. Це зумовило потребу аналізу захворюваності з урахуванням природних, соціально-економічних і демографічних чинників, а також особливостей розселення населення, і створило передумови для системного аналізу територіальних відмінностей, картографування та районування.

У межах сучасних підходів О. І. Шаблій та Л. Т. Шевчук визначають предмет медичної географії як просторову організацію суспільних процесів і умов, що впливають на стан здоров'я населення, а також саме здоров'я як просторово диференційований феномен, підкреслюючи роль територіальних

медичних систем різних ієрархічних рівнів [142]. Розвиваючи ці положення, В. О. Шевченко акцентує увагу на захворюваності як ключовому об'єкті медико-географічного аналізу, визначаючи об'єктом дослідження територіальні системи захворюваності, умови їх формування, просторову диференціацію та часову динаміку [144]. Такий підхід важливий для суспільно-географічного аналізу, оскільки забезпечує інтерпретацію захворюваності як результату взаємодії населення з навколишнім середовищем і соціально-економічними трансформаціями.

Значну частину сучасних вітчизняних досліджень становлять праці, орієнтовані на аналіз соціальних, екологічних і організаційних детермінант здоров'я. Медико-соціальні аспекти використання трудового потенціалу досліджені Л. Т. Шевчук, яка обґрунтувала модель регіонального аналізу та прогнозу медико-соціальних аспектів використання праці в системі регіональних стратегій соціально-економічного розвитку [145]. Вплив екологічних умов на стан здоров'я населення розкрито у працях К. П. Мухи, який запропонував підхід до медико-екологічних досліджень із застосуванням кореляційного аналізу для встановлення зв'язків між рівнями забруднення ландшафтних компонентів із показниками захворюваності та для виокремлення чинників, що зумовлюють зростання медико-демографічних ризиків [79]. Питання формування та територіальної організації медичного комплексу як важливого чинника забезпечення здоров'я населення розглянуто у дослідженнях І. В. Мартусенко, яка трактує територіальну організацію як закономірний процес просторового розміщення закладів і підприємств охорони здоров'я та формування ієрархічних елементів медичного обслуговування, що забезпечує можливість комплексної оцінки доступності медичних послуг і виявлення територіальних диспропорцій [67]. Регіональні медичні системи як об'єкт медико-географічного аналізу представлені у працях Г. А. Баркової, яка запропонувала комплексний індикатор медичного обслуговування на основі показників захворюваності та відтворення населення й виконала групування та районування медичних систем

Харківської області [5]. У працях Л. М. Немець, Г. А. Баркової та К. А. Немець медична система трактується як відкрита, динамічна та складна підсистема регіональної соціогеосистеми, що функціонує як цілісна ієрархічно організована система з усталеними прямими і зворотними зв'язками між її структурними елементами, а соціум визначається чинником формування потреб і споживання медичних послуг [83]. Зазначені підходи забезпечують теоретичну основу для поєднання аналізу захворюваності з оцінкою територіальної організації системи охорони здоров'я у межах суспільної географії.

Окремим інструментальним напрямом розвитку вітчизняної медичної географії є медико-географічне картографування. Становлення цього напрямку в Україні пов'язане з атласними виданнями В.О. Шевченка, зокрема «Атлас захворюваності злоякісними пухлинами населення окремих країн-членів РЕВ» (1983) та «Атлас злоякісних пухлин серед населення України» (1986), а також із подальшим методичним опрацюванням питань створення карт захворюваності, медичних служб, передумов захворюваності та медико-географічного районування [143, 144, 44]. У 1995 році В. А. Барановський, К. Г. Пироженко та В. О. Шевченко розробили «Медико-демографічний атлас України», у якому поєднано аналіз демографічних процесів і захворюваності населення [4]. Після аварії на Чорнобильській АЕС опубліковано два випуски «Медико-екологічного атласу України», присвячені оцінці наслідків катастрофи [4, 118, 140], а у 2000 році В. А. Барановський уклав «Екологічний атлас України», у якому представлено просторові закономірності екологічного стану території та їхній зв'язок із показниками здоров'я населення [3]. Наприкінці 1990-х років сформувався окремий напрям у сфері картографічного моделювання інфекційної захворюваності, що представлено у працях Е. Л. Бондаренка [7]. Сукупно ці матеріали засвідчують, що картографування в Україні сформувалося як методична база виявлення просторових закономірностей захворюваності, порівняння територій, типізації та районування.

Картографічний підхід при вивченні територіальної організації медичної сфери є невід'ємним, і в даному випадку цікавим є дослідження Олександра Лейберюка, який здійснив наукове обґрунтування визначення госпітальних округів Чернівецької області відповідно до умов впровадження реформи централізації медичної сфери. Ним запропоновано алгоритм ГІС-моделювання з метою врахування географічних передумов майбутнього функціонування госпітального округу. [65]. Тут же доцільно зауважити на дослідженні особливостей використання інформаційних технологій при модернізації медичної сфери України проведену колективом науковців Тернопільського національного технічного університету ім. І. Пулюя. Адже саме база даних E-Health є джерелом первинної статистичної інформації для ГІС моделювання в суспільно-географічних дослідженнях. [12]

У межах медико-географічних досліджень суттєвого розвитку набув екологічний та медико-екологічний напрям. Вивчення впливу природних та екологічних чинників на стан здоров'я населення концептуально розвинув В. М. Гуцуляк, який сформував еколого-географічну концепцію, засновану на поєднанні ландшафтно-географічного та антропоєкологічного підходів, і визначив критерієм медико-екологічного оцінювання відповідність екологічного потенціалу довкілля оптимальним потребам життєдіяльності населення [43]. У межах цього підходу В. М. Гуцуляк здійснив комплексну медико-географічну характеристику Чернівецької області, проаналізував масове захворювання на алопецію серед дитячого населення м. Чернівці у 1988 році та виконав нозогеографічне районування території [44]. Медико-екологічний напрям у географії визначений ним як дослідження медико-екологічного потенціалу інтегративної геосистеми «людина – природне середовище» [41, 42], а оцінка медико-екологічної ситуації ґрунтується на зіставленні екологічних характеристик території з потребами життєдіяльності населення та показниками його здоров'я. У 1990-2000-х роках медико-географічні дослідження еколого-орієнтованого спрямування проводилися також групою науковців Ужгородського державного університету у складі В.

М. Мещенка, Л. О. Качали, С. С. Поп, В. О. Сабова, М. І. Фатули [104]. Теоретичні узагальнення з питань природної осередковості та географічного поширення трансмісивних хвороб, класифікації хвороб за характером їх залежності від природного середовища та соціально-екологічної осередковості подані у курсі лекцій Г. В. Вихованець [9], що є важливим методологічним підґрунтям для сучасних прикладних досліджень взаємозв'язку довкілля і здоров'я населення.

У сучасних вітчизняних працях посилюється суспільно-географічне осмислення захворюваності як показника якості життя та як індикатора просторої нерівності у сфері здоров'я. Дослідження медико-географічних основ формування здоров'я дитячого населення представлені у працях О. Я. Романів, яка здійснила аналіз показників здоров'я дітей на матеріалах Хмельницької області, проаналізувала ретроспективну динаміку й сучасний стан та виконала районування регіону для цілей управління сферою охорони здоров'я [116]. О.М. Палій, Н.О.Рингач вивчали зниження смертності немовлят в Україні [88]. Суспільно-географічний підхід до аналізу захворюваності населення розвинено у працях Н. І. Мезенцевої та С. П. Батиченка, а в подальших роботах Н. І. Мезенцевої географія захворюваності визначається як складова медичної географії, предметом якої є вивчення територіальних відмінностей, закономірностей поширення хвороб і чинників, що їх зумовлюють [69, 70]. Підхід Н. І. Мезенцевої передбачає поєднання просторового та часового аналізу, типізацію регіонів за рівнями і структурою захворюваності та за характером динаміки процесів, що створює підґрунтя для районування і формування управлінських рішень у сфері охорони здоров'я [69]. У роботах О. Г. Рогожина здійснено аналіз соціально-економічних засад формування медико-географічної ситуації сільської місцевості та виявлено територіальні відмінності медико-географічних процесів у сільських регіонах України [115]. У науковій літературі наголошується на доцільності географічного вивчення захворюваності та здоров'я крізь призму концепції якості життя [39, 69, 2012; 76]. Р. С. Молікевич здійснив медико-географічне

дослідження стану здоров'я населення Херсонської області, обґрунтував необхідність поєднання медико-географічного та геодемографічного та визначив медико-демографічну ситуацію як просторово-часовий стан демографічних процесів у причинно-наслідковому взаємозв'язку з якісними характеристиками населення, насамперед зі станом здоров'я [76]. Аналізуючи еволюцію підходів у медичній географії, Р. С. Молікевич зазначає зміну трактування здоров'я населення від зосередження на запобіганні передчасній смертності до його розуміння як складової якості життя, що передбачає увагу не лише до рівнів захворюваності, а й до можливостей реалізації потреб та інтересів населення за різних станів здоров'я [75,76]. Сукупно ці напрацювання забезпечують суспільно-географічну рамку аналізу захворюваності через категорії якості життя, територіальної диференціації та соціальних детермінант.

Регіонально-прикладний блок вітчизняних медико-географічних досліджень охоплює оцінку територіальної організації системи охорони здоров'я, доступності послуг і чинників регіональних відмінностей у стані здоров'я населення. Територіальні особливості системи охорони здоров'я Волинської області, ключовими компонентами якої є установи медичного обслуговування, медичні кадри та система управління, досліджено у працях Т. Г. Погребського [99], а геопросторову організацію сфери охорони здоров'я Львівської області розглянуто Х. Є. Подвірною [100]. Комплексне медико-географічне дослідження Тернопільської області з урахуванням причинно-наслідкових зв'язків у системі «природні умови – антропогенні зміни довкілля – людина і її здоров'я» виконано І. П. Дем'янчуком, який обґрунтував роль соціально-економічних, поведінкових і медико-організаційних чинників у формування відмінностей захворюваності населення в адміністративних районах області [48]. Територіально-нозологічну структуру захворюваності населення Сумської області з позицій медико-екологічного підходу проаналізовано у працях О. Г. Корнус, А. О. Корнус та В. Д. Шищука, які обґрунтували необхідність оцінки медико-екологічного ризику та здійснення

медико-екологічного моніторингу як системи організаційно-технічних і профілактичних заходів, спрямованих на спостереження за станом довкілля і здоров'ям населення, їх оцінку, прогноз і розробку заходів мінімізації впливу факторів ризику [63, 163]. Еколого-географічний аналіз захворюваності населення Волинської області здійснила І. В. Мезенцева, яка оцінила вплив забруднення атмосфери, вмісту важких металів в урбоземах і листі парково-вуличних насаджень та на основі коефіцієнтів взаємозв'язку між захворюваністю і параметрами забруднення виділила категорії міст за ступенем екологічної небезпеки, встановивши найбільшу значущість свинцю та кадмію [68]. Проблеми здоров'я населення у промисловому місті з істотними антропогенними трансформаціями природного середовища досліджено Д. В. Шиян на прикладі м. Кривий Ріг, де застосовано географічний підхід для виявлення причинно-наслідкових залежностей, побудови моделей і просторового аналізу епідеміологічних явищ та різних груп захворювань [146]. Регіональний аспект медико-географічного аналізу захворюваності представлений також у дослідженнях Т. М. Шовкун щодо Чернігівської області [147]. Сукупність наведених регіональних прикладів демонструє, що суспільно-географічний аналіз захворюваності послідовно поєднується з оцінкою територіальної організації медичного обслуговування, факторів доступності та медико-екологічних ризиків, що підсилює практичну спрямованість досліджень.

Проблеми реформування медичної сфери, як і вивчення захворюваності, висвітлюються у працях науковців різних галузей. Зрозумілою є активність фахівців в галузі управління та економіки, оскільки реформа децентралізації, це насамперед управлінська прерогатива. [138,12]. Для суспільних географів же важливим є комплексний підхід до вивчення - як із урахуванням демографічних показників так і суто географічних передумов. Варто звернути увагу на праці Корнус А. О., Корнус О. Г. та Шищук В. Д., які врахували роль демографічного навантаження на заклади охорони здоров'я, зробили висновки

щодо забезпечення доступності медичних послуг у сільських поселеннях. [64,164,165]

Важливою особливістю вітчизняного досвіду є поєднання суспільно-географічного аналізу захворюваності з дослідженням територіальної організації системи охорони здоров'я. У межах таких досліджень захворюваність розглядається не лише як характеристика стану здоров'я населення, а і як показник ефективності функціонування соціально-територіальних систем та доступності медичної допомоги. Це дозволяє використовувати результати суспільно-географічних досліджень захворюваності для обґрунтування практичних рекомендацій щодо оптимізації територіальної організації медичного обслуговування та зменшення просторової нерівності у сфері здоров'я.

Таким чином, аналіз зарубіжного і вітчизняного досвіду свідчить про поступовий перехід від описових підходів до комплексного суспільно-географічного осмислення захворюваності як соціально-територіального явища. Накопичений науковий доробок створює методологічне підґрунтя для проведення сучасних досліджень захворюваності населення України з урахуванням її регіональної специфіки, соціально-економічних трансформацій та просторової організації системи охорони здоров'я.

Аналіз вітчизняних наукових праць засвідчує наявність усталених підходів до дослідження захворюваності населення як просторово диференційованого соціально-територіального процесу. Разом з тим подальший розвиток суспільно-географічного аналізу захворюваності потребує врахування методологічних напрацювань, представлених у зарубіжних дослідженнях Табл.1.5.

У них захворюваність населення розглядається крізь призму просторової епідеміології, епідеміології життєвого циклу та аналізу соціально-економічних нерівностей здоров'я. З огляду на це доцільним є систематизований розгляд основних підходів і результатів зарубіжних досліджень як логічного продовження вітчизняного історіографічного аналізу

Таблиця 1.5

*Ключові напрями та результати вітчизняних досліджень
захворюваності*

Автор	Основний внесок	Об'єкт дослідження	Методи	Основний результат
Шаблій О.	Теоретичне обґрунтування просторової організації сфери здоров'я	Територіальні медичні системи	Системний, суспільно-географічний аналіз	Формування концепції просторової структури сфери здоров'я [141]
Шевченко В.	Концепція територіальних систем захворюваності	Захворюваність населення регіонів	Картографування, районування	Обґрунтування антропоцентричного підходу [143]
Гуцуляк В.	Еколого-географічна концепція	Медико-екологічна ситуація регіонів	Комплексна оцінка, районування	Встановлення ролі екологічних чинників [41,43]
Мезенцева Н Батиченко С.	Географія захворюваності	Регіональні відмінності захворюваності	Типізація, просторовий аналіз	Виділення територіальних типів захворюваності [70]
Молікевич Р.	Медико-демографічний підхід	Здоров'я населення регіонів	Просторово-часовий аналіз	Інтеграція захворюваності з якістю життя [75]
Немець Л., Баркова Г.	Теорія медичних систем	Система	Системний,	Обґрунтування регіональних медичних систем [83]

**узагальнено автором*

У сучасній зарубіжній науковій літературі представлено значну кількість досліджень, у межах яких захворюваність населення аналізується з позицій просторової епідеміології та епідеміології життєвого циклу. Застосування цих підходів створює методологічні передумови для комплексного аналізу територіальних відмінностей захворюваності з урахуванням соціально-економічних, екологічних і демографічних чинників.

Методологічним підґрунтям просторової епідеміології вважається концепція, запропонована Р. Elliott і D. Wartenberg, які визначили її як опис і аналіз географічних варіацій захворюваності з урахуванням демографічних,

екологічних, поведінкових і соціально-економічних чинників [157]. Автори обґрунтували доцільність застосування аналізу малих територій, картографування ризику, географічних кореляційних досліджень і методів виявлення кластерів, що стало основою для розгляду хвороб як просторових процесів, а не суто статистичних сукупностей.

Екологічний і інфекційний виміри просторової епідеміології розвинено у працях R. S. Ostfeld, G. E. Glass та F. Keesing, які трактують просторову епідеміологію як вивчення просторової варіації ризику або рівнів захворюваності [174]. Дослідники показують, що формування просторових патернів інфекційних хвороб зумовлюється локалізованим поширенням патогенів, обмеженістю ареалів переносників та концентрацією сприятливих груп населення. У цьому контексті територія розглядається як активний чинник епідемічних процесів.

Подальший розвиток просторової епідеміології тісно пов'язаний із дослідженнями інфекційних хвороб. С.-Н. Lin та Т.-Н. Wen показали, що застосування просторово-епідеміологічних методів у дослідженнях інфекційної захворюваності істотно підвищує чутливість і репрезентативність систем епідеміологічного нагляду, дає змогу виявити осередки підвищеного ризику та оцінювати роль територіальних чинників у поширенні інфекцій [167]. На основі узагальнення результатів просторових досліджень інфекційної захворюваності, G. Chowell і R. Rothenberg наголошують, що поєднання геостатистики, математичного моделювання та геоінформаційних систем забезпечує перехід від описового картографування до використання просторового аналізу як інструменту підтримки управлінських рішень у сфері громадського здоров'я [156]. Регулярна публікація тематичних випусків міжнародних наукових журналів, присвячених просторовій епідеміології інфекційних хвороб, свідчить про інституціоналізацію цього напрямку та зростання уваги до аналізу територіальних відмінностей інфекційної захворюваності з урахуванням кліматичних, демографічних і соціально-економічних чинників [178].

На статистику просторової епідеміології та епідеміології життєвого циклу сформувався напрям *spatial lifecourse epidemiology*. У концептуальній статті P. Jia, W. Dong, S. Yang, запропоновано інтегрувати просторові дані (ГІС, супутникові спостереження, інформацію про мобільність населення) з індивідуальними життєвими траєкторіями для аналізу захворюваності [160]. Автори доводять, що вплив середовища на здоров'я має оцінюватися не лише в межах поточного просторового положення, а й як результат довготривалих експозицій, накопичених на різних етапах життєвого шляху.

Огляд K. Hu, C. Li, X. Yang та співавт. фіксує зсув парадигми просторової епідеміології від домінування інфекційних хвороб до активного застосування цього підходу для вивчення онкологічних, серцево-судинних та інших хронічних неінфекційних захворювань [159]. У цих дослідженнях поєднуються картографування ризику, аналіз просторової автокореляції та оцінка впливу середовищних експозицій. Водночас C. Mergenthaler, M. van Gurp, E. Rood та M. I. Bakker наголошують на методичній необхідності коректного врахування просторової автокореляції, ігнорування якої може призводити до хибних статистичних висновків у дослідженнях інфекційної захворюваності [170].

Теоретичною основою інтеграції просторових і часових вимірів виступає епідеміологія життєвого циклу. У класичній праці Y. Ben-Shlomo та D. Kuh запропоновано концептуальні моделі, що пояснюють, як фізичні й соціальні експозиції впродовж гестації, дитинства, юності та дорослого віку накопичуються і трансформуються у ризики хронічних неінфекційних захворювань [153]. Подальші роботи D. Kuh, Y. Ben-Shlomo, J. Lynch та ін. систематизувати поняття критичних і чутливих періодів, а також траєкторій ризику, які нині широко застосовуються для аналізу соціальних нерівностей здоров'я [154,166, 168]. J. Lynch і G. D. Smith доповнили цей підхід емпіричними моделями, що демонструють кумулятивний і багаторівневий характер впливу соціально-економічних і середовищних чинників на здоров'я населення [168].

Сучасні узагальнення, представлені у працях Т. Ojima та К. Kondo, розглядають епідеміологію життєвого циклу як підхід до аналізу довготривалих ефектів фізичних і соціальних експозицій від внутрішньоутробного періоду до пізньої дорослості з акцентом на соціально структурованих нерівностях [173]. У публікації С. Wagner, С. Carmeli, J. Jackisch та співавт. показано безпосередній зв'язок life course epidemiology з публічною політикою, зокрема з плануванням профілактичних програм і соціальних інтервенцій з урахуванням територіальної специфіки вразливих груп населення [181].

Окремий напрям зарубіжних досліджень присвячено аналізу просторових і соціально-економічних нерівностей здоров'я. S. V. Subramanian та I. Kawachi узагальнили дані щодо зв'язку доходної нерівності з показниками смертності та самооцінки здоров'я і трактували нерівність як самостійний фактор ризику [179]. Метааналіз N. Kondo та співавт., що охопив понад 59 млн осіб, підтвердив наявність статистично значущого зв'язку між зростанням коефіцієнта Джині та підвищенням ризику загальної смертності й погіршенням стану здоров'я населення [162]. Пояснювальні моделі R. G. Wilkinson і К. E. Pickett акцентують роль соціального капіталу, довіри та доступу до ресурсів охорони здоров'я як механізмів впливу нерівності доходів на здоров'я [182].

Глобальний вимір просторових відмінностей захворюваності представлений у результатах проекту Global Burden of Disease 2019, де колективом дослідників здійснено систематичний аналіз 369 хвороб і травм у 204 країнах і територіях за 1990-2019 рр. [158]. Отримані дані створюють порівняльну основу для виявлення міжрегіональних відмінностей тягаря захворюваності та слугують базою для зіставлення національних і регіональних трендів.

Подальші дослідження підтверджують значущість доходної нерівності як територіального детермінанта здоров'я. J. Lynch, G. D. Smith та співавт. у систематичних оглядах доводять, що макрорівневі нерівність доходів

асоціюється зі зростанням смертності та поширеністю хронічних неінфекційних захворювань [168], [169]. Каузальний аналіз К. Pickett і R. Wilkinson демонструє, що нерівність доходів впливає на здоров'я через доступ до медичних послуг, якість довкілля, соціальний капітал і поведінкові чинники [175]. S. V. Subramanian і I. Kawachi додатково показали, що навіть за контролю індивідуальних доходів територіальний контекст істотно модифікує ризики захворюваності та смертності [179].

Систематизація зарубіжних досліджень свідчить, що сучасний аналіз захворюваності ґрунтується на інтеграції просторових, соціально-економічних і часово-біографічних підходів. Зарубіжний досвід демонструє перехід від описового картографування до багаторівневого моделювання ризиків, що є методологічно релевантним для суспільно-географічного аналізу захворюваності населення на регіональному рівні Табл.1.6.

У сукупності зарубіжні дослідження демонструють кілька ключових тенденцій, принципово важливих для суспільно-географічного аналізу захворюваності. По-перше, посилюється інтеграція просторової епідеміології з підходом життєвого циклу, що вимагає одночасного врахування просторового та біографічного вимірів здоров'я. По-друге, територія інтерпретується як комплексний соціально-екологічний та інституційний контекст формування ризиків.

По-третє, активно використовуються великі бази даних і геоінформаційні технології, що відкриває можливості для поглибленого регіонального аналізу захворюваності, зокрема в умовах складної просторової структури регіонів. Систематизація зарубіжних досліджень свідчить про домінування інтегративних підходів до аналізу захворюваності, що поєднують просторові, соціально-економічні та часово-біографічні виміри. Такий досвід є методологічно релевантним до для суспільно-географічного аналізу захворюваності населення на регіональному рівні та обґрунтовує доцільність використання інтегрального районування.

Таблиця 1.6

Ключові напрями зарубіжних досліджень захворюваності населення

Автори	Методологічний підхід (у суспільно-географічному трактуванні)	Територіальний рівень та об'єкт аналізу	Основні методи просторового аналізу	Наукове значення для суспільної географії
P. Elliott, D. Wartenberg [157]	Просторово-аналітичний підхід до вивчення захворюваності	Малі територіальні одиниці, регіони	Картографування ризиків, аналіз просторових кластерів	Обґрунтовано розгляд захворюваності як просторово диференційованого явища
R. S. Ostfeld, G. E. Glass, F. Keesing [174]	Еколого-територіальний підхід	Природно-територіальні комплекси, осередки захворюваності	Просторове зіставлення, екологічна інтерпретація	Доведено активну роль території та середовища у формуванні захворюваності
C.-H. Lin, T.-H. Wen [167]	Просторово-епідеміологічний підхід	Регіони та субрегіональні території	Картографічний аналіз, просторові статистичні методи	Виявлення територіальних осередків підвищеного ризику захворюваності
G. Chowell, R. Rothenberg [156]	Геостатистичний просторовий підхід	Регіональні системи розселення	Геостатистика, просторове моделювання	Перехід від опису територіальних відмінностей до їх пояснення
P. Jia та ін.[160]	Просторово-часовий підхід у дослідженні захворюваності населення	Території проживання населення у динаміці	ГІС-аналіз, часові ряди, аналіз мобільності	Урахування довготривалих просторово-часових впливів на здоров'я
K. Hu та ін.[159]	Просторовий аналіз неінфекційної захворюваності	Регіони з різними умовами проживання	Аналіз просторової автокореляції, картографування	Розширення просторових досліджень на хронічні захворювання
S. V. Subramania, I. Kawachi [179]	Соціально-просторовий підхід	Територіальні соціально-економічні системи	Багаторівневий аналіз, міжрегіональні порівняння	Доведено роль територіальної соціальної нерівності у формуванні захворюваності
Global Burden of Disease (GBD) [158]	Порівняльно-територіальний підхід	Країни, макрорегіони світу	Стандартизовані показники, просторові зіставлення	Створено глобальну базу для порівняльного аналізу територіальних відмінностей

*узагальнено автором

Вітчизняна наукова традиція зосереджена переважно на медико-географічному та суспільно-географічному аналізі територіальних відмінностей захворюваності, формуванні методів медико-географічного районування, розвитку картографічного моделювання та обґрунтуванні регіональних підходів до оцінки стану здоров'я населення.

У працях українських дослідників сформовано теоретико-методологічні засади аналізу захворюваності як просторово диференційованого процесу, що функціонує у взаємозв'язку з системами розселення, господарської діяльності та організації охорони здоров'я. Значна увага приділялася виявленню ролі екологічних і техногенних чинників, зокрема в умовах індустріалізованих території і після аварії на Чорнобильській АЕС, а також розробці медико-географічних показників, інтегральних індексів і схем районування, орієнтованих на потреби регіонального управління[118,140].

Зарубіжні дослідження, у свою чергу, демонструють еволюцію підходів від описового аналізу просторових відмінностей захворюваності до багаторівневого моделювання ризиків у межах просторової епідеміології та епідеміології життєвого циклу. У цих роботах територія інтерпретується не лише як фон поширення хвороб, а як комплексний соціально-екологічний та інституційний контекст, що формує умови експозиції населення до факторів ризику протягом життя. Широке застосування геоінформаційних технологій, аналізу малих територій, просторової автокореляції, а також використання великих баз даних і глобальних оцінок тягаря хвороб суттєво розширює аналітичні можливості дослідження захворюваності.

Порівняльний аналіз показує, що вітчизняні та зарубіжні підходи є методологічно взаємодоповнювальними. Українська школа медичної та суспільної географії забезпечує глибоке розуміння територіальної специфіки захворюваності, причинно-наслідкових зв'язків між довкіллям, соціально-економічними умовами та станом здоров'я населення на регіональному рівні. Натомість зарубіжні дослідження надають інструментарій багатовимірного аналізу, орієнтований на інтеграцію просторових і часових аспектів, оцінку

соціально-економічної нерівності та підтримку управлінських рішень у сфері громадського здоров'я.

Узагальнення результатів огляду літератури дає підстави стверджувати, що сучасний суспільно-географічний аналіз захворюваності населення має ґрунтуватися на поєднанні регіонально орієнтованих медико-географічних підходів із інструментами просторової епідеміології та концепцією життєвого циклу. Така інтеграція створює методологічні передумови для поглибленого дослідження територіальних відмінностей захворюваності, оцінки впливу соціально-економічної структури територій і формування науково обґрунтованих рекомендацій для регіональної політики у сфері охорони здоров'я, зокрема в умовах складної соціально-екологічної та демографічної ситуації окремих регіонів України.

1.4. Алгоритм та етапи суспільно-географічного дослідження захворюваності населення України

Суспільно-географічне дослідження захворюваності населення України базується на розгляді захворюваності як соціально-територіального процесу, що має складну багаторівневу структуру та формується у просторі й часі під впливом комплексу взаємопов'язаних чинників. У суспільно-географічному контексті захворюваність розглядається як узагальнений показник життєдіяльності населення, що відображає просторову неоднорідність соціальних умов, особливості розселення та функціонування системи охорони здоров'я. Багатовимірний характер захворюваності зумовлює необхідність застосування послідовного алгоритму дослідження, що дозволяє інтегрувати різні показники в єдину систему суспільно-географічного аналізу [94].

Методологічною передумовою побудови алгоритму є поєднання системного та територіального підходів, що дозволяє розглядати захворюваність одночасно як елемент функціонування соціально-територіальних систем та просторово диференційований процес. Системний

підхід дозволяє розглядати захворюваність як результат взаємодії демографічних, соціально-економічних, екологічних та інституційних складових, тоді як територіальний підхід спрямований на аналіз просторових форм прояву цих взаємозв'язків, їх диференціації та територіальної ієрархії [92]. Таке поєднання підходів дозволяє уникнути зведення захворюваності до сукупності ізольованих показників і забезпечує її аналіз як цілісного соціально-територіального процесу. З метою наочного відображення логіки та послідовності суспільно-географічного дослідження захворюваності населення України застосовано схему, яка демонструє поетапність аналізу та узгодженість його методологічних і аналітичних складових. Запропонований алгоритм поєднує теоретико-методологічні засади, інформаційно-аналітичні процедури, просторовий аналіз і узагальнювальну інтерпретацію результатів у єдину логічно впорядковану систему, що забезпечує цілісне вивчення захворюваності як складного соціально-територіального явища. Такий підхід дозволяє послідовно перейти від концептуального осмислення проблеми до формування інтегрального суспільно-географічного районування захворюваності населення України.

Алгоритм структуровано за чотирма взаємопов'язаними етапами, кожен з яких включає окремі аналітичні блоки та виконує специфічну функцію у загальному алгоритмі дослідження загальної логіці дослідження.

Теоретико-методологічний етап формує понятійно-категоріальну та методичну основу аналізу; інформаційно-аналітичний забезпечує створення й опрацювання емпіричної бази; просторово-аналітичний спрямований на виявлення територіальних закономірностей захворюваності; інтерпретаційно-узагальнювальний завершує дослідження формування типізації та інтегрального районування територій і системою суспільно-географічних висновків[133]. Взаємопов'язаність етапів і їх послідовна реалізація забезпечують методологічну цілісність дослідження та обґрунтованість отриманих результатів.

Зазначені методологічні підходи визначають загальну логіку суспільно-географічного аналізу захворюваності населення та формують теоретичне підґрунтя для побудови послідовної процедури дослідження. Їх узгоджене застосування забезпечує перехід від концептуального осмислення захворюваності як соціально-територіального явища до її емпіричного вивчення та подальшої просторової інтерпретації результатів.

Запропонований алгоритм суспільно-географічного дослідження захворюваності населення України ґрунтується на поетапній логіці наукового аналізу та передбачає послідовне поєднання теоретичних узагальнень, емпіричного аналізу й просторової інтерпретації отриманих результатів. Така структурна організація дослідження забезпечує цілісне вивчення захворюваності як соціально-територіального явища та повною мірою відповідає методологічним засадам суспільної географії Рис 1.5.

Алгоритм дослідження в даній роботі розглядається не як формальний перелік етапів, а як методологічна конструкція, що визначає внутрішню логіку всієї дисертації. Кожний етап виконує подвійну функцію: з одного боку, він забезпечує вирішення конкретних аналітичних завдань, з іншого – формує інформаційну та методичну основу для наступного рівня узагальнення. У такому підході алгоритм виступає не допоміжним інструментом, а ключовим елементом наукової аргументації, який забезпечує послідовність переходу від аналізу окремих показників захворюваності до формування інтегральної просторової моделі.

Перший, теоретико-методологічний етап алгоритму спрямований на формування концептуальної рамки дослідження. На цьому етапі уточнюється зміст базових понять, що використовується у дисертації, зокрема «захворюваність», «суспільне здоров'я», «медико-географічна ситуація», «територіальна диференціація здоров'я населення». Захворюваність інтерпретується як просторово організований процес, що відображає не лише біологічний стан населення, а й соціальні умови його життєдіяльності [89].

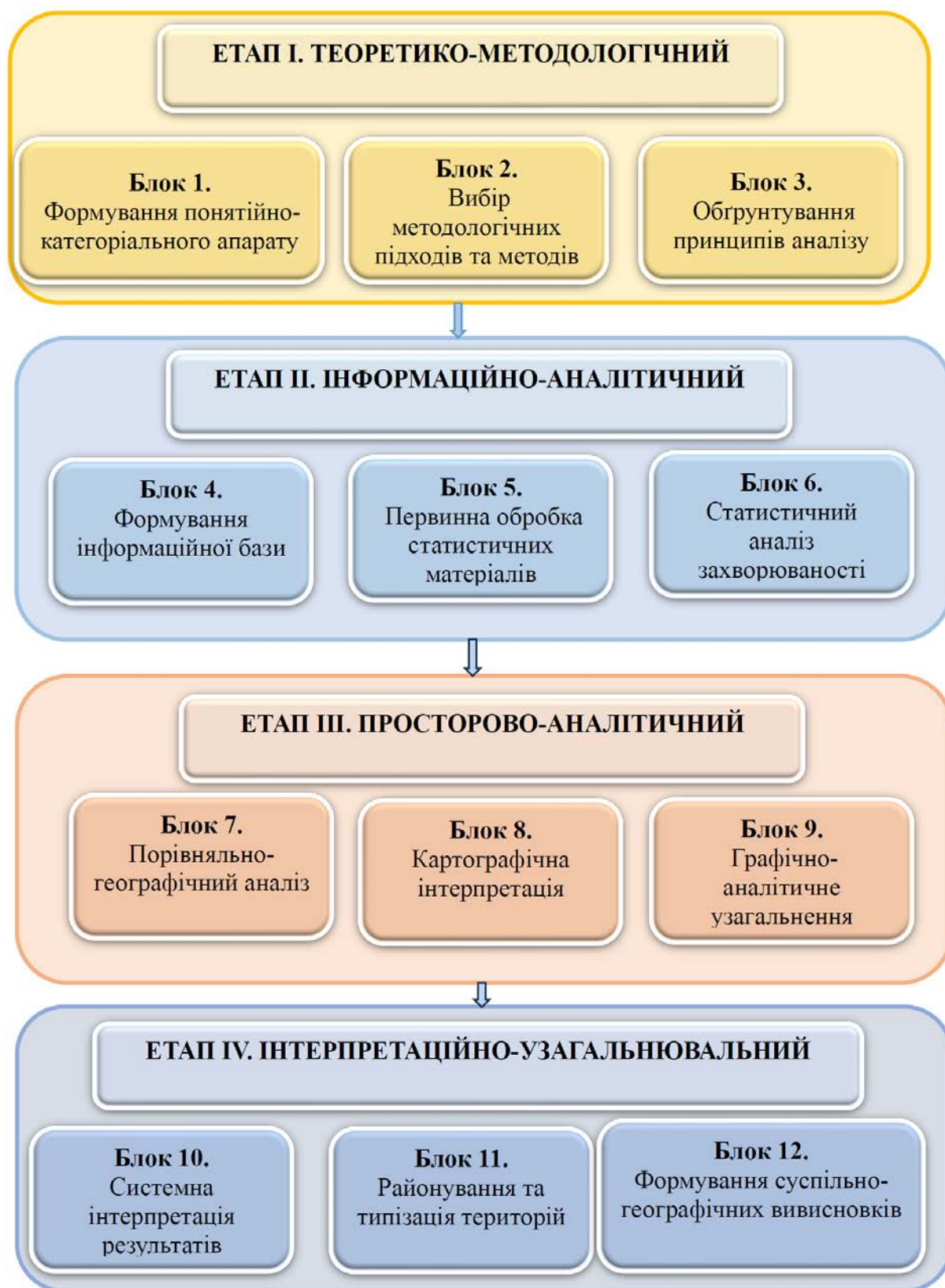


Рис. 1.5. Алгоритм суспільно-географічного дослідження захворюваності населення України *Розроблено автором

Такий підхід дозволяє інтегрувати у дослідження результати демографічних, соціально-економічних та географічних аналізів і розглядати здоров'я населення як складову суспільного розвитку територій.

На теоретико-методологічному етапі дослідження обґрунтовується вибір базових підходів до аналізу захворюваності населення, серед яких провідне значення мають медико-географічний, демографічний, соціально-економічний, поселенський та інституційний підходи. Медико-географічний підхід забезпечує аналіз просторових відмінностей захворюваності та їх зв'язку з природними й антропогенними умовами території [71]. Демографічний підхід дозволяє врахувати вплив вікової та статевої структури населення, міграційних процесів і характеристик відтворення населення на рівень і структуру захворюваності. Соціально-економічний підхід зосереджується на оцінці ролі рівня життя, зайнятості, умов праці та доступності соціальної інфраструктури у формуванні просторових відмінностей стану здоров'я населення. Поселенський підхід акцентує увагу на впливі типів розселення, міських і сільських форм життєдіяльності та урбанізаційних процесів на особливості захворюваності. Інституційний підхід спрямований на аналіз територіальної організації системи охорони здоров'я, доступності медичних послуг і ролі управлінських механізмів у формуванні регіональних відмінностей захворюваності. Завершальним елементом першого етапу є формування системи принципів дослідження, які забезпечують методологічну цілісність алгоритму. Принцип системності визначає необхідність аналізу захворюваності у взаємозв'язку з іншими соціально-територіальними процесами. Принцип територіальності акцентує увагу на просторовій диференціації показників і ролі території як активного чинника формування здоров'я населення. Принцип комплексності передбачає одночасне врахування чинників різної природи та недопущення однобічних інтерпретацій [55, 72]. Сукупна дія цих принципів створює теоретичне підґрунтя для подальших етапів алгоритму та забезпечує внутрішню логічну узгодженість дослідження.

Теоретико-методологічний етап забезпечує формування інтегрального підходу до аналізу захворюваності, орієнтованого на узагальнення різнорідних показників і подальше суспільно-географічне районування.

Другий етап алгоритму суспільно-географічного дослідження захворюваності населення України має інформаційно-аналітичний характер і відіграє ключову роль у забезпеченні емпіричної обґрунтованості подальших узагальнень. Саме на цьому етапі формується інформаційна база дослідження, від якості, повноти та методичної узгодженості якої залежить достовірність усіх наступних результатів, включно з інтегральним районуванням. У межах нашого дослідження інформаційна база не розглядається як механічна сукупність статистичних показників, а трактується як структурована система даних, зорієнтована на виявлення просторових закономірностей захворюваності та чинників її формування.

Формування інформаційної бази передбачає поєднання кількох груп даних, що відображають різні аспекти медико-географічної ситуації. Центральне місце посідають статистичні показники захворюваності населення за основними класами хвороб, які дозволяють оцінити як загальний рівень захворюваності, так і її внутрішню структуру. Водночас ці показники не можуть інтерпретуватися ізольовано, оскільки рівень захворюваності істотно залежить від демографічної структури населення, передусім вікової та статеві. У зв'язку з цим до інформаційної бази включаються демографічні показники, які суттєво модифікують просторову картину захворюваності.

Важливим компонентом інформаційної бази є соціально-економічні показники, які відображають умови життєдіяльності населення та рівень соціального розвитку територій. У суспільно-географічному дослідженні ці показники розглядаються не як фонові, а як активні детермінанти формування медико-географічної ситуації, що безпосередньо впливають на рівень і структуру захворюваності [6]. Їх включення до інформаційної бази забезпечує можливість інтерпретації просторових відмін захворюваності в контексті соціально-економічної нерівності територій.

Окрему групу становлять показники, що характеризують територіальну організацію системи охорони здоров'я. Вони відображають забезпеченість населення лікарями та середнім медичним персоналом, наявність лікарняних і амбулаторно-поліклінічних закладів, доступність медичних послуг у просторовому вимірі. У межах алгоритму ці показники використовуються для оцінки інституційного чинника захворюваності, оскільки рівень реєстрованої захворюваності значною мірою залежить від можливостей діагностики, профілактики та лікування. Таким чином, інформаційна база формується як багатовимірна система даних, що відображає як власне стан здоров'я населення, так і умови його формування.

Наступним кроком другого етапу є первинна обробка статистичних матеріалів, яка має принципове методологічне значення. У межах цього етапу здійснюється перевірка даних на повноту та логічну узгодженість, усунення пропусків і аномальних значень, а також приведення показників до порівнювального вигляду. Для забезпечення міжрегіональної співставності широко застосовуються відносні показники захворюваності, зокрема на 1 000 або 100 000 населення, що дозволяє усунути вплив абсолютної чисельності населення на результати аналізу. Особливе значення має стандартизація показників за віком і статтю, яка дозволяє відокремити демографічно зумовлені відмінності від власне територіальних закономірностей захворюваності [1,62].

У межах другого етапу також реалізується аналітично-статистичний блок алгоритму, спрямований на виявлення загальних тенденцій, рівнів варіації та просторових контрастів захворюваності. На цьому етапі застосовуються методи описової статистики, які дозволяють оцінити середні значення показників, амплітуди коливань і ступінь диференціації регіонів. Додатково використовуються індексні та рейтингові методи, що дають змогу визначити відносне положення регіонів щодо середньо українського рівня захворюваності та виявити території з підвищеним або зниженим рівнем медико-географічного ризику [67]. Важливо підкреслити, що на цьому етапі

статистичний аналіз має підпорядкований характер і розглядається як інструмент підготовки до просторового узагальнення, а не як самодостатній результат дослідження.

Особливу увагу в межах другого етапу приділяють аналізу структури захворюваності за нозологічними групами [63]. Структурний аналіз дозволяє виявити домінуючі групи хвороб у різних регіонах України та встановити їх зв'язок із соціально-економічною спеціалізацією територій, умовами праці, екологічними чинниками та особливостями розселення населення. Поєднання структурного аналізу з оцінкою динаміки захворюваності дає змогу виявити не лише просторові, а й просторово-часові закономірності, що є необхідною передумовою для подальшої типізації територій.

Таким чином, другий етап алгоритму забезпечує перехід від концептуального осмислення захворюваності до її емпіричного аналізу на основі структурованої та методично узгодженої інформаційної бази. Саме на цьому етапі закладаються кількісні та аналітичні підвалини для подальшого просторового аналізу й інтегрального узагальнення, що реалізуються на наступних етапах алгоритму та знаходять своє завершення у формуванні інтегрального суспільно-географічного районування захворюваності населення України.

Третій етап алгоритму суспільно-географічного дослідження захворюваності населення України має просторово-аналітичний характер і є ключовим у переході від емпіричного опису до географічного узагальнення результатів. Саме на цьому етапі захворюваність остаточно постає як територіально диференційований процес, просторові відмінності якого відображають глибинні закономірності соціально-територіального розвитку. Просторовий аналіз забезпечує інтеграцію результатів попередніх етапів та їх географічну інтерпретацію з метою виявлення територіальної диференціації захворюваності.

Просторово-аналітичний етап передбачає використання порівняльно-географічного аналізу для зіставлення регіонів України за рівнем, структурою

та динамікою захворюваності [69]. Порівняння здійснюється з урахуванням демографічної структури населення, рівня урбанізації, типів розселення та соціально-економічних умов, що дозволяє уникнути формального трактування територіальних відмін і перейти до їх змістовної інтерпретації. У результаті такого аналізу виявляються не лише контрасти між регіонами, а й зони відносної однорідності, які надалі набувають значення елементів інтегрального районування.

Важливим компонентом третього етапу є аналіз просторово-часової динаміки захворюваності, який дозволяє оцінити стабільність або мінливість територіальних відмін протягом досліджуваного періоду [81, 95]. Динамічний підхід дає змогу відокремити стійкі медико-географічні особливості територій від тимчасових коливань, пов'язаних із соціально-економічними кризами, реформами системи охорони здоров'я або демографічними зрушеннями. У контексті інтегрального районування особливе значення мають саме стійкі просторові відмінності, оскільки вони відображають структурні риси територіальної організації здоров'я населення.

Невід'ємною складовою просторово-аналітичного етапу є картографічна інтерпретація результатів дослідження. Картографування виступає не лише засобом наочного представлення даних, а й самостійним методом географічного аналізу, що дозволяє виявити просторові закономірності, неочевидні при табличному або статистичному аналізі [62]. Побудова картосхем і картограм рівнів захворюваності, її структурних характеристик і динаміки забезпечує візуалізацію територіальної диференціації та сприяє ідентифікації ареалів підвищеного і зниженого медико-географічного ризику. У процесі картографічної інтерпретації особлива увага приділяється виявленню просторових переходів і зон контактів між різними типами медико-географічних ситуацій.

Поряд з картографічними методами важливу роль у межах третього етапу відіграє графічно-аналітичне узагальнення, що передбачає використання графіків, діаграм і структурних схем для аналізу взаємозв'язків між

показниками захворюваності та чинниками її формування. Графічні методи дозволяють простежити співвідношення між рівнем захворюваності та демографічними чи соціально-економічними характеристиками територій, виявити домінуючі тенденції та аномальні відхилення. У сукупності з картографічною інтерпретацією вони формують просторово-структурне бачення медико-географічної ситуації.

Просторово-аналітичний етап логічно завершується переходом до територіальної типізації, яка виконує перехідну функцію між аналізом і районуванням. Типізація розглядається як аналітична процедура групування територій за подібністю рівня, структури та динаміки захворюваності з урахуванням комплексу чинників її формування [61,64]. Важливо підкреслити, що в межах даного дослідження типізація не є кінцевою метою, а виступає інструментом узагальнення просторових відмін і підготовчим етапом до інтегрального районування. Виокремлені типи медико-географічних ситуацій відображають закономірності поєднання характеристик і просторові відмінності, покладені в основу районування.

У процесі просторово-аналітичного етапу особлива увага приділяється узгодженню результатів аналізу з логікою суспільно-географічного районування. Третій етап алгоритму забезпечує методологічний перехід від типізації до інтегрального районування.

Таким чином, просторово-аналітичний етап забезпечує географічне узагальнення статистичних відмінностей захворюваності. Він створює методологічні та аналітичні передумови для фінального етапу алгоритму – інтегрального суспільно-географічного районування захворюваності населення України, у межах якого результати попередніх етапів поєднуються в цілісну просторову модель.

Завершальним і методологічно визначальним етапом алгоритму суспільно-географічного дослідження захворюваності населення України є формування інтегрального суспільно-географічного районування, яке виступає узагальнюючим результатом усіх попередніх аналітичних процедур.

На цьому етапі результати попереднього аналізу та типізації інтегруються у процес виділення територіально цілісних регіонів з відносно однорідними параметрами медико-географічної ситуації. Районування розглядається не як механічне групування адміністративно-територіальних одиниць, а як метод наукового пізнання, спрямований на виявлення закономірностей просторової диференціації захворюваності населення.

Методологічною основою інтегрального районування є принцип комплексності, відповідно до якого жоден окремий показник захворюваності або чинник її формування не може вважатися визначальним. Райони формуються на основі сукупності медико-географічних, демографічних, соціально-економічних та поселенських характеристик, що у своїй взаємодії створюють специфічний профіль захворюваності певної території [103,120,149]. Такий підхід орієнтований на комплексне врахування сукупності чинників формування соціально-територіального явища та забезпечує науково обґрунтоване виділення регіонів із внутрішньою структурою цілісністю та просторовою відмінністю.

У межах інтегрального районування особлива увага приділяється проблемі співмірності та інтеграції різнорідних показників. Для коректного поєднання показників різної природи застосовуються процедури нормування, стандартизації та узгодження шкал вимірювання, які забезпечують зіставність даних, знижують вплив екстремальних значень і унеможливають домінування окремих показників у формуванні інтегральних результатів. Методологічно обґрунтованим є підхід, що передбачає врахування ієрархічної організації показників, у межах якого узагальнені індикатори захворюваності доповнюються структурними та динамічними характеристиками, а медико-географічні параметри аналізуються з урахуванням демографічних і соціально-економічних умов території.

Інтегральне районування здійснюється з урахуванням принципу ієрархічності територіальної організації суспільства, що передбачає можливість виділення районів різного рівня узагальнення.

Важливим елементом завершального етапу є перевірка внутрішньої логічної узгодженості та стійкості результатів районування. Валідація здійснюється шляхом зіставлення отриманих районів із результатами типізації, просторово-часового аналізу та картографічної інтерпретації, виконаних на попередніх етапах алгоритму. Узгодженість меж регіонів зі стійкими ареалами підвищеної або зниженої захворюваності, а також їх відповідність соціально-економічним і демографічним особливостям території розглядаються як свідчення методологічної коректності районування. У випадках виявлення суперечностей здійснюється коригування критеріїв інтеграції або уточнення меж районів [132].

Окремої уваги потребує усвідомлення методологічних обмежень інтегрального районування захворюваності. До них належать неоднорідність статистичної інформації, можливі відмінності у практиках реєстрації захворюваності, вплив інституційних факторів на рівень виявлених хвороб, а також жорстка прив'язка вихідних даних до адміністративно-територіальних одиниць. У межах запропонованого алгоритму ці обмеження не ігноруються, а розглядаються як об'єктивні умови дослідження, що потребують методологічної компенсації через використання відносних і стандартизованих показників, аналіз динаміки та зіставлення результатів на різних просторових рівнях.

Завершальний етап алгоритму має також важливе прикладне значення, оскільки результати інтегрального суспільно-географічного районування створюють наукове підґрунтя для диференціації регіональної політики у сфері охорони здоров'я. Виділені регіони захворюваності розглядаються як просторові утворення з характерними поєднаннями медико-географічних ризиків і ресурсів, що дозволяє обґрунтовувати пріоритетні напрями профілактичних заходів, оптимізації мережі медичних закладів і просторової організації медичного обслуговування. У цьому сенсі районування виступає не лише результатом наукового аналізу, а й інструментом практичного використання суспільно-географічних знань.

Таким чином, інтегральне суспільно-географічне районування захворюваності населення України є логічним і методологічно завершеним підсумком алгоритму дослідження, що поєднує територіальні узагальнення, емпіричний аналіз і просторову інтерпретацію результатів. Воно дозволяє сформуванню цілісної просторової моделі територіальної диференціації здоров'я населення, відобразити стійкі закономірності соціально-територіального розвитку та забезпечує наукову основу для подальших аналітичних і прикладних досліджень у межах суспільної географії та геодемографії.

Висновки до розділу 1

У першому розділі дисертації сформовано теоретико-методологічне підґрунтя суспільно-географічного дослідження захворюваності населення України. Захворюваність обґрунтовано як складний багаторівневий соціально-територіальний процес, що формується у просторі та часі під впливом сукупної дії демографічних, соціально-економічних, еколого-територіальних, поселенських та інституційних чинників. Таке трактування дозволяє вийти за межі суто медико-статистичного підходу та розглядати захворюваність як важливий індикатор територіальної організації життєдіяльності населення.

У розділі систематизовано основні методологічні підходи суспільно-географічного аналізу захворюваності, серед яких провідне місце посідають медико-географічний, демографічний, соціально-економічний, поселенський та інституційні підходи. Показано, що їх поєднання в межах системного і територіального підходів забезпечує цілісний аналіз просторових відмінностей захворюваності та дозволяє встановлювати взаємозв'язки між станом здоров'я населення, умовами проживання, структурою розселення та організацією системи охорони здоров'я.

Обґрунтовано доцільність використання комплексу методів суспільно-географічного аналізу, зокрема статистичних, порівняльно-географічних, картографічних та графічно-аналітичних методів, які забезпечують як кількісну оцінку рівнів і структури захворюваності, так їх просторову

інтерпретацію. Особливу увагу приділено ролі картографування та стандартизації показників як інструментів виявлення територіальної диференціації захворюваності та коректного міжрегіонального порівняння.

У межах розділу здійснено систематизацію чинників формування територіальної диференціації захворюваності населення та показано їх взаємодію у складі єдиної соціально-територіальної системи. Наголошено, що просторові відмінності захворюваності не можуть бути пояснені впливом окремих чинників, а є результатом їх комплексної та багаторівневої дії.

Запропонований алгоритм суспільно-географічного дослідження захворюваності забезпечує логічну послідовність переходу від теоретичного осмислення проблеми до емпіричного аналізу та просторового узагальнення результатів. Він створює методологічні передумови для подальшого порівняльного аналізу регіонів України та формування інтегрального районування за рівнем і структурою захворюваності населення.

Отримані теоретичні та методологічні положення слугують науковою основою для подальших розділів дисертації присвячених аналізу сучасних просторових особливостей захворюваності населення України та обґрунтуванню інтегрального суспільно-географічного районування.

РОЗДІЛ 2 ПРОСТОРОВІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

2.1. Демографічні та соціально-економічні передумови формування захворюваності населення України

Соціально-демографічні передумови формування захворюваності населення України визначаються передусім просторовими відмінностями чисельності населення, рівня урбанізації, вікової статевий структури, а також середнього віку населення, які формують різні умови відтворення здоров'я в регіонах.

Загальна чисельність населення України скоротилася з понад 52 млн осіб на початку 1990-х років близько 41 млн осіб у 2022 році табл. А.1.4 (додатку А), що вказує на поєднання природного скорочення, міграційних втрат та трансформацій поселенської структури [2, 47]. При цьому темпи зменшення міського населення є вищими в абсолютному вимірі, ніж сільського, що зумовлено концентрацією демографічних втрат у великих промислових і урбанізованих регіонах східної та центральної України.

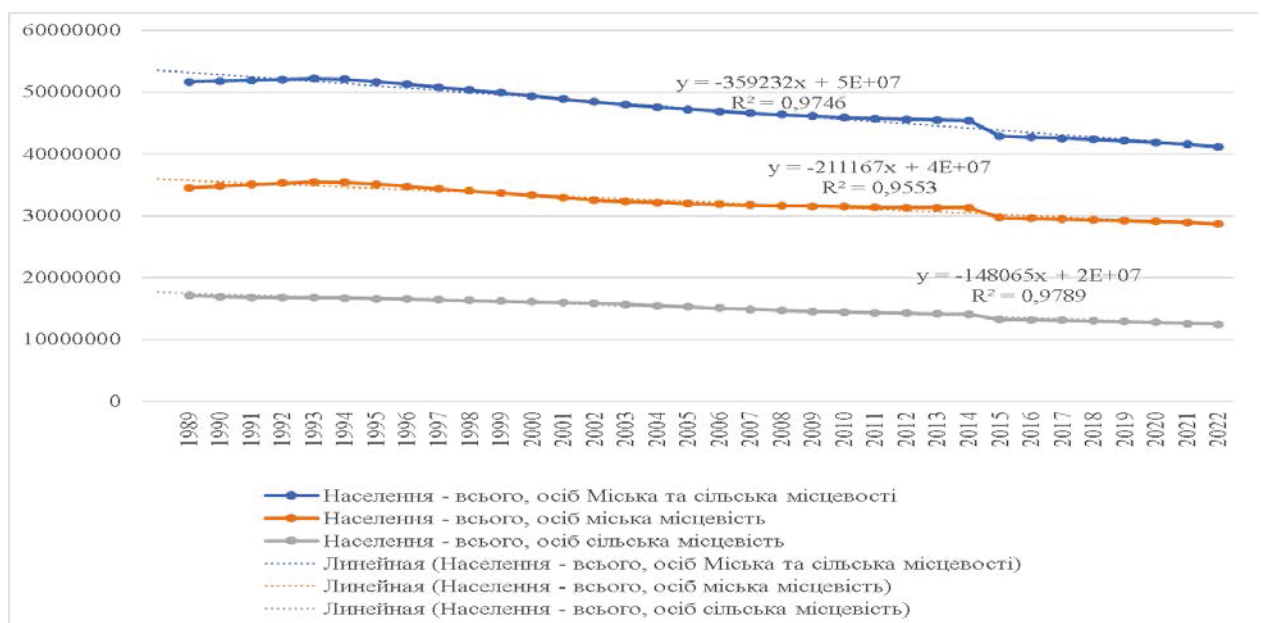


Рис.2.1. Динаміка чисельності населення України за період 1991-2022 р.р.

*побудовано авторкою за джерелом [2, 47,87].

Зміни динаміки чисельності населення України (рис. 2.2) мають стійку тенденцію до скорочення як загальної чисельності населення, так і міського та сільського населення. Лінійні тренди мають високі значення коефіцієнта детермінації ($R^2 = 0,95-0,98$), що свідчить про системний і незворотний характер депопуляційних процесів упродовж аналізованого періоду.

Сільське населення показує більш рівномірну, але тривалу тенденцію до скорочення, що пов'язано з депопуляцією периферійних територій, старінням сільського населення та міграційним відтоком у міста й за межі країни. Водночас після 2014 року на рис 2.1. чітко простежується посилення спадної динаміки як міського, так сільського населення, що відображає вплив воєнних подій, втрат територій та інтенсифікацію зовнішньої міграції.

За даними табл. А.1-А.4 (додатку А), чисельність населення України в період 2001-2022 рр скоротилася у всіх без винятку регіонах, однак масштаби депопуляції мають чітко виражену територіальну диференціацію [2, 47, 87].

Найбільші абсолютні втрати населення зафіксовані у Донецькій, Дніпропетровській, Луганській та Харківській областях, тоді як значно нижчі темпи скорочення характерні для західних регіонів, зокрема Закарпатської, Рівненської та Волинської областей. У центральних і північних регіонах України (Чернігівська, Сумська, Кіровоградська області) скорочення чисельності населення поєднується з прискореним старінням вікової структури, що підтверджується зростанням демографічного навантаження на осіб працездатного віку (табл. А.8) [2, 47]. Це формує несприятливу демографічну основу для відтворення трудового потенціалу та посилює регіональні відмінності у соціально-економічному розвитку рис. 2.2.

У структурі кластерів чітко простежується відокремлення регіонів із найбільш інтенсивним депопуляційним спадом, характерним передусім для індустріальних та східних областей, які зазнали поєданого впливу економічної трансформації, міграційних втрат і демографічного старіння. Натомість західні області формують групи з помітнішими темпами скорочення населення або відносною демографічною стійкістю, що зумовлено вищими

показниками природного відтворення та специфікою міграційної поведінки населення.

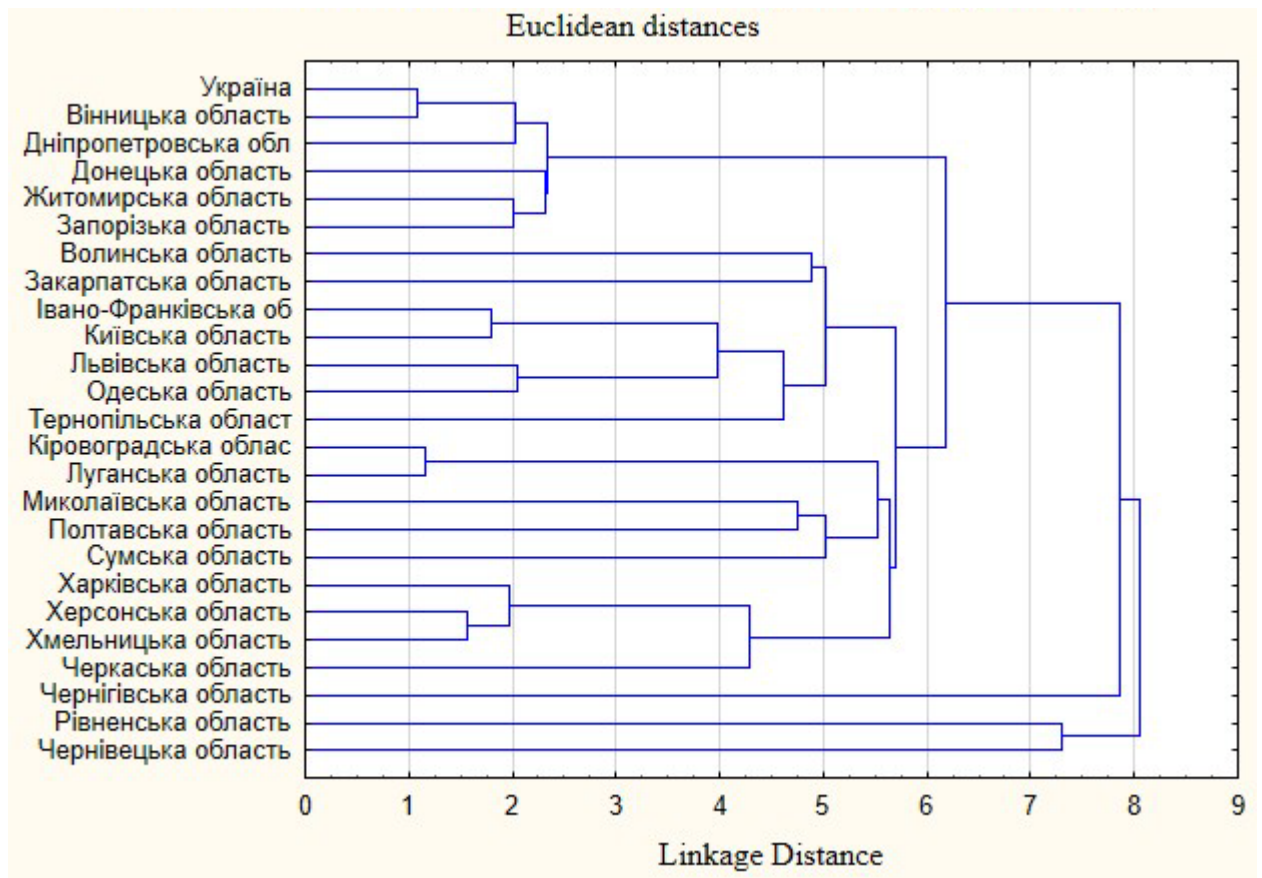


Рис. 2.2. Темпи зміни чисельності населення в регіонах України в період 1991-2022р.р. (побудовано автором на основі табл А.1 Додаток А)

Динаміка чисельності міського і сільського населення України свідчить про глибоку просторову асиметрію депопуляційних процесів, яка виступає ключовою соціально-демографічною передумовою формування регіональних відмінностей захворюваності населення та зумовлює необхідність їх подальшого суспільно-географічного аналізу. Порівняльний аналіз темпів зміни чисельності сільського та міського населення України у 1991-2022 рр. підтверджує суттєву просторову диференціацію демографічних трансформацій, зумовлених тривалими процесами урбанізації та депопуляції сільських поселень рис. 2.3 та 2.4.

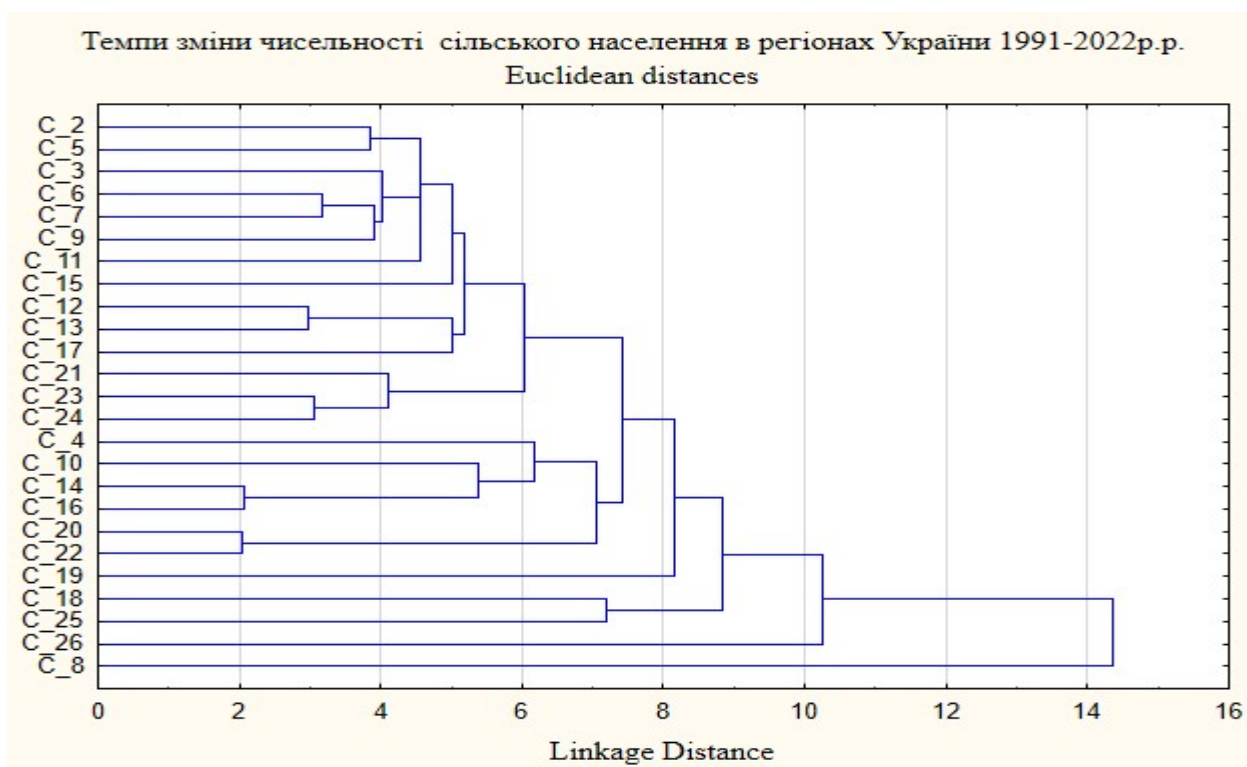


Рис.2.3. Темпи зміни чисельності сільського населення в регіонах України в період - 1991-2022р.р. (побудовано автором на основі табл А.3 Додаток А)

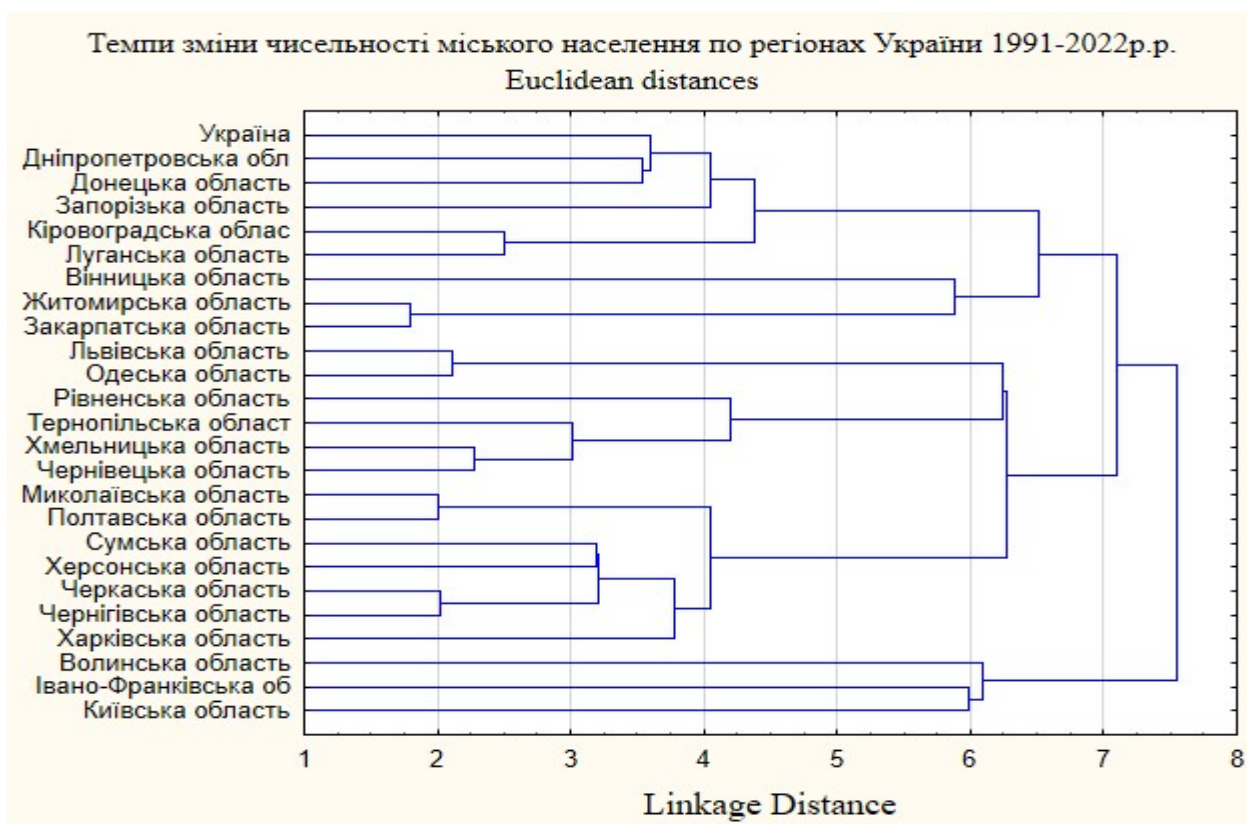


Рис.2.4. Темпи зміни чисельності міського населення в регіонах України (за період 1991-2022р.р.) (побудовано автором на основі табл А.2 Додаток А)

Дендрограми відображають значно вищу однорідність регіонів за динамікою міського населення порівняно з різко поляризованими траєкторіями скорочення сільського населення, що говорить про асиметричний характер урбанізаційних зрушень у межах країни.

Порівняльний аналіз темпів зміни чисельності сільського та міського населення України у 1991-2022 рр. підтверджує суттєву просторову диференціацію демографічних трансформацій, зумовлених тривалими процесами урбанізації та депопуляції сільських поселень рис. 2.3 та 2.4 Дендрограми відображають значно вищу однорідність регіонів за динамікою міського населення порівняно з різко поляризованими траєкторіями скорочення сільського населення, що говорить про асиметричний характер урбанізаційних зрушень у межах країни.

Концентрація населення у великих міських агломераціях і промислових центрах поєднується з інтенсивним знелюдненням сільських районів, що формує різні соціально-демографічні та медико-географічні умови. У міських регіонах урбанізація супроводжується зростанням щільності населення, екологічним навантаженням, змінами способу життя та підвищенням ризиків неінфекційних і соціально зумовлених захворювань. Натомість депопуляція в сільських поселень призводить до старіння населення, зростання демографічного навантаження та погіршення доступності медичних послуг, що формує інший тип захворюваності.

Тобто урбанізаційні процеси виступають одним із провідних просторовим механізмом диференціації захворюваності населення України, визначаючи територіальні відмінності у формуванні медико-географічних ризиків у міських і сільських регіонах.

У межах вищезазначених урбанізаційних та депопуляційних тенденцій важливого значення набуває аналіз внутрішньої демографічної структури населення, насамперед його статевого складу, який істотно впливає на просторову організацію захворюваності та специфіку медико-географічних ризиків. У цьому контексті особливої уваги потребує оцінка співвідношення

чоловічого й жіночого населення за регіонами та типом місцевості. За даними табл. А.5 (додаток А) [2, 47], у 2022 році статева структура населення України характеризується чисельною перевагою жіночого населення, що зумовлено поєднанням довготривалих процесів демографічного старіння та сучасних соціально-демографічних втрат населення.

У 2022 році чисельність чоловічого населення України становила близько 19,01 млн осіб, тоді як чисельність жіночого населення – майже 21,99 млн осіб, тобто на 1000 чоловіків у цілому по країні припадало 1157 жінок, що свідчить про суттєвий гендерний дисбаланс.

Найбільш виражена чисельна перевага жіночого населення спостерігається у міських поселеннях. У 2022 році чисельність міського населення становила близько 28,45 млн. осіб, з яких 13,03 млн. осіб – чоловіки та 15,42 млн. осіб – жінки, тобто на 1000 чоловіків у міських поселеннях припадає 1183 жінки. Це означає, що жінки становили близько 54,2 % міського населення, тоді як чоловіки 45,8 %. Така ситуація зумовлена концентрацією у містах старших вікових груп населення, а також вищими показниками смертності чоловіків у працездатному віці [2, 47].

У сільських поселеннях гендерний дисбаланс є дещо менш вираженим, проте також залишається стійким. Чисельність сільського населення становила близько 12,54 млн. осіб, з яких 5,97 млн. осіб склали чоловіки та 6,57 млн. осіб – жінки. Відповідно, на 1000 чоловіків у сільській місцевості припадало близько 1100 жінок, що свідчить про відносно більш збалансовану статеву структуру порівняно з міськими поселеннями.

Регіональний аналіз показує, що перевага жіночого населення фіксується в усіх без винятку областях України, незалежно від типу місцевості. Найбільш виражений гендерний дисбаланс характерний для північних і центральних областей, зокрема Чернігівської (518,4 тис. жінок проти 432,3 тис. чоловіків), Сумської (559,0 тис. проти 474,6 тис.) та Кіровоградської областей (483,0 тис. проти 414,3 тис.) [47, 53]. Натомість у західних областях (Закарпатська, Рівненська, Волинська) статева структура є відносно більш збалансованою, що

пов'язано з молодшою віковою структурою та вищою часткою сільського населення.

Загалом статеві структура населення України у 2022 році відображає просторову диференціацію демографічних процесів, зокрема нерівномірність старіння населення, відмінності у смертності та різну роль міських і сільських поселень у формуванні демографічного потенціалу регіонів. Виявлені особливості мають принципове значення для подальшого аналізу вікової структури населення, демографічного навантаження та територіальних відмінностей захворюваності [47,53]. На основі аналізу даних табл. А.5 (Додатку А) була здійснена типізація регіонів України за особливостями статевої структури населення з урахуванням типу місцевості (Таблиця 2.1).

Таблиця 2.1

Типізація регіонів України за особливостями статевої структури населення (у 2022 році (узагальнення за табл. А.5 Додатку А))

Тип регіонів	Особливості статевої структури	Тип місцевості з найбільш вираженим дисбалансом	Області
I тип - дуже високий гендерний дисбаланс	Значна чисельна перевага жінок над чоловіками (понад 1150 жінок на 1000 чоловіків)	Переважно міські поселення	Чернігівська, Сумська, Кіровоградська, Полтавська, Черкаська
II тип - високий гендерний дисбаланс	Стійка перевага жіночого населення (1100-1149 жінок на 1000 чоловіків)	міські поселення	Дніпропетровська, Харківська, Запорізька, Миколаївська, Херсонська
III тип - помірний гендерний дисбаланс	Помірна перевага жінок (1050–1099 жінок на 1000 чоловіків)	Міська і сільські поселення	Вінницька, Житомирська, Київська, Одеська, Хмельницька
IV тип - відносно збалансована статеві структура	Найменший гендерний розрив (менше 1050 жінок на 1000 чоловіків)	Переважно сільська	Волинська, Рівненська, Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська, Тернопільська, Чернівецька, Донецька, Луганська

**розроблено автором*

Отримані результати підтверджують наявність чітко вираженої просторової диференціації гендерного дисбалансу.

Регіони I-II типів характеризуються значною та високою чисельною перевагою жінок, що найбільш виражено у міських поселеннях та зумовлено концентрацію старших вікових груп населення, а також підвищеною чоловічою смертністю у працездатному віці.

Регіони III типу вирізняються помірним статевим дисбалансом, що проявляється як у міській, так і в сільській місцевості, формуючи відносно вирівняну територіальну структуру населення.

Для регіонів IV притаманний найменш виражений гендерний дисбаланс, який переважно формується в сільській місцевості.

Здійснена типізація підтверджує суттєву роль статевої структури населення як соціально-демографічної передумови формування регіональних відмінностей захворюваності населення України.

Аналіз вікової структури населення за даними табл. А.6 та А.7 (Додатку А) виявляє виразну територіальну диференціацію демографічного потенціалу регіонів, що формує просторові відмінності захворюваності населення[2, 47]. У 2022 році для України загалом характерна регресивна вікова структура з домінуванням населення працездатного віку та значною часткою осіб старших вікових груп. Частка населення віком 65 років і старше становила 17,7 %, тоді як частка дітей віком 0-14 років – лише 14,9 %, що вже на загальнодержавному рівні формує передумови підвищеного поширення хронічних і віковозалежних захворювань (табл. А.7 Додаток А).

Вікова структура населення має чітко виражені відмінності між міськими та сільськими поселеннями. У міських поселеннях частка населення у віці 15-64 роки становила 68,1 %, тоді як у сільській місцевості – 66,0 %. Частка осіб віком 65 років і старше є загалом співставною у міській (17,7 %) та сільській місцевості (17,5 %), однак у сільських регіонах вона характеризується значно вищою міжрегіональною диференціацією. Саме це

зумовлює просторову концентрацію процесів демографічного старіння в аграрних і периферійних регіонах країни (табл. А.6, А.7, Додаток А).

Наймолодша вікова структура спостерігається у західних областях України. У Рівненській області частка населення віком 0-14 років становить 20,1 %, у Закарпатській – 19,5 %, у Волинській – 19,3 %, тоді як частка осіб віком 65 років і старше не перевищує відповідно 12,9 %, 12,3 % і 13,5 % (табл. А7 Додаток А). Така вікова структура формує відносно сприятливу демографічну базу та зумовлює відносно вищу поширеність дитячої та інфекційної захворюваності за одночасно нижчої частки хронічних дегенеративних захворювань.

Протилежна ситуація спостерігається у північних і східних регіонах України, так у Чернігівській області частка населення віком 65 років і старше досягла 20,3 %, у Сумській (19,2 %), у Черкаській (19,3 %), у Полтавській (18,1 %) (табл. А.7). Особливо критична вікова структура характерна для Луганської та Донецької областей, де частка осіб старших вікових груп становить відповідно 24,4 % і 23,4 %, а частки дітей (9,0 % і 10,5 %) відповідно [47]. Такі регіони формують зони підвищеного ризику серцево-судинної, онкологічної та сукупності хронічних патологій, характерних старшим віковим групам захворюваності.

Центральні області України (Кіровоградська, Полтавська, Черкаська) характеризуються перехідною, але несприятливою віковою структурою з поступовим зростанням частки осіб похилого віку та скороченням молодших вікових груп. У цих регіонах формується поєднання демографічного старіння з депопуляцією, що підсилює навантаження на систему охорони здоров'я та зумовлює зростання рівня хронічних захворювань (табл. А.6.).

Для характеристики просторових відмінностей захворюваності нами було узагальнено регіони України за типами вікової структури населення в табл. 2.2.

Вікова структура населення є важливим чинником формування територіальних відмінностей захворюваності населення України. Регіони

I типу – характеризуються вищою часткою дитячої та інфекційної захворюваності, тоді як V типу – концентрацією хронічних, віковозалежних і комор бідних патологій.

Таблиця 2.2

*Типізація регіонів України за віковою структурою населення у 2022 році
(за даними табл. А.6-А.7 Додаток А)*

Тип вікової структури	Критерії	Регіони
I. Регіони з *уповільненими процесами демографічного старіння	частка 0-14 років ≥ 18 %, частка 65+ ≤ 14 %	Волинська, Закарпатська, Рівненська
II. Регіони з уповільненими процесами демографічного старіння	частка 0-14 років 16-17,9 %, частка 65+ 14-16 %	Львівська, Івано-Франківська, Чернівецька, Київська, Одеська
III. Регіони з прискореними процесами демографічного старіння	частка 0-14 років 14-15,9 %, частка 65+ 16-18 %	Вінницька, Житомирська, Запорізька, Миколаївська, Тернопільська, Хмельницька, Харківська, Херсонська, Дніпропетровська
IV. Регіони з високим рівнем демографічного старіння	частка 65+ ≥ 18 %, частка 0-14 років ≤ 14 %	Полтавська, Кіровоградська, Черкаська, Сумська
V. Регіони з надвисоким рівнем демографічного старіння	частка 65+ ≥ 22 %, частка 0-14 років ≤ 11 %	Донецька, Луганська, Чернігівська

**розроблено автором*

Урахування вікової типології регіонів створює методологічну основу для коректного порівняння рівнів захворюваності, подальшої типізації територій та побудови інтегрального медико-географічного районування. Виявлені відмінності вікової структури населення мають принципове значення для дослідження захворюваності. Регіони з високою часткою осіб старших вікових груп потенційно характеризуються підвищеним рівнем хронічної, серцево-

судинної, онкологічної та ендокринної патології, тоді як регіони з молодшою віковою структурою мають інший профіль захворюваності, пов'язаний із інфекційними хворобами, травматизмом та захворюваннями дитячого віку.

Таким чином, вікова структура населення виступає базовою демографічною передумовою просторової диференціації захворюваності, що обов'язково має враховуватися у подальшому медико-географічному аналізі регіонів України.

Узагальнення особливостей вікової структури населення доцільно здійснити через аналіз середнього віку, який інтегрує просторові відмінності вікового складу та відображає рівень демографічного старіння регіонів.

Аналіз середнього віку населення регіонів України у 2022 році проведено (за даними табл. А8 Додаток А). Середній вік населення України у 2022 році становив 42,2 року, що відображає загальнонаціональну тенденцію демографічного старіння [47]. Середній вік населення має чітко виражену територіальну диференціацію та суттєві відмінності між типом поселення та статевою структурою.

Найвищі значення середнього віку зафіксовані у східних та північних областях, зокрема у Луганській (47,9 року), Донецькій (46,8), Чернігівській (44,2), Сумській (44,0) та Черкаській (43,6) областях. Ці регіони характеризуються тривалими депопуляційними процесами, значним відтоком молодого населення та високою часткою осіб старших вікових груп, що створює підвищене демографічне навантаження та несприятливі передумови для відтворення трудового потенціалу.

Найнижчі значення середнього віку населення зафіксовані у західних регіонах України, зокрема Закарпатській (37,8 року), Рівненській (37,9), Волинській (38,5) та Чернівецькій (39,7) областях. Зазначені території характеризуються відносно сприятливою віковою структурою населення, підвищеною часткою дітей і молоді та меншою інтенсивністю процесів демографічного старіння.

У більшості регіонів у сільській місцевості середній вік вищий, ніж у міській, що особливо чітко проявляється у Чернігівській області (46,6 року у сільській місцевості проти 43,0 у міській), Вінницькій (43,5 проти 41,0) та Хмельницькій (43,8 проти 40,7). Це відображає концентрацію молодших вікових груп у міських поселеннях і старіння сільського населення.

Гендерний аналіз свідчить про стійке перевищення середнього віку жінок над чоловіками у всіх регіонах. По Україні середній вік жінок становив 44,7 роки, тоді як чоловіків – 39,4 роки [47]. Така різниця зумовлена поєднанням вищої очікуваної тривалості життя жінок та високої смертності чоловіків. Найбільш виражені гендерні розриви середнього віку зафіксовані у Луганській, Чернігівській та Сумській областях.

У межах суспільно-географічного аналізу, підвищений середній вік населення є важливим чинником формування віково зумовленої структури захворюваності, зростання поширеності хронічних і дегенеративних хвороб та збільшення навантаження на систему охорони здоров'я, що особливо актуально для регіонів з старою та демографічною кризовою віковою структурою.

Міграційні процеси виступають одним з ключових чинників зміни просторової структури захворюваності населення, оскільки безпосередньо впливають на демографічний склад, вікову структуру та рівень навантаження на регіональні системи охорони здоров'я. У суспільно-географічному аналізі міграція змінює не лише чисельність населення окремих територій, а й якісні складові відтворення, формуючи нові осередки підвищеного медико-демографічного ризику.

Внутрішня міграція, зумовлена економічними чинниками та воєнними подіями, призвела до перерозподілу населення з прифронтових і кризових регіонів до відносно безпечних областей. У регіонах-реципієнтах це спричинило зростання щільності населення, підвищення навантаження на амбулаторну та стаціонарну мережу, а також тимчасове збільшення показників звернень і реєстрованої захворюваності [120]. Водночас у регіонах вибуття

населення спостерігається формальне зниження абсолютних показників захворюваності, що не завжди відображає реальне покращення стану здоров'я, а часто є наслідком скорочення чисельності населення та обмеженого доступу до медичних послуг.

Міграція також впливає на структуру захворюваності через зміну вікового складу населення. Переміщення працездатного контингенту та сімей з дітьми змінює співвідношення вікових груп у приймаючих регіонах, що відображається у динаміці дитячої, інфекційної та хронічної патології. Одночасно посилюється психоемоційне навантаження, зростає поширеність стрес-асоційованих розладів та загострення хронічних хвороб, що формує додатковий медико-соціальний тиск на територіальні системи охорони здоров'я.

Таким чином, міграційні потоки виступають просторовим каталізатором переформатування показників захворюваності. Вони зумовлюють регіональні контрасти у рівнях медичного навантаження, трансформують демографічну основу формування патології та поглиблюють територіальну диференціацію стану здоров'я населення. У стратегічному вимірі це вимагає врахування міграційного чинника при плануванні медичної інфраструктури, розподілі кадрових ресурсів та прогнозуванні регіональних ризиків захворюваності.

Поряд із демографічними характеристиками, важливу роль у формуванні захворюваності населення відіграють соціально-економічні умови життєдіяльності, які визначають рівень і якість життя населення, доступ до ресурсів збереження здоров'я та можливості профілактики захворювань. У межах суспільно-географічного аналізу ці чинники розглядаються не як безпосередні медичні показники, а як *соціальні передумови*, що створюють різний рівень медико-географічних ризиків у просторі [39].

Валовий внутрішній продукт (ВВП) є узагальнюючим макроекономічним показником, що характеризує рівень економічного розвитку країни та її фінансову спроможність забезпечувати соціальну сферу, зокрема систему охорони здоров'я. У межах дослідження захворюваності

населення ВВП розглядається не як безпосередній чинник медичних процесів, а як економічна основа формування ресурсного потенціалу соціального захисту, профілактики захворювань і доступності медичних послуг.

Аналіз динаміки номінального ВВП України у 2002-2024 рр. (табл. Б.1, додаток Б; рис. 2.5) засвідчує хвилеподібний характер економічного розвитку, зумовлений поєднанням внутрішніх трансформацій і зовнішніх кризових впливів. У 2002-2008 рр. відбувалося стійке економічне зростання, упродовж якого обсяг ВВП у гривневому еквіваленті збільшився з 225,8 до 948,1 млрд грн., а у доларовому – з 42,4 до 180,0 млрд дол. США, що створювало передумови для підвищення рівня життя населення та розширення фінансування соціальної сфери [8].

Світова фінансова криза 2008-2009 рр. спричинила різке скорочення економічної активності. У 2009 р. ВВП України зменшився на 3,7 % у гривневому та майже на 35 % у доларовому вимірі, що суттєво обмежило можливості держави щодо підтримки соціальних програм і негативно позначилося на умовах збереження здоров'я населення [1,8].

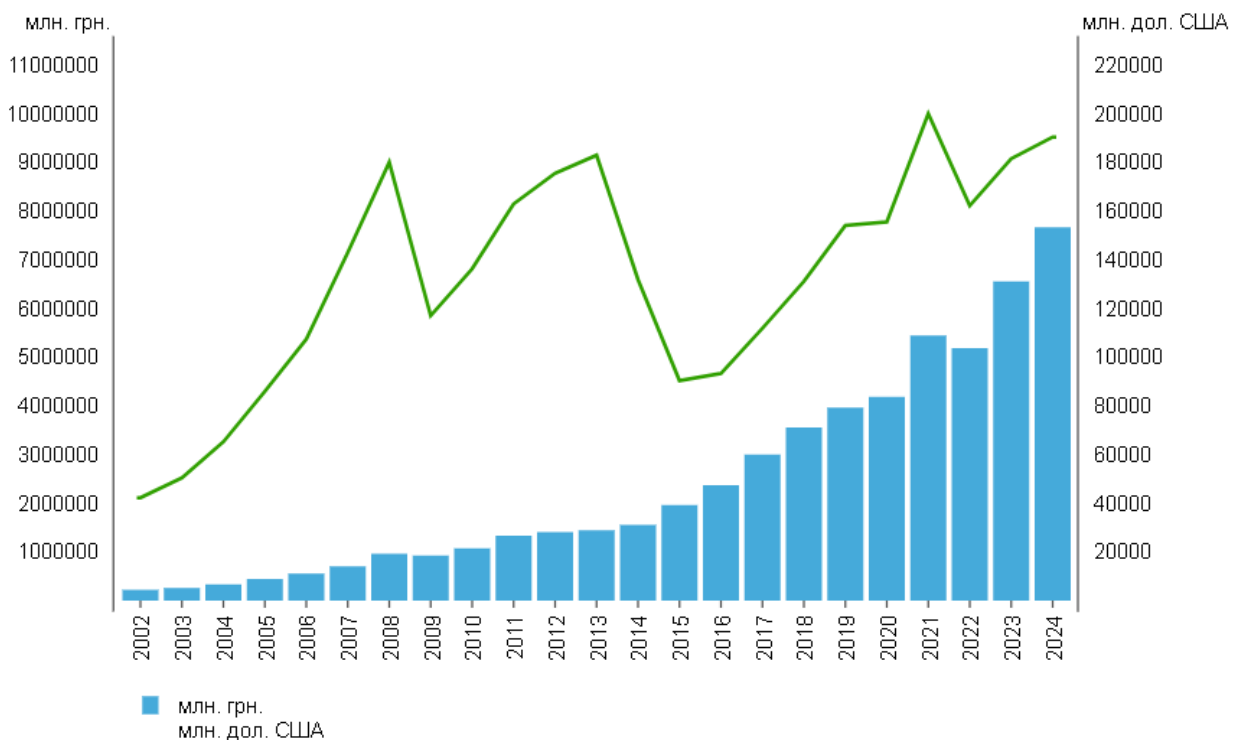


Рис. 2.5 Динаміка ВВП України за 2002-2024 р.р. [8]

У 2010-2013 рр. спостерігалися ознаки помірного економічного відновлення, однак з 2014 р. розпочалася фаза глибокої дестабілізації, пов'язана з анексією Автономної Республіки Крим і воєнними діями на сході країни. У 2014-2015 рр. ВВП у доларовому еквіваленті скоротився з 183,3 до 90,6 млрд дол. США [8], що означало втрату понад половини економічного потенціалу держави та супроводжується зростанням соціально-економічних ризиків, зокрема зниженням реальних доходів населення і погіршенням доступності медичних послуг.

Період 2016-2021 рр. характеризувався поступовим економічним зростанням. У 2021 році ВВП досяг 5,46 трлн грн. і майже 200 млрд дол. США, що створювало передумови для відновлення соціальних стандартів і збільшення фінансування сфери охорони здоров'я. Повномасштабна війна у 2022 р. зумовила новий економічний спад, зокрема скорочення ВВП на 18,9 % у доларовому вимірі, що актуалізувало проблему соціальної вразливості населення.

У 2023-2024 рр. спостерігається часткове економічне відновлення. Обсяг ВВП у 2024 р. становив 7,66 трлн грн. і 190,7 млрд дол. США, що свідчить про адаптацію економіки до воєнних умов, однак не забезпечує повної компенсації втрат попередніх кризових періодів [8].

Загалом динаміка ВВП України упродовж 2002-2024 рр. відображає зміну економічної спроможності держави щодо забезпечення соціального та медичного добробуту населення. Періоди економічного зростання формували сприятливі умови для зниження соціально зумовлених ризиків захворюваності, тоді як фази криз і воєнних потрясінь супроводжувалися посиленням медико-географічної вразливості території. Водночас загальнонаціональні показники ВВП не дозволяють безпосередньо оцінити просторову диференціацію умов життєдіяльності населення, що зумовлює необхідність переходу до аналізу індикаторів матеріального становища, насамперед середньої заробітної плати.

Загальнонаціональна динаміка валового внутрішнього продукту відображає інтегральні економічні можливості держави, однак має обмежений аналітичний потенціал для безпосередньої оцінки умов повсякденної життєдіяльності населення. Для конкретизації впливу макроекономічних процесів на соціально-економічні передумови формування захворюваності доцільним є перехід від макрорівня узагальнених показників до аналізу соціальних нормативів, що задають мінімально гарантовані межі матеріального забезпечення. Саме ці нормативи формують вихідну основу оцінки соціальної вразливості населення та дозволяють простежити механізми трансформації економічної динаміки у просторово диференційовані ризики здоров'я.

У системі соціально-економічних передумов формування захворюваності населення України важливе місце посідають загальнонаціональні соціальні нормативи, передусім прожитковий мінімум і мінімальна заробітна плата. На відміну від середньої заробітної плати чи пенсій, ці показники не мають регіональної диференціації, однак саме вони задають базові стандарти матеріальної забезпеченості та використовуються як «нульова лінія» для оцінки соціальної вразливості населення і доступності ресурсів збереження здоров'я. Динаміка прожиткового мінімуму у 2000-2026 рр. (табл. Б.2) показує багаторічне номінальне зростання соціальних стандартів, що відображає адаптацію державних гарантій до інфляційних процесів і змін вартості життя. Так, загальний прожитковий мінімум зріс із 270 грн у 2000 р. до 2920 грн упродовж 2024-2025 рр., а з 01.01.2026 р. встановлено рівень 3209 грн (табл. Б.2) [109]. Водночас структура прожиткового мінімуму за соціально-демографічними групами вказує на суттєві відмінності нормативних потреб різних контингентів населення. Станом на 2025 р. прожитковий мінімум для працездатних осіб становив 3028 грн, для дітей до 6 років 2563 грн, для дітей 6-18 років 3196 грн, тоді як для осіб, які втратили працездатність, лише 2361 грн; у 2026 р. відповідні значення підвищуються до 3328 грн для працездатних осіб і 2595 грн для осіб, які втратили працездатність

(табл. Б.2). Такий розрив є принципово значущим у контексті медико-географічного аналізу, оскільки саме населення старших вікових груп має підвищену потребу у медичних послугах і витратах на лікування, тоді як нормативний рівень забезпечення для цієї групи залишається найнижчим. Це формує ризик посилення соціально зумовлених обмежень доступу до профілактики, медикаментів і якісного лікування, що в умовах старіння населення підвищує ймовірність накопичення хронічної патології та зростання тягаря захворюваності.

Паралельно прожитковому мінімуму змінювався і другий базовий соціальний стандарт – мінімальна заробітна плата (табл. Б.3) [74], яка визначає нижню межу оплати праці та впливає на рівень доходів найуразливіших груп працюючого населення та опосередковано на можливості фінансувати витрати, пов'язані із збереженням здоров'я. Її динаміка у 2000-2026 рр. також має виражений висхідний характер. Мінімальна заробітна плата зросла з 90 грн у 2000 р. до 1218 грн у 2014-2015 рр., до 3200 грн у 2017 р., що означало різкий стрибок порівняно з попередніми роками та продовжила підвищуватися до 4723 грн у 2020 р., 6000 грн у першій половині 2021 р., 6500-6700 грн у 2022-2023 рр., 7100 грн на початку 2024 р. та 8000 грн з 01.04.2024 і протягом 2025 р. (табл. Б.3). З 01.01.2026 р. мінімальна заробітна плата встановлюється на рівні 8647 грн (табл. Б.3 (Додаток Б)) [74]. У дослідженні захворюваності населення зазначені нормативи розглядаються не як показники реальних доходів, а як базові соціальні «пороги», що визначають межі мінімально гарантованого матеріального ресурсу для відтворення життєдіяльності та профілактики ризиків для здоров'я. Вони забезпечують методологічну основу для коректної інтерпретації регіональних відмінностей середньої заробітної плати та пенсій як індикаторів фактичної купівельної спроможності населення, оскільки з зростанням дистанції між реальними доходами й соціальними нормативними посилюються ризики соціально зумовленого погіршення здоров'я.

Таким чином, прожитковий мінімум і мінімальна заробітна плата, виступаючи загальнонаціональними індикаторами, формують нормативний соціально-економічний фон, на тлі якого доцільно здійснювати подальший аналіз пенсійного забезпечення як ключової передумови формування захворюваності серед осіб старших вікових груп, найбільш уразливих до хронічних і віково зумовлених патологій.

Важливим узагальнювальним соціально-економічним індикатором, що відображає територіальні відмінності умов життєдіяльності населення, є рівень оплати праці. Середня заробітна плата за регіонами України дозволяє виявити просторову диференціацію економічного розвитку та соціальної стратифікації, які формують неоднакові можливості населення щодо збереження і підтримання здоров'я та, відповідно, створюють передумови нерівномірного поширення захворюваності.

У 2025 році середній рівень заробітної плати в Україні становив 23 715 грн, однак міжрегіональні відмінності навколо цього показника були істотними (таблиця Б.4 (Додаток Б) [121]). Найвищі середньорічні значення зафіксовані у місті Києві (36 363 грн), Луганській (29 188 грн), Дніпропетровській (24 503 грн), Київській (23 633 грн) та Запорізькій (22 526 грн) областях. Ці регіони характеризуються концентрацією промислового виробництва, управлінських і фінансових функцій, а у випадку столиці – загальнонаціональних економічних сервісних центрів, що зумовлює підвищений рівень доходів населення.

Найнижчі середньорічні показники оплати праці властиві регіонам аграрно-периферійного типу розвитку, переважно західної та північної частин країни. Зокрема, у Чернівецькій області середня заробітна плата становила 16 997 грн, у Кіровоградській (17 092 грн), у Чернігівській (17 848 грн), у Тернопільській (18 065 грн), в Івано-Франківській (18 529 грн) областях [121]. У результаті розрив між мінімальними та максимальними регіональними значеннями перевищує двократний рівень, що свідчить про глибоку соціально-економічну диференціацію простору України. Просторова структура оплати

праці має чітко виражений групувальний характер, що підтверджується результатами ієрархічного кластерного аналізу, представленими на рис. 2.6. Дендрограма, побудована на основі евклідових відстаней, дозволяє виділити кілька типологічно однорідних груп регіонів за рівнем середньої заробітної плати та оцінити ступінь їх соціально-економічної подібності.

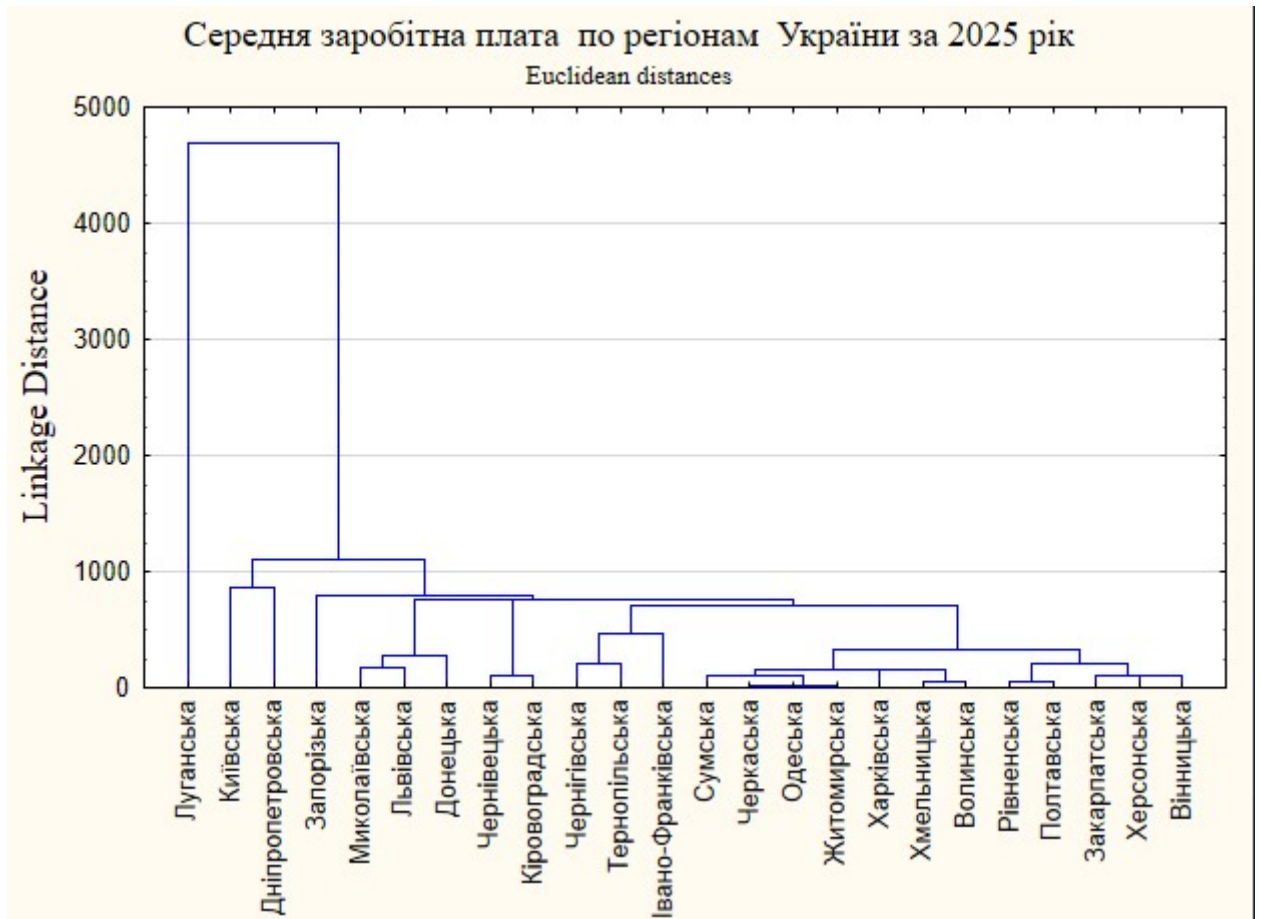


Рис.2.6. Середня заробітна плата по регіонам України

**побудовано автором на основі джерела [121]*

Як видно з рис. 2.6, місто Київ формує окремий кластер, істотно віддалений від інших регіонів, що відображає його винятковий соціально-економічний статус і найвищий в Україні рівень оплати праці. Другий кластер об'єднує промислово розвинені регіони східної та центральної частини країни з підвищеним рівнем доходів населення, зокрема Луганську, Дніпропетровську, Київську та Запорізьку області. Найчисельніший кластер складають регіони з середнім рівнем заробітної плати, характерним для

більшості територій України та таким, що формує базовий фон умов життєдіяльності населення.

З позицій дослідження захворюваності населення виявлені територіальні відмінності рівня оплати праці мають принципове значення. Низькі доходи населення обмежують доступ до якісного харчування, профілактичних заходів, медикаментів і своєчасної медичної допомоги, що підвищує соціально зумовлені медико-географічні ризики. Регіони з вищим рівнем заробітної плати, навпаки, характеризуються кращими стартовими умовами для підтримання здоров'я населення, хоча можуть мати специфічні ризики, пов'язані з інтенсивністю праці та урбанізованим середовищем.

Бачимо що, середня заробітна плата виступає базовою соціально-економічною передумовою формування просторових відмінностей захворюваності населення України. Її територіальна диференціація створює аналітичну основу для подальшого розгляду соціальних стандартів і пенсійного забезпечення як ключових чинників соціально зумовленої медико-географічної вразливості населення.

Водночас рівень оплати праці відображає переважно умови життєдіяльності економічно активного населення і не дозволяє повною мірою оцінити соціально-економічні передумови захворюваності осіб старших вікових груп. З огляду на виражені процеси демографічного старіння населення України, особливого значення набуває аналіз пенсійного забезпечення як ключового індикатора соціального захисту та матеріальної спроможності населення похилого віку. Саме рівень і структура пенсійних виплат формують умови доступу до медичних послуг, лікарського забезпечення та профілактики хронічних захворювань, що зумовлює доцільність їх подальшого суспільно-географічного аналізу.

Одним із визначальних соціально-економічних чинників просторової диференціації захворюваності населення України є рівень пенсійного забезпечення, який формує матеріальні умови життєдіяльності осіб старших вікових груп та визначає їхні можливості щодо доступу до медичних послуг,

лікарських засобів і профілактичних заходів. У суспільно-географічному аналізі пенсійне забезпечення розглядається не як похідна демографічного старіння, а як самостійний соціально-економічний фактор, що зумовлює територіальні відмінності ризиків хронічної та віково зумовленої захворюваності.

За даними табл. Б.5 (додаток Б), станом на 01.01.2025 р. середній розмір призначених місячних пенсій в Україні характеризується вираженою територіальною та гендерною диференціацією. У середньому по країні розмір пенсій чоловіків становив 7 145,33 грн, тоді як у жінок – 4 904, 34 грн, що відображає стійкий гендерний розрив у матеріальному забезпеченні осіб пенсійного віку [122, 123].

З огляду на вищу середню тривалість життя жінок, така диспропорція посилює соціальну вразливість жіночого населення старших вікових груп і формує підвищені ризики обмеженого доступу до медичної допомоги.

Територіальна диференціація середнього розміру пенсій є суттєвою. Найвищі показники пенсій чоловіків зафіксовані у Донецькій області (9 941,78 грн), Луганській (9 207,12 грн), Дніпропетровській (8 325,01 грн) та Запорізькій (7 471,21 грн) (табл. Б.5) [122, 123]. Такий рівень пенсійного забезпечення зумовлений специфікою попередньо зайнятості населення у промислових і гірничо-металургійних регіонах, що передбачала вищі заробітки та спеціальні умови формування страхового стажу. У цих регіонах матеріальні можливості осіб пенсійного віку є відносно сприятливішими, що знижує соціально зумовлені обмеження доступу до медичних послуг.

Водночас у західних і частині центральних областей рівень пенсійного забезпечення є значно нижчим. Зокрема, у Тернопільській області середній розмір пенсії у чоловіків становив 5 028, 49 грн, у Чернівецькій – 5 330,06 грн, у Закарпатській – 5 485,22 грн (табл. Б.5) [122, 123]. Такий рівень доходів істотно обмежує можливості осіб пенсійного віку щодо своєчасного звернення за медичною допомогою, придбання лікарських засобів і реалізації профілактичних заходів.

Аналогічна територіальна диференціація спостерігається і серед жінок. Найвищі середні розміри пенсій у жінок характерні для Донецької (5 278,80 грн), Дніпропетровської (5 271,91 грн) та Київській (5 207,18 грн) областей, тоді як у Тернопільській (4 141,14), Чернівецькій (4 207,31 грн) та Закарпатській (4 248,67 грн) областях рівень пенсійного забезпечення залишається критично низьким (табл. Б.5) [122, 123]. Така територіальна диференціація формує нерівні умови збереження здоров'я осіб старших вікових груп у межах країни та посилює просторову нерівність медико-географічної ситуації.

Територіальні відмінності середнього розміру пенсій за регіонами України характеризується чіткою типологічною диференціацією, що виявляється за результатами ієрархічного кластерного аналізу, представленими на рис. 2.7. Кластерна структура дає змогу виділити групи регіонів з близькими значеннями пенсійного забезпечення, відображаючи ступінь просторової однорідності та диференціацію пенсійних доходів у межах країни. У структурі кластерів виокремлюється група регіонів з підвищеним рівнем середніх пенсій, сформована переважно індустріальними областями сходу та південного сходу України. Для цих територій характерні відносно сприятливі матеріальні умови життєдіяльності осіб пенсійного віку та нижчий рівень соціально зумовлених обмежень доступу до медичних послуг.

Найбільший кластер охоплює регіони з середнім рівнем пенсійного забезпечення, які формують базовий соціально-економічний фон життєдіяльності похилого населення України. У межах цього кластеру матеріальні можливості осіб пенсійного віку є обмеженими, але не критичними, що зумовлює підвищену чутливість до зростання вартості медичних послуг і лікарських засобів та створює умови для поступового накопичення хронічної патології.

Окремий кластер складають регіони з низьким рівнем середніх пенсій. До нього належать передусім аграрно-периферійні території з моноструктурною економікою та обмеженим ринком праці, а також частина

регіонів з переважно сільським розселенням, де пенсійні доходи традиційно нижчі ніж середні по країні. Для цих територій характерне поєднання мінімальних пенсійних виплат з високою часткою осіб пенсійного віку у структурі населення, що формує критичні умови підтримання здоров'я та ризику соціально зумовленої хронічної і віково обумовленої захворюваності.

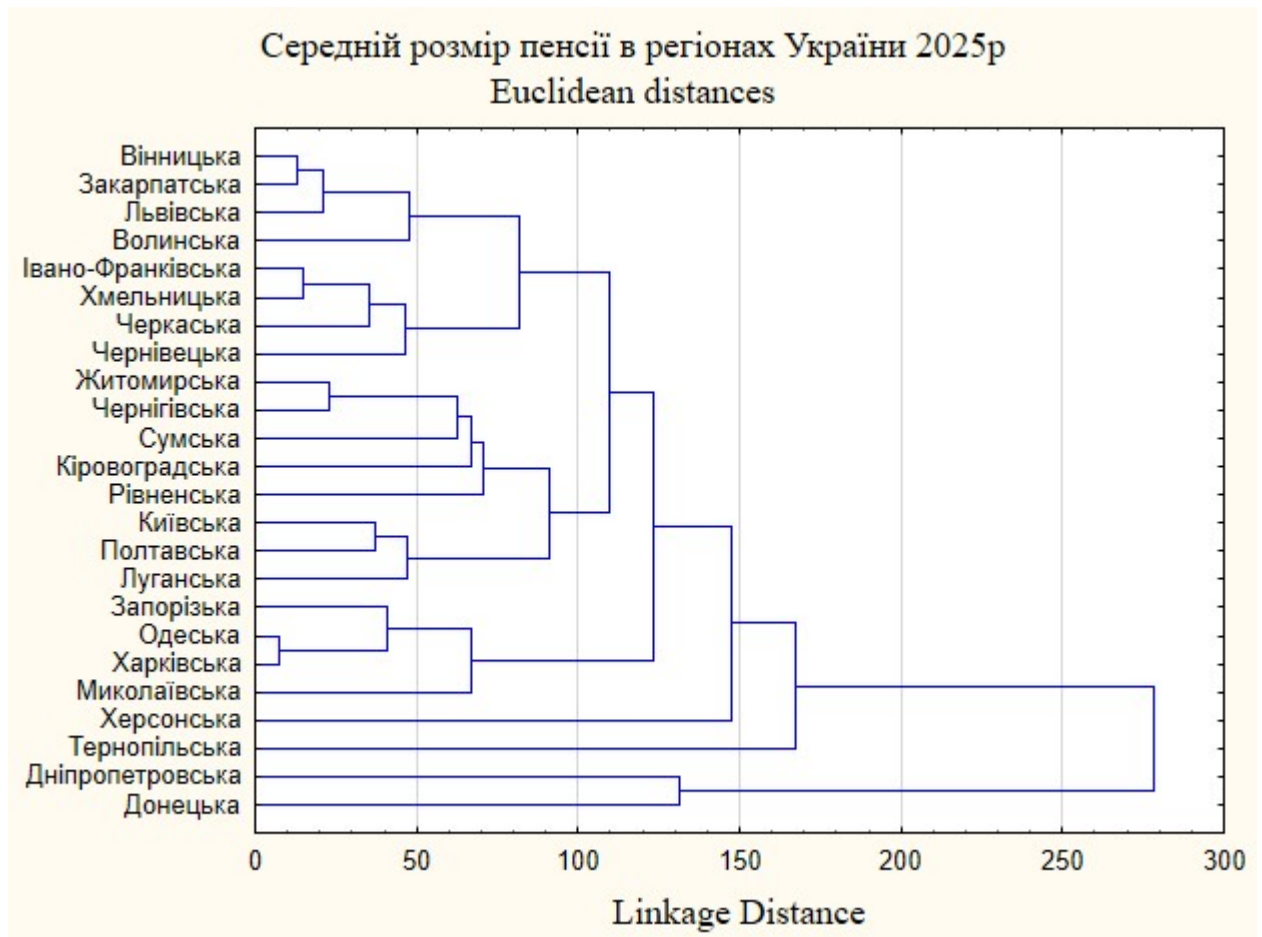


Рис. 2.7. Середній розмір пенсії в регіонах

**побудовано автором на основі джерела*

Поглиблений аналіз соціально-економічних передумов формування захворюваності населення України потребує врахування не лише абсолютного рівня пенсійного забезпечення, а й його співвідношення з прожитковим мінімумом, що дозволяє оцінити реальні можливості забезпечення базових потреб населення пенсійного віку. У цьому зв'язку особливу аналітичну

цінність має розподіл пенсіонерів за рівнем пенсійних виплат відносно прожиткового мінімуму (табл. Б.6 Додаток Б).

Станом на 01.01.2025 прожитковий мінімум для осіб, які втратили працездатність, становив 2 361,00 грн. За даними табл. Б.6 [122], в Україні налічувалося 64,5 тис. пенсіонерів, пенсійні виплати яких були нижчими за зазначений норматив, при середньому розмірі пенсії близько 1 416 грн. Це свідчить про наявність групи з критичним рівнем матеріальної незахищеності, яка, незважаючи на відносно невелику чисельність у загальнонаціональному вимірі, характеризується виразною просторовою концентрацією.

Найбільша кількість пенсіонерів з пенсіями нижче прожиткового мінімуму зосереджена у Дніпропетровській (5,3 тис. осіб), Львівській (5,1 тис.), Одеській (3,7 тис.), Рівненській (3,8 тис.) та Житомирській (3,4 тис.) областях. Натомість у східних регіонах, зокрема Луганській (623 особи) та Донецькій (1,9 тис.) областях, чисельність цієї групи є меншою, що пояснюється історично вищим рівнем пенсійного забезпечення у промислових районах, попри загальну складність соціально-економічної ситуації табл. Б.6 (Додаток Б) [122].

Переважає більшість пенсіонерів України отримує пенсії, що перевищують прожитковий мінімум, однак і в межах цієї групи простежується істотна територіальна диференціація за середнім розміром виплат. Найвищі середні пенсії у групі «вище прожиткового мінімуму» зафіксовані у м. Києві (8 155,53 грн), Донецькій (7 277,03 грн), Луганській (6 769,12 грн), Дніпропетровській (6 600,04 грн) та Київській (6 251,92 грн) областях [109]. У західних і частині центральних регіонів навіть у цій категорії середній розмір пенсій залишається істотно нижчим і, як правило, не перевищує 5 000-5 300 грн, що характерно для Тернопільської, Чернівецької та Закарпатської областей (табл. Б.6 Додаток Б [22]).

У контексті суспільно-географічного аналізу така диференціація відображає нерівні стартові умови підтримання здоров'я населення пенсійного віку. У регіонах із низьким рівнем пенсійного забезпечення навіть формальне

перевищення прожиткового мінімуму не гарантує доступу до якісної медичної допомоги, профілактичних обмежень і необхідних лікарських засобів, що створює передумови для зростання поширеності хронічних, віково зумовлених і соціально чутливих захворювань.

Узагальнення показників середнього розміру пенсій та їх співвідношення з прожитковим мінімумом дозволило здійснити типізацію регіонів України за рівнем соціально-економічної вразливості пенсіонерів (табл. 2.3).

Виділені типи відображають просторову диференціацію умов матеріального забезпечення населення похилого віку та формують різний рівень передумов для поширення віково зумовленої, хронічної та соціально детермінованої захворюваності. Найменш уразливими є індустріально розвинені регіони з традиційно вищими пенсійними виплатами, тоді як західні та частина периферійних областей характеризуються підвищеною соціально-економічною вразливістю пенсіонерів.

Виявлені територіальні відмінності соціально-економічних умов життєдіяльності населення формують неоднаковий фон реалізації медико-географічних ризиків, що зумовлює необхідність переходу до аналізу просторової структури та рівнів захворюваності населення України.

Для коректної інтерпретації рівня доходів населення та пенсійного забезпечення необхідно врахувати регіональні особливості динаміки споживчих цін, які визначають реальну купівельну спроможність наявних фінансових ресурсів.

Дані табл. Б7 додатку Б [57] свідчать про відносну просторову однорідність індексів споживчих цін у 2024 році. За середнього значення по Україні 112,0 % регіональні коливання не перевищують 3 %, що вказує на відсутність вираженої інфляційної поляризації територій. Максимальні показники зафіксовані у Кіровоградській області (113,8 %) та м. Києві (113,5 %), тоді як мінімальні – у Запорізькій (110,7 %) та Вінницькій (111,2 %) областях[57].

Таблиця 2.3

Типи регіонів України за рівнем соціально-економічної вразливості пенсіонерів (узагальнення за табл. Б.6, станом 01.01.2025)

Тип регіонів	Критерії віднесення	Характеристика соціально-економічної вразливості	Регіони
I тип – регіони з відносно сприятливим пенсійним забезпеченням	Високий середній розмір пенсій; незначна частка пенсіонерів з пенсіями нижче прожиткового мінімуму; високі пенсії у групі «вище прожиткового мінімуму»	Відносно сприятливі умови матеріального забезпечення осіб пенсійного віку; нижчі ризики соціально зумовленої та віково-асоційованої захворюваності	Дніпропетровська, Донецька, Луганська, Запорізька, Київська
II тип – регіони з відносно стабільним пенсійним забезпеченням	Середній або вище середнього рівень пенсій; помірна частка пенсіонерів із мінімальними виплатами; помітна регіональна диференціація	Загалом прийнятний рівень соціального захисту, однак наявні внутрішньорегіональні осередки підвищеної вразливості	Одеська, Харківська, Полтавська, Миколаївська, Львівська, Черкаська
III тип – регіони з напруженими умовами пенсійного забезпечення	Пенсії близькі до середнього рівня по Україні; значна частка пенсіонерів з виплатами лише трохи вищими за прожитковий мінімум	Обмежені можливості підтримання здоров'я, підвищені ризики хронічної та соціально чутливої захворюваності	Вінницька, Житомирська, Сумська, Чернігівська, Хмельницька, Кіровоградська
IV тип – регіони з критично напруженим пенсійним забезпеченням	Низький середній розмір пенсій; значна частка пенсіонерів у групах «нижче» та «на рівні» прожиткового мінімуму	Висока соціальна вразливість осіб похилого віку; несприятливий фон для формування здоров'я та доступу до медичної допомоги	Волинська, Рівненська, Тернопільська, Івано-Франківська, Чернівецька, Закарпатська, Херсонська

**розроблено автором*

За таких умов регіональні відмінності рівня життя та соціально-економічної вразливості населення визначаються передусім просторовою диференціацією доходів і пенсійного забезпечення, а не відмінностями у динаміці цін.

2.2. Еколого-територіальні передумови формування захворюваності населення України

Формування територіальних відмінностей захворюваності населення України зумовлюється не лише соціально-демографічними чинниками, а й сукупністю еколого-територіальних умов, що визначають середовище життєдіяльності населення. У суспільно-географічному підході ці умови розглядаються як складова територіальної організації суспільства, яка відображає взаємодію природного середовища та антропогенного навантаження і впливає на характер медико-географічної ситуації. У такому контексті захворюваність постає не лише як статистичний показник, а як соціально й просторово зумовлене явище.

Подальший аналіз зосереджено на природно-географічних умовах (ПГУ), масштабах антропогенного навантаження та стані довкілля з урахуванням потенційних медико-екологічних ризиків.

Територія України характеризується значною природно-географічною різноманітністю, що проявляється у відмінностях клімату, рельєфу, гідрологічної мережі та ландшафтної структури. Ці відмінності чітко простежуються в межах основних фізико-географічних регіонів – Полісся, Лісостепу, Степу, Українських Карпат і приморських територій Причорномор'я та Приазов'я. Сукупність природних характеристик у поєднанні з особливостями розселення населення визначає різні умови життєдіяльності, що відрізняються рівнем комфортності, адаптаційного потенціалу та ризиків для здоров'я[134]. Вплив природного середовища реалізується через кліматичні режими, гідрогеохімічні особливості, структуру ґрунтового покриву та ландшафтну організацію.

У поєднанні з особливостями розселення та характером господарської діяльності природно-географічні умови формують просторові передумови функціонування населення та різний рівень екологічної напруженості територій. Просторове поєднання ПГУ і щільності розселення визначає характер взаємодії населення з природним середовищем та формує специфіку медико-географічної ситуації [137]. З метою узагальнення просторових відмінностей природно-географічних умов та їх ролі у формуванні територіальних умов життєдіяльності населення доцільним є їх типологічне групування, що представлено в таблиці 2.4.

Запропонована типологія відображає просторову диференціацію природно-географічних умов та їх вплив на стан здоров'я населення. Території з різними природними характеристиками визначають специфіку взаємодії природного середовища і населення та різний ступінь екологічної вразливості територій, що створює передумови регіональної диференціації захворюваності.

Роль природно-географічних умов визначається характером взаємодії їх з соціально-економічними процесами в межах територіальної організації суспільства. Території з подібними ПГУ можуть істотно відрізнитися за показниками здоров'я населення через різний рівень урбанізації, інфраструктурної розвиненості та господарської спеціалізації. Отже, природно-географічні умови не виступають прямим детермінантом захворюваності, а формують просторову основу її територіальної диференціації [41].

Для подальшого аналізу доцільним є виділення функціональних типів територій залежно від ролі природно-географічних умов у формуванні ризиків для здоров'я населення. У межах різних фізико-географічних регіонів ці умови можуть мати фоновий, модифікуючий, обмежувальний або компенсаторний характер залежно від особливостей розселення та господарського освоєння території.

Таблиця 2.4

*Типізації територій України за природно-географічними умовами (ПГУ)
життєдіяльності населення*

Тип територій	Ключові природно-географічні риси	Особливості розселення	Суспільно-географічне значення для формування захворюваності	Області
Рівнинні аграрно освоєні	Помірні кліматичні умови, рівнинний рельєф, високий рівень трансформації природних ландшафтів	Переважно сільське розселення, малі та середні міста	Формування фонових хронічних середовищно зумовлених ризиків	Вінницька, Полтавська, Кіровоградська, Хмельницька, Тернопільська
Урбанізовані рівнинні	Відносно сприятливі природні умови, інтенсивна антропогенна трансформація	Висока щільність населення, великі міські агломерації	Домінування соціально-територіальних та середовищних чинників захворюваності	Дніпропетровська, Харківська, Київська, Донецька, Луганська, Запорізька
Гірські та передгірні	Контрастний рельєф, висотна поясність, кліматична мінливість	Розріджене розселення, локальні осередки населення	Підвищена роль природних доступнісних чинників формуванні ризиків	Закарпатська, Івано-Франківська, Чернівецька
Приморські та прибережні	Вплив морського клімату, біокліматична та гідрологічна специфіка	Концентрація населення в прибережних зонах і портових містах	Поєднання природних і господарських чинників ризику	Одеська, Миколаївська, Херсонська
Полісистемні перехідні	Поєднання різних природно-географічних умов	Змішаний тип розселення	Мозаїчний характер впливу умов проживання на здоров'я населення	Волинська, Рівненська, Житомирська, Черкаська, Сумська, Чернігівська, Львівська

**розроблено автором*

Для визначення ролі ПГУ у формуванні захворюваності здійснено функціональну типологізацію територій за характером їх впливу на здоров'я населення (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Функціональна типологія територій за участю ПГУ у територіальній диференціації захворюваності населення

Тип територій	Роль природних умов	Характер впливу на захворюваність
Фонові	Природні умови стабільні та відносно нейтральні	Визначають базовий рівень захворюваності
Модифікуючі	Природні умови посилюють або пом'якшують соціальні чинники	Формують регіональні відмінності структури захворюваності
Обмежувальні	Природні умови ускладнюють життєдіяльність	Підвищують значення адаптаційних механізмів
Компенсаторні	Сприятливі природні умови знижують негативний вплив інших чинників	Зменшують просторові контрасти захворюваності

**розроблено автором*

Запропонована функціональна типологія відображає роль природно-географічних умов у формуванні територіальних відмінностей захворюваності. Фонові території характеризуються відносною сталістю природного середовища, що визначає базові умови життєдіяльності населення. Модифікуючі території характеризуються ПГУ, які змінюють інтенсивність дії соціально-економічних і господарських процесів та зумовлюють трансформацію просторової структури захворюваності. Обмежувальні території характеризуються ПГУ, що ускладнюють організацію життєдіяльності населення та підвищують вимоги до його адаптації. Компенсаторні території вирізняються сприятливими ПГУ, які у взаємодії з іншими елементами територіальної організації знижують негативний вплив соціально-економічних чинників на стан здоров'я населення.

Природно-географічні чинники (ПГЧ) впливають на медико-географічну ситуацію (МГС) у взаємодії з господарською діяльністю та системою розселення. Вони не визначають рівень захворюваності безпосередньо, але формують просторові умови її територіальної диференціації [41].

Антропогенне навантаження виступає ключовим модифікуючим чинником еколого-територіальних передумов формування захворюваності населення. Якщо природно-географічні умови формують базову територіальну матрицю життєдіяльності, то інтенсивність господарського освоєння та техногенна трансформація середовища визначають ступінь екологічної напруженості території. Просторова концентрація промисловості, урбанізаційних процесів, транспортних потоків та аграрної інтенсифікації формує регіональні відмінності якості довкілля, що безпосередньо впливають на умови життя і потенційні ризики для здоров'я населення [55].

Антропогенне навантаження (АН) є результатом господарського освоєння території та відображає характер взаємодії суспільства з природним середовищем у межах конкретних регіонів. У суспільно-географічному аналізі воно трактується не як сукупність ізольованих техногенних впливів, його розглядають як інтегральну характеристику територіальної організації життєдіяльності населення, що формується під впливом урбанізаційних процесів, галузевої структури господарства, системи розселення та рівня інфраструктурного розвитку. Просторова нерівномірність територіальної організації життєдіяльності населення зумовлює формування регіональних осередків екологічної напруженості [142].

Механізм впливу АН реалізується через трансформацію фізико-хімічних характеристик повітря, води та ґрунтів, накопичення токсичних речовин у середовищі проживання, підвищення рівня шумового і транспортного навантаження, а також фрагментацію природних ландшафтів [142]. У результаті формується просторово диференційована структура екологічних ризиків, що відображає територіальну концентрацію виробництва та

особливості розселення населення, створюючи передумови варіативності медико-географічної ситуації в регіонах України.

Просторова диференціація АН в Україні має чітко виражений територіальний характер і проявляється у межах різних типів регіонів відповідно до структури господарського комплексу та системи розселення (Табл. 2.6).

Таблиця 2.6

Типи територій за характером АН та трансформації природного середовища

Тип територій	Домінуючі форми антропогенного навантаження	Просторові прояви трансформації природного середовища	Значення для умов життєдіяльності населення	Області з домінуванням відповідного типу
Урбанізовано-індустріальні	Міська забудова, промислове виробництво, транспортна інфраструктура	Висока концентрація антропогенних об'єктів, фрагментація природних ландшафтів	Формування складних територіальних умов життєдіяльності з підвищеним антропогенним навантаженням	Дніпропетровська, Донецька, Луганська, Запорізька, Харківська, Київська
Аграрно трансформовані	Інтенсивне сільськогосподарське освоєння, розораність земель, меліорація	Спрощення ландшафтної структури, трансформація ґрунтового покриву	Просторово розосереджені, але масштабні зміни умов життєдіяльності	Вінницька, Кіровоградська, Полтавська, Черкаська, Хмельницька, Тернопільська
Транспортно-коридорні	Магістральні шляхи, логістичні вузли, портово-промислові комплекси	Лінійна концентрація антропогенного навантаження	Формування локальних зон антропогенної напруженості	Одеська, Миколаївська, Херсонська, Львівська
Помірно трансформовані	Обмежене господарське використання, переважання природних та напівприродних ландшафтів	Відносне збереження природної структури території	Порівняно стабільні територіальні умови життєдіяльності	Волинська, Рівненська, Житомирська, Сумська, Чернігівська, Закарпатська, Івано-Франківська, Чернівецька

**Розроблено автором*

Найвищий рівень антропогенної трансформації природного середовища характерний для високо урбанізованих та індустріально освоєних територій, зосереджених у межах великих міських агломерацій і промислових вузлів. У цих регіонах антропогенне навантаження формується внаслідок концентрації населення, інтенсивної забудови, розвитку транспортної інфраструктури та багатофункціонального використання території, що створює осередки підвищеної екологічної напруженості.

У межах аграрно освоєних регіонів АН набуває іншої просторової конфігурації та пов'язане передусім з трансформацією природної ландшафтної структури внаслідок високого рівня розораності земель, меліоративних заходів і спеціалізації сільськогосподарського виробництва. Для цих регіонів характерні значні за масштабами трансформації природного середовища, що включають різні території та зумовлюють формування специфічних еколого-територіальних умов функціонування населення.

Окрему групу становлять території з лінійно-концентрованим антропогенним навантаженням, приуроченим до магістральних транспортних коридорів, портово-промислових зон та вузлів міжрегіональних зв'язків. У межах цих просторових структур трансформація природного середовища має локальний, але інтенсивний характер, що зумовлює формування функціонально обмежених зон підвищеної антропогенної напруженості.

У суспільно-географічному контексті антропогенне навантаження не може розглядатися ізольовано від природно-географічних умов та соціально-демографічних характеристик населення. Його вплив на умови життєдіяльності та стан здоров'я населення опосередковується рівнем адаптованості території до господарського освоєння, щільністю населення та характером територіальної організації суспільства. Саме поєднання цих чинників формує просторово відмінні типи територій за характером трансформації природного середовища [98].

Антропогенне навантаження та пов'язані з ним процеси трансформації природного середовища виступають важливою еколого-територіальною

передумовою формування територіальних відмінностей захворюваності населення. Їх аналіз створює підґрунтя для подальшого розгляду регіональних особливостей екологічного стану територій та потенційних медико-екологічних ризиків[51].

Типологію територій за характером АН та трансформації природного середовища здійснено на основі системи суспільно-географічних показників, що відображають домінуючі риси організації господарства, розселення населення та просторових форм освоєння. Обрані індикатори не мають вузькоекологічного характеру, а трактуються як узагальнені характеристики інтегрального антропогенного впливу, сформованого в процесі тривалого господарського розвитку територій.

До ключових показників типології віднесено рівень урбанізації, який відображає концентрацію населення, розвиток міських поселень і формування агломераційних структур; галузеву структуру господарства з урахуванням співвідношення індустріальних, аграрних і транспортно-логістичних функцій; а також характер землекористування і просторового освоєння території, що проявляється у ступені розораності земель, щільності забудови та поширенні техногенно трансформованих ландшафтів. Важливим параметром є тип і масштаб просторово концентрації антропогенного навантаження, який може мати площинний, лінійний або вузловий характер і дозволяє виокремити території з локалізованими зонами підвищеної антропогенної напруженості, зокрема транспортно-коридорні та портово-промислові структури. Окрему увагу приділено ступеню збереженості природної основи території, що характеризує співвідношення природних і трансформованих ландшафтів та визначає потенціал компенсації антропогенного впливу природними екосистемами.

З урахуванням сучасних умов до системи показників включено воєнно зумовлену модифікацію територій Таблиця Б.8 Додаток Б, яка відображає вплив бойових дій, тимчасової окупації, руйнування виробничої й комунальної інфраструктури та порушення природокористування на характер сучасного

антропогенного навантаження. Цей чинник розглядається як додатковий, але принципово важливий елемент просторової трансформації середовища в умовах повномасштабної війни.

Зазначені показники використовуються у поєднанні без формалізовано зважування, що відповідає логіці типологічного узагальнення в суспільній географії. Типи територій визначено за домінуючими, відносно стійкими ознаками антропогенного навантаження, сформованими внаслідок тривалого господарського освоєння та особливостей системи розселення, незалежно від тимчасових змін статистичного обліку в умовах воєнного часу [105].

В умовах повномасштабної війни для окремих регіонів просторово сформовані типи антропогенного навантаження поєднуються з новими воєнно індукованими трансформаціями середовища, які істотно впливають на екологічний стан територій і мають бути враховані в подальшому регіональному аналізі. Узагальнена типологія територій за характером антропогенного навантаження відображає просторову неоднорідність процесів трансформації природного середовища в Україні та не має жорсткої прив'язки до адміністративних меж. Виділені типи формуються в межах різних фізико-географічних і суспільно-географічних регіонів залежно від характеру господарського освоєння та системи розселення населення Таблиця Б.8 Додаток Б. Такий підхід дозволяє розглядати типологію не як механічне групування територій, а як інструмент просторового узагальнення домінуючих моделей трансформації природного середовища та умов життєдіяльності населення, що є принципово важливим для подальшого аналізу територіальної диференціації захворюваності, регіональних особливостей екологічного стану та потенційних медико-екологічних ризиків.

Аналіз наведених даних у Додатку Б табл. Б.8 свідчить про формування територіальних осередків підвищеного антропогенного навантаження, які просторово співпадають з індустріально розвиненими регіонами та великими міськими агломераціями. Територіальний розподіл показників має виражений урбаністично-індустріальний характер, що підтверджує залежність

екологічної напруженості від структури господарського комплексу регіону. Території з нижчим рівнем індустріалізації демонструють відносно сприятливі показники, однак можуть характеризуватися локальними екологічними проблемами, зумовленими аграрним навантаженням або ресурсною спеціалізацією.

Просторові відмінності антропогенного навантаження формують неоднакові умови впливу факторів ризику населення. Хоча між рівнем забруднення та захворюваністю не можна встановлювати прямолінійної причинно-наслідкової залежності, територіальна концентрація техногенних впливів створює передумови підвищення ризиків розвитку респіраторних, онкологічних та серцево-судинних захворювань(ССЗ), що відображається у структурі регіональних медико-географічних профілів [148].

Таким чином, антропогенне навантаження виступає визначальним модифікуючим елементом еколого-територіальних передумов формування захворюваності. Його просторово нерівномірний характер зумовлює формування регіональних осередків екологічної напруженості, які мають бути враховані при подальшому аналізі безпосередніх показників захворюваності населення.

Регіональні особливості екологічного стану територій є результатом поєднання природно-географічних умов і рівня антропогенного навантаження та відображають інтегральний ефект трансформації природного середовища. Екологічний стан територій виступає узагальнюючою характеристикою якості довкілля та є просторовим індикатором умов життєдіяльності населення. Його регіональна диференціація формує неоднакові екологічні фони, у межах яких функціонують соціально-економічні процеси та відбувається формування медико-географічної ситуації [148].

Просторова структура екологічного стану територій України має виражений регіональний характер і відображає нерівномірність концентрації промислових об'єктів, транспортної інфраструктури, аграрного навантаження та природоохоронного потенціалу територій. У межах індустріально

розвинених регіонів екологічна напруженість формується внаслідок комплексного впливу викидів в атмосферу, забруднення водних ресурсів та накопичення відходів виробництва [45]. Натомість у регіонах з переважанням аграрної спеціалізації екологічний стан визначається трансформацією ґрунтового покриву, зміною гідрологічного режиму та хімізацією сільського господарства[73].

З урахуванням інтенсивності антропогенного навантаження та ступеня збереженості природної основи можна виокремити кілька узагальнених типів регіонів за характером екологічного стану:

- території з високим рівнем екологічної напруженості,
- території зі змішаним або перехідним типом екологічного стану,
- території з відносно сприятливими екологічними умовами.

Межі зазначених типів не співпадають жорстко з адміністративним поділом і формуються залежно від просторової конфігурації господарського освоєння, системи розселення та природних особливостей території.

У суспільно-географічному аналізі здоров'я населення вагоме значення мають просторові відмінності екологічних умов. Нами розглянуто чотири ключові аспекти екологічного стану територій України та їх регіональну специфіку, що формує неоднорідне середовище життєдіяльності населення [45].

Якість повітряного середовища як просторовий індикатор екологічного стану, стан водних ресурсів і водокористування, трансформація ґрунтового та ландшафтного покриву, а також воєнно зумовлені зміни екологічного стану становлять основні напрями подальшого аналізу. Оцінка якості атмосферного повітря в Україні ґрунтується на даних державного моніторингу, узагальнених у щорічному огляді стану забруднення навколишнього природного середовища. За інтегральним індексом забруднення атмосфери (ІЗА) середній рівень по країні у 2024 році становив 6,8, що відповідає підвищеному забрудненню і майже не змінився порівняно з попереднім роком (6,6 у 2023 р.). У 2024 році міст із категорією дуже високого забруднення не зафіксовано,

однак високий рівень ІЗА встановлено у 14 містах України – Кам’янському, Дніпрі, Краматорську, Кривому Розі, Львові, Луцьку, Одесі, Запоріжжі, Вінниці, Херсоні, Слов’янську, Черкасах, Сумах та Києві [86].

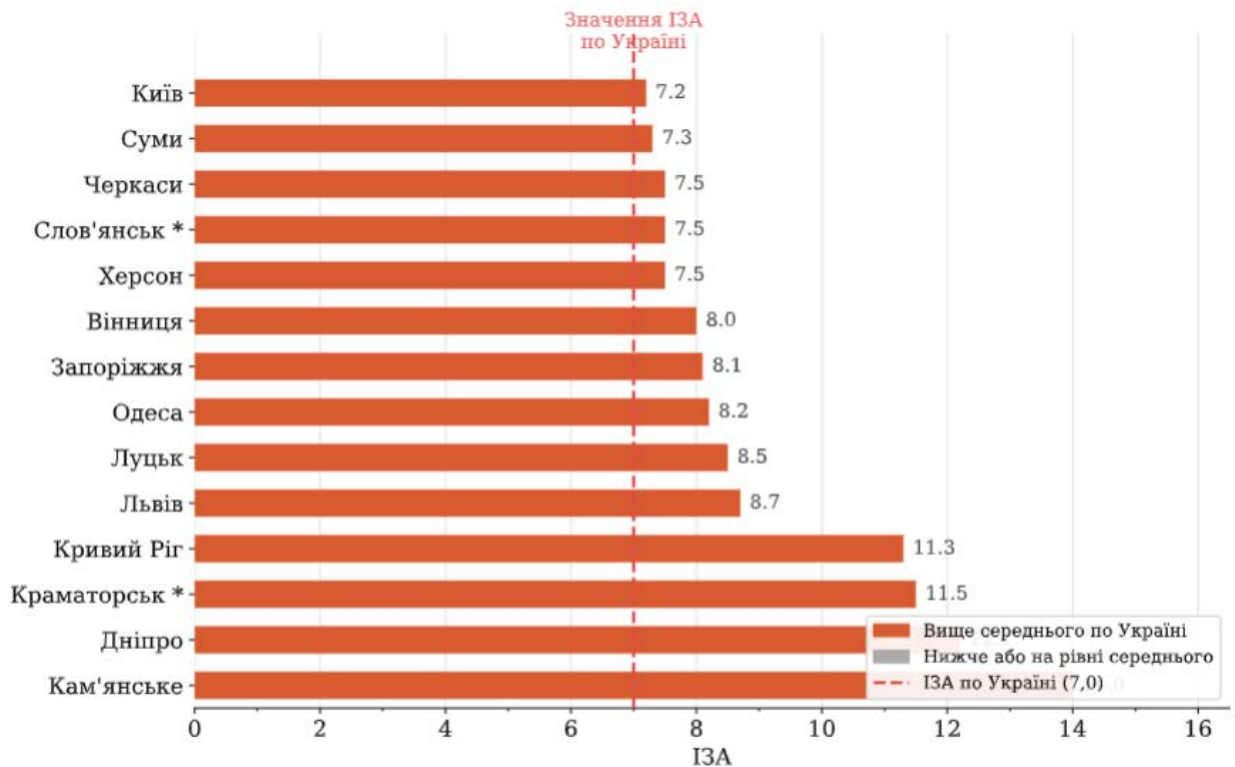


Рис.2.8. Значення індексу забруднення атмосфери (ІЗА) в найбільш забруднених містах України у 2024 році [86].

Територіальне групування міст з високими значеннями індексу забруднення атмосфери пов’язане з особливостями територіальної організації господарства та підвищеним антропогенним навантаженням у межах великих міських центрів. Показово, що найвищі значення ІЗА у 2024 році зафіксовано в Кам’янському – 13,9, Дніпрі – 12,2, Краматорську – 11,3 та Кривому Розі – 11,2, тоді як для Києва ІЗА становив – 7,5, Одеси – 8,6, Львова – 8,9, Луцька – 8,6, Запоріжжя – 8,4, Сум – 7,6 для Черкас – 7,7 [82, 86].

Зокрема, у місті Миколаєві зафіксовано зниження рівня забруднення атмосфери з категорії високого до підвищеного, що призвело до зниження його рангу серед міст із найбільш напруженим станом повітряного середовища. В Одесі також зафіксовано зниження рівня забруднення атмосферного повітря,

однак його значення залишилося в межах категорії високого. Натомість у місті Рівному відбулося зниження рівня забруднення з підвищеного до низького, що свідчить про відмінності просторової динаміки якості повітряного середовища між західними регіонами та індустріально-урбанізованими центрами країни [86].

У центрально-східних індустріальних містах у 2024 році зафіксовано зростання рівня забруднення атмосферного повітря. Зокрема, у Кривому Розі та Кам'янському відбулося підвищення показників забруднення, тоді як у Запоріжжі зафіксовано їх незначне зростання за збереження високої категорії екологічної напруженості [86, 137]. Суттєвим є й факт включення до пріоритетного переліку міст Сум і Черкас, де рівень забруднення підвищився до високого [86].

Для більшості міст країни у 2024 році рівень забруднення атмосферного повітря істотно не змінився, що вказує на відносну інерційність просторових відмінностей якості повітряного середовища за умов збереження підвищеного загальнонаціонального рівня забруднення.

Просторові контрасти якості атмосферного повітря значною мірою зумовлені особливостями територіальної організації господарства та інтенсивністю урбаністично-транспортного навантаження. Водночас прояви пікових концентрацій забруднювальних речовин мають переважно локальний характер. Зокрема, у 2024 році зафіксовано один випадок максимального разового перевищення рівня забруднення атмосферного повітря понад 5,0 ГДК м.р., пов'язаний із концентрацією фенолу в місті Херсон, де її значення сягнуло 5,2 ГДК м.р. [86, 136].

Радіаційний стан атмосферного повітря загалом оцінюється як стабільний – вміст техногенних радіонуклідів цезію-137 і стронцію-90 у повітрі був на декілька порядків нижчим за допустимі рівні, визначені НРБУ-97 ($0,8 \text{ Бк/м}^3$ для Cs-137 і $0,2 \text{ Бк/м}^3$ для Sr-90) [86].

Просторовий розподіл забруднення атмосферного повітря в Україні у 2024 році визначається стійкими контрастами між високо урбанізованими

промисловими центрами та менш розвиненими територіями, що слугує важливим індикатором екологічної ситуації кожного регіону.

Екологічний стан поверхневих вод України характеризується виразною регіональною диференціацією, зумовленою поєднанням природно-географічних особливостей річкових басейнів та характеру антропогенного навантаження, сформованого в межах урбанізованих, промислових і аграрних територій. У 2024 році основними чинниками забруднення внутрішніх водойм були надлишок біогенних та мінеральних речовин: сполуки нітрогену амонійного і нітратного, сульфати, хлориди, сполуки загального фосфору, а також підвищена мінералізація вод. Унаслідок цього в ряді водойм, особливо в умовах малої проточності чи значних скидів стічних вод, фіксувалися випадки падіння розчиненого кисню до критично низьких значень ($<2 \text{ мг O}_2/\text{дм}^3$), що свідчить про розвиток гіпоксії і загрозу для водних екосистем [86].

Водночас спостерігалися і позитивні тенденції: зокрема, порівняно з минулим роком дещо зменшився вміст розчинених органічних речовин (за показниками ХСК), а також у водотоках басейну Сіверського Дінця (як частини басейну Дону в межах території України). У 2024 році в басейнах Дунаю, Південного Бугу та Нижнього Дніпра відбулося зниження концентрацій нітратного нітрогену, тоді як у середньому та нижньому Дніпрі зменшився вміст сполук загального фосфору. У басейні Західного Бугу зафіксовано зростання концентрацій азотних сполук, а в багатьох річках Середнього Дніпра – підвищення вмісту амонійного нітрогену, що відображає вплив локальних аграрно-промислових джерел забруднення [86].

Регіональна диференціація якості поверхневих вод України відображає просторові відмінності антропогенного навантаження та господарської структури території. Найменш трансформованими за гідрохімічними показниками залишаються водні об'єкти в межах територій із низькою щільністю населення та переважанням природних ландшафтів. За даними гідробіологічного моніторингу, у 2024 році найбільш сприятливий стан поверхневих вод зафіксовано у Карпатському регіоні передусім у басейнах

Дністра і Дунаю, зокрема в суббасейнах карпатських приток Пруту та Сирету [86].

Гірські та передгірні райони цього регіону характеризуються обмеженим розвитком індустріальної діяльності, відносно низьким рівнем урбанізації та збереженістю природної основи ландшафтів. Важливим чинником є також відсутність безпосереднього впливу воєнних дій, що сприяло збереженню стабільніших умов функціонування водних екосистем і пояснює відносно сприятливий гідрохімічний стан поверхневих вод.

Найбільш напружений екологічний стан поверхневих вод зафіксовано в межах басейну Західного Бугу, що пов'язано з високою щільністю населення, розвиненою промисловістю та інтенсивним сільськогосподарським використанням території. Для річок рівнинних областей характерні прояви органічного забруднення й евтрофікації, зумовлені надходженням комунально-побутових і аграрних стоків.

Показовими у цьому контексті є водні об'єкти придунайського регіону. У притоках Нижнього Дунаю та прилеглих до нього озерах фіксуються підвищені концентрації органічних речовин і сполук фосфору, зумовлені скиданням недостатньо очищених комунальних стічних вод. Зокрема, в озері Китай (Одеська область) у 2024 році зареєстровано надзвичайно високі значення хімічного споживання кисню – до 440 мгО/дм³, що свідчить про критичний рівень органічного навантаження та глибоку трансформацію локальних водних екосистем [86].

На відміну від малонаселених високогірних річках Карпатського регіону значення показників органічного забруднення залишаються істотно нижчими, а водне середовище характеризується високим вмістом розчиненого кисню та збереженням природних гідроекологічних властивостей. Така просторова диференціація якості поверхневих вод відображає визначальну роль антропогенного чинника у формуванні регіональних особливостей екологічного стану водних ресурсів України.

Оцінка водних ресурсів передбачає врахування їх використання та доступності, що має виражену диференціацію. В аграрних регіонах півдня і сходу України водні ресурси виконують лімітуючу функцію через посушливі кліматичні умови та високий рівень розораності, що зумовлює залежність від зрошення і формує напружений водний баланс. У лісостепових і поліських областях півночі та заходу водо забезпечення є відносно сприятливішим завдяки більшій кількості атмосферних опадів і густішій річковій мережі, що забезпечує більш збалансований характер водокористування.

В урбанізованих промислових центрах основний тиск на водні об'єкти пов'язаний зі скиданням комунальних і промислових стічних вод, що за недостатнього очищення призводить до локального погіршення якості поверхневих вод. Водночас за офіційними даними, у 2024 році стан прибережних морських вод у районах спостережень залишався стабільним, а перевищень допустимих рівнів радіонуклідів у водних об'єктах не зафіксовано [86]. Загалом водні ресурси України характеризуються значною просторовою диференціацією, що проявляється у поєднанні дефіциту води в південних регіонах та відносно кращої якості вод у менш антропогенно трансформованих територіях.

Ґрунтово-ландшафтний (рослинний) покрив України зазнав глибокої антропогенної трансформації, характер і ступінь якої істотно різняться за регіонами. Провідною формою змін є аграрне освоєння території. Станом на 2022 рік орні землі займали 56,8 % площі країни, що зумовлює майже повну заміну природних степових екосистем агроландшафтами [86]. Такий рівень розораності є одним із найвищих у Європі та визначає масштабну трансформацію природної степової зони. У результаті цілинні степи збереглися лише фрагментарно, переважно в межах природоохоронних територій.

Лісові ландшафти зазнали менш інтенсивної, але просторово вибіркової трансформації. Загальна лісистість України становить близько 15,9 %, при цьому основні масиви лісів зосереджені в Карпатському регіоні та на

Поліссі [86]. Натомість у південних і східних областях домінують сильно трансформовані агроландшафти з мінімальною часткою природної рослинності, що зумовлює підвищену вразливість ґрунтів до ерозійних процесів, дефляції та пилових бур [86].

Хімічна трансформація ґрунтів має чітко виражену територіальну диференціацію і пов'язана передусім із впливом промислових центрів. У зонах гірничо-металургійного виробництва (Кривий Ріг, Запоріжжя, Миколаїв, Харків, Київ) сформувалися осередки підвищеного вмісту важких металів у ґрунтах. Зокрема, в окремих районах Кривого Рогу зафіксовано концентрації цинку до 435 мг/кг та перевищення фонових значень мангану понад 1,5 ГДК (гранично допустима концентрація), що відображає наслідки тривалого техногенного впливу [86].

В аграрних регіонах хімічна деградація ґрунтів проявляється інакше. Середній вміст залишкових пестицидів і нітратів у ґрунтах переважно не перевищує нормативних значень – концентрації ДДТ становили близько 0,0003 ГДК (максимальні – до 0,04 ГДК), у-ГХЦГ – близько 0,001 ГДК, нітратного азоту – в середньому 0,03 ГДК [86].

Водночас ерозійні процеси залишаються суттєвим чинником деградації ґрунтів. У лісостепових і передгірських районах поширена водна ерозія, у степових вітрова, що призводить до втрати родючого шару та зміни ландшафтної структури.

Антропогенна трансформація ґрунтово-ландшафтного покриву України є повсюдною, але просторово неоднорідною. Північні та західні регіони зберігають відносно більшу частку природних ландшафтів, тоді як центральні, східні та південні області характеризуються майже повною господарською освоєністю та підвищеним техногенним навантаженням, що формує різні за напруженістю умови життєдіяльності населення [86, 180].

Повномасштабна війна стала додатковим чинником різкої просторової диференціації екологічного стану території України. Воєнні дії та руйнування інфраструктури зумовили локальну деградацію компонентів довкілля в зонах

бойових дій, насамперед у східних і південних регіонах. Тут зафіксовано порушення якості атмосферного повітря, ґрунтів і водних ресурсів унаслідок вибухів, пожеж, витоків пального та техногенних речовин, а також руйнування промислових і гідротехнічних об'єктів.

Показовим прикладом масштабної воєнно зумовленої трансформації є руйнування Каховської гідроелектростанції у 2023 році, що призвело до спустошення водосховища, порушення зрошувальних систем півдня та істотних змін водного режиму й ґрунтових умов у нижній течії Дніпра. У прифронтових і тимчасово окупованих районах значні площі сільськогосподарських угідь виведені з користування через мінування, механічне ущільнення ґрунтів і хімічне забруднення, що спричинило скорочення оброблювальних земель і формування осередків спонтанної ренатуралізації.

Війна також зумовила зростання площ лісових пожеж у східних і південних областях, що призвело до втрати лісових масивів і погіршення якості повітря. Водночас у 2022-2024 роках істотно порушено систему екологічного моніторингу: у зонах бойових дій припинили роботу стаціонарні пости спостереження, що обмежило просторову повноту та репрезентативність даних щодо екологічного стану території.

Таким чином, воєнно зумовлені трансформації довкілля сформували новий вимір регіональної диференціації, а саме на сході та півдні сформувалися території з істотно порушеним екологічним станом, тоді як центральні та західні області зберігають відносно стабільні екологічні умови. Ці контрасти накладаються на довоєнну природно-антропогенну диференціацію та посилюють просторову мозаїчність медико-географічної ситуації.

На основі узагальнення матеріалів державного екологічного моніторингу, офіційної статистики, аналізу природно-географічних умов, характеру антропогенного навантаження та з урахуванням воєнно зумовлених змін довкілля у дослідженні розроблено типологію екологічного стану

територій України таблиця 2.7. Вона відображає стійкі поєднання природних і суспільно-географічних чинників та створює аналітичне підґрунтя для подальшого аналізу територіальної диференціації захворюваності населення.

Еколого-територіальні умови формують просторові параметри життєдіяльності населення та виступають важливою передумовою територіальної диференціації стану здоров'я. Чіткі контрасти між високо індустриальними зонами, відносно збереженими регіонами та територіями, що зазнали воєнного впливу, визначають неоднорідність екологічного фону країни. Зазначена просторова диференціація не є прямим чинником захворюваності, проте формує варіативність умов впливу факторів ризику та опосередковує реалізацію медико-екологічних загроз у різних регіонах України. Урахування регіональних відмінностей якості атмосферного повітря, водних ресурсів, ґрунтів і ландшафтів є необхідною передумовою коректної інтерпретації просторових особливостей захворюваності населення та розроблення науково обґрунтованих підходів до оптимізації медико-географічних умов проживання.

Просторова диференціація екологічного стану території України зумовлює формування різнотипних за інтенсивністю та структурою середовищ впливу ризикогенних чинників на населення. У межах суспільно-географічного підходу медико-екологічні ризики не розглядаються як прямі причини захворюваності; вони інтерпретуються як компонент територіального середовища, через який реалізується для біологічних, соціально-економічних і поведінкових чинників.

Таблиця 2.7

*Типологія областей України за характером
еколого-територіального стану*

Тип території	Характеристика екологічного стану	Області
Індустріально-урбанізовані області	Високий рівень антропогенної трансформації території. Підвищене забруднення атмосферного повітря (високі значення ІЗА), накопичення техногенних елементів у ґрунтах, значне навантаження на поверхневі води. Ландшафти істотно змінені внаслідок промислового та гірничого освоєння. Воєнні дії посилюють деградацію середовища.	Дніпропетровська, Донецька, Луганська, Запорізька
Урбанізовано-індустріальні області змішаного типу	Значне антропогенне навантаження з поєднанням промислових, транспортних і міських чинників. Забруднення повітря переважно урбаністично-транспортного походження, локальні техногенні осередки в ґрунтах і водах. Ландшафти трансформовані нерівномірно.	Харківська, Київська, Одеська, Миколаївська
Аграрно-урбанізовані області	Переважає сільськогосподарського землекористування при наявності окремих промислових і міських осередків. Висока розораність, помірне агрохімічне навантаження на ґрунти, локальні проблеми якості вод, відносно стабільний стан повітря. Воєнний чинник проявляється вибірково.	Вінницька, Полтавська, Черкаська, Кіровоградська, Сумська
Аграрні області з дефіцитом природних ресурсів	Висока частка ріллі, обмежені водні ресурси, ризики деградації ґрунтів (ерозія, дефляція). Забруднення має переважно аграрне походження. Ландшафти сильно освоєні, природні елементи збережені фрагментарно.	Херсонська, Миколаївська*, Одеська* (поза агломераціями)
Полісько-лісостепові області з відносно збереженою природною основою	Значна частка лісів і природних угідь, помірна урбанізація. Порівняно сприятливий стан повітря і вод, ґрунти близькі до природного стану, антропогенне навантаження просторово обмежене.	Житомирська, Чернігівська, Волинська, Рівненська
Карпатські області з домінуванням природних ландшафтів	Найвища збереженість природних екосистем. Низький рівень антропогенної трансформації, сприятливий стан повітря, поверхневих вод і ґрунтів. Господарське освоєння обмежене природними умовами.	Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська, Чернівецька
Центральні області з помірною трансформацією середовища	Збалансоване поєднання аграрного та міського землекористування. Антропогенне навантаження середнього рівня, без різко виражених техногенних осередків.	Тернопільська, Хмельницька

* розроблено автором

* - тип визначено за переважаючими територіальними рисами поза великими міськими агломераціями. Окремі області можуть поєднувати ознаки кількох типів залежно від внутрішньої територіальної диференціації, однак їх віднесення здійснено за домінуючими просторовими рисами.

У регіонах з підвищеною екологічною напруженістю ризиковий потенціал пов'язаний із тривалим впливом забрудненого атмосферного повітря, накопиченням техногенних домішок у ґрунтах, локальними порушеннями якості питної води та значним урбаністично-транспортним навантаженням. Територіальна концентрація цих чинників формує несприятливу конфігурацію середовища життєдіяльності, що відображається у структурі регіональних медико-географічних профілів.

В аграрно освоєних регіонах ризики мають іншу просторову конфігурацію та пов'язані з деградацією ґрунтового покриву, дефіцитом водних ресурсів у посушливих зонах і зростанням агрохімічного навантаження. У гірських і поліських регіонах із відносно збереженою природною основою інтенсивність медико-екологічних ризиків є нижчою, однак вони можуть локалізуватися в межах окремих населених пунктів транспортних коридорів.

Воєнно зумовлені трансформації довкілля сформували новий тип територіально концентрованих ризиків у прифронтових і де окупованих районах. Порушення ґрунтового покриву, локальне забруднення води та повітря, руйнування систем водопостачання і санітарної інфраструктури підвищують рівень екологічної вразливості населення. Водночас обмеженість моніторингових даних у зонах бойових дій зумовлює необхідність обережної інтерпретації масштабів і структури цих ризиків.

Потенційні медико-екологічні ризики характеризуються вираженою територіальною диференціацією та формуються у взаємодії природно-географічних умов, рівня антропогенного навантаження і воєнно зумовлених трансформацій довкілля. Їх урахування є необхідною умовою комплексного аналізу просторових відмінностей захворюваності населення України.

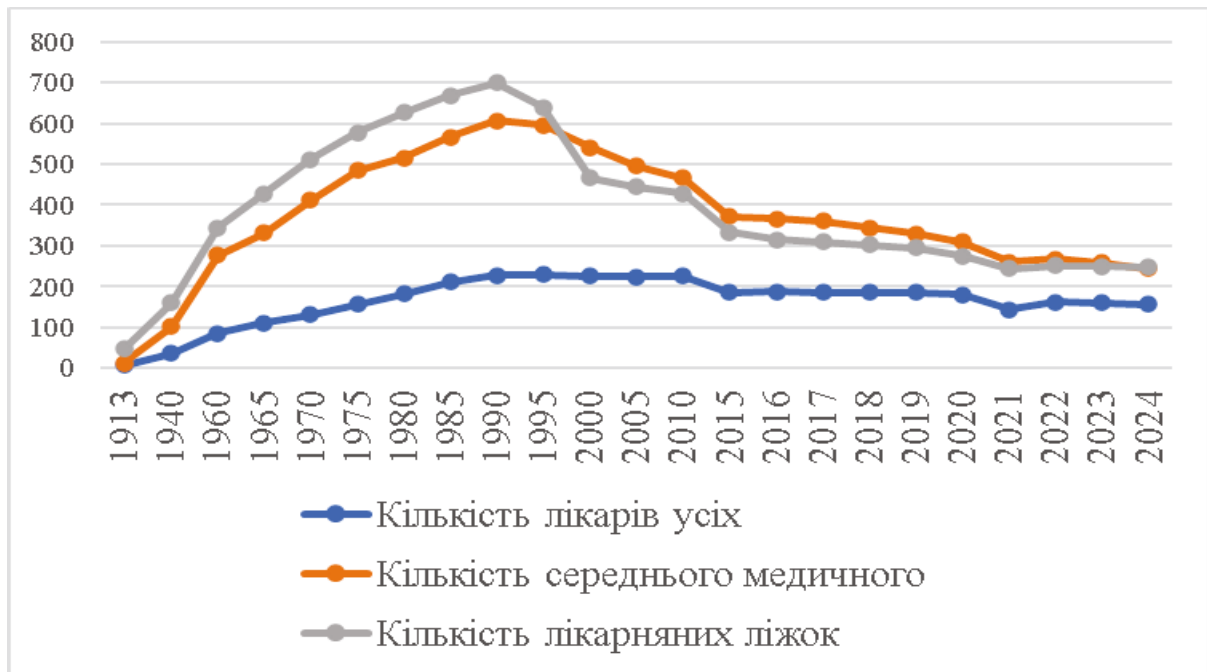
2.3. Просторова організація системи охорони здоров'я та доступність медичних послуг

Система охорони здоров'я у суспільно-географічному аналізі виступає як структурний елемент територіальної організації суспільства, що забезпечує відтворення людського потенціалу та регулювання демографічних і соціальних процесів. Її просторове функціонування зумовлене поєднанням чинників розселення населення, рівня урбанізації, транспортної конфігурації території, економічної спроможності регіонів та інституційних механізмів управління [110]. Відтак медична інфраструктура розглядається не ізольовано, а як складова регіональних соціально-економічних систем, що формує специфічні просторові моделі доступності медичних послуг.

У контексті дослідження просторових особливостей захворюваності населення аналіз системи охорони здоров'я набуває методологічного значення, оскільки саме територіальна організація медичної мережі визначає можливості своєчасної діагностики, лікування та профілактики захворювань. Доступність медичних послуг виступає інтегральною характеристикою, що поєднує спроможність установ та транспортну досяжність.

Дослідження просторової організації системи охорони здоров'я України спрямоване на виявлення територіальних закономірностей розміщення медичних закладів, визначення рівня медико-інфраструктурної забезпеченості регіонів і встановлення просторових диспропорцій у доступі до медичної допомоги [46, 56].

Динаміка мережі та кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я України упродовж 1913-2024 рр. відображає чітко виражену історико-територіальну трансформацію системи медичного забезпечення, що проходила етапи інтенсивного розширення, стабілізації та подальшої реструктуризації з ознаками скорочення Табл В.1. Додаток В та рис. 2.9



*Рис. 2.9. Динаміка кількості лікарів, середнього медичного персоналу та лікарняних ліжок в Україні у 1913-2024 рр.
побудовано автором за даними [151].

Період 1913-1990 рр. характеризується екстенсивним розвитком медичної інфраструктури. Кількість лікарів зросла з 8 тис. у 1913 р. до 227 тис. у 1990 р., тобто майже у 28 разів, а чисельність середнього медичного персоналу – з 12 тис. до 607 тис., що свідчить про формування розгалуженої моделі охорони здоров'я. Водночас відбувалося суттєве збільшення стаціонарної мережі – кількість лікарняних ліжок збільшилася з 48 тис. до 700 тис., що відображає домінування лікарняно-стаціонарної моделі медичної допомоги.

Після 1990 р. спостерігається якісно інший етап розвитку, пов'язаний із демографічним спадом, економічною кризою та структурними реформами. Незважаючи на відносну стабілізацію чисельності лікарів у 1990-х, з початку 2000-х рр. спостерігається поступове скорочення кадрового потенціалу. Особливо відчутним воно стало після 2014 р., а у 2021 р. кількість лікарів зменшилася до 144 тис., що пов'язано як з інституційними змінами, так і з міграційними процесами та воєнними чинниками. У 2022-2024 рр. відбулося

часткове відновлення показників, однак загальна тенденція залишається низхідною.

Найбільш виражена трансформація стосується стаціонарної мережі. Кількість лікарняних закладів скоротилася з 3,9 тис. у 1990 р. до 1,3 тис. у 2024 р., а число лікарняних ліжок зменшилося більш ніж удвічі – з 700 тис. до 247 тис. [47]. Це свідчить про перехід від екстенсивної моделі з домінуванням стаціонарного лікування до оптимізованої, менш ресурсномісткої структури.

Водночас кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів у довгостроковій перспективі фіксує тенденцію до відносної стабілізації та навіть зростання у 2000-2020-х роках, що відображає зміщення акцентів у бік первинної медичної допомоги.

Отже, історична динаміка свідчить про зміну типу територіальної організації системи охорони здоров'я: від централізованої стаціонарно орієнтованої моделі радянського періоду до реформованої, більш компактної та функціонально трансформованої мережі. Скорочення кадрового потенціалу та стаціонарної інфраструктури у поєднанні з воєнними викликами формує нові просторові ризики доступності медичних послуг, що потребує подальшого регіонального аналізу.

У структурі просторової організації системи охорони здоров'я кадровий потенціал виступає базовим індикатором її функціональної спроможності. Якщо мережа закладів формує матеріальну основу системи, то саме чисельність лікарів визначає реальну доступність медичних послуг, інтенсивність лікувально-діагностичних процесів і можливості профілактики захворюваності. Відтак аналіз динаміки кількості лікарів усіх спеціальностей у регіональному розрізі дозволяє виявити глибинні структурні зрушення у територіальній організації медичного забезпечення України та оцінити ступінь її просторової збалансованості.

Порівняння показників 2024 р. із базовим 2000 р. через розрахунок темпів змін створює можливість типологічного групування регіонів за характером трансформації кадрового потенціалу. Абсолютні значення,

наведені у Таблиці В.2 (додаток В) [151], відображають масштаб кадрового потенціалу, тоді як Таблиця В.3 дозволяє оцінити його динаміку через темпи змін та, передусім, через останню колонку, яка відображає не «відхилення», а саме зменшення (-) або збільшення (+) у відсотках відносно базового рівня 100 % (2000 рік).

У цілому по Україні чисельність лікарів за період 2000-2024 рр. зменшилась на 31,2 %. Це означає, що кадровий потенціал системи охорони здоров'я скоротився майже на третину. Просторовий розподіл цього показника демонструє значну регіональну поляризацію рис 2.10.

Вирішальним чинником різкого загострення територіальних диспропорцій стала повномасштабна війна, що спричинила руйнування медичної інфраструктури, вимушену міграцію медичних працівників та втрату кадрового ресурсу в регіонах активних бойових дій. Саме воєнний фактор зумовив концентрацію найбільших скорочень у східних і південних областях та одночасне посилення кадрової концентрації у відносно безпечних західних і столичному регіонах.

Найбільш суттєве зменшення зафіксоване у Луганській області, де чисельність лікарів зменшилась на 91,6 %. У Донецькій області скорочення становить 87,9 %, у Херсонській – 66,7 %. Такі показники свідчать про фактичну втрату кадрової основи регіональних систем охорони здоров'я та формування територій із критично ослабленою медико-інфраструктурною спроможністю.

Значне зменшення характерне для Харківської області, де кількість лікарів зменшилась на 38,8 %, Запорізької – на 38,9 %, Дніпропетровської – на 30,3 %, Миколаївської – 32,6 %, Чернігівської – на 28,3 %. У цих регіонах кадровий потенціал зменшився приблизно на третину, що зумовлює підвищене навантаження на медичну систему та потенційне зниження доступності спеціалізованої допомоги.



Рис. 2.10. Динаміка зміни кількості лікарів за період 2000 - 2024 р. р.

**побудовано автором за даними [151].*

Помірне зменшення спостерігається у більшості центральних та західних областей. У Вінницькій області чисельність лікарів зменшилась на 13,3 %, у Волинській – на 7,1 %, у Житомирській – на 18,5 %, у Закарпатській – на 17,3 %, у Львівській – на 10,8 %, у Полтавській та Сумській – по 16,7 %, у Черкаській – на 20,4 %, у Кіровоградській – на 22,5 %. У Тернопільській та Хмельницькій областях зменшення становить лише 3,7 %, що свідчить про відносну стабільність кадрової бази.

Водночас у частині регіонів зафіксовано збільшення кількості лікарів. В Івано-Франківській області чисельність лікарів збільшилась на 12,1 %, у Чернівецькій – на 9,1 %, у Рівненській – на 2,2 %, у Київській – на 6,7 %, у місті Києві – 9,9 %. Це свідчить про концентрацію кадрового потенціалу у західному та столичному сегменті країни.

На основі аналізу показника темпів змін (остання колонка Таблиці В.3) здійснено типологізацію регіонів України за масштабами трансформації кадрового потенціалу Рис.2.11 та табл 2.8.

Отже, просторовий аналіз показника зміни чисельності лікарів відносно 2000 року свідчить про формування чітко поляризованої структури кадрового потенціалу. Східні та частково південні регіони характеризуються різким

зменшенням, центральні області – помірним скороченням, тоді як західні та столичний регіони демонструють збільшення та концентрацію лікарських кадрів. Така територіальна конфігурація відображає глибинне переформатування системи охорони здоров'я України та обумовлює потребу у регіонально диференційованій кадровій політиці, спрямованій на відновлення територій із найбільшими втратами.

Просторова організація системи охорони здоров'я (СОЗ) та доступність медичних послуг у регіональному вимірі визначаються не лише конфігурацією мережі закладів і чисельністю лікарського корпусу, а й потенціалом середнього медичного персоналу як базової функціональної ланки щоденного медичного обслуговування населення. Саме ця категорія кадрів забезпечує територіальну щільність контактів із пацієнтами, реалізацію профілактичних, діагностичних і реабілітаційних процедур та підтримання безперервності лікувального процесу. Аналіз динаміки середнього медичного персоналу у 2000-2024 роках дозволяє виявити структурні трансформації регіональних підсистем охорони здоров'я та визначити просторові диспропорції доступності послуг в регіонах України.

Отже, просторовий аналіз показника зміни чисельності лікарів відносно 2000 року свідчить про формування чітко поляризованої структури кадрового потенціалу. Східні та частково південні регіони характеризуються різким зменшенням, центральні області мають помірним скороченням, тоді як західні та столичний регіони демонструють збільшення та концентрацію лікарських кадрів. Така територіальна конфігурація відображає глибинне переформатування системи охорони здоров'я України та обумовлює потребу у регіонально диференційованій кадровій політиці, спрямованій на відновлення територій із найбільшими втратами.

Аналіз даних Таблиці В.4 додатку В підтверджує загальнонаціональну тенденцію різкого скорочення середнього медичного персоналу з чітко вираженою диференціацією.

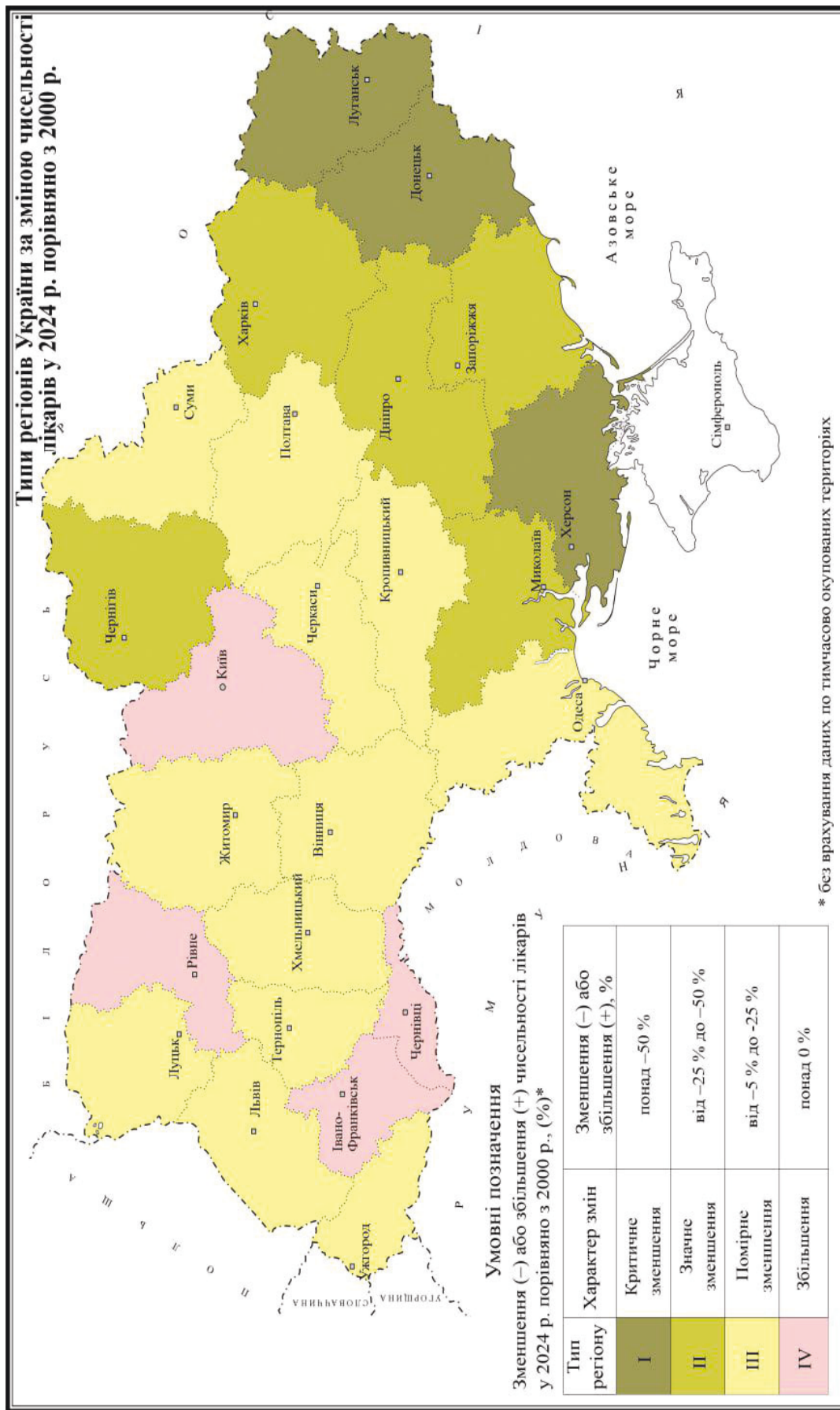


Рис. 2.11. Типи регіонів України за зміною чисельності лікарів у 2024р. порівняно з 2000р.у% *побудовано автором

Таблиця 2.8

Типологія регіонів України за зменшенням (-) або збільшенням (+) чисельності лікарів у 2024 р. порівняно з 2000 р., %
(за даними Таблиці В.3, додаток В) [151].

Тип регіону	Характер змін	Зменшення (-) або збільшення (+), %	Регіони
I	Критичне зменшення	понад (-50 %)	Луганська (-91,6), Донецька (-87,9), Херсонська (-66,7)
II	Значне зменшення	від -25 % до -50 %	Харківська (-38,8), Запорізька (-38,9), Дніпропетровська (-30,3), Миколаївська (-32,6), Чернігівська (-28,3)
III	Помірне зменшення	від -5 % до -25 %	Вінницька (-13,3), Волинська (-7,1), Житомирська (-18,5), Закарпатська (-17,3), Львівська (-10,8), Полтавська (-16,7), Сумська (-16,7), Черкаська (-20,4), Кіровоградська (-22,5), Одеська (-17,6), Тернопільська (-3,7), Хмельницька (-3,7)
IV	Збільшення	понад 0 %	Івано-Франківська (+12,1), Чернівецька (+9,1), Рівненська (+2,2), Київська (+6,7), м. Київ (+9,9)

**розроблено автором*

По Україні в цілому чисельність цієї категорії кадрів зменшилась більш ніж наполовину, що свідчить про глибинну структурну перебудову кадрової моделі системи охорони здоров'я. Водночас регіональний аналіз вказує на не рівномірний спад та формування просторово поляризованої конфігурації.

Найбільш масштабні втрати зосереджені у східних та південних регіонах країни. У Луганській області чисельність середнього медичного персоналу зменшилась на 93,2 %, у Донецькій – 90,9 %, у Херсонській – 74,6 %. Такі

значення означають фактичну втрату кадрової основи регіональних підсистем охорони здоров'я та формування територій із критично обмеженою спроможністю забезпечення стаціонарної й амбулаторної допомоги. Просторово це утворює зону глибокої дезінтеграції медичної інфраструктури.

До групи дуже значного скорочення належать Запорізька область, де чисельність середнього медичного персоналу зменшилась на 65,9 %, Харківська – 55,5 %, Миколаївська – 53,7 %, Дніпропетровська – 50,1 %, Чернігівська – 50,3 %. У цих регіонах збережено базову мережу закладів, однак її функціональна спроможність істотно обмежена через дефіцит середньої ланки, що безпосередньо впливає на інтенсивність надання медичних послуг і знижує резерви системи.

Більшість центральних та частина західних областей характеризуються значним скороченням у межах 40-50 %. У Вінницькій області чисельність середнього медичного персоналу зменшилась на 46,3 %, у Полтавській – 46,9 %, у Черкаській – 45,7 %, у Сумській – 44,8 %, у Київській – 44,3 %, у Житомирській – 43,6 %, в Одеській – 43,0 %, у Львівській – 42,3 %, у Закарпатській – 48,9 %, у Кіровоградській – 48,1 %. Такі масштаби скорочення свідчать про системне звуження кадрової бази при збереженні інституційної цілісності мережі, що водночас формує ризики поглиблення внутрішньорегіональної диференціації між обласними центрами та периферійними громадами[50].

Помірне скорочення спостерігається у частині західних регіонів. У Чернівецькій області середній медичний персонал зменшився на 34,0 %, в Івано-Франківській – 31,0 %, у Волинській – 36,4 %, у Рівненській – 36,5 %, у Тернопільській – 37,6 %, у Хмельницькій – 36,7 %. Ці області характеризуються відносно стабільнішою кадровою конфігурацією, що пов'язано з меншим рівнем руйнування інфраструктури та трансформацій демографічного середовища.

Окремо виділяється столичний центр, де зменшення становить 19,1 %, що є мінімальним показником серед адміністративних одиниць. Це свідчить

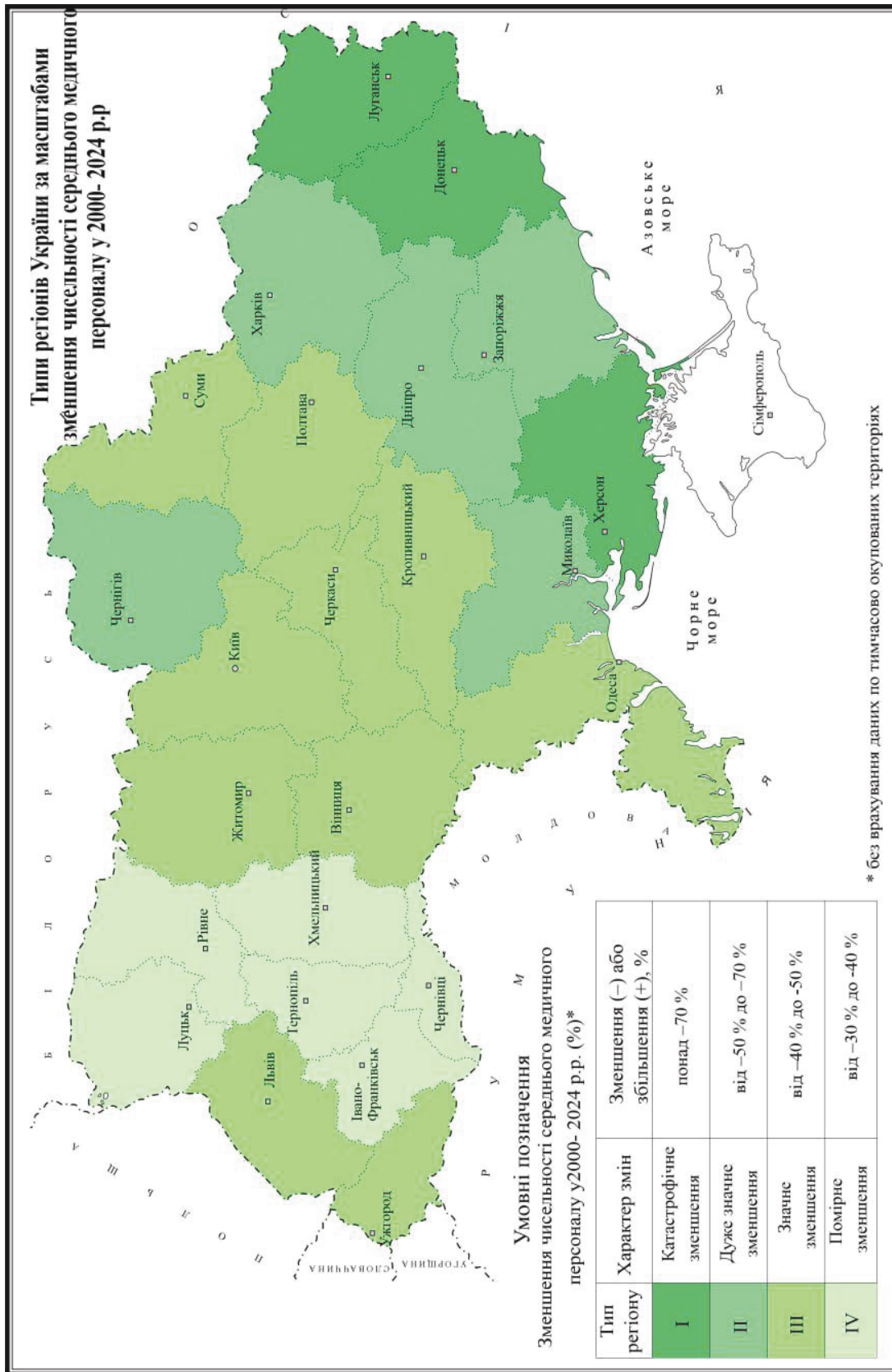


Рис.2.12. Типи регіонів України за масштабами зменшення чисельності середнього медичного персоналу у 2000-2024 р.р. % (*побудовано автором)

Таблиця 2.9

Типологія регіонів України за масштабами зменшення чисельності середнього медичного персоналу у 2000-2024 р.р. %. [151].

Тип регіону	Характер змін	Зменшення (-) або збільшення (+), %	Регіони
I	Катастрофічне зменшення	понад -70 %	Луганська (-93,2), Донецька (-90,9), Херсонська (-74,6)
II	Дуже значне зменшення	від -50 % до -70 %	Запорізька (-65,9), Харківська (-55,5), Миколаївська (-53,7), Дніпропетровська (-50,1), Чернігівська (-50,3)
III	Значне зменшення	від -40 % до -50 %	Вінницька (-46,3), Полтавська (-46,9), Черкаська (-45,7), Сумська (-44,8), Київська (-44,3), Житомирська (-43,6), Одеська (-43,0), Львівська (-42,3), Закарпатська (-48,9), Кіровоградська (-48,1)
IV	Помірне зменшення	від -30 % до -40 %	Чернівецька (-34,0), Івано-Франківська (-31,0), Волинська (-36,4), Рівненська (-36,5), Тернопільська (-37,6), Хмельницька (-36,7)

**розроблено автором*

про концентрацію кадрових ресурсів у Києві та посилення центр-периферійної асиметрії у територіальній організації медичного забезпечення.

Узагальнення регіональних відмінностей дозволяє виділити типи областей за масштабами скорочення чисельності середнього медичного персоналу Рис.2.12 табл.2.9.У контексті центр-периферійної моделі територіальної організації суспільства виявлена трансформація означає поглиблення просторової асиметрії, кадрові втрати є максимальними у

прифронтових та близьких до зони бойових дій регіонах, значними у центральних і відносно меншими у західних регіонах та столичному центрі. Повномасштабна війна виступила системним чинником порушення сформованих до 2022 року просторових пропорцій кадрового забезпечення, зумовивши різке скорочення чисельності середнього медичного персоналу та послаблення функціональної цілісності окремих регіональних підсистем. Унаслідок цього змінилися міжрегіональні співвідношення кадрової забезпеченості, що посилює нерівномірність доступу населення до базових медичних послуг у національному масштабі.

Аналіз динаміки середнього медичного персоналу підтверджує глибинне переформатування територіальної організації медичного забезпечення України. Виявлені зміни мають системний характер і відображають як структурні трансформації соціальної інфраструктури, так і воєнно зумовлені просторові деформації, що безпосередньо впливають на доступність медичних послуг та якість відтворення людського потенціалу в регіональному вимірі.

Подальший аналіз просторової організації системи охорони здоров'я потребує вивчення матеріально-інфраструктурної складової стаціонарної допомоги, зокрема динаміки кількості лікарняних ліжок як базового елемента територіальної місткості медичної мережі. Якщо кадровий потенціал відображає функціональну спроможність системи, то ліжковий фонд характеризує її просторово-ресурсну ємність, інтенсивність стаціонарного обслуговування та можливості реагування на демографічні й епідеміологічні виклики. Дані Таблиці В.5 (додаток В) дозволяють визначити трансформацію стаціонарної інфраструктури в регіонах України в період 2000-2024 років.

У загальнодержавному вимірі кількість лікарняних ліжок скоротилася з 466,0 тис. у 2000 році до 246,9 тис. у 2024 році, що відповідає зменшенню на 47,1 % [151]. Така динаміка відображає довготривалу тенденцію оптимізації стаціонарної мережі, зміну моделі медичного обслуговування у напрямі скорочення надлишкових потужностей та водночас вплив демографічного спаду і воєнно зумовлених втрат.

Просторовий розподіл змін засвідчує чітку територіальну диференціацію. Найглибше скорочення зафіксовано у Луганській області, де кількість лікарняних ліжок зменшилась на 99,6 %, фактично до мінімального залишкового рівня. У Донецькій області зменшення становить 79,9 %, у Херсонській – 65,2 %. Ці регіони формують зону критичної деградації стаціонарної інфраструктури, що зумовлює суттєве обмеження територіальної доступності госпітальної допомоги.

До групи значного скорочення належать Запорізька область, де кількість ліжок зменшилась на 64,4 %, Миколаївська – 44,1 %, Дніпропетровська – 39,7 %, Чернігівська – 52,1 %, Київська – 36,8 %, Вінницька – 42,2 %, Одеська – 31,7 %, Полтавська – 34,7 %, Сумська – 37,8 %, Черкаська – 31,8 %, Львівська – 38,0 %. У цих областях відбулося істотне звуження стаціонарної мережі, однак збережено її інституційну основу[151].

Помірне скорочення характерне для частин західних регіонів. У Волинській області кількість лікарняних ліжок зменшилась на 12,4 %, у Рівненській – 27,2 %, у Тернопільській – 27,1 %, у Хмельницькій – 31,8 %, у Чернівецькій – 22,0 %, в Івано-Франківській – 29,7 %. У Житомирській області зменшення становить 26,3 %, у Закарпатській – 38,9 %, у Кіровоградській – 39,1 %. Найменше скорочення спостерігається у місті Києві – 19,1 %, що свідчить про відносну стабільність стаціонарної інфраструктури у столичному центрі [151].

Виявлена тенденція підтверджує поглиблення просторової асиметрії, максимальні втрати зосереджені у прифронтових та найбільш уражених війною областях, значні, у центральних регіонах, тоді як західні області та столиця характеризуються відносно меншою амплітудою скорочення. Повномасштабна війна стала ключовим чинником різкої трансформації стаціонарної мережі, посиливши тенденції до територіальної поляризації та змінивши просторові співвідношення ліжкового фонду.

Для узагальнення регіональних відмінностей доцільно здійснити типологізацію областей за масштабами зменшення кількості лікарняних ліжок

у 2024 році порівняно з 2000 роком Рис.2.13 табл.2.10. Таким чином, аналіз Таблиці В.5 показує стале та значне скорочення кількості лікарняних ліжок в Україні, що супроводжується формуванням виразних просторових відмінностей між регіонами. Виявлені контрасти зумовлені як тривалими процесами реформування та оптимізації мережі закладів охорони здоров'я, так і наслідками воєнних дій, які суттєво вплинули на матеріальну базу стаціонарної допомоги та рівень її територіальної доступності для населення.

Просторова організація системи охорони здоров'я у регіональному вимірі формується як результат взаємодії трьох ключових компонентів – кадрового потенціалу лікарів, середнього медичного персоналу та мережі амбулаторно-поліклінічних закладів як базової інфраструктури первинної та спеціалізованої допомоги. Якщо попередній аналіз був зосереджений на стаціонарному сегменті на кадровому забезпеченні, то оцінка динаміки амбулаторно-поліклінічної мережі дозволяє завершити структурну характеристику територіальної організації медичного обслуговування населення. Саме цей рівень забезпечує найбільшу щільність контактів із пацієнтами, профілактичну роботу та ранню діагностику, а відтак безпосередньо впливає на просторову доступність послуг.

Аналіз Таблиці В.6 (додаток В) свідчить про неоднорідну, але загалом трансформаційну динаміку мережі лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів у 2000-2024 роках. У цілому по Україні їх кількість зменшилась з 973,0 до 846,5 одиниць, що означає скорочення на 13,0 %. Це вказує на структурну оптимізацію первинної ланки, яка супроводжувалася укрупненням закладів, зміною форм власності та перерозподілом функцій у межах реформи системи охорони здоров'я.

Найбільш різке скорочення мережі зафіксовано у Луганській області, де кількість закладів зменшилась із 55,9 до 7,4, тобто на 86,8 %. У Донецькій області скорочення становить 75,9 % (з 85,4 до 20,6), у Запорізькій – 57,7 % (з 46,3 до 19,6), у Херсонській – 39,5 % (з 21,0 до 12,7) [151].

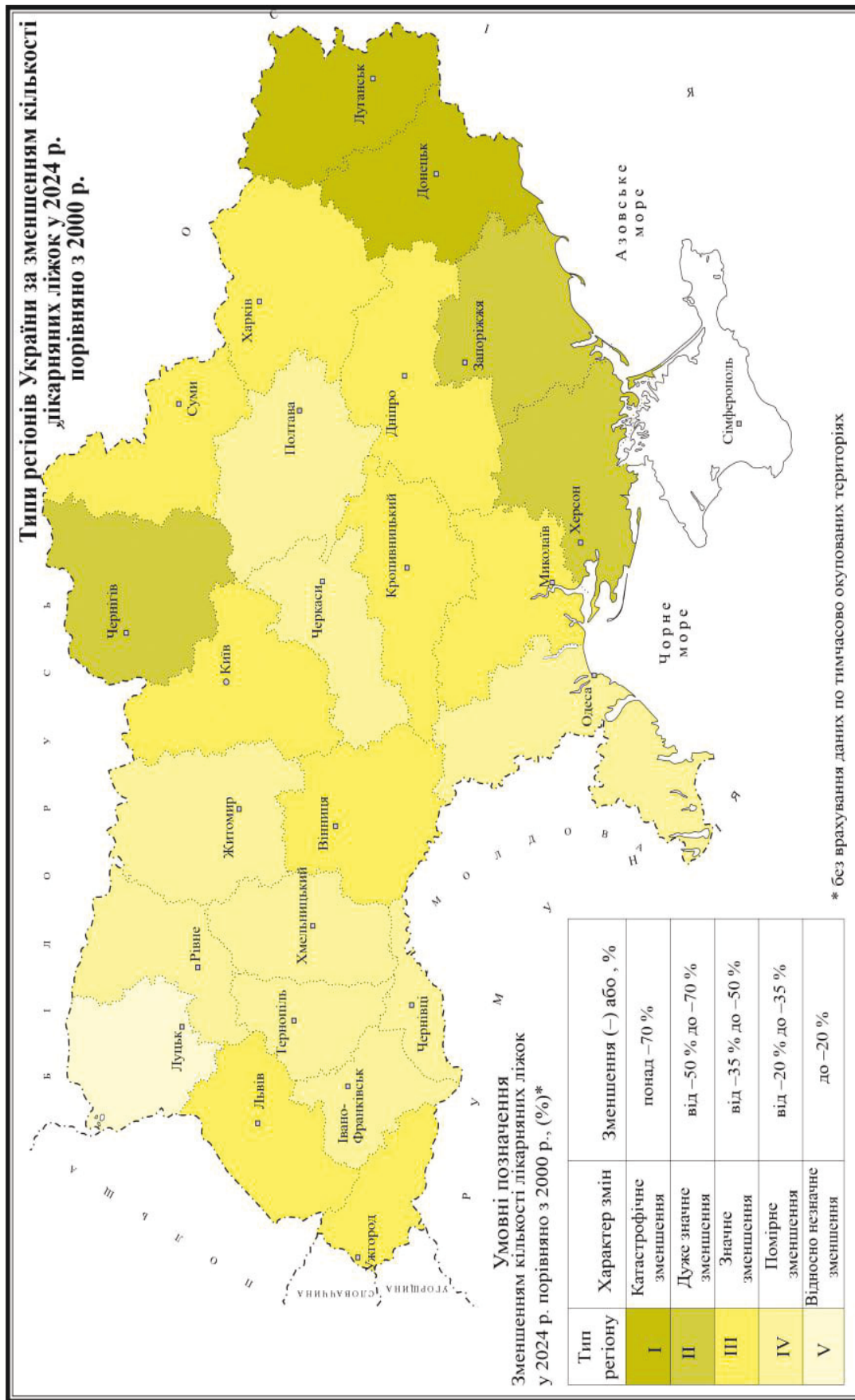


Рис.2.13. Типологія регіонів України за зменшенням (-) кількості лікарняних ліжок у 2024 р. порівняно з 2000 р., % *побудовано автором

Таблиця 2.10

Типологія регіонів України за зменшенням (-) кількості лікарняних ліжок у 2024 р. порівняно з 2000 р., % (за даними Таблиці В.5, додаток В) [151].

Тип регіону	Характер змін	Зменшення (-), %	Регіони
I	Катастрофічне зменшення	Понад -70 %	Луганська(-99,6), Донецька (-79,9)
II	Дуже значне зменшення	від -50 % до -70 %	Херсонська(-65,2), Запорізька(-64,4), Чернігівська (-52,1)
III	Значне зменшення	від -35 % до -50 %	Дніпропетровська(-39,7), Закарпатська(-38,9), Кіровоградська(-39,1), Львівська(-38,0), Миколаївська(-44,1), Вінницька(-42,2), Київська (-36,8), Сумська (-37,8)
IV	Помірне зменшення	від -20 % до -35 %	Одеська(-31,7), Полтавська(-34,7), Черкаська(-31,8), Хмельницька(-31,8), Івано-Франківська(-29,7), Рівненська(-27,2), Тернопільська(-27,1), Житомирська(-26,3), Чернівецька (-22,0)
V	Відносно незначне зменшення	до -20 %	Волинська (-12,4)

*розроблено автором

Ці регіони формують групу критичного та значного зменшення, що свідчить про істотне руйнування амбулаторної інфраструктури та порушення територіальної цілісності медичного обслуговування.

У групі помірного скорочення або відносної стабільності перебувають Дніпропетровська область (-10,8 %, з 93,7 до 83,6), Чернівецька (-7,9 %, з 19,1 до 17,6), Сумська (-3,7 %, з 26,9 до 25,9), Львівська (-2,1 %, з 47,8 до 46,8), Кіровоградська (-0,7 %, з 27,2 до 27,0). Чернігівська область демонструє практично незмінний рівень із незначним приростом на 0,4 % (з 24,1 до 24,2), Житомирська – збільшення на 1,5 %, Полтавська – на 2,4 %, Миколаївська – на 3,4 %. У цих регіонах трансформації мережі не набули критичного характеру та зберегли відносну інфраструктурну стійкість [151].

Водночас у низці областей зафіксовано зростання кількості амбулаторно-поліклінічних закладів. Найбільший приріст спостерігається в Одеській області - +41,0 % (з 36,3 до 51,2), Івано-Франківській - +35,7 % (з 20,7 до 28,1), Рівненській - +27,8 % (з 22,7 до 29,0), Закарпатській - +27,7 % (з 24,2 до 30,9), Київській області - +17,1 % (з 39,1 до 45,8), Волинській - +15,6 %, Черкаській - +13,9 %, місті Києві - +13,8 %, Хмельницькій - +10,5 %, Тернопільській - +9,6 % [151]. Зростання мережі у цих регіонах свідчить про концентрацію інфраструктурного потенціалу та адаптацію системи до змін демографічного навантаження.

Узагальнення регіональної динаміки дозволяє здійснити типологію регіонів за масштабами трансформації амбулаторної мережі Рис.2.12 табл.2.9.. Аналіз Таблиці В.6 засвідчує формування просторово поляризованої структури амбулаторно-поліклінічної мережі України. Східні та частково південні регіони характеризуються різким зменшенням інфраструктурної бази, центральні регіони, переважно стабілізацією або помірною трансформацією, тоді як західні та столичні регіони відзначаються концентрацією та розширення мережі. У результаті поширюється центр-периферійна асиметрія у територіальній доступності первинної медичної допомоги, що свідчить про глибинне переформатування територіальної організації системи охорони здоров'я та потребує регіонально диференційованих управлінських рішень щодо відновлення та розвитку амбулаторного сегмента.

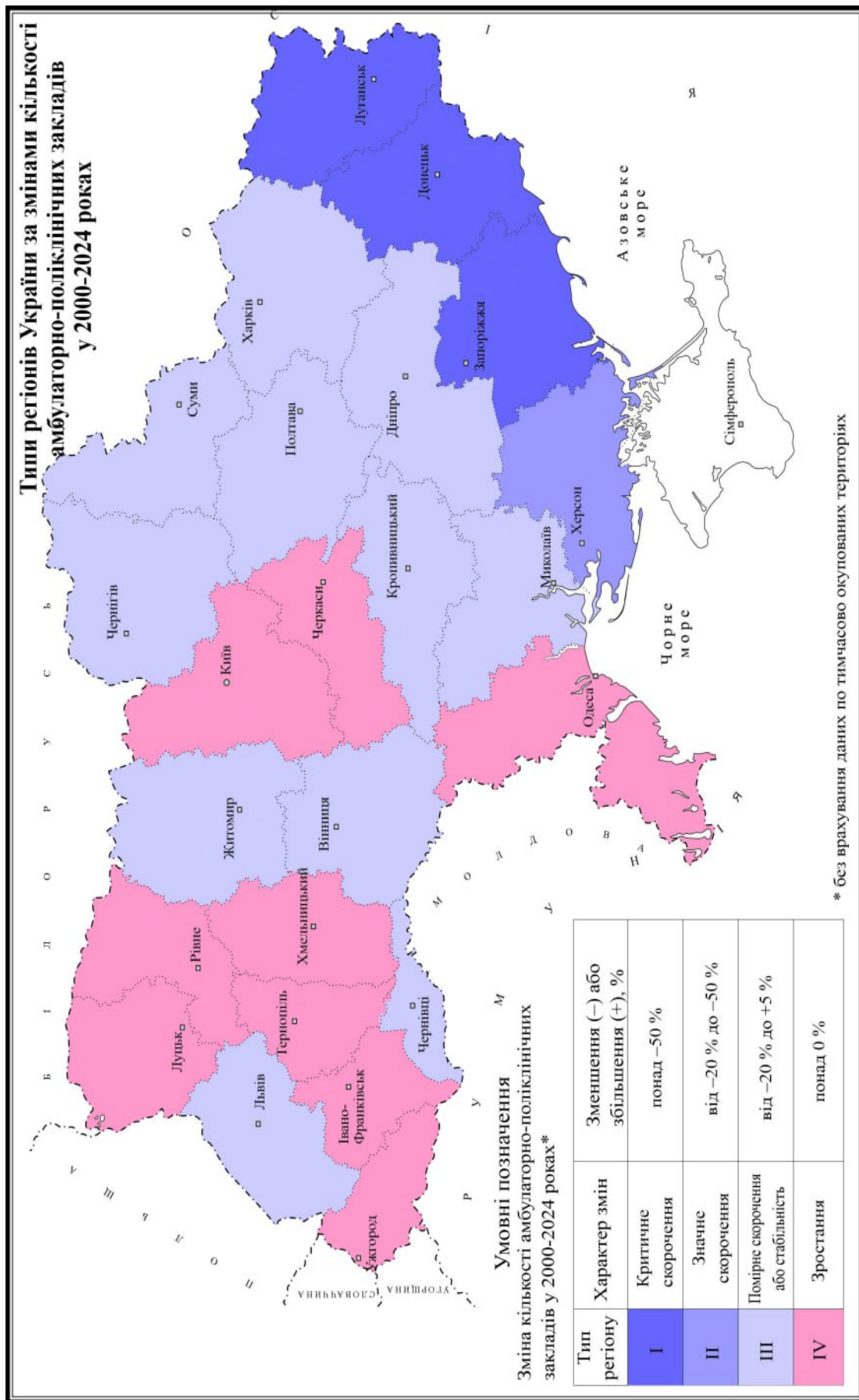


Рис.3.14. Типологія регіонів України за змінами кількості амбулаторно-поліклінічних закладів *побудовано автором

Таблиця 2.11

Типологія регіонів України за змінами кількості амбулаторно-поліклінічних закладів у 2000-2024 роках

Тип регіону	Характер змін	Зменшення (-) або збільшення (+), %	Регіони
I	Критичне скорочення	понад -50 %	Луганська (-86,8), Донецька (-75,9), Запорізька (-57,7)
II	Значне скорочення	від -20 % до -50 %	Херсонська (-39,5)
III	Помірне скорочення або стабільність	від -20 % до +5 %	Україна (-13,0), Дніпропетровська (-10,8), Чернівецька (-7,9), Сумська (-3,7), Львівська (-2,1), Кіровоградська (-0,7), Чернігівська (+0,4), Житомирська (+1,5), Полтавська (+2,4), Миколаївська (+3,4), Харківська (-19,1)
IV	Зростання	понад 0 %	Одеська (+41,0), Івано-Франківська (+35,7), Рівненська (+27,8), Закарпатська (+27,7), Київська (+17,1), Волинська (+15,6), Черкаська (+13,9), м. Київ (+13,8), Хмельницька (+10,5), Тернопільська (+9,6)

**розроблено автором*

Висновки до розділу 2

Просторові особливості захворюваності населення України формуються як інтегральний результат взаємодії демографічних, соціально-економічних, еколого-територіальних та інституційно-інфраструктурних чинників у межах територіальної організації суспільства. Захворюваність постає не лише як

медико-статистичний показник, а як соціально-територіальний індикатор якості життя, що відображає структурні диспропорції розвитку регіонів.

Аналіз соціально-демографічних передумов засвідчив стійкий депопуляційний характер відтворення населення, регіонально диференційовані урбанізаційні процеси, виражений гендерний дисбаланс та регресивний тип вікової структури. Найбільш несприятлива демографічна ситуація характерна для північних і східних областей, де поєднуються високі показники старіння, значна частка осіб віком 65 років і старше та зростання середнього віку населення. У цих регіонах формується підвищений ризик поширення хронічних, серцево-судинних, онкологічних та інших віково-асоційованих захворювань. Натомість західні області характеризуються відносно молодшою віковою структурою та іншим профілем патології. Таким чином, демографічна типологія регіонів виступає методологічною основою коректного порівняння рівнів захворюваності та інтерпретації її просторових відмінностей.

Соціально-економічні умови життєдіяльності населення формують диференційований фон реалізації медико-географічних ризиків. Територіальна стратифікація рівня оплати праці, пенсійного забезпечення та матеріальної спроможності населення зумовлює неоднакові можливості доступу до профілактики, лікування та підтримки здоров'я. Особливої ваги набуває поєднання високого рівня демографічного старіння з низьким пенсійним забезпеченням, що характерне для частини аграрно-периферійних регіонів і формує зони підвищеної соціально-економічної вразливості осіб похилого віку. За умов відносної однорідності індексів споживчих цін саме регіональні відмінності доходів визначають реалії диспропорції у якості життя та стані здоров'я населення.

Еколого-територіальні передумови відображають різноманітність природних умов та ступінь антропогенного навантаження в межах країни. Природно-географічна диференціація території України у поєднанні з різним типом господарського освоєння формує специфічні умови життєдіяльності

населення, що модифікують характер захворюваності. Індустріально навантажені урбанізовані регіони характеризуються поєднанням екологічної напруженості та високої щільності населення, тоді як гірські та аграрні території мають іншу конфігурацію ризиків, пов'язану з доступністю медичних послуг і демографічним старінням. Отже, природне середовище виступає не прямим детермінантом, а просторовою основою реалізації соціально зумовлених медико-географічних процесів.

Важливим інтегруючим компонентом є просторова організація системи охорони здоров'я та доступність медичних послуг. Територіальна мереж закладів охорони здоров'я, забезпеченість населення медичними кадрами та транспортна доступність формують різні можливості своєчасної діагностики і лікування. У регіонах із розвиненою медичною інфраструктурою вища виявленість захворювань відображає ефект доступності медичної допомоги, тоді як у периферійних та сільських районах обмежений доступ може зумовлювати латентність частини патологій. Просторові диспропорції у функціонуванні системи охорони здоров'я, таким чином, виступають самостійним чинником формування територіальної диференціації захворюваності.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що просторові особливості захворюваності населення України мають системний і типологічно впорядкований характер. Вони зумовлені поєднанням демографічної структури, соціально-економічних умов, еколого-територіальних характеристик та рівня розвитку медичної інфраструктури. Виявлені регіональні відмінності створюють методологічну основу для подальшого інтегрального медико-географічного районування території України та формування диференційованої регіональної політики у сфері охорони здоров'я з урахуванням специфіки територіальної організації суспільства.

РОЗДІЛ 3 ПРОСТОРОВИЙ АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ТА НАПРЯМИ ЇЇ ОПТИМІЗАЦІЇ

3.1. Загальна медико-географічна ситуація захворюваності населення України

У структурі суспільно-географічних досліджень проблем здоров'я населення аналіз загальної медико-географічної ситуації виступає вихідним аналітичним рівнем, що забезпечує перехід від теоретико-методологічних засад до конкретного просторового аналізу захворюваності. На сучасному етапі трансформаційних змін українського суспільства, зумовлених демографічними деформаціями, соціально-економічною нестабільністю та воєнно зумовленими процесами, захворюваність населення постає не лише як медико-статистичний показник, а як інтегральний індикатор стану територіальної організації життєдіяльності.

Сьогодні в Україні МГС характеризується багато вимірністю та внутрішньою неоднорідністю. Вона відображає поєднання тривалих демографічних тенденцій старіння населення, нерівномірності соціально-економічного розвитку, екологічних диспропорцій і воєнно зумовлених трансформацій середовища проживання. Сукупність цих чинників формує складну просторову конфігурацію захворюваності, що потребує комплексного суспільно-географічного аналізу. Це передбачає виявлення основних тенденцій динаміки захворюваності, визначення її структурних особливостей та окреслення просторових закономірностей, що виступають методологічною основою для подальшого регіонального аналізу в наступних підрозділах роботи.

Переходячи до аналітичного етапу дослідження, доцільно розглянути захворюваність населення України у межах цілісного державного простору як інтегрованої соціально-територіальної системи. Такий масштаб аналізу забезпечує виявлення узагальнених закономірностей формування медико-географічної ситуації внутрішньо регіональної деталізації, що дозволяє окреслити базові параметри її інтенсивності та структури. Аналіз показників в

цілому по Україні створює основу для подальшої територіальної диференціації та типологічного групування регіонів. Саме на загальнонаціональному рівні проявляються ключові тенденції динаміки захворюваності, що відображають сучасний стан та трансформаційні процеси у сфері здоров'я населення України [73].

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) в сучасній структурі патології дорослого населення України формують системо утворювальний сегмент медико-географічної ситуації, визначаючи інтегральний рівень демографічних втрат, соціально-економічних ризиків і навантаження на систему охорони здоров'я [60]. На державному рівні інфаркт міокарда та інсульт виступають базовими нозологічними формами кардіocereброваскулярного континууму, що відображає стан територіальної організації профілактичної та ургентної медичної допомоги [73].

У системі суспільно-географічного аналізу(СГА) захворюваності населення України на хвороби системи кровообігу принципово важливим є поєднання фактичних рядів динаміки з трендовими моделями та середніми рівнями, що дозволяє відмежувати короткострокові коливання від стійких тенденцій розвитку нозологічної структури. Аналіз динаміки 2014-2023 років (табл. 3.1-3.2 та рис. 1-12) дає глибоку інтерпретацію нозологічних процесів.

Динаміка захворюваності на гіпертонічну хворобу у 2014-2023 рр. має хвилеподібний характер. У 2014-2019 рр. показник коливався в межах 369-435 випадків, з локальним максимумом у 2015 р. Після цього спостерігалось поступове зниження до 369 у 2019 р. Найбільш різкий спад зафіксовано у 2020 р., коли показник зменшився до 219, що, ймовірно, пов'язано з порушенням звернення населення по медичну допомогу та деформацією статистичного обліку в умовах пандемії. У 2021 р. рівень залишався низьким – 231. Починаючи з 2022 р., спостерігається відновлення висхідної динаміки, показник зріс до 377, а у 2023 р. досяг 610 випадків, що є максимальним

Таблиця 3.1.

Динаміка захворюваності населення України на окремі нозологічні форми хвороб системи кровообігу у 2014-2023 роках (на 100 000 населення)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Гіпертонічної хвороби	383	435	400	403	382	369	219	231	377	610
Ішемічна хвороба серця	1644	1643	1638	1662	1636	1618	920	832	1038	1281
Стенокардія	653	644	638	634	623	621	362	350	429	536
Гострий інфаркт міокарда	89	94	97	96	95	97	87	86	101	114
Інші форми гострої ішемічної хвороби серця	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
Цереброваскулярні хвороби (середньорічний рівень 776)	803	817	832	842	847	857	553	552	712	939
Внутрішньочерепний крововилив (середньорічний рівень 31)	28	29	30	30	30	32	28	28	32	38
Інфаркт головного мозку (середньорічний рівень 217)	178	184	190	191	200	212	206	224	270	312
Інсульт, неуточнений як крововилив або інфаркт мозку (середньорічний рівень 6)	6	7	8	8	8	7	6	7	4	3

- Джерело:[13]

Таблиця 3.2.

Темпи змін захворюваності на окремі нозологічні форми хвороб системи кровообігу у 2023/2014 роках (%)

Нозологічна форма	2014	2023	Темп приросту, %
Гіпертонічна хвороба	383	610	+59,3 %
Ішемічна хвороба серця	1644	1281	-22,1 %
Стенокардія	653	536	-17,9 %
Гострий інфаркт міокарда	89	114	+28,1 %
Цереброваскулярні хвороби	803	939	+16,9 %
Внутрішньочерепний крововилив	28	38	+35,7 %
Інфаркт головного мозку	178	312	+75,3 %
Інсульт неуточнений	6	3	-50,0 %

*Розраховано автором на основі джерела:[13]

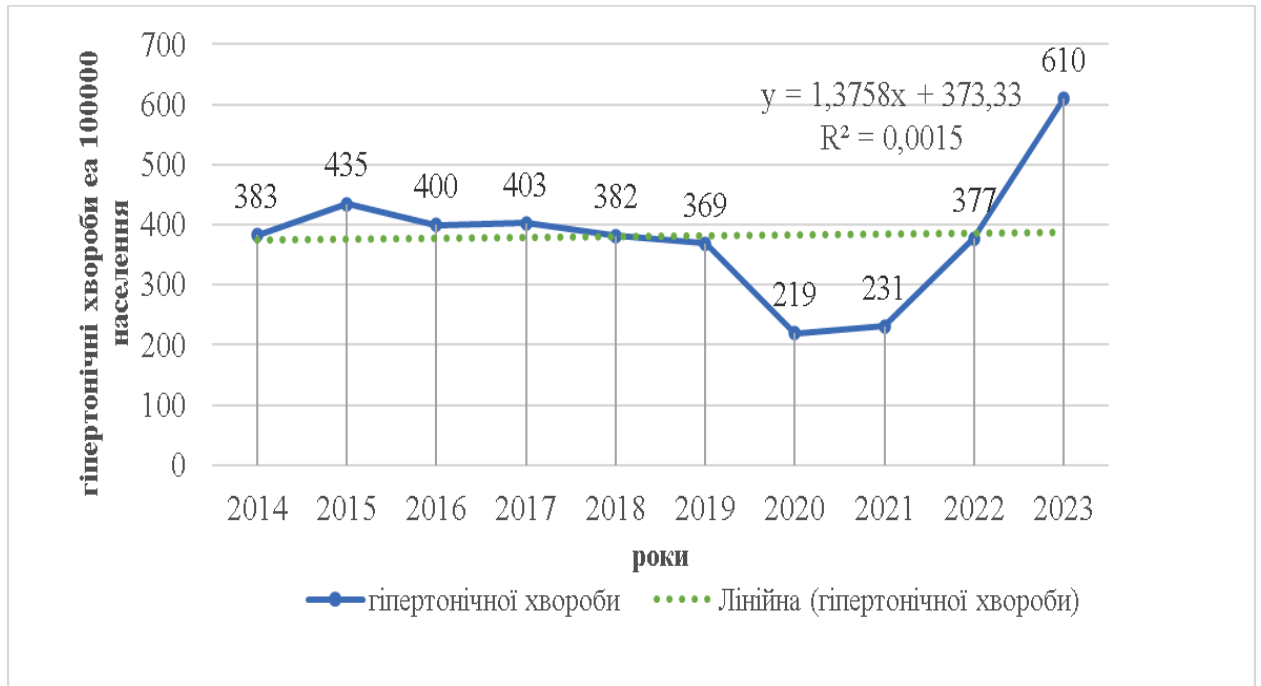


Рис. 3.1 Динаміка захворюваності населення України на гіпертонічну хворобу та її лінійний тренд у 2014-2023 роках (на 100 000 населення) (* побудовано автором)



Рис. 3.2. Динаміка захворюваності населення України на гіпертонічну хворобу у 2014-2023 роках (на 100 000 населення) та її двоперіодне змінне середнє (* побудовано автором)

значенням за весь досліджуваний період. Це свідчить про різке посилення медико-санітарної напруженості та, ймовірно, про накопичення відкладених випадків діагностики (табл. 3.1; рис. 3.1). Лінійний тренд (рис. 3.1) має додатній нахил ($y = 1,3758x + 373,33$), однак низьке значення коефіцієнта детермінації $R^2 = 0,0015$ засвідчує відсутність стабільної лінійної тенденції, що підтверджує домінування екзогенних шоків у формуванні показника. Натомість двоперіодне змінне середнє згладжує амплітуду коливань і фіксує поступове підвищення у посткризовий період.

Динаміка захворюваності на ішемічну хворобу серця в Україні у 2014-2023 рр. характеризується загальною тенденцією до зниження. У 2014-2019 рр. показник залишався відносно стабільним і коливався в межах 1618-1662 випадків на 100 тис. населення, що свідчить про стійку високу поширеність цієї патології у структурі хвороб системи кровообігу. У 2020-2021 рр. спостерігається різке зниження показника до 920 та 832 випадків, що значною мірою пов'язано з впливом пандемії COVID-19, обмеження доступу населення до медичних послуг та деформацією статистичного обліку. Починаючи з 2022 р., відбувається поступове відновлення рівня захворюваності: показник зріс до 1038 випадків, а у 2023 р. – 1281 випадку на 100 тис. населення. Однак, попри часткове зростання у післяпандемічний період, загалом за досліджуваний період рівень захворюваності на ішемічну хворобу серця зменшився на 22,1 %, що свідчить про трансформацію структури серцево-судинної патології та зміну медико-географічних умов її формування.

Лінійна модель ($y = -83,491x + 1850,4$) з $R^2 = 0,5506$ відображає помірно виражену спадну тенденцію у часі (рис. 3.3). Двоперіодне змінне середнє підтверджує переважання спадної тенденції показника в часі, та зазначає його часткове підвищення в останні роки дослідження (рис. 3.4.)

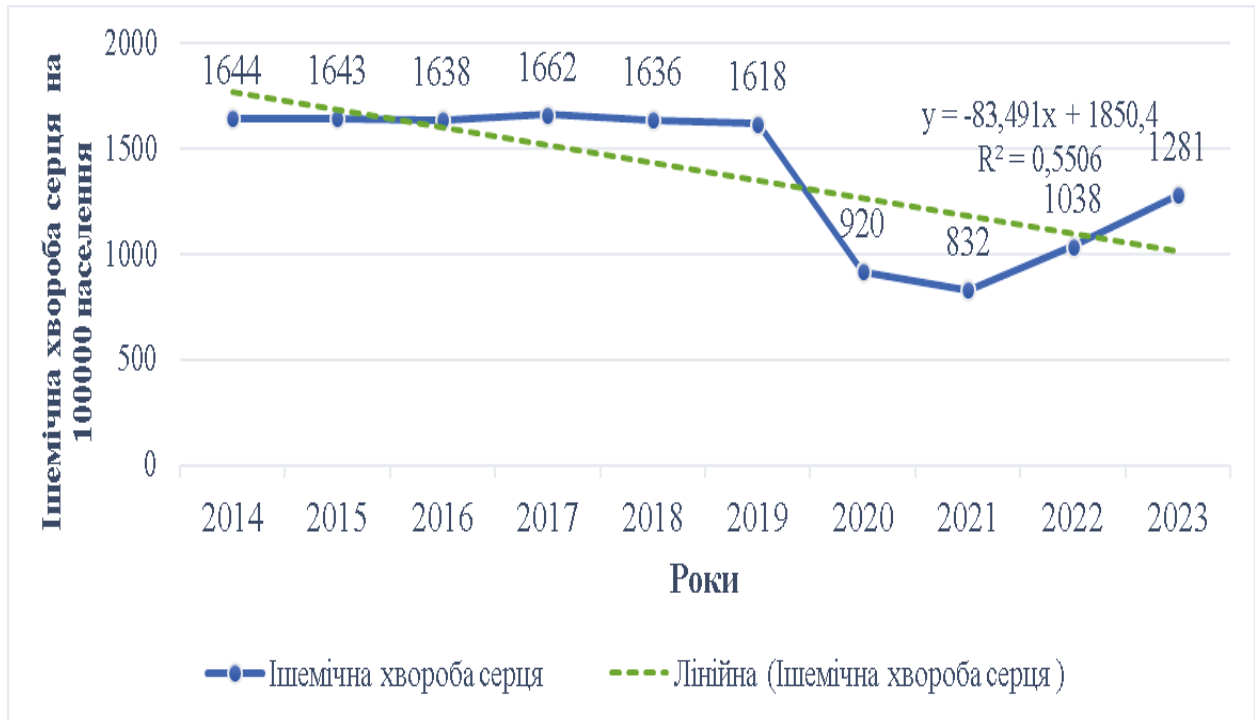


Рис. 3.3. Динаміка захворюваності населення України на ішемічну хворобу серця та її лінійний тренд у 2014-2023 роках (на 100 000 населення) (* побудовано автором)

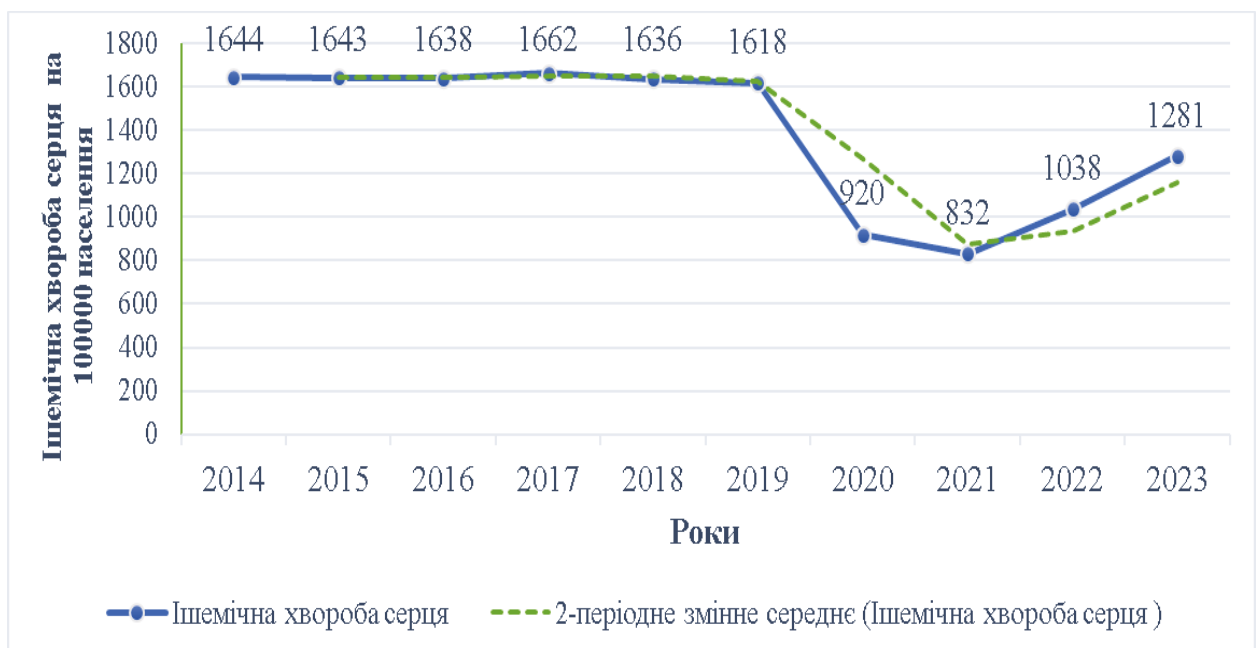


Рис. 3.4. Динаміка захворюваності населення України на ішемічну хворобу серця та її двоперіодне змінне середнє у 2014-2023 роках (на 100 000 населення) (* побудовано автором).

Динаміка захворюваності на стенокардію в Україні у 2014-2023 рр. характеризується поступовим зниженням. У 2014-2019 рр. показник коливався в межах 621-653 випадків на 100 тис. населення, фіксуючи повільну тенденцію до скорочення. У 2020-2021 рр. відбулося різке зниження рівня захворюваності до 362 та 350 випадків, що значною мірою пов'язано з обмеженням звернення населення до медичних закладів у період пандемії. У подальші роки спостерігається поступове зростання показника – до 429 у 2022 р. та 536 випадків на 100 тис. населення у 2023 р.. Загалом за досліджуваний період рівень захворюваності на стенокардію зменшився на 17,9 %, що свідчить про зміну структури ішемічної патології серця та трансформацію медико-демографічних умов її формування (табл.3.1.-3.2, рис. 3.5-3.6). Лінійний тренд ($y = -29,188x + 709,53$; $R^2 = 0,5215$) має виражену тенденцію до зменшення. Середнє значення 2023 року (536) залишається нижчим за рівень 2014 року (653), що підтверджує структурне скорочення хронічних форм стабільної ішемії.

Захворюваність на гострий інфаркт міокарда у 2014-2023 рр. демонструє загальну тенденцію до зростання. Якщо у 2014 р. показник становив 89 випадків на 100 тис. населення, то у 2023 р. він досяг 114 випадків, що відповідає приросту 28,1 %. Протягом 2014-2019 рр. рівень захворюваності залишався відносно стабільним (94-97 випадків), після чого у 2020-2021 рр. спостерігалось незначне зниження. Починаючи з 2022 р., фіксується виразна висхідна динаміка, що може відображати посилення кардіоваскулярних ризиків у населення та зміни у структурі серцево-судинної патології. Лінійний тренд ($y = 1,1758x + 89,133$; $R^2 = 0,1952$) засвідчує помірну висхідну тенденцію (табл.3.1.-3.2, рис. 3.7-3.8). У 2023 році показник становить 114, що на 28,1 % перевищує рівень 2014 року. Змінне середнє фіксує поступове наростання гострих коронарних випадків після 2021 року, що говорить про посилення ролі гострих форм у нозологічній структурі.

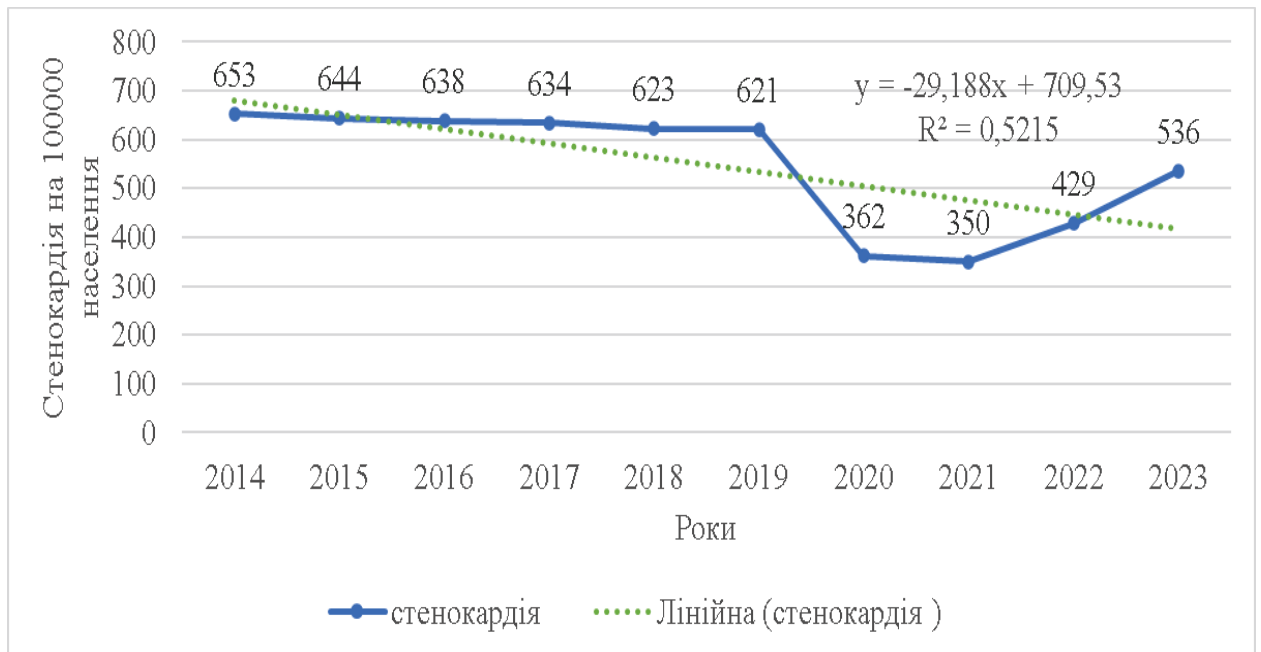


Рис. 3.5. Динаміка захворюваності населення України на стенокардію та її лінійний тренд у 2014-2023 роках (на 100 000 населення)

(* побудовано автором)

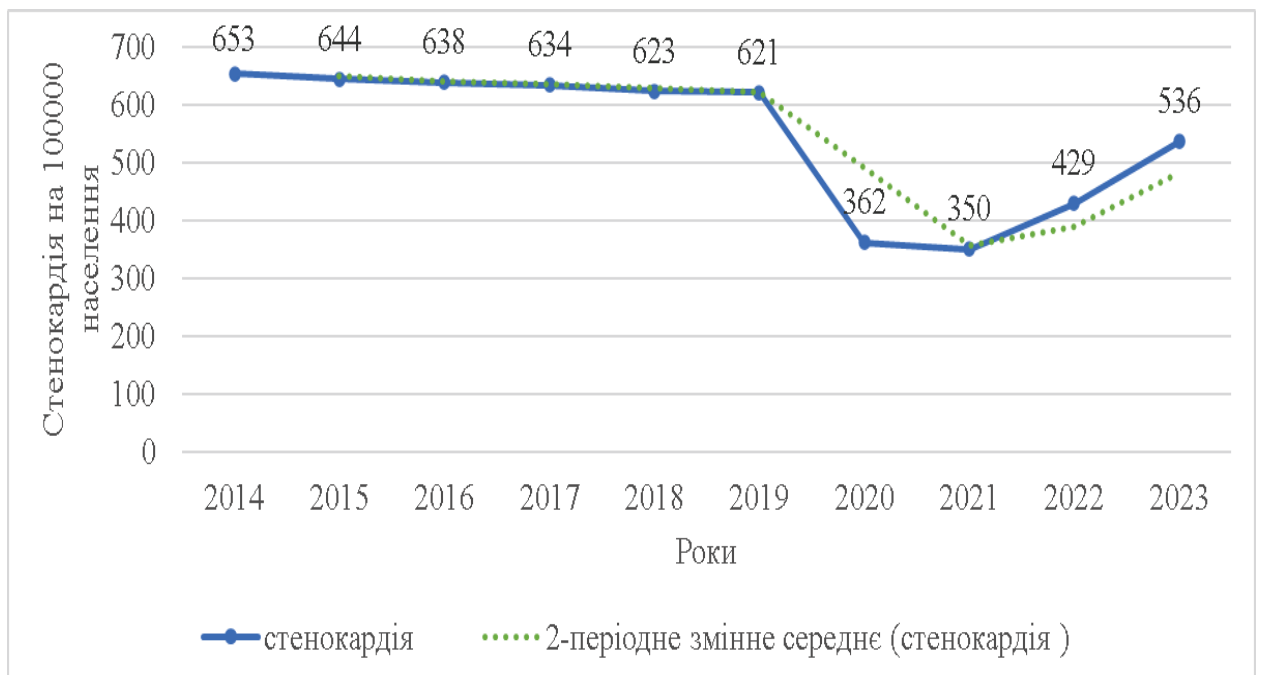


Рис. 3.6. Динаміка захворюваності населення України на стенокардію та її двоперіодне змінне середнє у 2014-2023 роках (на 100 000 населення)

(* побудовано автором)

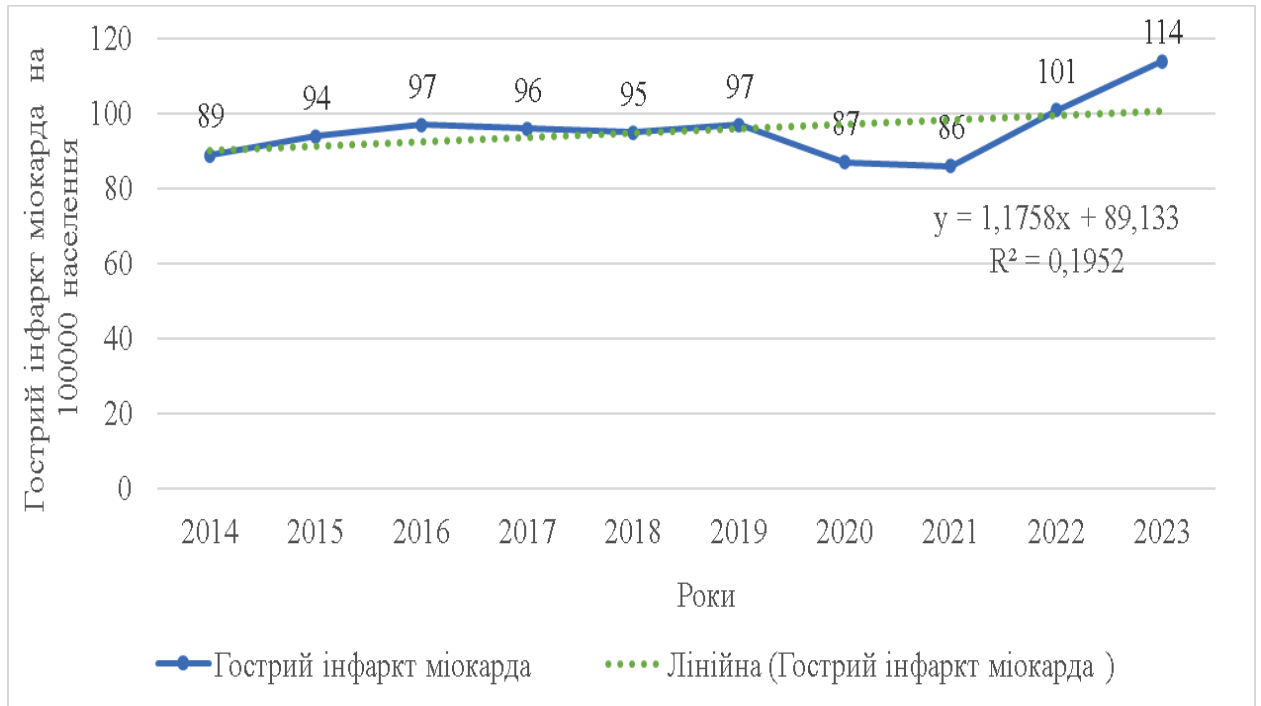


Рис. 3.7. Динаміка захворюваності населення України на гострий інфаркт міокарда та її лінійний тренд у 2014-2023 роках (на 100 000 населення) (* побудовано автором)



Рис. 3.8. Динаміка та згладжена тенденція захворюваності на гострий інфаркт міокарда в Україні, 2014-2023 роках (на 100 000 населення) (* побудовано автором)

Захворюваність на цереброваскулярні хвороби характеризується загальною тенденцією до зростання. У 2014-2019 рр. показник поступово підвищувався з 803 до 857 випадків на 100 тис. населення, що свідчить про наростання поширеності судинної патології головного мозку. У 2020-2021 рр. спостерігалось різке зниження показника до 553-552 випадків, що значною мірою пов'язано з порушенням доступу населення до медичних послуг та деформацією статистичного обліку. Стрімке зростання відбулося у 2022 р. показник становив 712, а у 2023 р. досяг 939 випадків на 100 тис. населення, що є максимальним значенням за весь досліджуваний період і свідчить про суттєве посилення поширеності цереброваскулярної патології (табл. 3.1 - 3.2, рис. 3.9 - 3.10). Лінійний тренд ($y = -10,715x + 834,33$; $R^2 = 0,0623$) формально вказує на незначне зниження, однак низьке значення R^2 свідчить про нестійкість цієї тенденції. Фактичний ряд відображає спад у 2020-2021 роках та суттєве зростання до 939 у 2023 році, що перевищує рівень 2014 року на 16,9 %. Змінне середнє підкреслює висхідний злам після 2021 року.

Інфаркт головного мозку в Україні у 2014-2023 рр. характеризується виразною висхідною динамікою та посиленням медико-географічної значущості в структурі цереброваскулярної патології. Якщо у 2014 р. показник становив 178 випадків на 100 тис. населення, то у 2023 р. він зріс до 312, тобто на 134 випадки, або приблизно на 75,3 %. Особливо показовим є те, що після відносно помірною приросту у 2014-2019 рр. відбулося подальше прискорення зростання у 2020-2023 рр.: з 206 до 312 на 100 тис., що свідчить про інтенсифікацію поширення цієї нозології.

Середньорічний рівень становить 217 на 100 тис. населення, однак фактичні значення останніх років істотно перевищують цей орієнтир: у 2022 р. – 270, у 2023 р. – 312. Це означає, що інфаркт головного мозку переходить з категорії відносно стабільних цереброваскулярних станів до групи патологій із наростаючим епідеміологічним навантаженням. (табл.3.1.-3.2, рис. 3.11-3.12). Лінійна модель ($y = 12,333x + 148,87$) характеризується високим

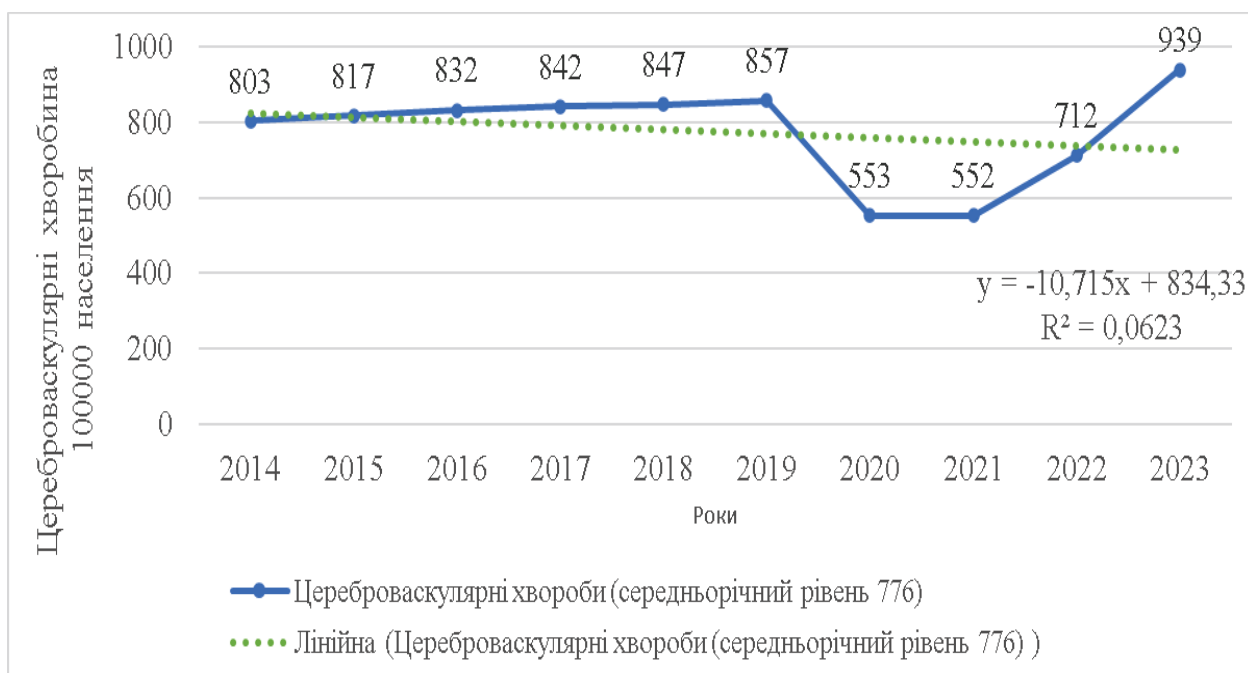


Рис. 3.9. Динаміка захворюваності населення України на цереброваскулярні хвороби та її лінійний тренд у 2014-2023 роках (на 100 000 населення) (* побудовано автором)

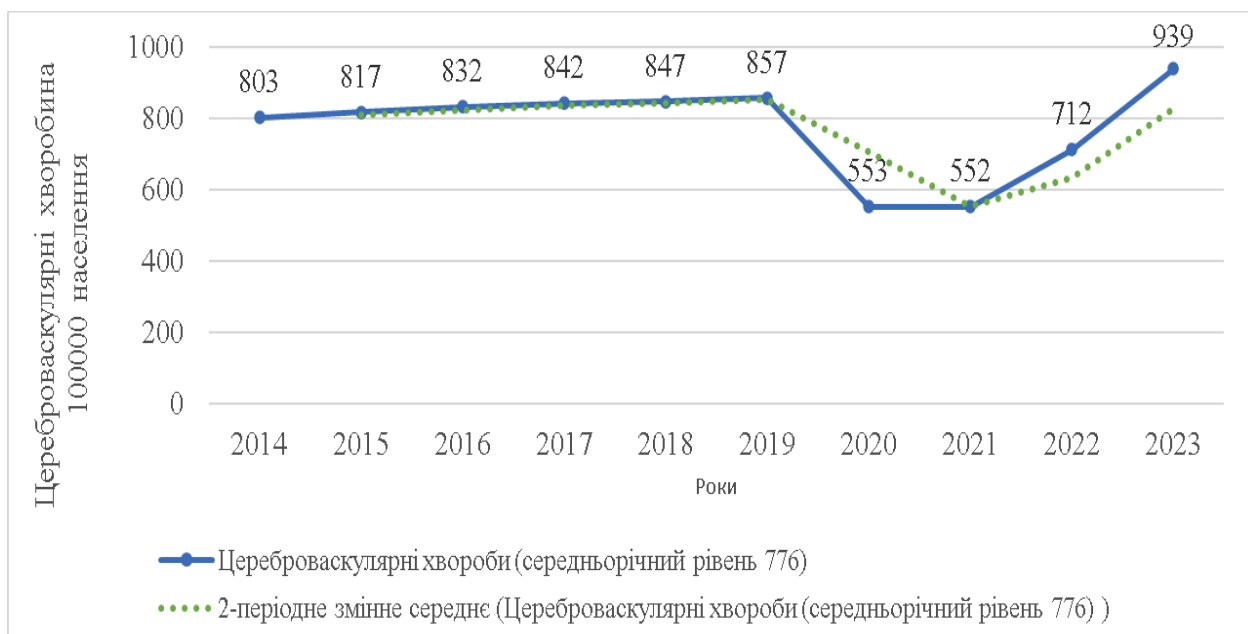


Рис. 3.10. Динаміка захворюваності населення України на цереброваскулярні хвороби та її двоперіодне змінне середнє у 2014-2023 роках (на 100 000 населення) (* побудовано автором)

коефіцієнтом детермінації $R^2 = 0,7684$, що підтверджує стійку висхідну тенденцію. Зростання з 178 у 2014 році до 312 у 2023 році (+75,3 %) свідчить про трансформацію структури інсультів у бік ішемічних форм. Загальне середнє доводить чітку траєкторію накопичення ризику.

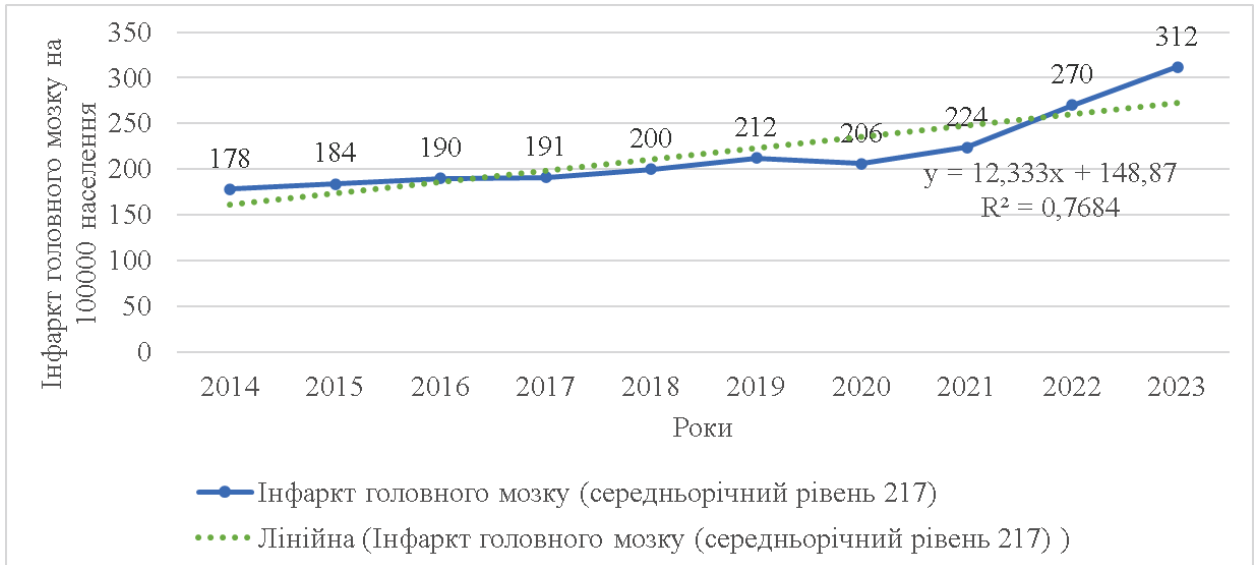


Рис. 3.11. Динаміка захворюваності населення України на інфаркт головного мозку та її лінійний тренд у 2014-2023 роках (на 100 000 населення) (побудовано автором)*

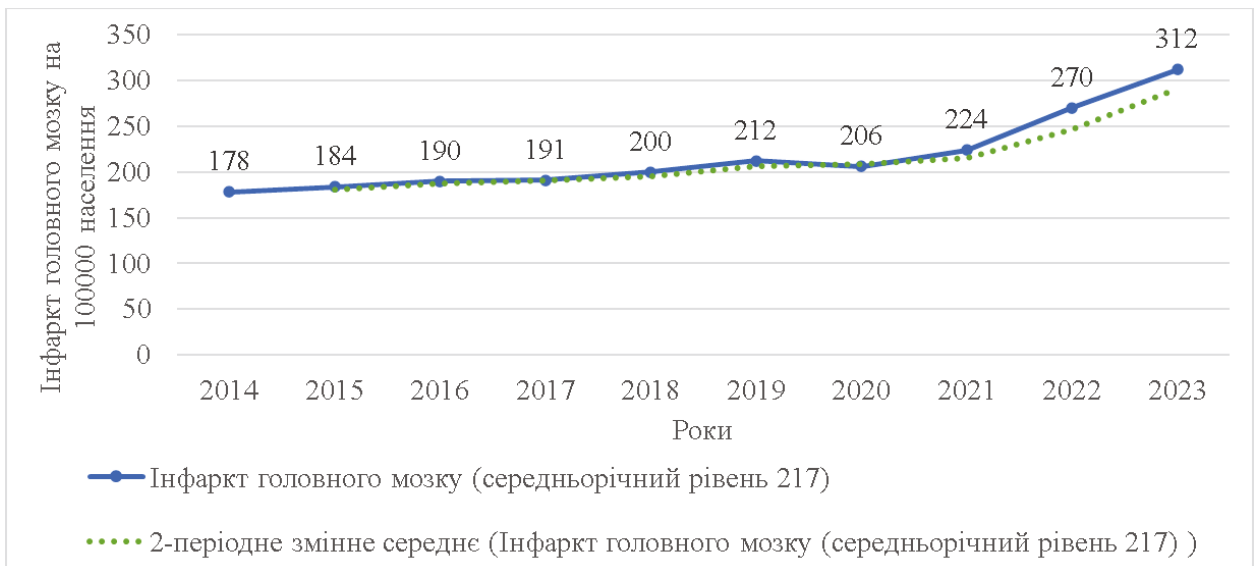
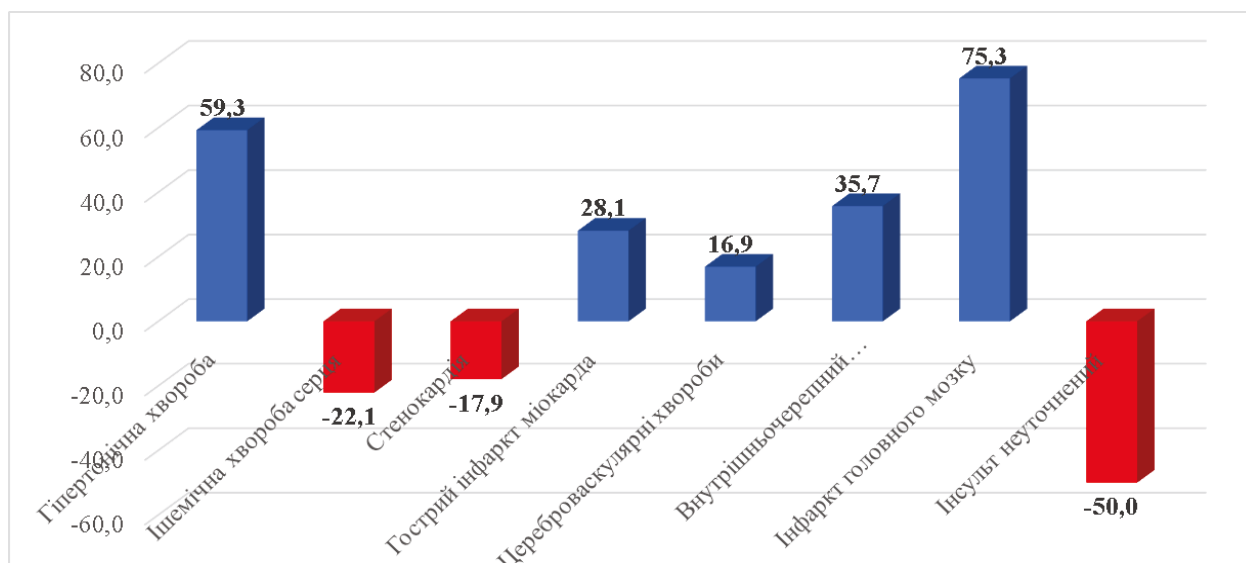


Рис. 3.12. Динаміка захворюваності населення України на інфаркт головного мозку та її двоперіодне загальне середнє у 2014-2023 роках (на 100 000 населення) (побудовано автором)*

Внутрішньочерепний крововилив має середньорічний рівень 31 випадок, з тенденцією до зростання до 38 у 2023 році (+35,7 %), тоді як не уточнені інсульти зменшилися з 6 до 3 (-50 %), що може свідчити про покращення діагностичної точності (табл. 3.1.-3.2.) [13,38,128].

Узагальнюючи, поєднання фактичних даних (табл. 3.1), лінійних трендів та змінних середніх (рис. 3.1-3.12) дозволяє виокремити структурну перебудову серцево-судинної патології України у 2014-2023 роках. Довгострокові тренди свідчать про поступове зниження хронічних форм ішемічної патології при однозначному зростанні гострих коронарних та цереброваскулярних подій. Змінні середні підтверджують, що різкий спад 2020-2021 років мав короткочасний характер і змінився фазою інтенсивного зростання у 2022-2023 роках.

Додатковий аналіз табл. 3.2, рис. 3.13 дозволяє перейти від опису динаміки до оцінки структурних зрушень в останнє десятиріччя.



*Рис. 3.13. Темпи змін захворюваності на окремі нозологічні форми хвороб системи кровообігу у 2023/2024 роках (%)
(* побудовано автором на основі джерела [13,38,128])*

Слід зазначити, що темпи приросту відображають не лише абсолютну зміну показників, а й трансформацію нозологічної ваги окремих форм у системі серцево-судинної патології. Найвищий приріст зафіксовано для інфаркту головного мозку (+75,3 %), що свідчить про суттєве посилення ролі

ішемічних інсультів у структурі цереброваскулярних хвороб. Такий приріст є не просто статистичною динамікою, а індикатором накопичення факторів ризику, зокрема артеріальної гіпертензії, атеросклеротичних уражень та стресогенних впливів.

Високий позитивний приріст характерний також для гіпертонічної хвороби (+59,3 %). Зростання з 383 до 610 випадків на 100 000 населення свідчить про розширення базової патологічної основи серцево-судинного ризику. Оскільки гіпертонія є ключовим фоновим чинником для інфарктів та інсультів, її приріст має мультиплікативний ефект у системі кровообігу. У територіальному вимірі це означає розширення контингенту населення з підвищеним ризиком розвитку відповідної патології. Помірний позитивний приріст має гострий інфаркт міокарда (+28,1 %) та внутрішньочерепний крововилив (+35,7 %). Обидві форми належать до гострих судинних подій із високою летальністю та інвалідизуючими наслідками. Їх зростання свідчить про зміну структури захворюваності, за якої зменшується переважання хронічних форм і зростає роль ургентної патології.

Цереброваскулярні хвороби загалом зросли на 16,9 %, однак їх внутрішня нозологічна структура є неоднорідно. Найбільше зростання спостерігається щодо інфаркту головного мозку, показник якого збільшився на 75,3 %, тоді як частота інсульту зменшилася на 50 %. У структурі цереброваскулярної захворюваності це проявляється у збільшенні частки інфаркту головного мозку та зменшенні частки не уточнених форм інсульту.

Натомість ішемічна хвороба серця(ІХС) (-22,1 %) і стенокардія (-17,9 %) характеризується зниженням показників порівняно з 2014 роком. Водночас окремі гострі форми серцево-судинної патології демонструють зростання, що свідчить про зміни у нозологічній структурі цієї групи захворювань [128].

Типологічний аналіз показників, наведених у табл. 3.2, дає змогу виокремити три групи нозологій за характером їх довгострокової динаміки.

1. Нозології з високим позитивним приростом понад 30 % - інфаркт головного мозку, гіпертонічна хвороба, внутрішньочерепний крововилив.

2. Нозології з помірним позитивним приростом до 30 % - гострий інфаркт міокарда, цереброваскулярні хвороби загалом.
3. Нозології зі спадною динамікою – ІХС, стенокардія, не уточнений інсульт.

Така ситуація доводить, що у 2014-2023 роках в Україні відбулися структурні міни у нозологічній структурі серцево-судинної патології, які проявляються у зростанні частки гострих і тяжких форм захворювань. У суспільно-географічному контексті ця трансформація пов'язана з поєднанням демографічних, екологічних і соціально-економічних чинників. Насамперед йдеться про старіння населення, нерівність умов життя та якісь довкілля, а також вплив воєнних дій, які супроводжуються стресовими навантаженнями, змінами способу життя населення та погіршенням доступності медичної допомоги в окремих регіонах [13, 38, 128].

У територіальному аспекті це означає посилення навантаження на систему спеціалізованої кардіологічної та неврологічної допомоги, особливо у великих містах та регіонах з підвищеним рівнем демографічного старіння і техногенного навантаження на довкілля. Водночас зростає значення первинної профілактики гіпертонічної хвороби, контролю факторів ризику та раннього виявлення цереброваскулярних порушень.

Після аналізу серцево-судинної патології як провідного структурного компонента загальної захворюваності населення слід розглянути онкологічні патології, які формують другий системо утворюючий блок медико-географічної ситуації України. На відміну від серцево-судинних та цереброваскулярних хвороб, що значною мірою відображають інерційні процеси демографічного старіння, злякисні новоутворення акумулюють вплив урбанізаційного середовища, виробничого навантаження, екологічних чинників і просторової організації медичної допомоги. У цьому контексті аналіз їх структури дозволяє виявити глибинні особливості територіальної організації здоров'я населення.

Структура захворюваності на злоякісні новоутворення (ЗН) серед усього населення України (рис. 3.14) характеризується значною нозологічною диференціацією. Найбільшу частку становлять інші локації – 40,1 %, що свідчить про полі структурний характер онкопатології. Серед окремих форм значну частку становлять ЗН передміхурової залози – 12,7 %, коло ректальний рак – 12,4 %, ЗН тіла матки – 10,5 %, інші новоутворення шкіри - 10,5 %, ЗН трахеї, бронхів і легень – 8,7 %, ЗН шлунка – 5,1 %. Така ситуація поєднує віково зумовлені та середовищно детерміновані форми, характерні для суспільства з переважанням урбанізованого типу розселення.



Рис. 3.14. Структура захворюваності на ЗН серед усього населення України, 2023 рік(*побудовано автором за джерелом[38,128])

Серед дорослого населення (рис. 3.15) частка інших локалізацій зростає до 46,2 %, що відображає кумулятивний характер онкоризиків упродовж життєвого циклу. У структурі захворюваності виділяється, колоректальний рак (12,3 %), злоякісні новоутворення трахеї, бронхів і легень (12,1 %), злоякісні новоутворення молочної залози (11,6 %), інші злоякісні новоутворення шкіри (8,3 %), злоякісні новоутворення шийки матки (5,1 %), злоякісні новоутворення шкіри (4,4 %). Порівняно з загальною структурою, у



*Рис. 3.15 Структура захворюваності на ЗН серед дорослого населення України, 2023 рік
(*побудовано автором за джерелом [38,113, 128])*



*Рис. 3.16 Структура захворюваності на ЗН серед чоловічого населення України, 2023 рік
(*побудовано автором за джерелом [38,128])*

працездатній групі чіткіше проявляються форми, пов'язані з тривалим впливом соціально-економічного та екологічного середовища.

Структура захворюваності серед чоловіків (рис. 3.16) демонструє більш концентрований нозологічний профіль. Інші локалізації становлять 42,4 %, проте серед визначених форм домінують злоякісні новоутворення передміхурової залози(14,3 %), злоякісні новоутворення трахеї, бронхів і

легень (13,5 %), коло ректальний рак (13,4 %), злоякісні новоутворення шкіри (10,7 %), злоякісні новоутворення шлунка (5,7 %). Така структура відображає посилену роль виробничих і поведінкових чинників у формуванні онкопатології чоловічої групи населення, що має безпосередній зв'язок із територіальною концентрацією індустриальних і транспортних функцій.

Структура захворюваності серед жінок (рис. 3.17) характеризується іншою конфігурацією нозологічного розподілу. Найбільшу частку становлять інші локалізації (38 %), проте серед окремих форм провідне місце займає рак молочної залози (21,9 %). Наступні позиції посідають злоякісні новоутворення шкіри (13,3 %), коло ректальний рак (11,2 %), злоякісні новоутворення тіла матки (10,4 %) та злоякісні новоутворення шийки матки (5,2 %).

Така структура свідчить про значну частку онкологічних захворювань, характерних для жіночого населення, та відображає специфіку нозологічного складу жіночої онкології у загальній структурі онкологічної захворюваності населення.

Дитяча онкологія (рис.3.18) характеризується якісно іншою нозологічною моделлю. Провідною формою є лімфоїдний лейкоз – 27,9 %, значну частку становлять злоякісні новоутворення інших та не уточнених відділів нервової системи – 15,8 %, лімфоми – 11,1 %, злоякісні новоутворення головного мозку – 10,3 %, гострий мієлоїдний лейкоз – 3,9 %, тоді як інші локалізації формують 31 %. На відміну від дорослих груп, тут домінують гематологічні та нейроонкологічні форми, що свідчить про іншу природу ризиків і специфічну організацію спеціалізованої медичної допомоги. Порівняльний аналіз інтенсивності захворюваності серед основних демографічних груп населення (рис. 3.19) у 2019-2023 роках показує чітку статеву-вікову диференціацію показників. Найвищі значення характерні для чоловічого населення, нижчі для жіночого населення, найнижчі показники серед дитячого населення. Такий розподіл відображає відмінності у віковій структурі населення, поширення факторів ризику та особливостях формування онкологічної захворюваності в окремих демографічних групах.

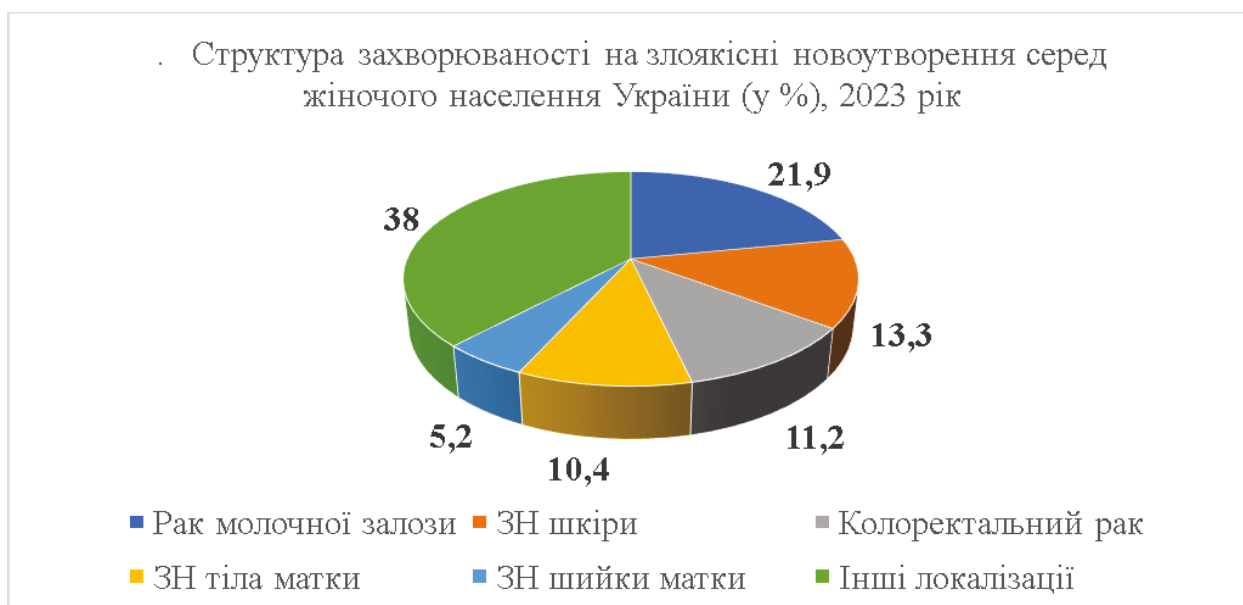


Рис. 3.17 Структура захворюваності на ЗН серед жіночого населення України, 2023 рік
 (*побудовано автором за джерелом [38,128])

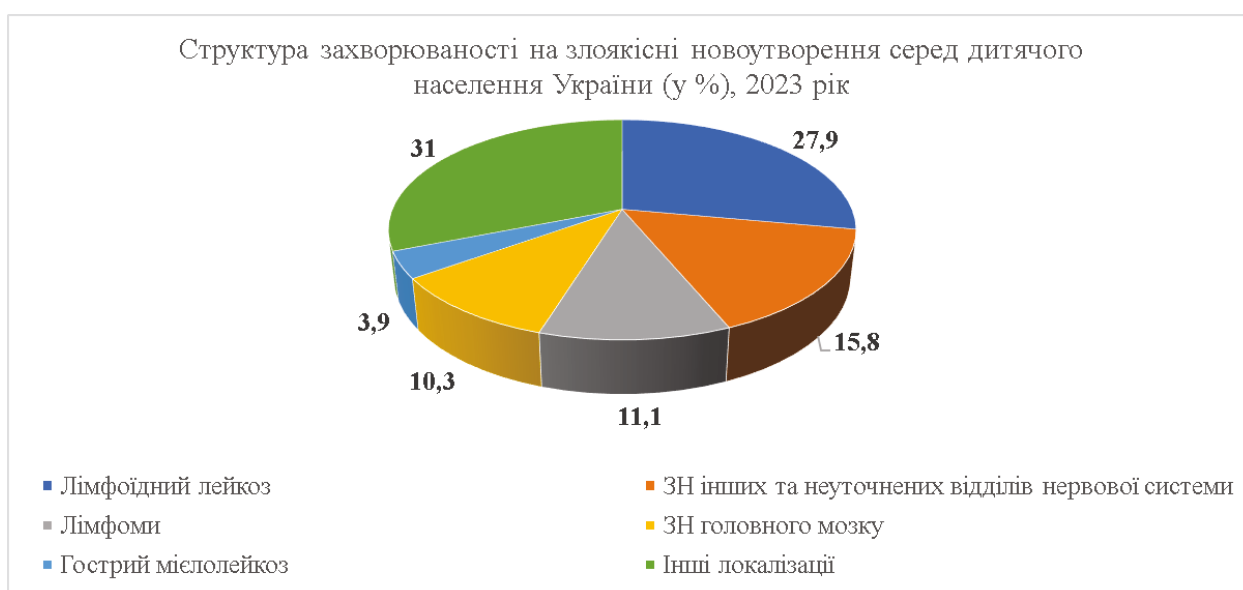
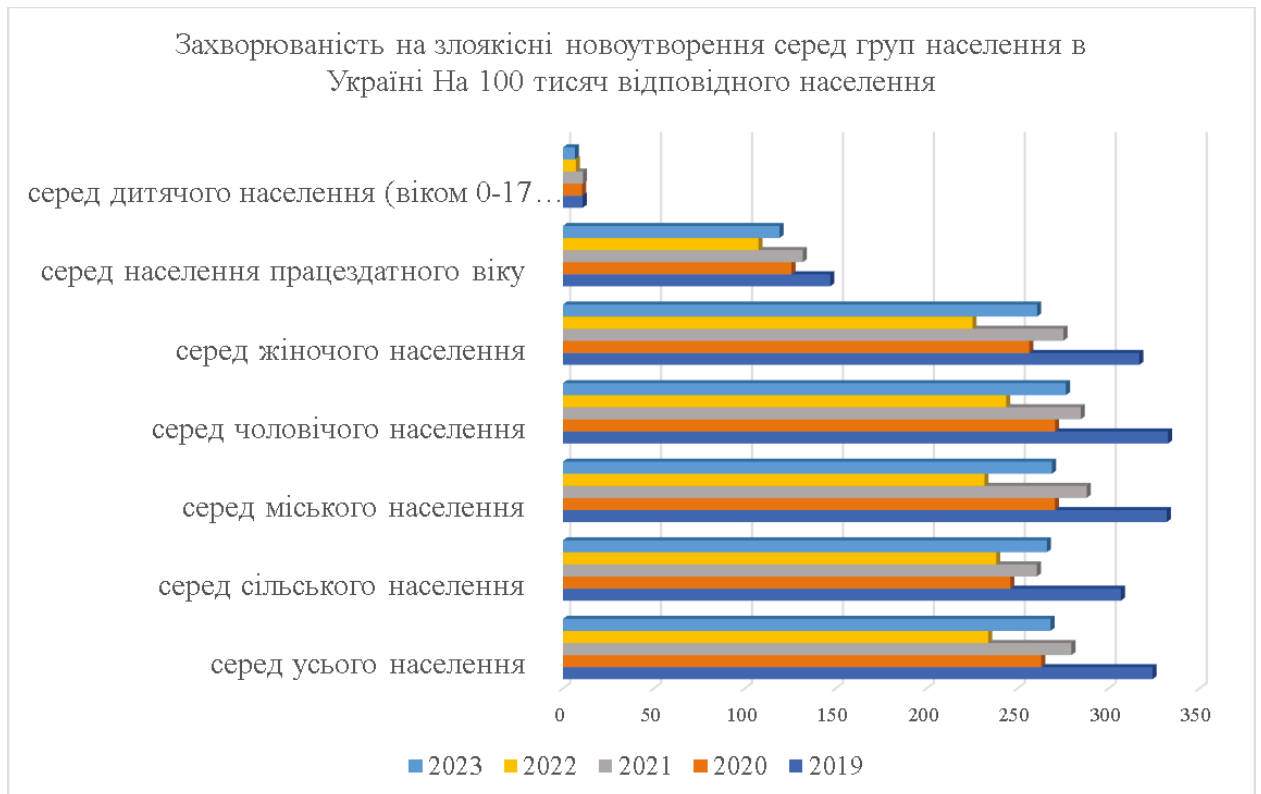


Рис. 3.18 Структура захворюваності на ЗН серед дитячого населення України, 2023 рік
 (*побудовано автором за джерелом [38,128])

У динаміці простежується зниження інтенсивності показників у 2022 році та їх підвищення у 2023 році. Ця зміна пов'язана з трансформацією медико-демографічної ситуації країни в умовах війни, змінами мобільності

населення, доступності медичних послуг та особливостями реєстрації онкологічних захворювань.



*Рис. 3.19 Захворюваність на ЗН серед груп населення в Україні на 100 тисяч відповідного населення (*побудовано автором за джерелом [38,128])*

Таким чином, аналіз рисунків 3.14-3.19 підтверджує, що захворюваність на ЗН в Україні має складну багаторівневу структуру. Вона формується під впливом статево-вікових особливостей, типу розселення, господарського профілю територій та рівня медичної інфраструктури. У системно-територіальному вимірі це означає, що онкологічна патологія є відображенням просторової організації суспільства і потребує подальшої регіональної типологізації з урахуванням територіальних контрастів її поширення.

Дослідження захворюваності на ЗН дозволило виявити її структурну складність і соціально-територіальну диференціацію, що відображає довготривалі трансформації територіальної структури господарства та розселення. Разом із тим, медико-географічна ситуація України не вичерпується хронічними неінфекційними хворобами. Вона включає і блок

інфекційної патології, що має іншу часову динаміку та інший механізм територіального поширення.

Аналіз динаміки захворюваності на інфекційні хвороби (табл. 3.3) свідчить про загальну тенденцію до зниження рівнів більшості інфекційних захворювань. Разом з тим показники характеризуються нерівномірністю та хвилеподібними змінами в окремі роки. Так, гострі кишкові інфекції скоротилися з 102,5 тис. випадків у 2000 році до 36,0 тис. у 2020 році, проте у 2023-2024 роках знову зросли до 50,6-56,3 тис., що відображає посилення інфекційної активності та зміну динаміки поширення захворювання. Аналогічна тенденція характерна для вірусних гепатитів: з 38,6 тис. у 2000 році показник зменшився до 5,4-6,6 тис. у 2020-2021 роках, але у 2023-2024 роках зріс до 9,9-12,0 тис. [10, 38,128].

Сальмонельозні інфекції характеризуються незначними коливаннями в межах 3,2-4,4 тис. випадків у 2022-2024 роках, що свідчить про відносно сталий характер їх поширення. Черевний тиф і паратифи практично елімінаційні (2-3 випадки у 2020-2023 роках). Дифтерія зменшилася з 365 випадків у 2000 році до поодиноких випадків у 2023-2024 роках. Кір після спалаху 2005 року (2,4 тис.) та епідемічної хвилі 2018-2019 років характеризується низьким рівнем захворюваності, що проявляється поодинокими випадками (0,1-0,4 тис.). Особливо показовою є динаміка грипу та гострих інфекцій верхніх дихальних шляхів: з 9,8 млн. випадків у 2000 році до 5,8 млн у 2020 році, з короткочасним зростанням у 2021 році (8,2 млн) та стабілізацією на рівні 5,2-5,6 млн. у 2022-2024 роках [38,128]. Це відображає як епідемічні цикли, так і вплив карантинних та міграційних процесів.

Водночас для окремих нозологій фіксуються ознаки епідемічного повернення. Скарлатина знизилась до 1,0-1,6 тис. у 2021-2022 роках, але зросла до 10,4 тис. у 2023 році та 15,5 тис. у 2024 році. Кашлюк після мінімуму 0,0-0,1 тис. у 2021-2022 роках різко зріс до 7,5 тис. у 2024 році. Такі зміни можуть свідчити про порушення вакцинального охоплення та трансформацію санітарно-епідемічної системи[10].

Таблиця 3.3.

Захворюваність на окремі інфекційні хвороби в Україні

Захворювання	2000	2005	2010	2015	2020	2021	2022	2023	2024
Гострі кишкові інфекції, тис.	102,5	83,2	87,5	95,7	36,0	41,2	41,7	50,6	56,3
Черевний тиф і паратифи А, В, С	103	90	8	4	2	1	3	2	—
Сальмонельозні інфекції, тис.	8,0	7,5	9,8	8,3	3,8	3,4	3,2	4,4	4,4
Вірусний гепатит, тис.	38,6	26,9	12,2	12,4	6,6	5,4	5,8	9,9	12,0
Грип і гострі інфекції верхніх дихальних шляхів, млн	9,8	8,5	8,6	6,6	5,8	8,2	5,2	5,2	5,6
Скарлатина, тис.	16,1	10,3	14,4	8,0	5,6	1,6	1,0	10,4	15,5
Дифтерія	365	98	17	2	—	—	2	1	1
Кашлюк, тис.	2,2	1,5	1,1	2,4	1,0	0,1	0,0	0,7	7,5
Правець	36	16	13	12	12	7	12	6	12
Гострий поліомієліт	6	1	—	—	—	1	—	—	—
Кір, тис.	0,8	2,4	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,1	0,4

**Складаєно за джерелом [10,38,128]*

У загальній структурі інфекційної захворюваності в Україні вірусні гепатити посідають особливе місце. Якщо більшість гострих інфекцій характеризуються вираженою сезонністю та короткотривалими епідемічними хвилями, то гепатити формують більш тривалий, латентно поширений процес із суттєвими соціально-медичними наслідками. Вони поєднують риси гострої інфекційної патології та хронічного перебігу, що зближує їх із неінфекційними хворобами за тривалістю впливу на здоров'я населення.

Саме тому після аналізу загальної динаміки інфекційних хвороб доцільним є окремий розгляд вірусних гепатитів В і С як соціально значущих

інфекцій, що суттєво впливають на демографічні процеси, формування хронічних уражень печінки та подальші медико-економічні втрати.

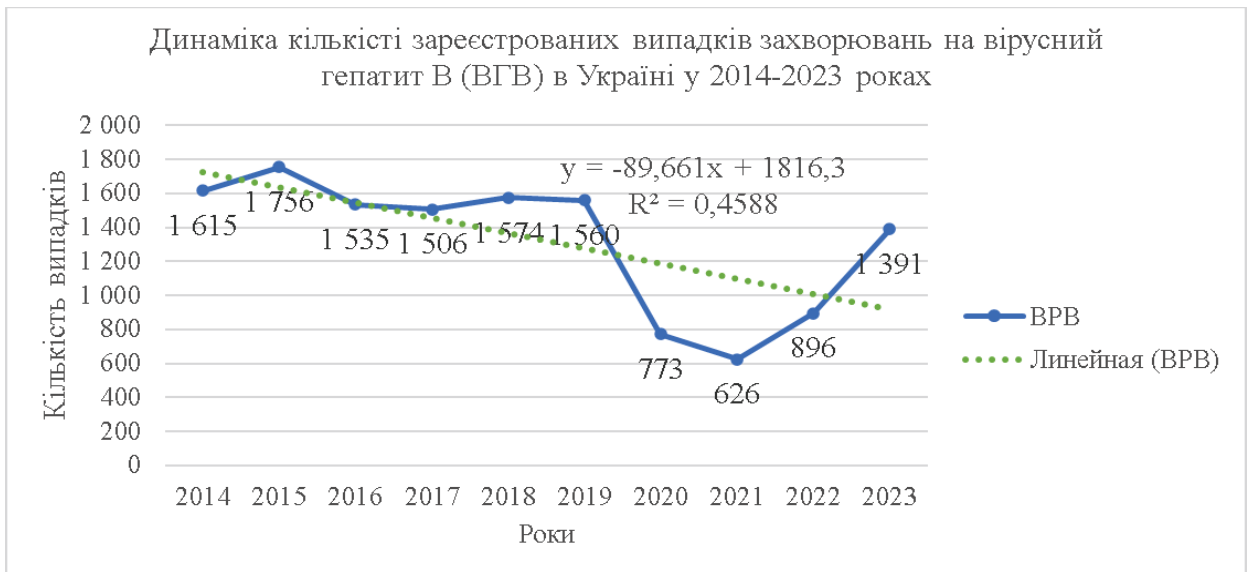


Рис. 3.20. Динаміка кількості зареєстрованих випадків захворювань на вірусний гепатит В (ВГВ) в Україні у 2014-2023 роках (*побудовано автором за джерелом [38,128])

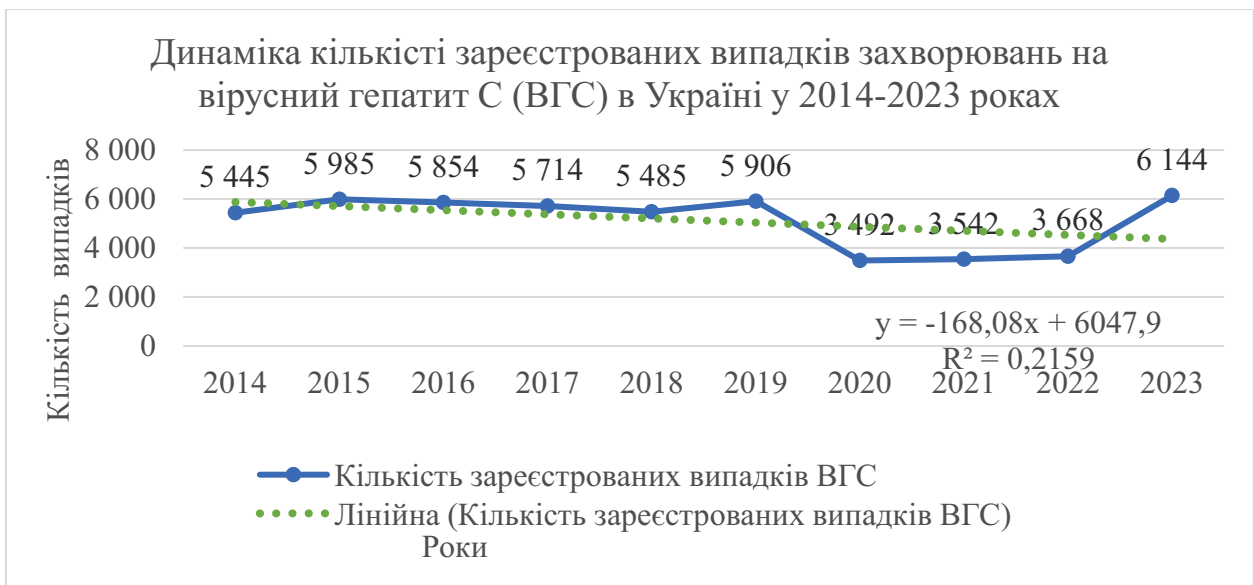


Рис. 3.21. Динаміка кількості зареєстрованих випадків захворювань на вірусний гепатит В (ВГВ) в Україні у 2014-2023 роках (*побудовано автором за джерелом [38,128])

Динаміка зареєстрованих випадків вірусного гепатиту В (ВГВ) Рис.3.20 характеризується вираженою хвилеподібністю з різким зломом після 2019 року. У 2014-2019 роках показники коливалися в межах 1506-1756

випадків (пік у 2015 році - 1756), після чого у 2020-2021 роках відбулося різке зниження до 773 та 626 випадків відповідно. У 2022-2023 роках спостерігається підвищення до 896 і 1391 випадків відповідно. Лінійний тренд має від'ємний нахил $y = -89,661x + 1816,3$, що свідчить про загальну тенденцію до зменшення захворюваності в довгостроковому проміжку часу. Коефіцієнт детермінації $R^2 = 0,4588$ вказує на середню пояснювальну здатність моделі та наявність значних коливань поза лінійною тенденцією.

Динаміка вірусного гепатиту С (ВГС) є масштабнішою за абсолютними значеннями. У 2014-2019 роках рівні залишалися відносно стабільними (5 445-5 985 випадків), з піком у 2015 році – 5 985 та повним підвищенням у 2019 році – 5 906. У 2020 році відбулося різке скорочення до 3 492 випадків, у 2021-2022 роках спостерігаємо часткову стабілізацію (3 542-3 668), а у 2023 році знову зростання до 6 144 випадків, що перевищує показники початку періоду. Лінійний тренд також має від'ємний характер $y = -168,08x + 6047,9$, однак низьке значення $R^2 = 0,2159$ свідчить про слабкий зв'язок показника з лінійним трендом та переважання короткочасних і кризових коливань у його динаміці.

Порівняльний аналіз доводить, що багаторічна динаміка обох інфекцій має подібну фазову структуру. У 2014-2019 роках рівні захворюваності характеризувалися відносною стабільністю, у 2020-2021 роках зафіксовано різке їх зниження, після чого у 2022-2023 роках відбулося підвищення показників. Для вірусного гепатиту В характерна більш виражена багаторічна тенденція до зменшення рівня захворюваності, тоді як для вірусного гепатиту С характерні значні динамічні коливання показника.

У медико-географічному вимірі це означає, що вірусні гепатити формуються не як інерційний процес, подібний до онкологічної патології, а як динамічна система, чутлива до соціальних трансформацій, міграційних потоків та змін у системі обліку й діагностики.

Поряд із вірусними гепатитами, що відображають трансформацію інфекційної патології в умовах соціальних змін, вагоме місце у структурі інфекційної захворюваності посідає туберкульоз як хвороба з виразним

соціально-економічним підґрунтям та тривалим перебігом. Аналіз його дозволяє оцінити не лише епідемічні тенденції, а й загальний стан системи громадського здоров'я та соціальної стабільності суспільства [781].

Динаміка захворюваності на туберкульоз в Україні у 2016-2024 роках характеризується загальним зниженням інтенсивного показника з 67,6 до 44,2 випадків на 100 тис. населення. Найвищі значення зафіксовано у період 2016-2019 рр., після чого відбулося поступове зменшення рівня захворюваності і у 2020 році знизився до 42,2 випадків на 100 тис. населення [135]. У 2020-2023 рр. значення коливалися в межах 44,0-48,4 випадки, що відображає фазу відносної стабілізації показника Рис. 3.22-3.23.

Лінійний аналіз підтверджує спадний напрям захворюваності, $y = -3,54x + 72,73$ відображає середньорічне зменшення показника приблизно на 3,5 випадку на 100 тис. населення. Значення $R^2 = 0,79$ свідчить про достатньо високий рівень відповідності фактичних даних лінійній моделі та підтверджує стійкий характер зниження інтенсивності захворюваності Рис. 3.22.

Двоперіодне змінне середнє згладжує міжрічні коливання та відображає поступове зменшення рівня захворюваності з переходом до відносної стабілізації показника у завершальній частині аналізованого періоду Рис. 3.23. У суспільно-географічному аспекті така динаміка відображає зміну медико-географічної ситуації щодо туберкульозу, що формується під впливом соціально-економічних умов життя населення, демографічних процесів, та територіальної організації медичної допомоги.

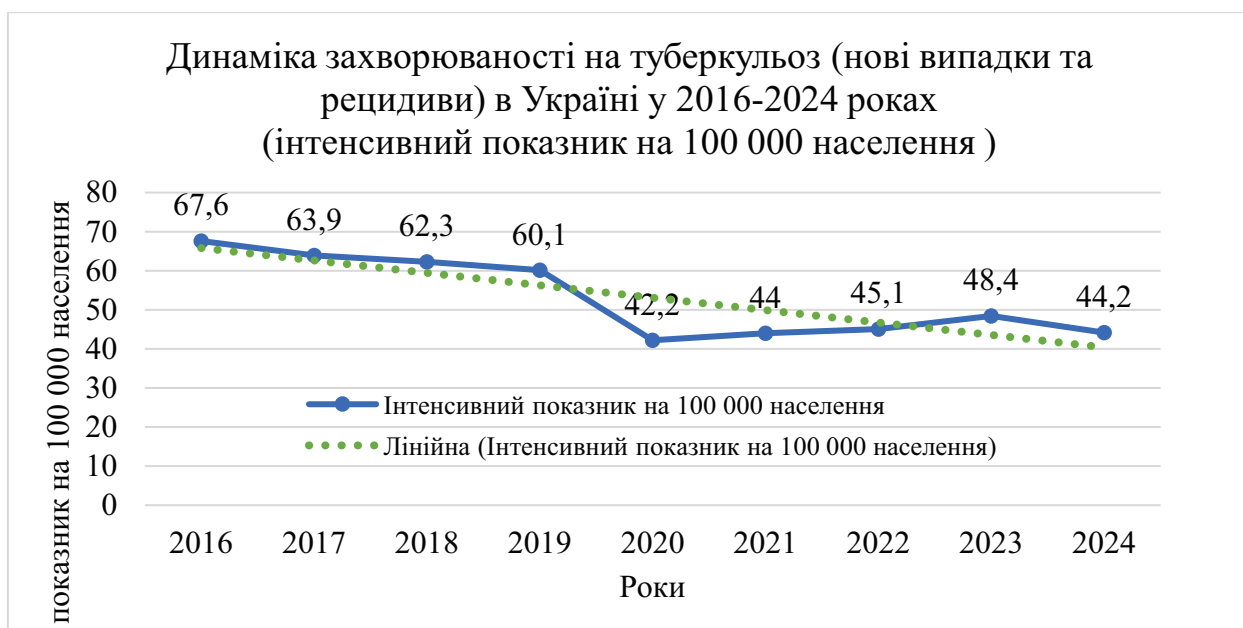


Рис. 3.22. Динаміка захворюваності на туберкульоз в Україні у 2016-2024 роках
(*побудовано автором за джерелом [78,135])



Рис. 3.23. Динаміка захворюваності на туберкульоз в Україні у 2016-2024 роках.
(*побудовано автором за джерелом [78, 135])

Аналіз захворюваності на туберкульоз дозволив окреслити основні тенденції розвитку інфекційної патології в Україні. Подальший розгляд інфекційної захворюваності доцільно продовжити аналізом поширення вірус

імунодефіциту людини (ВІЛ)-інфекції та синдром набутого імунодефіциту (СНІДу), які є однією з ключових складових сучасної медико-географічної ситуації. На відміну від туберкульозу, що характеризується поступовим зниженням інтенсивності захворюваності, епідемічний процес ВІЛ має іншу динамічну конфігурацію, пов'язано з тривалим перебігом захворювання та накопиченням контингенту осіб, що перебувають під медичним наглядом. Саме ці особливості відображені у динаміці показників, поданих на Рис. 3.24-3.25 і потребують окремого аналізу [77].

Динаміка поширення ВІЛ-інфекції та СНІДу в Україні характеризується складною структурою епідемічного процесу, що поєднує зміну рівнів первинного виявлення з довготривалим накопиченням контингенту осіб, які перебувають під медичним наглядом. Аналіз кількості випадків ВІЛ-інфекції та СНІДу, встановлених уперше в житті (рис. 3.24), свідчить про хвилеподібну динаміку показників. Кількість нових випадків ВІЛ зросла з 6,3 тис. осіб у 2000 році до 20,5 тис. у 2010 році, після чого спостерігалось поступове зниження до 11,2 тис. у 2024 році. Лінійна модель тренду $y = 0,8943x + 11,087$ з коефіцієнтом детермінації $R^2 = 0,1113$ відображає слабкий зв'язок показника з лінійною тенденцією, що свідчить про значну варіативність між роками та вплив епідемічних хвиль на формування ряду динаміки [135]. Кількість випадків СНІДу, встановлених вперше у 2000-2024 роках змінювалася у межах 0,7-8,5 тис. випадків. Максимальне значення зафіксовано у 2015 році – 8,5 тис., після чого у наступні роки показник зменшився до 3,1 тис. у 2024 році. Лінійна модель $y = 0,4086x + 2,9867$ характеризується низьким коефіцієнтом детермінації $R^2 = 0,0845$, що свідчить про слабку відповідність фактичних значень лінійному тренду та значні міжрічні коливання показника. Це вказує на нестійкий характер динаміки первинного виявлення СНІДу у багаторічному ряді.

Чисельність осіб, які перебувають на обліку у медичних закладах (рис. 3.25), має інший характер динаміки. Кількість ВІЛ-інфікованих зросла з 30,7 тис. осіб у 2000 році до 148,6 тис. у 2020 році та у 2024 році становила 141,0

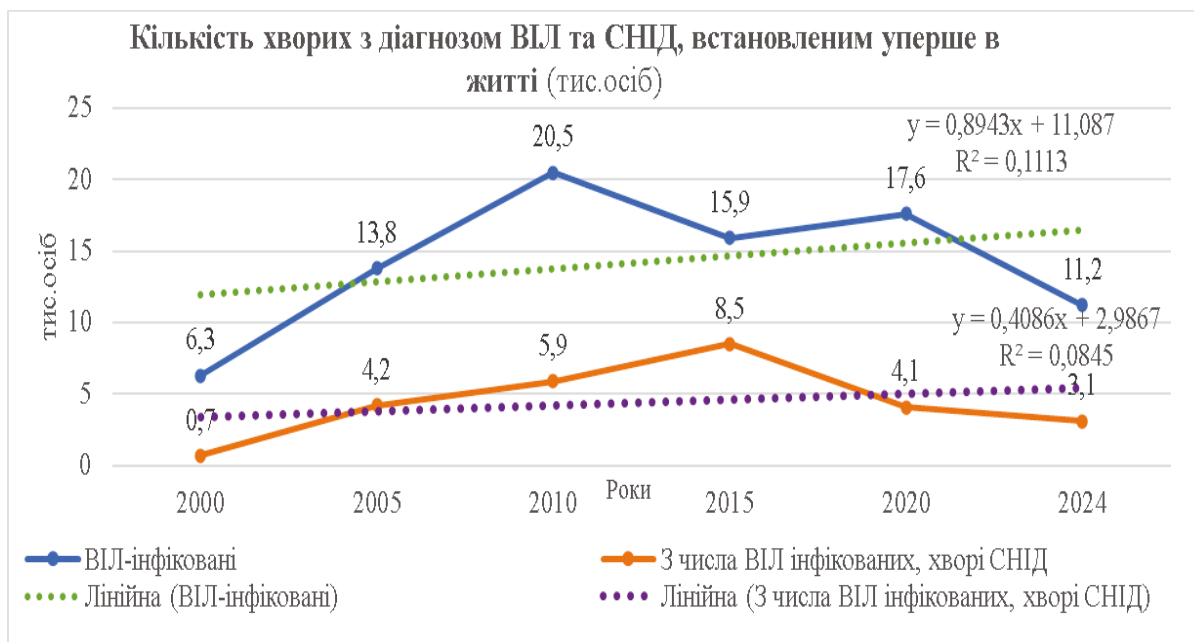
тис. осіб. Лінійна модель $y = 23,569x + 20,927$ при високому значенні $R^2 = 0,8853$ відображає стійку тенденцію зростання чисельності осіб, які перебувають під медичним наглядом.

Чисельність хворих на СНІД, які перебувають на обліку у медичних закладах, має подібну динаміку. Кількість таких осіб зросла з 0,9 тис. у 2000 році до 47,8 тис. у 2020 році та у 2024 році становила 43,1 тис. осіб. Лінійна модель $y = 10,263x - 11,753$ при значенні $R^2 = 0,9107$ відображає стійку тенденцію зростання чисельності цієї групи у динаміці.

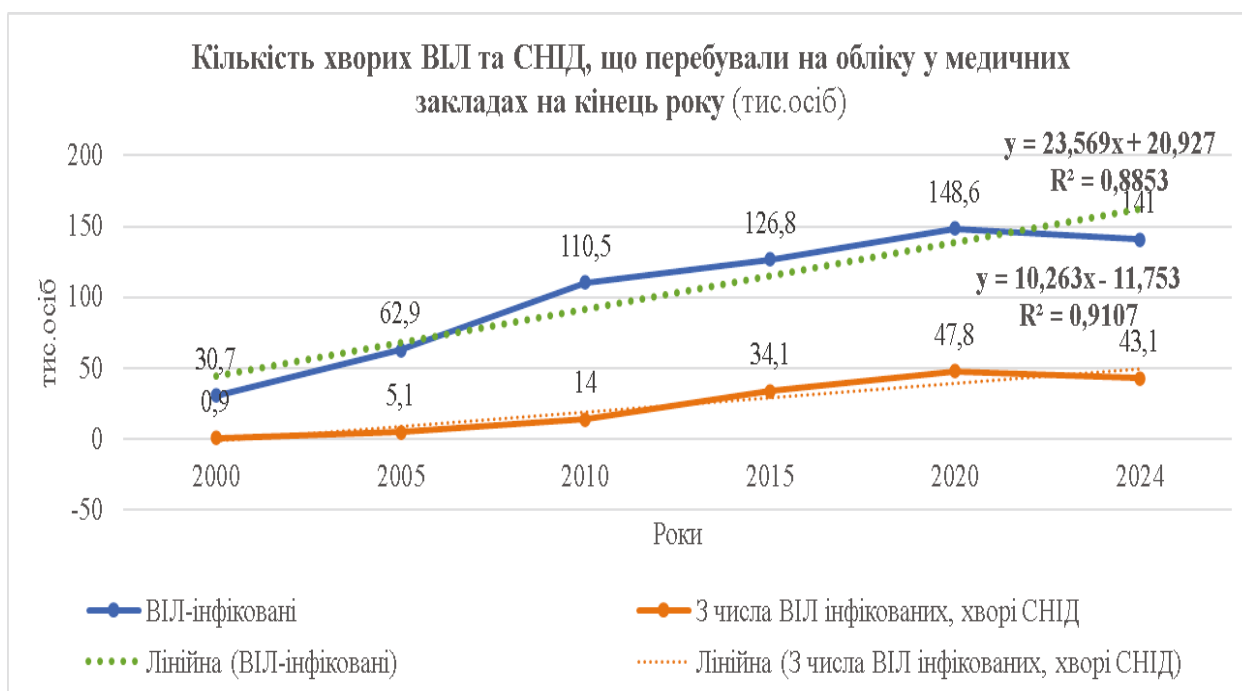
У медико-географічному аспекті така динаміка відображає специфіку ВІЛ-інфекції як хронічного інфекційного процесу. За умов відносної варіативності нових випадків відбувається поступове зростання загальної чисельності осіб, які живуть з ВІЛ і перебувають під медичним наглядом. Це формує довготривале навантаження на систему охорони здоров'я та визначає необхідність розвитку профілактичних, діагностичних і лікувальних програм у різних регіонах країни.

Поряд з інфекційними захворюваннями важливою складовою медико-географічної структури захворюваності населення України є розлади психіки та поведінки, пов'язані з уживанням психоактивних речовин. Їх аналіз дозволяє оцінити соціально-медичні ризики, що формуються у середовищі життєдіяльності населення та відображають особливості територіальної організації соціальних процесів.

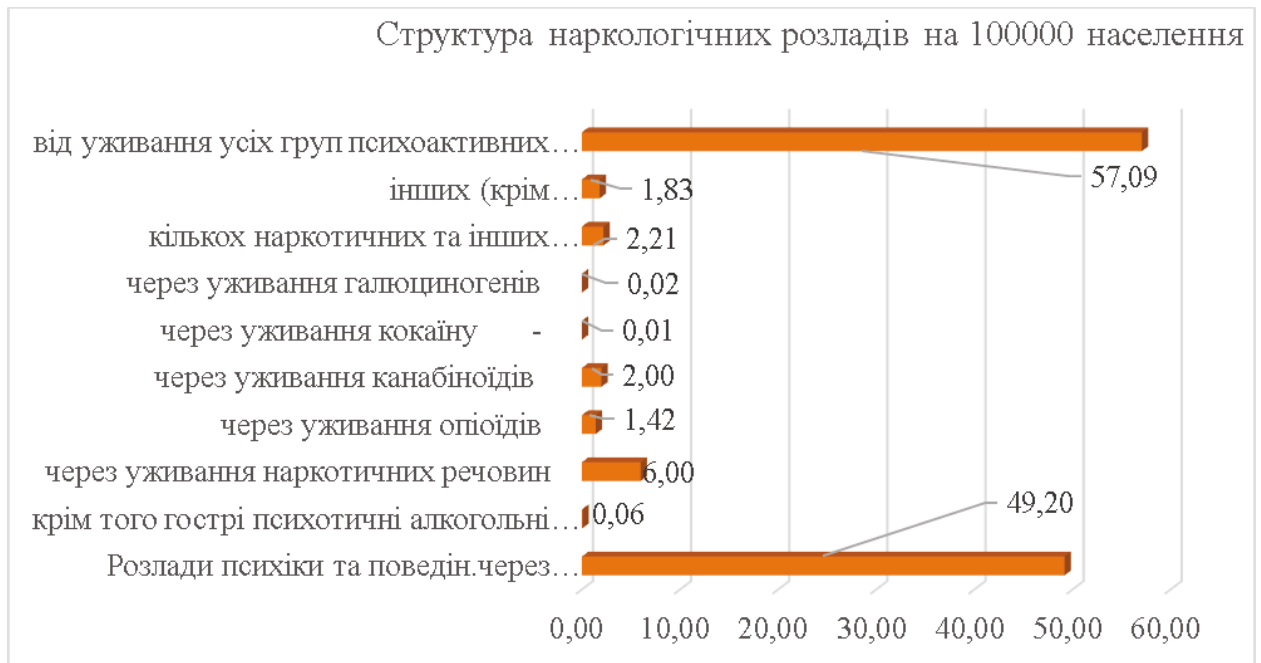
Структура наркологічних розладів (рис. 3.26) характеризується чітко вираженою домінантою двох груп патологій. Найбільшу частку становлять розлади, пов'язані з уживанням усіх груп психоактивних речовин – 57,09 випадків на 100 тис. населення. Друга за масштабом група представлена розладами психіки та поведінки, пов'язаними з уживанням алкоголю – 49,20 випадків на 100 тис. населення. Таким чином, саме алкогольні та змішані психоактивні залежності формують основну частину наркологічної патології.



*Рис. 3.24. Кількість хворих з діагнозом ВІЛ та СНІД, встановленим уперше в житті (тис. осіб)
 (*побудовано автором за джерелом [77, 128])*



*Рис. 3.25. Кількість хворих ВІЛ та СНІД, що перебували на обліку у медичних закладах на кінець року (тис. осіб)
 (*побудовано автором за джерелом [77, 128])*



*Рис. 3.26. Структура наркологічних розладів на 100 000 населення
(*побудовано автором за джерелом [128])*

Інші види залежностей мають значно нижчі показники. Зокрема, розлади внаслідок уживання наркотичних речовин становлять 6,0 випадків на 100 тис. населення, канабіноїдів – 2,0, кількох наркотичних та інших психоактивних речовин – 2,21, опіоїдів – 1,42, інші форми – 1,83 випадки на 100 тис. населення. Окремі нозології мають поодинокі значення: розлади через уживання галюциногенів (0,02), кокаїну (0,01) та гострі алкогольні психотичні стани (0,06 випадків на 100 тис. населення) [128].

У суспільно-географічному аналізі така ситуація свідчить про переважання соціально детермінованих форм залежності, передусім алкогольної та комбінованої психоактивної. Вони формують основний просторовий масив наркологічної патології та відображають вплив соціально-економічних умов, способу життя населення і середовищних факторів на формування ризиків для здоров'я. Це підкреслює необхідність урахування соціально-територіальних особливостей при розробленні профілактичних програм та організації системи медико-соціальної допомоги.

Поряд із захворюваннями, пов'язаними із соціально зумовленими ризиками, важливим індикатором медико-географічної ситуації є травматизм населення, зокрема травми, отримані внаслідок дорожньо-транспортних пригод. Цей показник відображає рівень безпеки транспортного середовища та поведінкових практик населення у просторі повсякденної мобільності.

Структура травмованих у ДТП в Україні у 2023 році (рис. 3.27) свідчить про чітке домінування порушень, пов'язаних із швидкісним режимом та маневруванням транспортних засобів. Найбільшу частку становить перевищення безпечної швидкості – 39,2 %, що є основним чинником травматизму на дорогах. Другою за значенням причиною є порушення правил маневрування – 21,9 %. Разом ці дві групи формують понад половину всіх випадків дорожньо-транспортного травматизму [128].



Рис. 3.27. Структура травмованих у ДТП у 2023 році в Україні (*побудовано автором за джерелом [128])

Помітну частку становлять також порушення правил проїзду перехресть – 9,8 %, інші причини – 6,9 %, порушення правил проїзду пішохідних переходів – 5,6 % та недотримання дистанції – 4,9 %. Меншу питому вагу

мають керування транспортним засобом у стані сп'яніння – 4,2 %, перехід пішоходів у невстановленому місці – 2,7 %, виїзд на смугу зустрічного руху – 2,8 % та перевищення встановленої швидкості – 2,2 %.

Така ситуація відображає вплив транспортної мобільності населення, інтенсивності автомобільного руху та особливостей дорожньої інфраструктури на формування ризиків здоров'я. Домінування швидкісних порушень і помилок маневрування свідчить про вагому роль поведінкових факторів у формуванні дорожнього травматизму, що визначає необхідність посилення безпеки транспортного середовища та профілактичних заходів у системі громадського здоров'я.

Поряд із травматизмом населення, пов'язаним із дорожньо-транспортними пригодами, важливим напрямом медико-географічного аналізу є стан здоров'я новонароджених. Перинатальна захворюваність відображає умови відтворення населення, якість медичної допомоги у період вагітності та пологів, а також вплив соціально-економічних і екологічних факторів на здоров'я наймолодшої вікової групи населення.

Аналіз динаміки захворюваності новонароджених в Україні (рис. 3.28-3.29; табл. 3.4) свідчить про нерівномірну зміну інтенсивності перинатальної патології. Інтегральний показник на 1000 новонароджених у 1996 році становив 225,2, у 2000 році підвищився до 272,1, у 2005 році знизився до 221,3. Найнижчий рівень зафіксовано у 2010 році – 132,1 випадку на 1000 новонароджених. У наступні роки показник знову зріс і становив 153,7 у 2015 році, 196,9 у 2021 році та 249,7 у 2024 році. Така динаміка відображає хвилеподібний характер зміни перинатальної захворюваності.

Лінійна модель тренду $y = -5,1607x + 227,93$ при значенні $R^2 = 0,0492$ не виявляє вираженої загальної тенденції зміни показника. Низьке значення коефіцієнта детермінації свідчить, що динаміка показника формується чергуванням періодів підвищення і зниження, а не поступовою спрямованою зміною, що характерно для демографічно зумовлених медичних показників.

Структурний аналіз перинатальної патології (рис. 3.29; табл. 3.4) показує

Таблиця 3.4.

Динаміка показників захворюваності новонароджених в Україні у 2002-2024 рр. (на 1000 народжених живими) [128]

Рік	Внутрішньочерепна пологова травма	Вроджені вади	Недостатність живлення плода	Дистрес
2002	3,8	26,7	27,2	104,1
2005	2,2	22,9	17,5	72,4
2010	0,06	22,3	17,4	26,6
2015	0,03	24,0	20,8	18,6
2021	0,07	29,8	18,0	16,4
2024	0,03	48,0	16,0	27,7

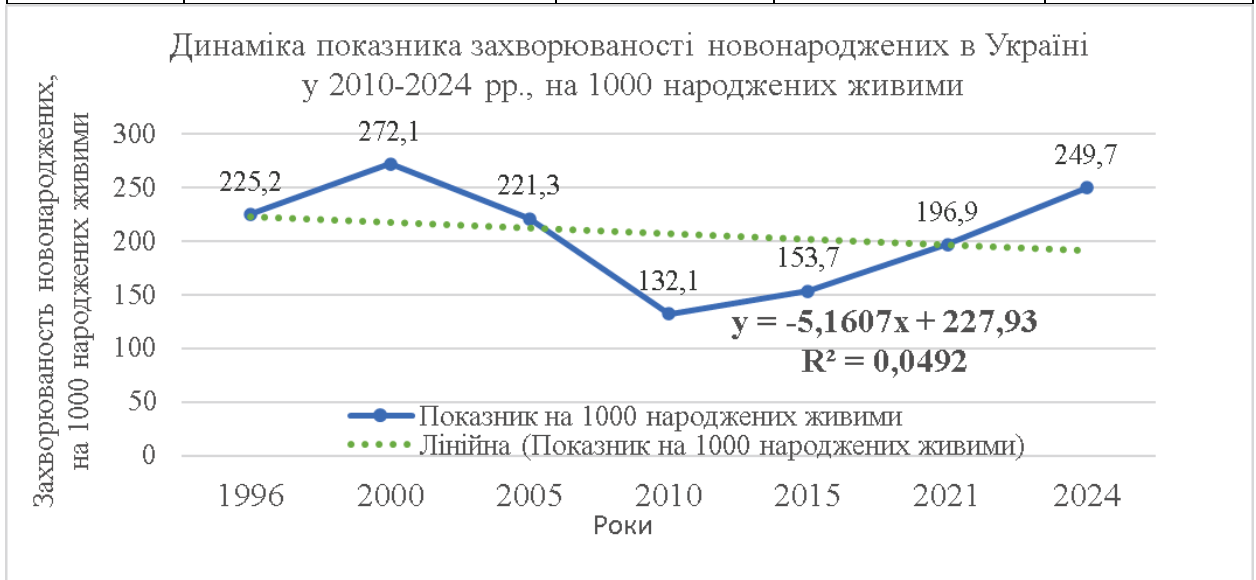
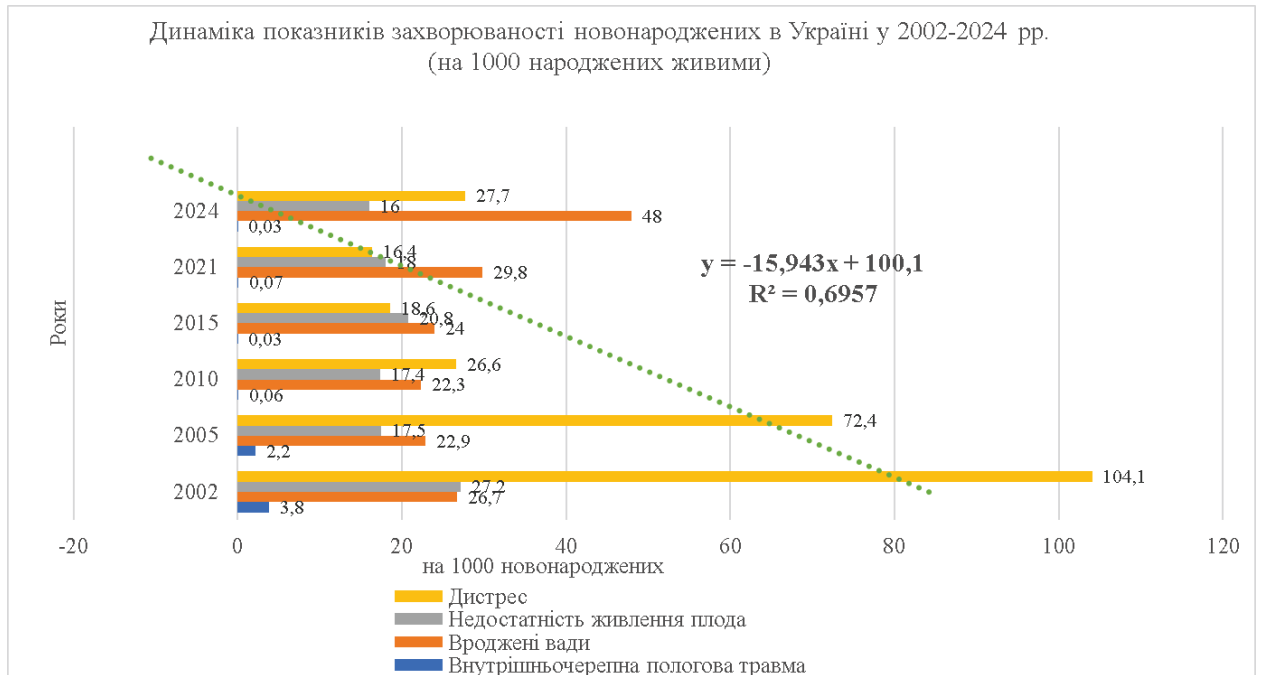


Рис. 3.28. Динаміка показника захворюваності новонароджених в Україні у 2010-2024 рр., на 1000 народжених живими (*побудовано автором за джерелом [128])



*Рис. 3.29. Динаміка показника захворюваності новонароджених в Україні у 2002-2024 рр. (на 1000 народжених живими) (*побудовано автором за джерелом [128])*

суттєву трансформацію окремих нозологічних груп. Найбільше скорочення характерне для дистресу новонароджених, інтенсивність якого зменшилася з 104,1 випадків на 1000 народжених живими у 2002 році до 27,7 у 2024 році. Подібна динаміка спостерігається і для внутрішньочерепної пологової травми, показник якої знизився з 3,8 до 0,03 випадку на 1000 новонароджених.

Інтенсивність недостатності живлення плода характеризується відносно стабільною динамікою з поступовим зниженням показника з 27,2 випадків на 1000 новонароджених у 2002 році до 16,0 у 2024 році.

У суспільно-географічному контексті така трансформація структури перинатальної патології відображає зміну медико-географічних умов відтворення населення. Скорочення показників пологової травми та дистресу пов'язане з удосконаленням акушерської допомоги та впровадженням сучасних технологій ведення пологів. Зростання частоти вроджених вад розвитку вказує на посилення ролі екологічних, медико-генетичних і соціальних чинників у формуванні стану здоров'я новонароджених.

Динаміка захворюваності новонароджених в Україні характеризується поєднанням зменшення поширеності перинатальних травматичних ускладнень і зростання питомої ваги вроджених патологій, що відображає структурні зміни у системі медико-демографічних процесів країни.

Проведений аналіз загальноукраїнської динаміки захворюваності дозволяє визначити основні закономірності формування сучасної медико-географічної ситуації. В цілому по Україні спостерігається складна структурна перебудова нозологічної картини, що проявляється у різноспрямованих змінах інтенсивності окремих груп захворювань, трансформації їх питомої ваги та зміні ролі окремих медико-географічних чинників. Динаміка показників відображає поєднання демографічних процесів, екологічних умов, соціально-економічних трансформацій, а також особливостей функціонування системи охорони здоров'я у сучасних умовах розвитку держави.

З огляду на це подальший етап дослідження спрямований на аналіз просторової диференціації захворюваності населення в межах обласних регіонів України. Такий підхід дозволяє виявити територіальні особливості поширення окремих нозологій, визначити регіональні відмінності медико-географічної ситуації та встановити закономірності формування територіальних типів захворюваності населення.

3.2. Методологічні та методичні засади нозологічного медико-географічного районування

3.2. 1. Часткові індикатори захворюваності населення на інфаркти та інсульту в системі суспільно-географічного аналізу

Аналіз часткових індикаторів захворюваності спрямований на виявлення територіальної диференціації перебігу найбільш соціально значущих хвороб системи кровообігу, які формують базову складову медико-демографічної ситуації держави. У структурі серцево-судинної патології гострий інфаркт міокарда та мозкові інсульту виступають ключовими нозологіями, що

відображають просторові особливості поєднання демографічних, соціально-економічних та медико-інфраструктурних чинників розвитку регіонів.

Динаміка госпітальної захворюваності на гострий інфаркт міокарда у 2022-2024 рр. демонструє виражену територіальну нерівномірність (Додаток Г табл.Г. 1). У середньому по Україні показник зріс з 130,3 до 136,0 випадків на 100 тис. населення, або на 4,4 %. Водночас регіональні відмінності мають суттєву диференціацію. Найбільше зростання зафіксовано у Хмельницькій (+49,9; +38,1%), Чернівецькій (+43,7; +26,6%), Полтавській області (+35,5; +21,0%) та Харківській областях (+25,3; +17,2%), тут формуються просторові осередки зростання кардіологічного навантаження [14-37,50,128,151].

Натомість суттєве скорочення показників спостерігається у регіонах, що зазнали найбільшого впливу воєнних дій і демографічних втрат: Донецька область (-30,3 %), Херсонська область (-30,7 %), Київська область (-19,2 %). У цих регіонах зниження відображає не покращення стану здоров'я, а звуження чисельності населення та порушення повноцінної системи госпіталізації.

За абсолютними показниками захворюваності у 2024 р. максимальні значення мають регіони з підвищеним кардіологічним ризиком – Київ (232,7), Чернівецька (207,9), Полтавська (204,4), Львівська (194,5) та Дніпропетровська (192,4 на 100 тис.) області. Це переважно урбанізовані та індустріально розвинені регіони зі складною демографічною структурою населення [50].

Абсолютні показники летальності та індекс співвідношення летальності до захворюваності на гострі інфаркти (табл.Г.2 Додаток Г) відображають територіальні відмінності результативності медичної допомоги. Середній рівень летальності на інфаркти по Україні становить 13,75 %. Найвищі показники спостерігаються у Донецькій (24,85 %), Запорізькій (18,55 %), Харківській (18,44 %) областях. Підвищені значки індексу $L/Z \times 100$ у цих регіонах (57,65; 14,37; 10,70 відповідно), відображають структурну диспропорцію між масштабами поширення патології та результативністю

медичної допомоги і вказують на формування територіальних осередків підвищених медико-демографічних втрат населення [50].

росторовий розподіл інсультів характеризується значно вищими рівнями інтенсивності порівняно з інфарктами (табл Г 3 додаток Г). Найвищі показники захворюваності зафіксовано у Полтавській (686,83), Чернігівській (635,26), Київській (628,75), Дніпропетровській (609,23) та Хмельницькій (607,81 на 100 тис.) областях, тут формується зона підвищеної цереброваскулярної захворюваності [50].

Летальність від інсультів має іншу просторову диференціацію. Критичні значення спостерігаються у Херсонській (24,18 %) та Донецькій (24,18 %) областях, де індекс співвідношення перевищує 10-15, що вказує на кризову модель медичного забезпечення в умовах територіальної нестабільності.

Для уніфікації просторового аналізу розраховано коефіцієнт територіального відхилення від середнього рівня лікування (табл. 4, Додаток Г)

Коефіцієнти територіального відхилення(КТВ) дозволяють порівняти регіональні масштаби лікування з середньо державним рівнем та виявити просторові диспропорції організації інфекційної допомоги. Значення коефіцієнта понад одиницю свідчить про концентрацію лікування вище середнього рівня по Україні, тоді як показники менші за одиницю відображають знижену інтенсивність терапії.

$$K_{\text{ТВ}} = \frac{\text{Показник}_{\text{регіону}}}{\text{Показник}_{\text{України}}}$$

Для інфарктів середнє значення становить 136,0 випадків на 100 тис. Найвищі коефіцієнти перевищення характерні для Київ (1,71), Чернівецької (1,53), Полтавської (1,50), Львівської (1,43) та Дніпропетровської (1,41) областей. Це свідчить про перевищення середньо державного рівня на 40-70 %. Мінімальні значення зафіксовано у Донецькій (0,32) та Херсонській (0,38) областях.

Для інсультів просторові відмінності менш контрастні, однак також формують осередки підвищеного ризику.

Таблиця 3.5

Типологія регіонів за поєднанням коефіцієнтів територіального відхилення

Тип регіонів	Характеристика медико-географічної ситуації та критерії КТВ	Регіони
Критичний	Високий рівень кардіо-та цереброваскулярної захворюваності КТВ інфарктів $>1,2$ і КТВ інсультів $>1,2$	Полтавська, Харківська, Дніпропетровська
Кардіонапружений	Домінування інфарктної патології КТВ інфарктів $>1,2$ при КТВ інсультів $\leq 1,2$	Київ, Чернівецька, Львівська, Одеська, Хмельницька
Цереброваскулярно напружений	Переважає інсультної патології КТВ інфарктів $\leq 1,2$ при КТВ інсультів $>1,2$	Київська, Чернігівська, Вінницька
Помірний	Показники наближені до середніх КТВ інфарктів $0,9-1,2$ та КТВ інсультів $0,9-1,2$	Волинська, Житомирська, Кіровоградська, Рівненська, Сумська, Черкаська
Відносно сприятливий	Понижені показники захворюваності КТВ інфарктів $<0,9$ і КТВ інсультів $<0,9$	Закарпатська, Запорізька, Івано- Франківська, Миколаївська, Тернопільська
Депресивний	Різде зниження реєстрованої захворюваності внаслідок демографічних втрат і деформації медичної мережі КТВ інфарктів $<0,5$ і КТВ інсультів $<0,6$	Донецька, Херсонська

**розроблено автором*

Максимальні коефіцієнти перевищення середнього рівня спостерігаються у Полтавській (1,34), Чернігівській областях (1,24), Київській (1,23), Дніпропетровській (1,19) та Хмельницькій (1,19) областях. Найнижчі значення характерні для Херсонської (0,30) та Донецької (0,47) областей.

Порівняльний аналіз просторової структури обох нозологій засвідчує різну інтенсивність територіальної концентрації захворюваності. Інфаркти формують більш контрастну просторову модель із вираженими осередками перевищення середніх показників у великих урбанізованих центрах, тоді як інсульти мають відносно рівномірний характер поширення з помірною центральною концентрацією.

Це відображає відмінності у чинниках формування патології: інфаркти більш чутливі до урбанізаційних та техногенних факторів, тоді як інсульти значною мірою зумовлені віковою структурою населення та поширеністю хронічних судинних захворювань.

Встановлені територіальні відмінності дозволяють здійснити типологізацію регіонів за характером медико-географічної ситуації
Рис.3.30.табл. 3.5

Аналіз часткових індикаторів захворюваності на інфаркти та інсульти показує, що медико-географічна ситуація має чітку просторову організацію. Вона формується під впливом демографічних процесів, рівня урбанізаційного й техногенного навантаження, територіальної доступності спеціалізованої медичної допомоги та соціально-економічних відмінностей регіонів. Територіальні відмінності інтенсивності захворюваності відображають нерівномірність умов життєдіяльності населення. Вони фіксують територіальну неоднорідність функціонування системи охорони здоров'я як складової територіальної організації суспільства.

Доведено, що часткові індикатори захворюваності виступають просторовими маркерами медико-географічних ризиків і забезпечують виявлення територіальних осередків підвищеної патологічної напруженості. З позицій суспільної географії ці індикатори розглядаються як прояв

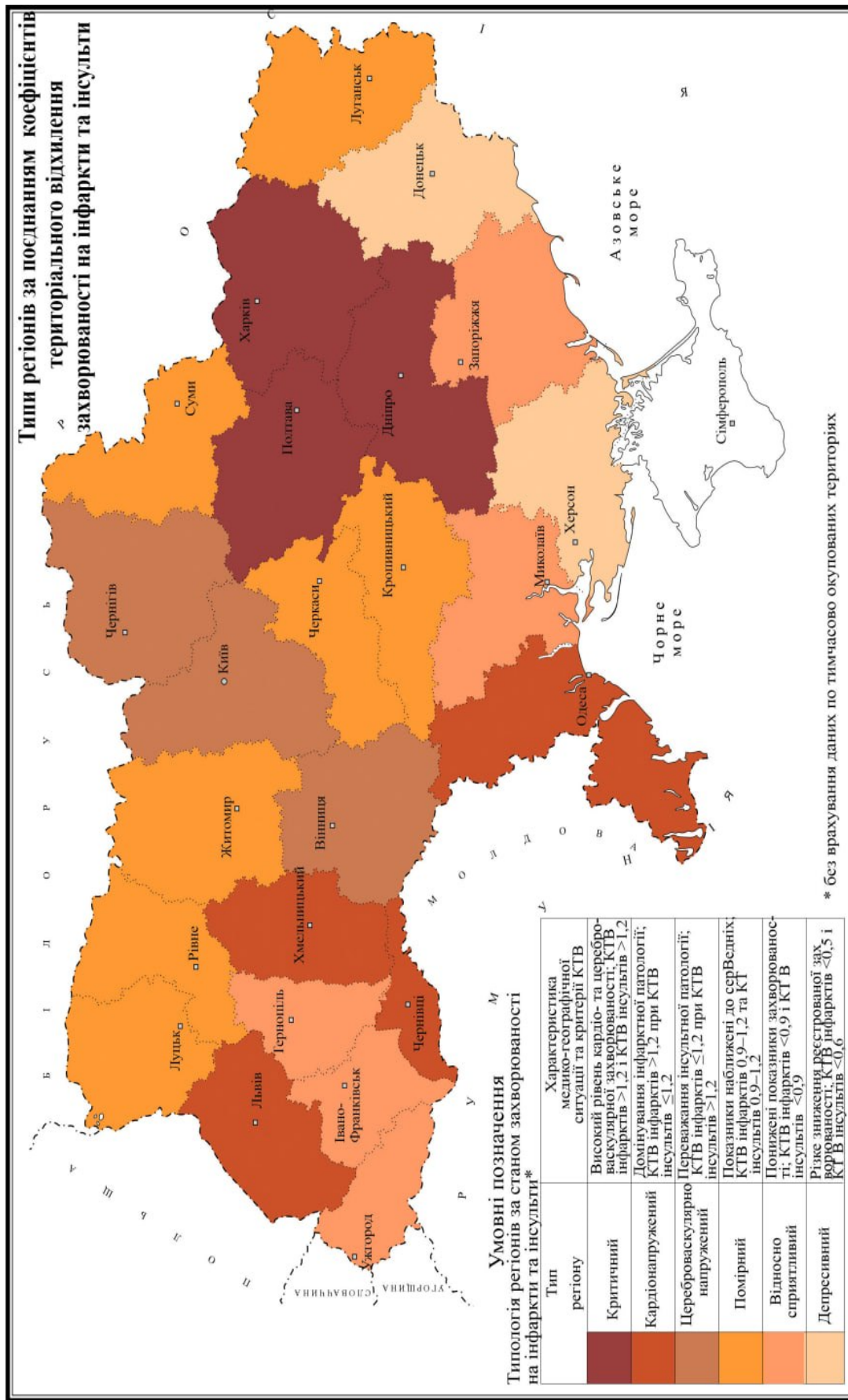


Рис.3.30. Типи регіонів за коефіцієнтом територіального відхилення захворюваності на інфаркти та інсульти * побудовано автором

територіальної організації суспільства, оскільки вони інтегрують демографічні, соціально-економічні та інфраструктурні характеристики регіонального розвитку. Це дозволяє визначити територіальні диспропорції стану здоров'я населення та обґрунтувати напрям оптимізації мережі спеціалізованої медичної допомоги.

Отримані результати мають вагоме значення для інтегрального медико-географічного районування, оскільки забезпечують виділення регіонів з різним рівнем медико-географічних ризиків та формують аналітичну основу просторової типізації регіонів. Часткові індикатори захворюваності виконують системоутворюючу функцію у дослідженні територіальних відмінностей стану здоров'я населення та виступають важливим інструментом суспільно-географічного аналізу медико-географічної ситуації.

3.2.2. Територіальні особливості онкологічної захворюваності населення України

Онкологічна захворюваність є одним із ключових індикаторів медико-географічної ситуації, оскільки відображає складну взаємодію демографічних, соціально-економічних, екологічних та медичних чинників формування здоров'я населення. Просторовий аналіз злоякісних новоутворень дозволяє оцінити рівень онкологічної напруженості території, виявити регіональні осередки підвищеного ризику та встановити територіальні відмінності функціонування системи онкологічної допомоги.

За даними офіційної статистики, у 2024 році середній рівень захворюваності на злоякісні новоутворення в Україні становив 271,1 випадку на 100 тис. населення (табл. Г5, додаток Г). Водночас аналіз регіональних показників свідчить про значну територіальну диференціацію. Найвищі значення загальної онкологічної захворюваності характерні для Кіровоградської (459,9 на 100 тис.), Черкаської (455,6), Чернігівської (438,8) та Хмельницької (426,1) областей [50,112,113]. Це свідчить про формування в центральній і північній частинах країни ареалу підвищеної онкологічної

напруженості. Значно вищі за середньо український рівень показники також спостерігаються у Сумській, Тернопільській, Волинській, Вінницькій, Житомирській, Дніпропетровській та Львівській областях.

Для кількісної оцінки просторових відмінностей було розраховано коефіцієнти територіального розміщення (КТР) (табл.Г.6, додаток Г), які відображають співвідношення регіонального показника до середнього по країні. Значення КТР понад 1 свідчить про підвищену концентрацію онкологічної патології, тоді як показники нижче 1 характеризують відносно нижчий рівень захворюваності.

Найвищі значення коефіцієнта територіального розміщення загальної онкологічної захворюваності характерні для Кіровоградської (1,70), Черкаської (1,68), Чернігівської (1,62) та Хмельницької (1,57) областей. Це означає, що рівень онкологічної захворюваності в цих регіонах перевищує середній по Україні більш ніж у півтора раза. Високі значення КТР також характерні для Сумської (1,38), Волинської (1,30), Тернопільської (1,30), Вінницької (1,28), Житомирської (1,27) та Дніпропетровської (1,27) областей [50].

Натомість у частині регіонів спостерігається значно нижчий рівень онкологічної захворюваності. До низ належать Закарпатська (0,92), Чернівецька (0,81), Харківська (0,65), Запорізька (0,58) та Херсонська (0,50) області. Найнижчі показники характерні для Донецької (0,20) та Луганської (0,12) областей, що пояснюється насамперед воєнними чинниками, демографічними втратами та порушенням системи медичного обліку.

Аналіз окремих соціально-демографічних груп населення свідчить про специфічні територіальні особливості формування онкологічної патології. Зокрема, коефіцієнти територіального розміщення серед сільського населення є особливо високим у Кіровоградській (1,82), Черкаській (1,50), Хмельницькій (1,43) та Чернігівській (1,40) областях. Це свідчить про значний вплив демографічного старіння сільського населення та специфічних умов життєдіяльності сільських територій.

Серед міського населення найвищі значення КТР характерні для Черкаської (1,82), Чернігівської (1,73) та Хмельницької (1,67) областей. У цих регіонах формуються значні урбанізовані осередки онкологічної захворюваності, що може бути пов'язано з комплексом соціально-економічних та екологічних факторів.

Гендерний аналіз показує, що рівень онкологічної захворюваності серед чоловічого населення є підвищеним у Кіровоградській (КТР 1,74), Черкаській (1,73) та Чернігівській (1,67) областях, тоді як серед жіночого населення найвищі значення характерні для Черкаської (1,63), Чернігівської (1,57) та Хмельницької (1,52) областей.

Особливу увагу привертає просторовий розподіл онкологічної захворюваності серед дітей. Найвищі значення коефіцієнта територіального розміщення дитячих злоякісних новоутворень спостерігаються у Закарпатській (1,63), Львівській (1,57), Сумській (1,57) та Чернігівській (1,56) областях. Водночас у низці рівень дитячої онкопатології є значно нижчим, що може відображати як реальні відмінності захворюваності, так і специфіку статистичного обліку.

Важливим показником є також поширення лейкозів серед дітей, де найвищі коефіцієнти територіального розміщення характерні для Черкаської (2,76), Закарпатської (2,00), Чернігівської (1,90) та Житомирської (1,86) областей. Це свідчить про наявність окремих територіальних осередків підвищеної концентрації цієї патології.

На основі коефіцієнтів територіального розміщення було здійснено типологію регіонів України за рівнем онкологічної захворюваності Табл.3.6.Рис.3.31

Отримані результати свідчать про формування в Україні кількох чітко окреслених територіальних зон онкологічної напруженості. Найвищі рівні захворюваності зосереджені у центральних та північних областях, тоді як у південних та частині західних регіонів показники є нижчими.

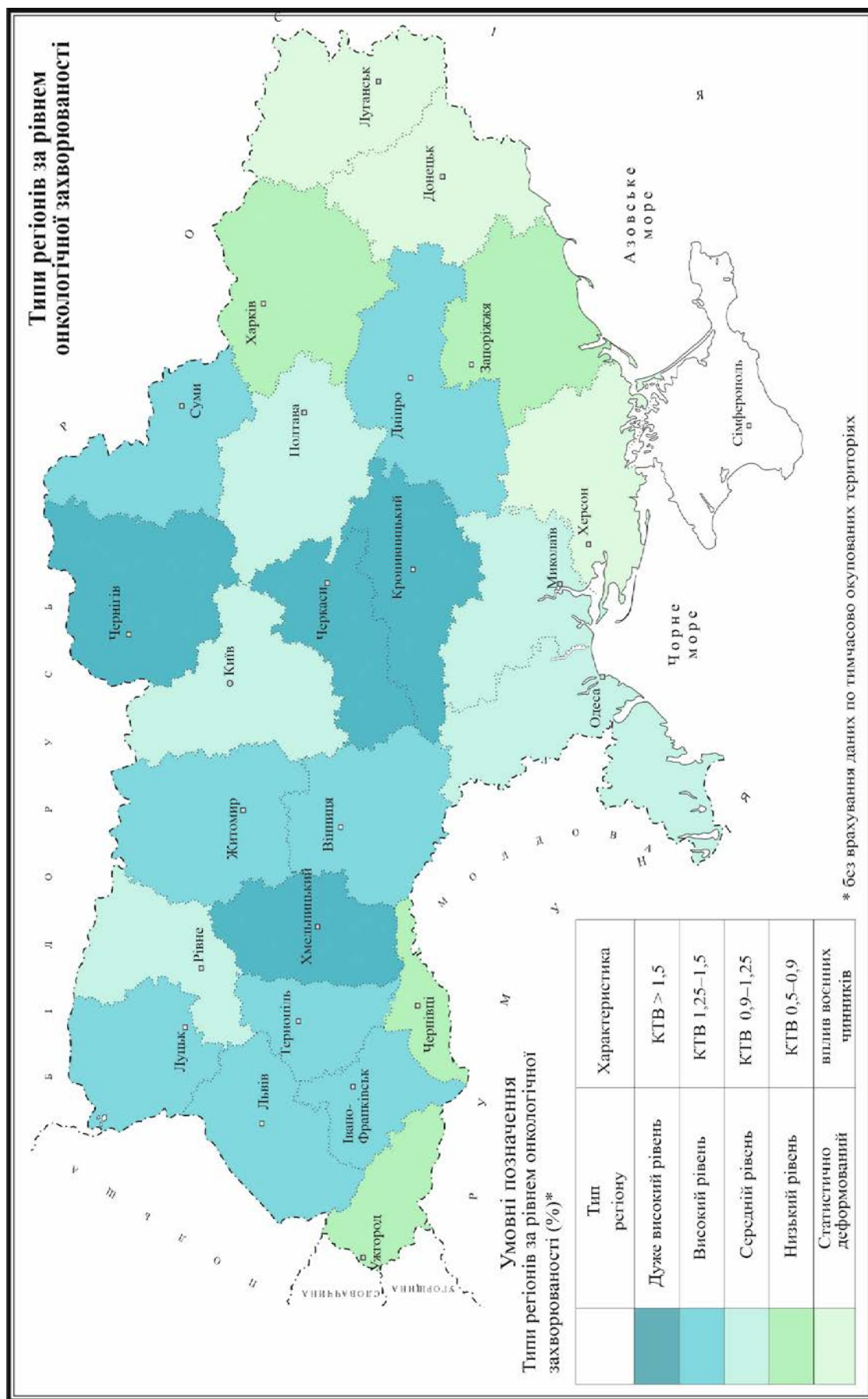


Рис. 3.31 Типи регіонів за рівнем онкологічних захворювань 2024р. *побудовано автором

Таблиця 3.6

Типологія регіонів за рівнем КВТ онкологічної захворюваності

Тип регіонів	Характеристика	Регіони
Дуже високий рівень	КТВ > 1,5	Кіровоградська, Черкаська, Чернігівська, Хмельницька
Високий рівень	КТВ 1,25–1,5	Сумська, Волинська, Тернопільська, Вінницька, Житомирська, Дніпропетровська, Львівська, Івано- Франківська, м. Київ
Середній рівень	КТВ 0,9–1,25	Київська, Полтавська, Одеська, Рівненська, Миколаївська
Низький рівень	КТВ 0,5–0,9	Закарпатська, Чернівецька, Харківська, Запорізька
Статистично деформований	вплив воєнних чинників	Донецька, Луганська, Херсонська

**розроблено автором*

Таким чином, просторовий розподіл онкологічної захворюваності відображає структурну неоднорідність територіальної організації суспільства, демографічні особливості населення та рівень розвитку системи охорони здоров'я.

Виявлені територіальні відмінності створюють наукову основу для подальшого медико-географічного районування території України та розроблення регіонально диференційованих заходів онкологічної профілактики і медичного забезпечення населення.

3.2.3. Часткові індикатори лікування вірусних гепатитів у системі суспільно-географічного аналізу

Аналіз показників лікування вірусних гепатитів В і С дозволяє розширити уявлення про територіальну організацію медико-географічної ситуації, оскільки відображає не лише рівні захворюваності, а й особисті функціонування регіональних систем медичного обслуговування, доступність противірусної терапії та ефективність організації лікувального процесу. Показники кількості осіб, які перебувають на лікуванні, розпочали та завершили терапію, виступають індикаторами інтенсивності епідемічного процесу, рівня медичної активності населення та результативності функціонування спеціалізованої інфекційної служби.

Аналіз територіальної організації лікування вірусних гепатитів дозволяє оцінити просторові особливості функціонування інфекційної служби, доступність противірусної терапії та інтенсивність залучення населення до лікувального процесу. На відміну від показників захворюваності, індикатори лікування відображають не лише масштаби поширення патології, а й організаційну спроможність регіональних систем охорони здоров'я.

Для подальшого суспільно-географічного аналізу територіальних відмінностей лікування вірусних гепатитів В та С доцільно використати систему взаємодоповнюючих коефіцієнтів, які характеризують різні аспекти функціонування регіональних медичних систем. Найбільш інформативними у даному випадку є коефіцієнт охоплення лікуванням, коефіцієнт результативності лікування та індекс регіональної концентрації.

Коефіцієнт охоплення лікуванням відображає частку пацієнтів, які фактично розпочали терапію серед осіб, що перебувають на лікуванні або обліку. Показник дозволяє оцінити доступність медичної допомоги та рівень включення пацієнтів у лікувальний процес.

Формула розрахунку:

$$K_{\text{ох}} = \frac{\text{Почали лікування}}{\text{Перебувають на лікуванні}} \times 100$$

Значення коефіцієнта характеризує інтенсивність залучення пацієнтів до терапії. Високі значення свідчать про ефективну організацію медичної допомоги та достатню доступність лікування, тоді як низькі можуть вказувати на інституційні або територіальні бар'єри у системі охорони здоров'я.

Коефіцієнт результативності лікування характеризує частку пацієнтів, які завершили курс терапії серед усіх осіб, що перебувають на лікуванні. Показник дозволяє оцінити ефективність лікувального процесу та рівень завершення терапії.

Формула розрахунку:

$$K_{\text{рез}} = \frac{\text{Завершили лікування}}{\text{Перебувають на лікуванні}} \times 100$$

Чим вищий показник, тим більш результативною є діяльність регіональної системи лікування. Низькі значення можуть бути пов'язані з перериванням терапії, міграційними процесами або організаційними проблемами медичної інфраструктури.

Для виявлення територій з підвищеною концентрацією випадків лікування застосовується **індекс регіональної концентрації**, який порівнює значення показника в регіоні із середнім рівнем по країні.

Формула індексу:

$$I_{\text{конц}} = \frac{\text{Показник регіону}}{\text{Середній показник по Україні}}$$

Якщо значення індексу перевищує одиницю, це свідчить про підвищену концентрацію випадків у регіоні; значення, близькі одиниці, характеризують середній рівень; значення нижче одиниці відображають відносно нижчу інтенсивність показника.

Застосування зазначених коефіцієнтів дозволяє перейти від простого опису статистичних даних до суспільно-географічного аналізу територіальної

організації медичної допомоги, що створює методичну основу для подальшого виділення типів регіонів та проведення нозологічного районування території України.

Аналіз показників, наведених у табл. Г.7. Додаток Г, свідчить про значну територіальну диференціацію лікування вірусного гепатиту В.

Найбільша кількість осіб, що перебувають на лікуванні, зафіксована у Одеській (534 особи), Кіровоградській (503), Закарпатській (442) та Дніпропетровській (411 осіб) областях. Що свідчить про підвищене інфекційне навантаження та формування регіональних осередків концентрації хронічної патології.

Індекс концентрації лікування підтверджує значні закономірності. Максимальні його значення характерні для Одеської (2,75), Кіровоградська область (2,59), Закарпатської (2,27) та Дніпропетровської (2,11). У цих регіонах спостерігається концентрація спеціалізованої допомоги та підвищене навантаження на медичну інфраструктуру [10].

Найнижчі значення індексу концентрації зафіксовані у Луганській (0,01), Житомирській (0,24), Херсонській (0,23) та Волинській (0,28) областях. Це відображає низьку територіальну локалізацію лікування та обмежені можливості функціонування інфекційної служби [10].

Коефіцієнт охоплення лікуванням відображає активність залучення хворих до терапії. Найвищі значення показника спостерігається у Житомирській (151,1 %), Луганській (100,0 %), Дніпропетровській (90,8 %) та Київській (89,1 %) областях, що свідчить про активну діагностичну роботу та включення пацієнтів до лікувальних програм.

Коефіцієнт результативності лікування характеризує ефективність терапевтичного процесу. Найвищі показники зафіксовані у Запорізькій (87,3 %), Житомирській (85,1 %), Рівненській (62,5 %) та Львівській (56,0 %) областях, що вказує на відносно ефективну організацію лікування.

Як бачимо, лікування вірусного гепатиту В характеризується мозаїчною просторовою структурою з чітко вираженими осередками підвищеної

концентрації лікування у південних та центральних регіонах з зонами зниженої медичної активності у прикордонних та прифронтових областях.

Аналіз просторової організації лікування ВГС дані (табл.Г.8 Додаток Г) свідчать про суттєву територіальну диференціацію лікування вірусного гепатиту С, що відображає нерівномірність розвитку інфекційної медичної інфраструктури та просторову концентрацію ресурсів охорони здоров'я.

Найбільші обсяги залучення пацієнтів до лікування зафіксовані у Дніпропетровській (3436 осіб), Черкаській (1114 осіб), Одеській (1001 особа) та Харківській (999 осіб) областях. Це свідчить про формування територіальних центрів лікування з високим навантаженням на інфекційну службу.

Коефіцієнт інтенсивності лікування підтверджує просторову концентрацію терапії. Максимальні значення спостерігаються у Дніпропетровській (22,79 %), Черкаській (7,39 %), Одеській (6,64 %) та Харківській (6,62 %) областях [10].

Індекс концентрації лікування має найбільші значення у Дніпропетровській (5,70), Київ (2,05), Черкаській (1,85), Одеській (1,66) та Харківській (1,66) областях, що підтверджує наявність просторових вузлів концентрації спеціалізованої медичної допомоги.

Коефіцієнт результативності лікування демонструє ефективність терапевтичного процесу. Найвищі значення показника зафіксовані у Полтавській (182,4 %), Рівненській (170,6 %), Кіровоградській (160,7 %), Чернівецькій (148,5 %) та Сумській (147,7 %) областях, що свідчить про високу частку завершених курсів терапії.

Найнижчі показники результативності характерні для Житомирської (83,3 %), Черкаської (83,8 %), Дніпропетровської (84,8 %) та Донецької (88,5 %) областей, що може свідчити про складність клінічного перебігу захворювання або організаційні труднощі медичного супроводу.

Таким чином, просторовий аналіз лікування вірусного гепатиту С має виразну територіальну поляризацію з концентрацією терапевтичної активності

у великих промислових регіонах і агломераціях та зниженням інтенсивності лікування у периферійних областях.

Аналіз коефіцієнтів територіального відхилення лікування вірусних гепатитів (табл.Г 9 Додаток Г).

Територіальні відхилення лікування вірусного гепатиту В Найвищі значення коефіцієнта територіального відхилення (КТВ) лікування ВГВ має Одеська (2,75), Кіровоградська (2,59), Закарпатська (2,27) та Дніпропетровська (2,11) області. У цих регіонах спостерігається значна концентрація пацієнтів та підвищене навантаження на інфекційні відділення. Формуються територіальні осередки лікування, що виконують роль міжрегіональних центрів спеціалізованої допомоги.

Підвищені значення коефіцієнта також характерні в Черкаській (1,28), Івано-Франківській (1,14), Запорізькій (1,13) та Київській (0,99 \approx середній рівень) областях, що свідчить про відносно стабільну організацію лікування.

Найнижчі показники територіального відхилення зафіксовані у Луганській (0,01), Херсонській (0,23), Житомирській (0,24) та Волинській (0,28) областях. Це відображає мінімальні масштаби лікування та істотне обмеження функціонування медичної інфраструктури, зумовлене як демографічними, так і воєнно-логістичними чинниками.

Розглянемо більш детально територіальні відхилення лікування вірусного гепатиту С Просторові закономірності лікування ВГС характеризуються більш виразною територіальною поляризацією. Максимальні значення КТВ спостерігаються у Дніпропетровській (5,70), Київ (2,05), Черкаській (1,85), Одеській (1,66) та Харківській (1,66) областях. Зазначені регіони формують провідні територіальні вузли концентрації протівірусної терапії та характеризуються розвиненою інфекційною інфраструктурою.

Середні значення КТВ характерні для Вінницької (1,02), Запорізької (1,06), Київської (1,03), Чернігівської (1,20) та Донецької (1,28) областей. Тут лікування здійснюється на рівні, близькому до середньодержавного.

Низькі значення КТВ характерні для Луганська область (0,04), Волинська область (0,25), Рівненська область (0,27), Тернопільська область (0,30) та Чернівецька область (0,33), що свідчить про обмежені масштаби терапії та низьку територіальну концентрацію лікування.

Аналіз коефіцієнтів територіального відхилення виступають аналітичним інструментом суспільно-географічного дослідження, що дозволяє встановити просторові контрасти організації лікування, визначити регіони підвищеного інфекційного навантаження та обґрунтувати напрями оптимізації територіального розміщення спеціалізованої медичної допомоги. Їх використання створює методичну основу для інтегрального медико-географічного районування території України за рівнем інфекційної напруженості та ефективності функціонування системи охорони здоров'я.

Отримані результати засвідчують, що лікування вірусних гепатитів в Україні характеризується виразною просторовою нерівномірністю та формуванням регіональних центрів концентрації медичних ресурсів. Територіальні диспропорції лікування відображають відмінності у рівні розвитку медичної інфраструктури, ресурсному забезпеченні інфекційної служби, демографічному навантаженні та соціально-економічних умовах функціонування регіонів. Просторова поляризація інтенсивності лікування є проявом загальних закономірностей територіальної організації системи охорони здоров'я та свідчить про необхідність диференційованого підходу до планування медичних програм.

Типологія регіонів за рівнем організації лікування вірусних гепатитів сформована на основі коефіцієнтів територіального відхилення лікування вірусних гепатитів В і С представлена в табл. 3.7. та рис.3.32 Виділено п'ять типів регіонів, що відрізняються масштабами та інтенсивністю терапевтичної діяльності. До високо інтенсивного типу належать регіони з найбільшою концентрацією лікування, де коефіцієнти територіального відхилення перевищують 1,5.

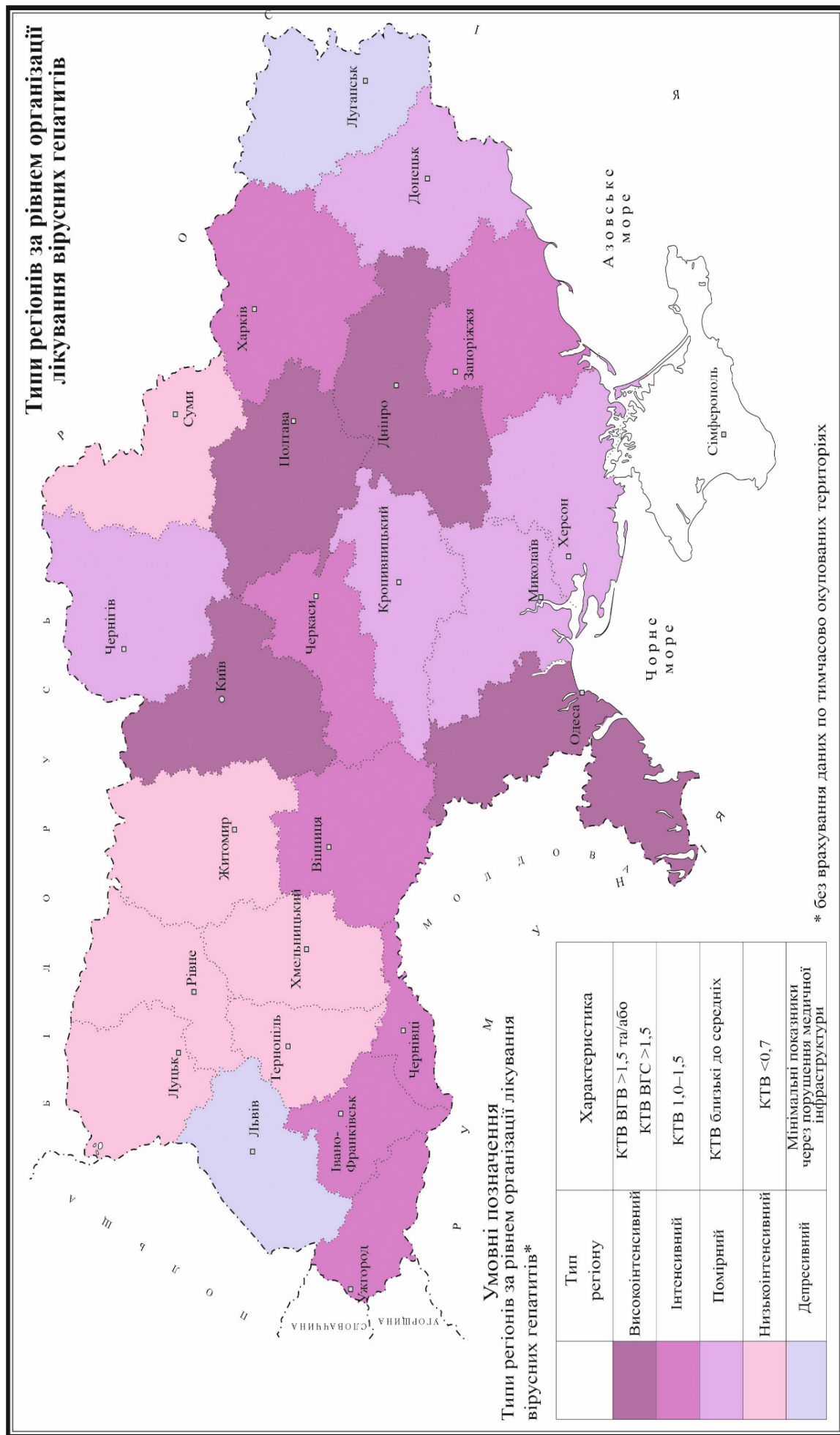


Рис.3.32. Типи регіонів за рівнем організації лікування вірусних гепатитів * побудовано автором

нтенсивний тип характеризується показниками, близькими до середньодержавного рівня (1,0-1,5), що свідчить про стабільне функціонування інфекційної служби. Помірний тип об'єднує регіони з показниками, близькими до середніх значень, тоді як низько інтенсивний тип від знається зниженими масштабами лікування (КТ <0,7). До депресивного типу віднесено регіони з мінімальними показниками лікування, що зумовлено порушенням функціонування медичної інфраструктури.

Таблиця 3.7

Типологія регіонів за рівнем організації лікування вірусних гепатитів

Тип регіонів	Характеристика	Регіони
Високоінтенсивний	КТВ ВГВ >1,5 та/або КТВ ВГС >1,5	Дніпропетровська, Київська, Полтавська, Одеська
Інтенсивний	КТВ 1,0–1,5	Вінницька, Запорізька, Івано-Франківська, Черкаська, Чернівецька, Харківська, Закарпатська
Помірний	КТВ близькі до середніх	Кіровоградська, Миколаївська, Херсонська, Чернігівська, Донецька
Низькоінтенсивний	КТВ <0,7	Волинська, Житомирська, Рівненська, Сумська, Тернопільська, Хмельницька
Депресивний	Мінімальні показники через порушення медичної інфраструктури	Луганська, Львівська

**розроблено автором*

Просторова диференціація показників лікування вірусних гепатитів відображає нерівномірність організації інфекційної медичної допомоги та

різний рівень залучення населення до терапевтичних програм. З позицій суспільної географії ці показники характеризують територіальну організацію медичного простору та ефективність функціонування регіональних систем охорони здоров'я.

Отримані результати мають важливе значення для інтегрального медико-географічного районування, оскільки дозволяють виокремити території з різною інтенсивністю інфекційної напруженості та ефективності лікувального процесу. Це створює аналітичну основу для оптимізації просторового розміщення спеціалізованих медичних центрів і формування регіонального диференційованої політики інфекційної медичної допомоги.

3.2.4. Захворюваність на туберкульоз у системі суспільно-географічного аналізу

Туберкульоз належить до хвороб, просторовий розподіл яких найбільш виразно відображає взаємодію медико-біологічних, соціально-економічних і поселенсько-територіальних чинників. У суспільно-географічному вимірі його поширення слід розглядати не лише як епідеміологічний процес, а і як прояв територіальної організації суспільства, що фіксує нерівномірність умов життєдіяльності населення, відмінності у рівні урбанізації, мобільності, соціальної вразливості та доступності медичної допомоги. Саме тому аналіз захворюваності на активний туберкульоз дає можливість виявити просторові осередки підвищеної епідемічної напруженості та встановити регіональні відмінності медико-географічної ситуації.

За даними табл. Г10 додаток Г у 2000 р. в Україні було уперше зареєстровано 29753 випадки активного туберкульозу, тоді як у 2024 р. – 18140 випадків. Отже, за досліджуваний період загальна кількість уперше виявлених випадків зменшилася на 11613, або на 39,0 %. У цілому це свідчить про дострокову тенденцію до зниження захворюваності, однак така динаміка не має однорідного просторового характеру. Навпаки, таблиця фіксує істотну

регіональну диференціацію як за абсолютними масштабами захворювання, так і темпами його зміни [50,126,135].

Найбільші абсолютні значення захворюваності у 2024 р. зафіксовано у Дніпропетровській області (2666), Одеській (1865), Львівській (1150), Харківській (927), Закарпатській (864), Полтавській (830) та Київській (818) випадків області. Саме ці регіони формують основний просторовий каркас захворюваності на туберкульоз у сучасній Україні.

Найвищий коефіцієнт територіального відхилення зафіксовано у Дніпропетровській області (0,15). Дещо нижчі, але все ж підвищені значення характерні для Одеської (0,10), Львівської (0,06), а також Закарпатської, Київської та Полтавської областей (по 0,05). Таке співвідношення показників свідчить про формування у цих регіонах найбільшої просторової концентрації захворюваності на туберкульоз [50,135]. Саме вони формують провідні осередки поширення хвороби та визначають загальну конфігурацію медико-географічної ситуації у країні.

Найбільш виразною є ситуація у Дніпропетровській області. Якщо у 2000 р. тут було зареєстровано 2329 випадків туберкульозу, то у 2024 р їх кількість зросла до 2666, що відповідає приросту на 14,5 %. Це єдиний великий індустріальний регіон країни, де на тлі загальноукраїнської тенденції до зниження захворюваності спостерігається її абсолютне зростання. Така динаміка відображає збереження підвищеної епідемічної напруженості в межах старопромислового урбанізованого регіону з високою щільністю населення, інтенсивними міграційними потоками та концентрацією соціально вразливих груп.

Подібна, хоча й менш виражена, тенденція характерна і для Одеської області. Тут кількість випадків зросла з 1720 у 2000 р. до 1865 у 2024 р., що відповідає приросту на 8,4 %. Для південного портово-транспортного регіону така ситуація є закономірною, оскільки поєднання високого рівня урбанізації, значної мобільності населення та складної соціальної структури формує сприятливі передумови для підтримання епідемічного процесу. У

територіальній структурі захворюваності ці регіони виступають ключовими осередками концентрації туберкульозу та істотно впливають на загальну медико-географічну конфігурацію поширення хвороби в Україні.

Особливу увагу привертає Закарпатська область, де кількість випадків зросла з 616 у 2000 р. до 864 у 2024 р., а темп зміни становив + 40,3 % [50,126]. На відміну від індустріальних регіонів сходу і півдня, тут зростання пов'язане не з промисловою концентрацією, а з прикордонним положенням, специфікою поселенської структури, міграційною активністю та певними особливостями доступу до медичної допомоги у гірських і периферійних районах. Отже, Закарпаття формує окремий західний осередок підвищеної туберкульозної напруженості, що має іншу природу, ніж південно-східні регіони.

Відносно високі абсолютні значення зберігаються у Львівській області та м. Києві. У Львівській області кількість випадків зменшилася з 1748 до 1150, тобто на 34,2 %, але навіть після такого скорочення регіон посідає одне з провідних місць за кількістю нових випадків у 2024 р. У м. Києві, навпаки, зафіксовано зростання з 956 до 1065 випадків, тобто на 11,4 %. Це свідчить про те, що столичний центр зберігає високий рівень концентрації туберкульозу, що є типовим для найбільших урбанізованих вузлів із потужними внутрішніми та зовнішніми міграційними потоками.

До групи регіонів із відносно високою, але не критичною захворюваністю належать Харківська, Київська, Полтавська, Вінницька, Кіровоградська, Черкаська та Житомирська області. У Харківській області кількість випадків зменшилася з 1593 до 927, або на 41,8 %, але абсолютний рівень залишається одним із найвищих у державі. У Київській області показник знизився з 989 до 818 випадків, тобто на 17,3 %, що означає відносну стабілізацію на тлі збереження суттєвого медико-соціального навантаження. У Полтавській області кількість випадків у 2000 і 2024 рр. є однаковою по 830, отже, темп зміни дорівнює 0. Це означає, що регіон упродовж тривалого періоду утримує стабільно високий рівень захворюваності. У Вінницькій, Кіровоградській, Черкаській та Житомирській областях у 2024 р. зберігається

значна кількість випадків туберкульозу. Кількість зареєстрованих хворих становить відповідно 717 у Вінницькій області, 677 у Кіровоградській, 671 у Черкаській та 648 у Житомирській. Такі показники свідчать про відносно помірний, але стабільний рівень поширення захворювання у цих регіонах. У більшості західних і північних областей спостерігається стійке зниження захворюваності на туберкульоз. В Івано-Франківській області кількість випадків зменшилася з 837 у 2000 р. до 491 у 2024 р., у Рівненській – з 776 до 490, у Чернігівській – з 792 до 407, у Тернопільській – з 509 до 326, у Чернівецькій – з 428 до 311. Темпи скорочення становлять від 27 до майже 49 %. У цих регіонах не сформовано значних осередків концентрації захворювання, а коефіцієнти територіального відхилення залишаються низькими і коливаються в межах 0,02-0,03. Це свідчить про відносно нижчу просторову інтенсивність епідемічного процесу [50,126].

Окрему групу становлять регіони зі статистично деформованою динамікою показників. Найбільш показовою є Донецька область, де кількість зареєстрованих випадків зменшилася з 3364 у 2000 р. до 192 у 2024 р., що відповідає скороченню на 94,3 %. Подібна динаміка не відображає реального покращення епідемічної ситуації і зумовлена порушенням системи медичного обліку та значними міграційними процесами. Схожа ситуація спостерігається у Херсонській області, де кількість випадків зменшилася з 1122 до 182. Для Луганської області у 2024 р. відсутні статистичні дані, що також не дозволяє безпосередньо порівнювати сучасні показники з довоєнним періодом. Тому ці території доцільно розглядати як регіони статистично деформованої захворюваності. Таким чином, аналіз табл. Г.10 дає підстави виокремити кілька типів регіонів за рівнем захворюваності на активний туберкульоз Ри.3.33 та табл. 3.9.

Запропонована типологія засвідчує, що туберкульоз в Україні має чітко виражену просторову організацію.

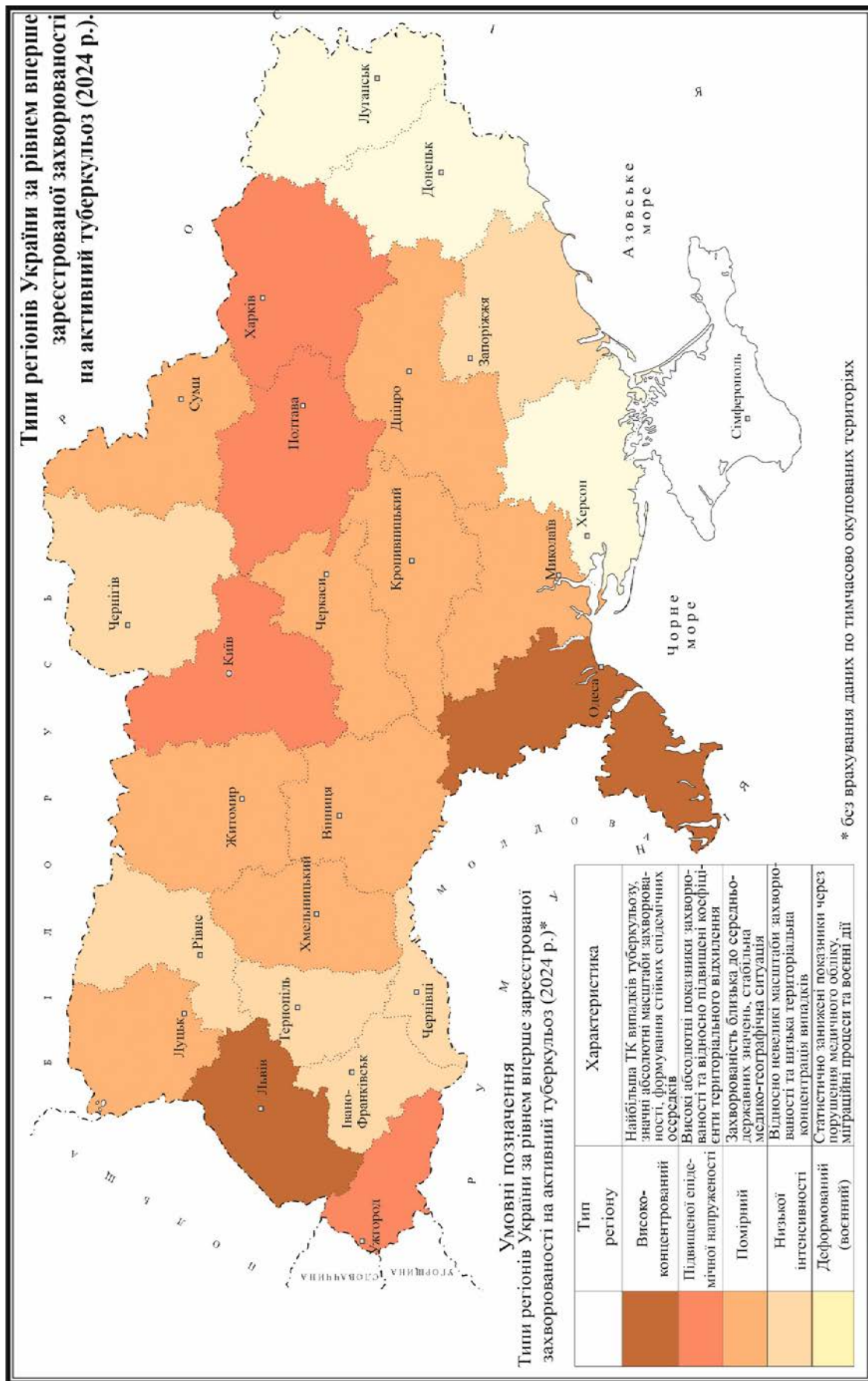


Рис.3.33. Типологія регіонів України за рівнем вперше зареєстрованої захворюваності на активний туберкульоз (2024 р.) *побудовано автором

Найбільш напружена ситуація формується у великих урбанізованих регіонах півдня, сходу та окремих потужних міжрегіональних центрах, тоді як значна частина західних та північних областей характеризується нижчими масштабами поширення захворювання. відображає структурну неоднорідність територіальної організації суспільства. Її просторові відмінності пов'язані з різною доступністю медичних послуг, особливостями розселення населення та нерівністю соціально-економічних умов життєдіяльності.

Таблиця 3.9

Типологія регіонів України за рівнем вперше зареєстрованої захворюваності на активний туберкульоз (2024 р.)

Тип регіонів	Характеристика медико-географічної ситуації	Регіони
Висококонцентрований	Найбільша територіальна концентрація випадків туберкульозу, значні абсолютні масштаби захворюваності, формування стійких епідемічних осередків	Дніпропетровська, Одеська, Львівська, м. Київ
Підвищеної епідемічної напруженості	Високі абсолютні показники захворюваності та відносно підвищені коефіцієнти територіального відхилення	Закарпатська, Київська, Полтавська, Харківська
Помірний	Захворюваність близька до середньодержавних значень, стабільна медико-географічна ситуація	Вінницька, Волинська, Житомирська, Кіровоградська, Миколаївська, Сумська, Хмельницька, Черкаська
Низької інтенсивності	Відносно невеликі масштаби захворюваності та низька територіальна концентрація випадків	Івано-Франківська, Запорізька, Рівненська, Тернопільська, Чернівецька, Чернігівська
Деформований (воєнний)	Статистично занижені показники через порушення медичного обліку, міграційні процеси та воєнні дії	Донецька, Херсонська, Луганська

**розроблено автором*

Отримані результати мають важливе значення для інтегрального медико-географічного районування території України. Аналіз дозволяє виявити ареали

підвищеної епідемічної напруженості та визначити місце туберкульозу в системі часткових індикаторів, що характеризують територіальні відмінності захворюваності населення. Просторовий розподіл цієї патології відображає структуру медико-географічної ситуації та використовується для виокремлення регіонів з різним рівнем медико-географічних ризиків. Таке узагальнення створює наукову основу для подальшого районування території та обґрунтування регіонально диференційованих заходів у системі громадського здоров'я.

3.2.5 Просторова диференціація поширення ВІЛ-інфекції та СНІДу в Україні

Епідемія ВІЛ-інфекції з однією найбільш значущих медико-соціальних проблем сучасного розвитку суспільства. З позицій суспільної та медичної географії поширення ВІЛ-інфекції та СНІДу розглядається як складний соціально-просторовий процес, що формується під впливом демографічних трансформацій, рівня урбанізації, мобільності населення, соціально-економічних умов життя та доступності медичних послуг. Аналіз територіальної структури епідемічного процесу дозволяє виявити просторові осередки підвищеної епідемічної напруженості та визначити регіональні особливості функціонування системи охорони здоров'я.

Для оцінки просторової динаміки епідемічного процесу було використано дані щодо кількості ВІЛ-інфікованих осіб та хворих на СНІД у регіонах України у період 2000-2024 роках (табл. 11 Додаток Г) [50,125,135]. На їх основі розраховано темпи змін та коефіцієнти територіального відхилення, що дозволило оцінити масштаби поширення захворювання та ступінь просторової концентрації епідемії.

Загальнонаціональна динаміка свідчить про суттєве зростання поширення ВІЛ-інфекції протягом досліджуваного періоду. Кількість вперше виявлених випадків ВІЛ-інфекції в Україні зросла з 6307 у 2000 році до 11174



у 2024 році, або на 77,2 %. Поширення СНІДу характеризується значно вищими темпами зростання. Кількість хворих збільшилася з 653 до 3128 випадків, що відповідає майже п'ятикратному приросту показника. Така динаміка відображає суттєве розширення масштабів епідемічного процесу у межах аналізованого періоду [125].

Просторовий аналіз показує значну територіальну диференціацію показників захворюваності. Найвищі коефіцієнти територіального відхилення за показниками ВІЛ-інфекції спостерігаються у Дніпропетровській (КТВ = 0,20), Одеській (0,14) та Харківській (0,06) областях. У цих регіонах сформувалися найбільш потужні осередки поширення інфекції, що пов'язано з високою щільністю населення, значним рівнем урбанізації та концентрацією транспортно-логістичних вузлів. Особливо показово є ситуація в Одеській області, де у 2024 році зареєстровано 1585 випадків ВІЛ-інфекції та 679 випадків СНІДу, що значно перевищує показники більшості інших регіонів країни.

Підвищені значення коефіцієнта територіального відхилення за показниками СНІДу також характерні для Дніпропетровської (0,21), Одеської (0,22) та Харківської (0,07) областей. Це свідчить про формування у цих регіонах стійких епідемічних осередків, де поєднується високий рівень поширення інфекції та значна концентрація населення груп ризику.

У більшості центральних і північних областей України показники територіального відхилення залишаються нижчими від середньо державного рівня. До цієї групи належать Вінницька, Полтавська, Черкаська, Рівненська, Сумська та Чернігівська області, де поширення ВІЛ-інфекції має більш помірний характер. Водночас навіть у цих регіонах спостерігається значне зростання кількості хворих на СНІД, що свідчить про поступову генералізацію епідемічного процесу.

Особливу групу становлять регіони, показники яких зазнали істотних змін унаслідок воєнно-політичних дій. У Донецькій та Луганській областях зафіксоване різке зниження кількості зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції та

СНІДу. Так, у Луганській області кількості нових випадків ВІЛ-інфекції зменшилась з 153 у 2000 році до 2 у 2024 році [125]. Подібна тенденція не відображає реального зниження поширення інфекції, а є наслідком порушення системи епідеміологічного обліку, значних міграційних процесів та обмеженого функціонування медичної інфраструктури.

У західних регіонах України поширення ВІЛ-інфекції має відносно нижчі масштаби, що підтверджується низькими значеннями коефіцієнта територіального відхилення. Проте навіть у цих областях спостерігається значне зростання кількості хворих на СНІД, що свідчить про поступове поширення епідемії на нові території Табл. Г.11 додаток Г.

Таким чином, просторовий аналіз поширення ВІЛ-інфекції та СНІДу засвідчує наявність чітко вираженої територіальної структури епідемічного процесу. Найбільш значні осередки захворюваності сформувалися у великих урбанізованих регіонах східної та південної частини України, тоді як у західних та північних областях поширення інфекції має більш помірний характер. Виявлені закономірності відображають територіальну організацію соціального середовища та особливості функціонування регіональних систем охорони здоров'я.

Результати дослідження мають важливе значення для подальшого медико-географічного районування території України за рівнем епідемічної напруженості. Вони створюють наукову основу для формування регіонально диференційованої політики профілактики ВІЛ-інфекції, оптимізації мережі спеціалізованих медичних центрів та підвищення ефективності програм протидії поширенню інфекційних захворювань.

Проведена типологія (табл. Г.12 додаток Г) дозволяє встановити просторову структуру епідемії ВІЛ-інфекції та СНІДу в Україні табл.3.10 рис.3.34. Найбільш інтенсивні осередки поширення інфекції сформувалися у великих урбанізованих регіонах південного та східного макрорегіонів країни, де поєднуються висока щільність населення, значні транспортні потоки та концентрація соціально-економічних факторів ризику.

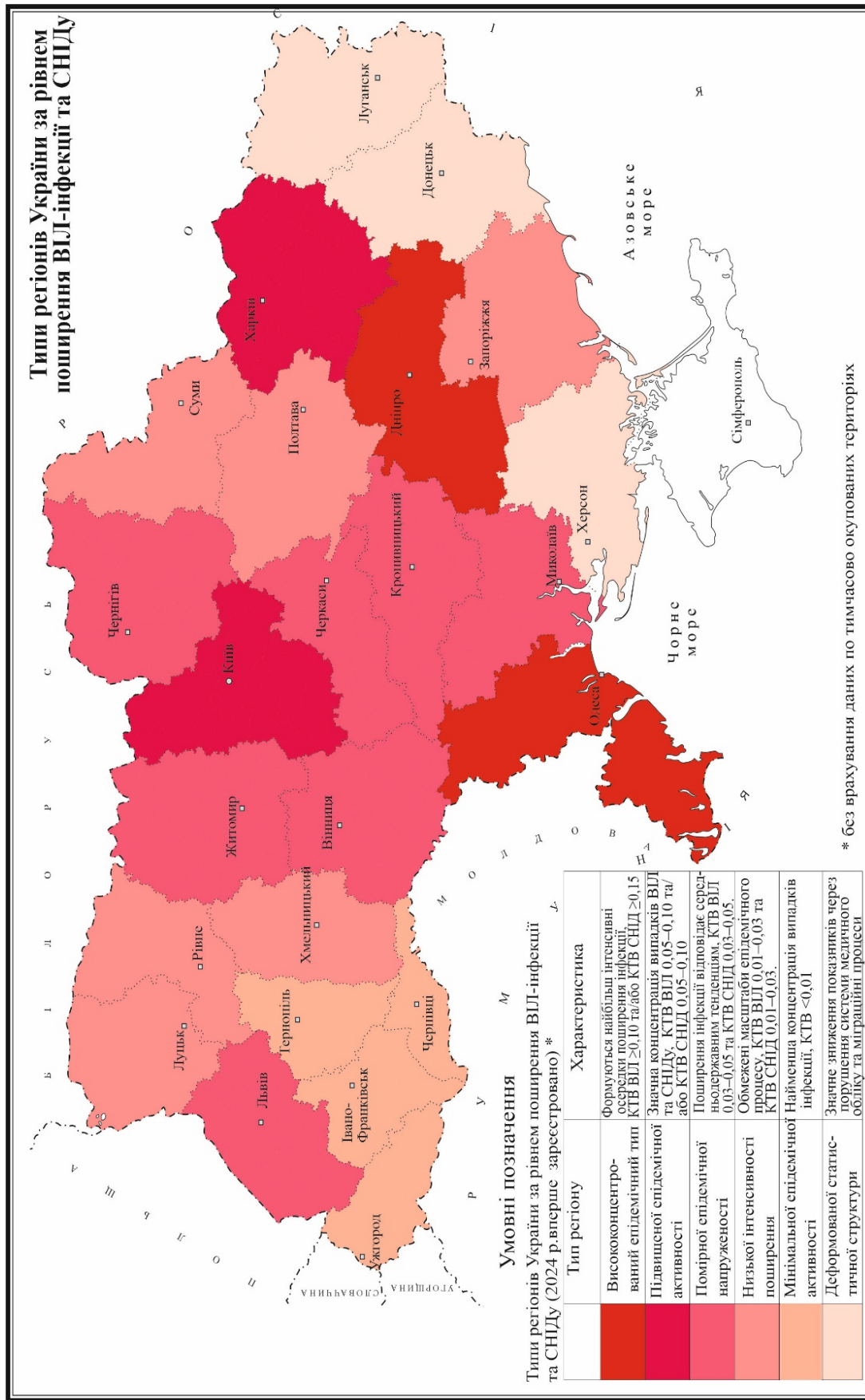


Рис.3.34. Типологія регіонів України за рівнем поширення ВІЛ- інфекції та СНІДу (2024 р. вперше зареєстровано) *побудовано автором

Таблиця 3.10

Типологія регіонів України за рівнем КТВ поширення ВІЛ- інфекції та СНІДу (2024 р. вперше зареєстровано)

Тип регіонів	Характеристика (критерії КТВ)	Регіони
Висококонцентрований епідемічний тип	КТВ ВІЛ $\geq 0,10$ та/або КТВ СНІД $\geq 0,15$. Формуються найбільш інтенсивні осередки поширення інфекції, характерні для великих урбанізованих центрів та транспортних вузлів	Дніпропетровська, Одеська
Підвищеної епідемічної активності	КТВ ВІЛ 0,05–0,10 та/або КТВ СНІД 0,05–0,10. Значна концентрація випадків ВІЛ та СНІДу, формування регіональних епідемічних осередків	Харківська, Київська
Помірної епідемічної напруженості	КТВ ВІЛ 0,03–0,05 та КТВ СНІД 0,03–0,05. Поширення інфекції відповідає середньодержавним тенденціям	Вінницька, Житомирська, Кіровоградська, Львівська, Миколаївська, Черкаська, Чернігівська
Низької інтенсивності поширення	КТВ ВІЛ 0,01–0,03 та КТВ СНІД 0,01–0,03. Обмежені масштаби епідемічного процесу	Волинська, Запорізька, Полтавська, Рівненська, Сумська, Хмельницька
Мінімальної епідемічної активності	КТВ $< 0,01$. Найменша концентрація випадків інфекції	Закарпатська, Івано-Франківська, Тернопільська, Чернівецька
Деформованої статистичної структури	Значне зниження показників через порушення системи медичного обліку та міграційні процеси	Донецька, Луганська, Херсонська

**розроблено автором*

У центральних областях сформувався пояс помірної епідемічної напруженості, тоді як у більшості західних регіонів поширення інфекції має відносно нижчі масштаби.

Розроблена типологія відображає територіальну організацію епідемічного процесу та створює основу для медико-географічного

районування території України за рівнем епідемічної напруженості ВІЛ-інфекції та СНІДу. Вона може бути використана для обґрунтування регіонально диференційованих заходів профілактики, оптимізації розміщення центрів лікування та підвищення ефективності державних програм протидії поширенню ВІЛ-інфекції.

3.2.6. Просторові особливості психічних і поведінкових розладів, пов'язаних із уживанням психоактивних речовин

Психічні та поведінкові розлади, пов'язані з уживанням психоактивних речовин, становлять важливий компонент сучасної медико-географічної ситуації, оскільки відображають не лише медичні, а й соціально-економічні та демографічні особливості розвитку територій. У суспільно-географічному вимірі ці патології виступають індикатором соціальної напруженості, рівня урбанізаційного навантаження, особливостей способу життя населення та доступності медичної допомоги. Просторовий аналіз таких розладів дозволяє виявити регіональні осередки підвищеної медико-соціальної напруженості та визначити їх місце у загальній системі територіальних відмінностей захворюваності населення.

Аналіз даних таблиці Г13 Додаток Г «Територіальна диференціація психічних і поведінкових розладів, пов'язаних із уживанням психоактивних речовин у регіонах України (профілактична група нагляду, усе населення)» [50, 151] показує, що середній показник захворюваності на розлади, пов'язані з уживанням алкоголю, в Україні становить 49,2 випадки на 100 тис. населення. Однак територіальна диференціація є досить суттєвою. Найвищі показники зафіксовано в Київській області – 280,7 випадків на 100 тис. населення, що відповідає коефіцієнту територіального розміщення 5,70. Значно перевищують середньо державний рівень також Черкаська (192,6 на 100 тис., КТВ 3,92) та Вінницька (164,6 на 100 тис., КТВ 3,35) області. Високі значення показника характерні також для Чернівецької (125,5 на 100 тис., КТВ 2,55) та Рівненської

(100,5 на 100 тис., КТВ 2,04) областей. У цих регіонах сформувалися виразні територіальні осередки підвищеної поширеності алкогольних розладів.

Помітно нижчі показники характерні для значної частини південних і східних регіонів. Зокрема, у Дніпропетровській області рівень захворюваності становить лише 5,46 випадку на 100 тис. населення (КТВ 0,11), у Донецькій – 1,91 (КТВ 0,04), у Херсонській – 2,50 (КТВ 0,05), у Харківській – 1,05 (КТВ 0,02) [111]. Подібні значення свідчать не стільки про реальне зниження поширеності розладів, скільки про специфіку статистичного обліку та структурні зміни системи медичного нагляду у цих регіонах.

Іншу конфігурацію має просторовий розподіл психічних і поведінкових розладів, пов'язаних із уживанням наркотичних речовин. Середній показник по Україні становить 6,0 випадків на 100 тис. населення. Найвищий рівень 49,35 випадку на 100 тис. населення з коефіцієнтом територіального розміщення 8,23 зафіксовано у Черкаській області. Значно перевищують середній рівень також Чернівецька (20,62 на 100 тис., КТВ 3,44) та Запорізька (20,46 на 100 тис., КТВ 3,41) області. Високі показники спостерігаються також у Київській (13,36 на 100 тис., КТВ 2,23), Сумській (11,13 на 100 тис., КТВ 1,86) та Миколаївській (10,08 на 100 тис., КТВ 1,68) областях. У цих регіонах сформувалися найбільш виразні територіальні осередки поширення наркотичних розладів.

Натомість у низці регіонів показники залишаються значно нижчими за середньо державний рівень. Найменші значення зафіксовано у Закарпатській (0,08 на 100 тис., КТВ 0,01), Харківській (0,08 на 100 тис., КТВ 0,01), Волинській (1,37 на 100 тис., КТВ 0,23) та Житомирській (1,44 на 100 тис., КТВ 0,24) областях. Така диференціація свідчить про суттєві територіальні відмінності як у реальній поширеності патології, так і в особливостях організації медичного обліку та профілактичної роботи Рис.3.35 та табл.3.12.

Узагальнення отриманих результатів дозволяє виділити кілька типів регіонів за рівнем поширення психічних і поведінкових розладів, пов'язаних із уживанням психоактивних речовин.

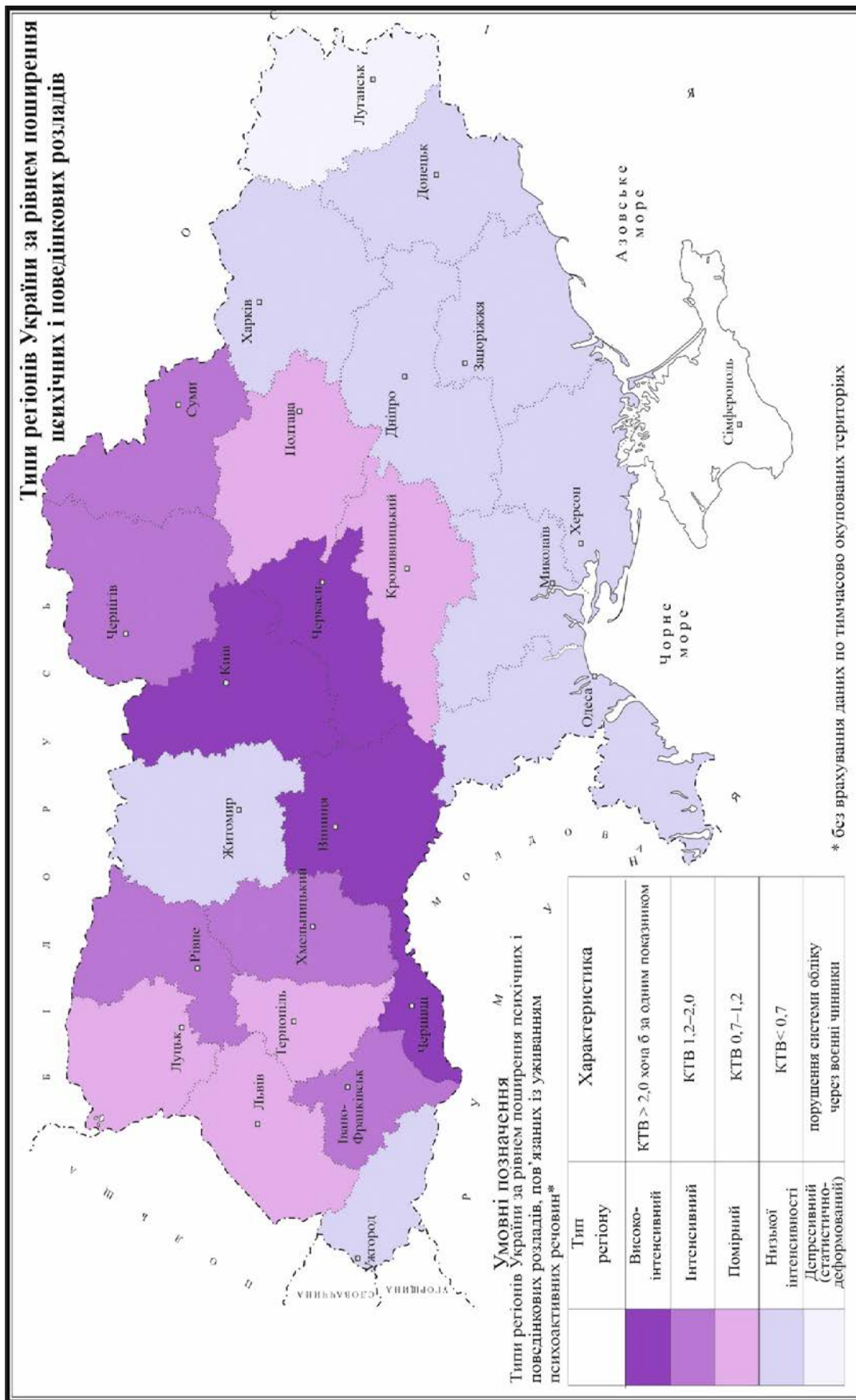


Рис. 3.34. Типологія регіонів України за рівнем поширення психічних і поведінкових розладів, пов'язаних з вживанням психоактивних речовин *побудовано автором

Таблиця 3.12

Типологія регіонів України за рівнем КВТ поширення психічних і поведінкових розладів, пов'язаних із уживанням психоактивних речовин

Тип регіонів	Характеристика	Регіони
Високоінтенсивний	КТВ > 2,0 хоча б за одним показником	Київська, Черкаська, Чернівецька, Вінницька
Інтенсивний	КТВ 1,2–2,0	Рівненська, Сумська, Івано-Франківська, Чернігівська, Хмельницька
Помірний	КТТ 0,7–1,2	Волинська, Полтавська, Тернопільська, Кіровоградська, Львівська
Низькоінтенсивний	КТВ < 0,7	Дніпропетровська, Донецька, Житомирська, Закарпатська, Миколаївська, Одеська, Харківська, Херсонська, Запорізька
Депресивний (статистично деформований)	порушення системи обліку через воєнні чинники	Луганська

**розроблено автором*

Територіальна диференціація психічних і поведінкових розладів, пов'язаних із уживанням психоактивних речовин, відображає складну структуру медико-географічної ситуації на нерівномірність соціально-економічних умов життєдіяльності населення. Найбільша концентрація випадків формується у регіонах з високим рівнем урбанізації, значною міграційною мобільністю та складною соціальною структурою населення.

Отримані результати мають важливе значення для інтегрального медико-географічного районування, оскільки дозволяють включити показники психічних і поведінкових розладів до системи часткових індикаторів, що характеризують територіальні відмінності стану здоров'я населення.

Просторовий аналіз цієї групи патологій доповнює загальну картину медико-географічної ситуації та створює наукову основу для формування регіонально диференційованих заходів у сфері громадського здоров'я.

3.2.7. Просторова диференціація спалахів інфекційних захворювань в Україні

Спалахи інфекційних захворювань є важливим індикатором епідемічної напруженості території та характеризують стан функціонування системи громадського здоров'я. У медико-географічному вимірі вони відображають особливості просторової організації інфекційного процесу, щільність і структуру розселення населення, інтенсивність соціальних контактів та ефективність системи епідеміологічного нагляду. Аналіз територіальних відмінностей поширення спалахів дозволяє виявити регіональні осередки підвищеного епідемічного ризику та оцінити ступінь їх концентрації у межах окремих адміністративних територій.

За даними щорічного звіту про стан здоров'я населення України, у 2024 р. в країні зареєстровано 109 спалахів інфекційних захворювань, в межах яких зафіксовано 1289 випадків захворювань. У середньому на один спалах припадало 11,83 випадку. Однак територіальна диференціація цього показника є досить значною. У групі регіонів кількість спалахів та масштаб їх прояву значно перевищують середні показники, тоді як в інших областях інтенсивність епідемічного процесу є значно нижчою.

У таблиці Г14 (додаток Г) подано регіональний розподіл спалахів інфекційних захворювань у 2024 р. та розраховані коефіцієнти територіального розміщення, які характеризують рівень концентрації випадків у межах одного спалаху порівняно із середньо державним значенням.

Аналіз даних таблиці 10 свідчить, що найбільша кількість спалахів зафіксована у Закарпатській області (16), місті Києві (14) та Одеській області (13). Значна кількість спалахів також спостерігається у Чернівецькій (9) та Львівській (7) областях. Така ситуація пов'язана з високою щільністю

населення, значною міграційною мобільністю та інтенсивними міжрегіональними контактами населення [50,151].

Особливо показовими є регіони, де спостерігається найвища середня кількість випадків на один спалах. Найвищі значення характерні для Київської області (33,5 випадку), Івано-Франківської області (30,8) та Закарпатської області (18,9). Відповідні коефіцієнти територіального розміщення становлять 2,83; 2,60 та 1,60. Це свідчить про значну концентрацію випадків у межах окремих епідемічних осередків і формування територій підвищеної епідемічної напруженості.

У групі регіонів з показниками, близькими до середнього рівня по країні, знаходяться Рівненська, Черкаська, Волинська та Львівська області. У цих регіонах коефіцієнт територіального розміщення коливається в межах 0,9-1,2, що свідчить про відносно стабільний характер поширення інфекційних захворювань без формування великих осередків над концентрації випадків.

Низькі значення показників спостерігаються у низці областей, де середня кількість випадків у межах одного спалаху є незначною. Зокрема, у Житомирській області цей показник становить лише 2 випадки на один спалах, у Харківській (3), у Тернопільській (4). Відповідні коефіцієнти територіального розміщення не перевищують 0,34, що свідчить про низьку концентрацію інфекційних випадків у межах окремих епідемічних осередків. Окрему групу становлять регіони, у яких у 2024 р. офіційно не зафіксовано жодного спалаху інфекційних захворювань. До них належать Донецька, Луганська та Херсонська області. Відсутність зареєстрованих випадків не може трактуватися як реальне покращення епідемічної ситуації. Вона відображає наслідки воєнних дій, порушення системи епідеміологічного нагляду, значні міграційні переміщення населення та трансформацію медичної інфраструктури цих територій [151].

На основі розрахованих коефіцієнтів територіального розміщення доцільно виділити типи регіонів за рівнем епідемічної інтенсивності спалахів інфекційних захворювань рис.3.35, табл. 3.13.

Таблиця 3.13

Типологія регіонів України за рівнем КТВ інтенсивності спалахів інфекційних захворювань

Тип регіонів	Характеристика	Регіони
Високоінтенсивний	КТВ > 1,5	Київська, Івано-Франківська, Закарпатська
Інтенсивний	КТВ 1,1–1,5	Рівненська, Черкаська, Волинська
Помірний	КТВ 0,7–1,1	Львівська, Запорізька, Дніпропетровська, Хмельницька, Чернігівська, Одеська
Низькоінтенсивний	КТВ < 0,7	Вінницька, Житомирська, Кіровоградська, Миколаївська, Полтавська, Сумська, Тернопільська, Харківська, Чернівецька
Статистично деформований	відсутність або неповнота даних унаслідок воєнних чинників	Донецька, Луганська, Херсонська

**розроблено автором*

Виділена типологія відображає просторову диференціацію епідемічної напруженості та нерівномірність територіальної організації інфекційного процесу. Високоінтенсивний тип формують області, у яких спостерігається найбільша концентрація випадків у межах окремих спалахів. Інтенсивний тип характеризується показниками, що помітно перевищують середньо державний рівень, але не досягають значень найбільш напружених регіонів. Помірний тип охоплює області з показниками, близькими до середніх по країні, де

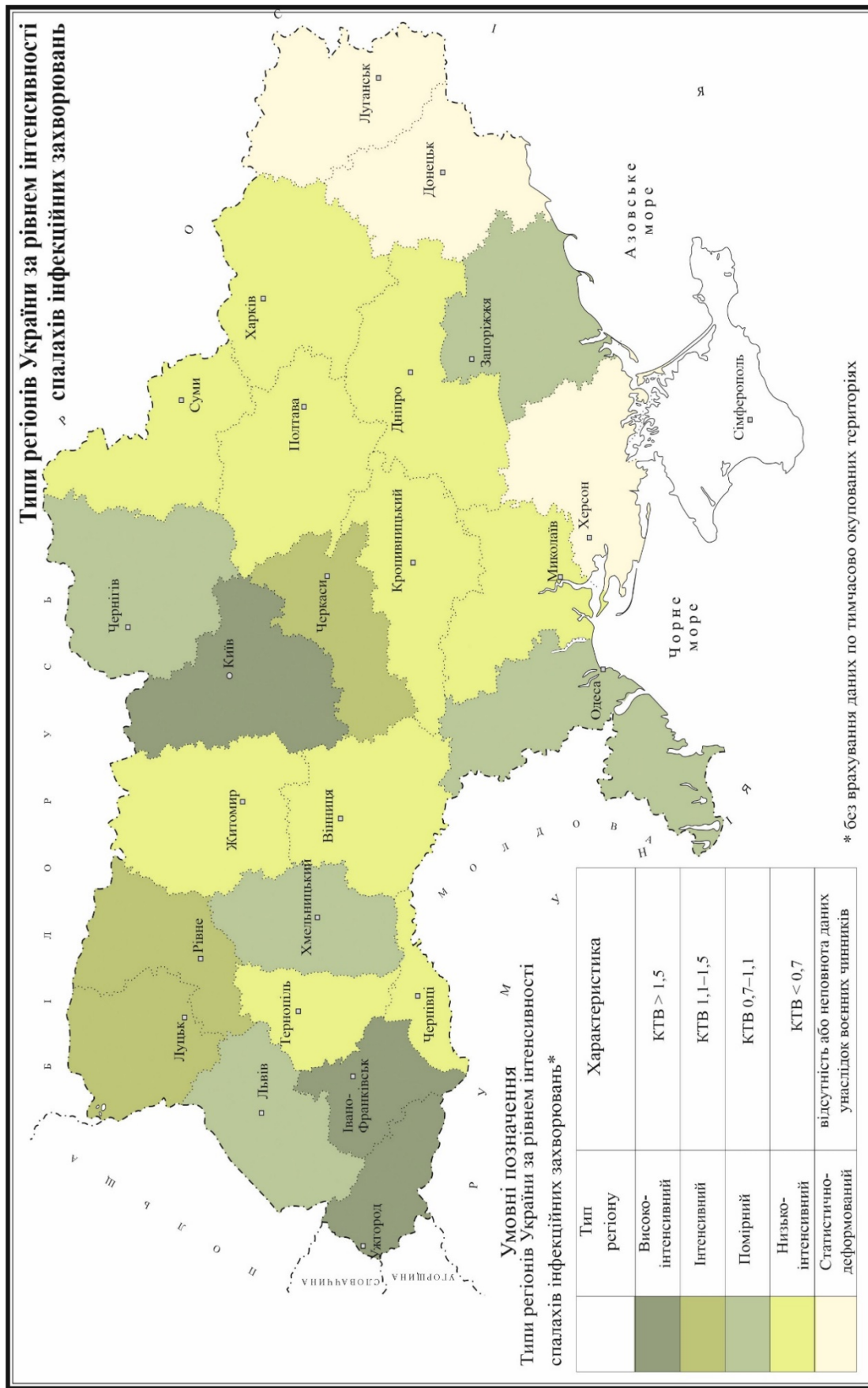


Рис.3.35. Типологія регіонів України за рівнем інтенсивності спалахів інфекційних захворювань 2024р.
 *побудовано автором

епідемічний процес має відносно стабільний характер. Низькоінтенсивні регіони характеризуються незначною кількістю випадків у межах одного спалаху. Окрему групу становлять області статистично деформованої захворюваності, де повноцінний епідеміологічний блок ускладнений воєнними чинниками.

Виявлена територіальна диференціація спалахів інфекційних захворювань відображає структурні особливості медико-географічної ситуації в Україні та нерівномірність функціонування системи епідеміологічного нагляду. Найбільш напружена ситуація формується у регіонах з високою щільністю населення, значною мобільністю населення та активними міжрегіональними контактами. Просторовий аналіз спалахів інфекційних захворювань дозволяє виявити територіальні осередки підвищеного епідемічного ризику та створює аналітичну основу для подальшого інтегрального медико-географічного районування території України.

3.2.8. Просторова диференціація стаціонарного лікування травмованих у регіонах України

Травматизм належить до важливих компонентів сучасної медико-географічної ситуації, оскільки відображає поєднання соціально-економічних, демографічних та інфраструктурних чинників розвитку територій. У суспільно-географічному вимірі кількість осіб, пролікованих у стаціонарних закладах з приводу травм, характеризує рівень травматизації населення, інтенсивність транспортної та виробничої діяльності, а також особливості функціонування системи охорони здоров'я. Просторовий аналіз цих показників дозволяє оцінити територіальну концентрацію травматизму та визначити регіональні відмінності у навантаженні на стаціонарну медичну мережу.

За офіційними статистичними даними у 2024 році у стаціонарних закладах України було проліковано 619 476 травмованих осіб. Середній рівень

по країні становить близько 25,8 тис. осіб на одну область. Водночас просторовий розподіл цього показника є суттєво нерівномірним. У таблиці Г15 (додаток Г) [50, 151] подано регіональні значення кількості пролікованих травмованих та розраховані коефіцієнти територіального розміщення, що характеризують ступінь відхилення регіонального показника від середнього по країні.

Значення коефіцієнта більше одиниці свідчить про підвищену територіальну концентрацію травматизму та більшу інтенсивність стаціонарного лікування, тоді як значення менше одиниці відображає відносно нижчий рівень відповідних показників.

Аналіз даних таблиці Г.15 додатку Г свідчить, що найвищі значення кількості пролікованих травмованих спостерігаються у великих урбанізованих та індустріальних регіонах. Найбільша кількість пацієнтів зафіксована у Харківській області – 51 630 осіб, що відповідає коефіцієнту територіального розміщення 2,00. Високі значення характерні також для міста Києва (46 598 осіб; КТВ 1,81) та Львівської області (44 048 осіб; КТВ 1,71). Значна концентрація випадків спостерігається і в Одеській (35 119 осіб; КТВ 1,36) та Вінницькій (35 877 осіб; КТВ 1,39) областях. У цих регіонах формуються найбільші осередки стаціонарного лікування травматичних ушкоджень, що пов'язано з високою щільністю населення, розвиненою транспортною інфраструктурою та концентрацією медичних закладів рис.3.36.

До групи областей з показниками, близькими до середнього рівня по країні, належать Київська, Рівненська, Сумська, Запорізька та Черкаська області, де коефіцієнт територіального розміщення коливається в межах 1,07-1,23. У цих регіонах стаціонарна допомога травмованим характеризується відносною стабільністю і відповідає середньо державним масштабам медичного навантаження.

Помітно нижчі значення показників характерні для низки західних та північних областей. Зокрема, у Чернігівській області кількість пролікованих становить 14 914 осіб (КТВ 0,58), у Чернівецькій – 15 452 осіб (КТВ 0,60), у

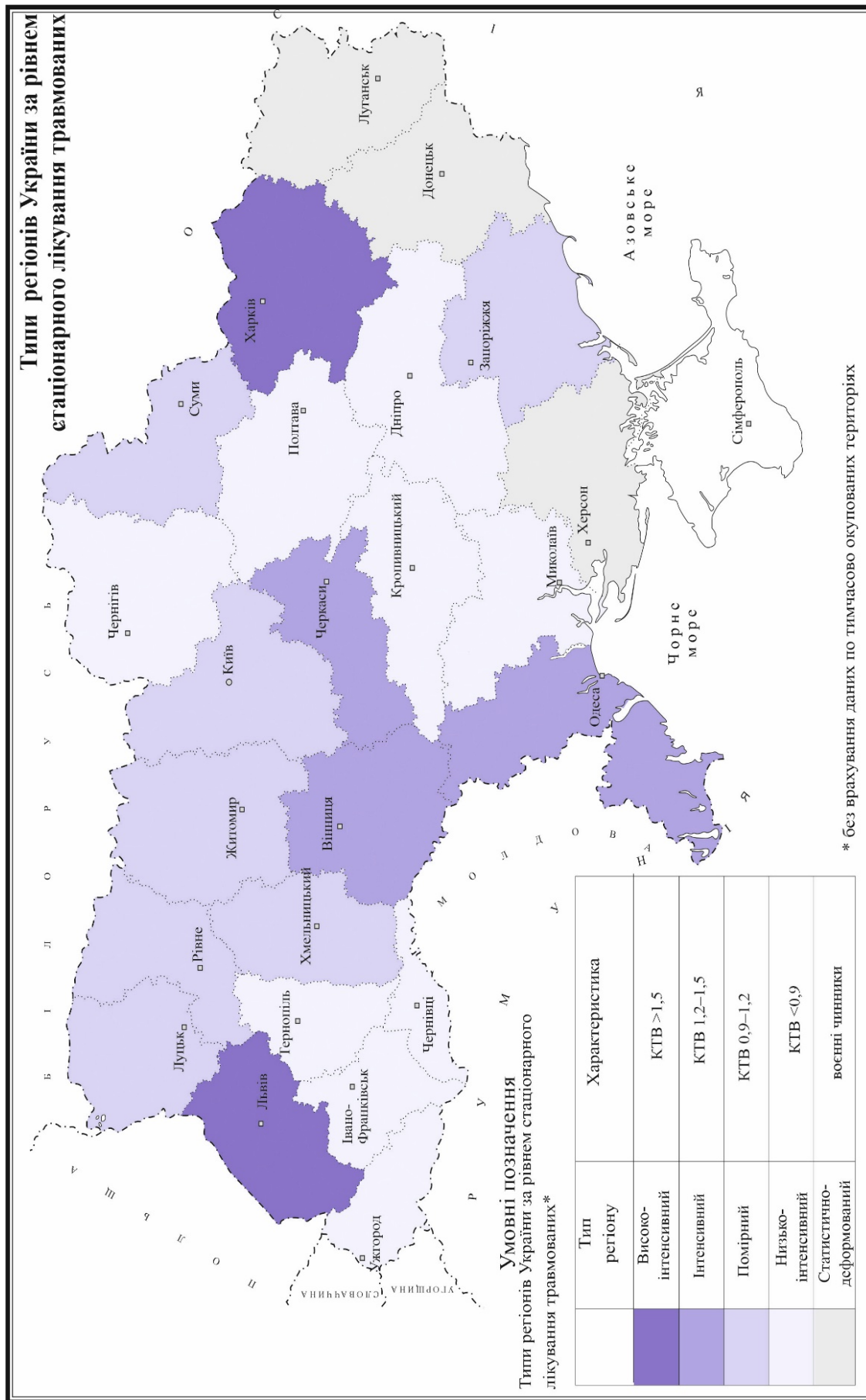


Рис.3.36. Типологія регіонів України за рівнем стаціонарного лікування травмованих * побудовано автором

Миколаївській – 16 728 осіб (КТВ 0,65). Подібні значення відображають відносно менші масштаби травматизму або особливості організації медичної допомоги на цих територіях. Окрему групу складають регіони зі статистично деформованими показниками, що пов'язано з воєнними чинниками та трансформацією системи медичного обліку. Найбільш показовим прикладом є Луганська область, де у 2024 р. зареєстровано лише 53 проліковані особи, що не може відображати реальний стан травматизму. Подібна ситуація спостерігається і в Херсонській області, де кількість пацієнтів становить 2 988 осіб, що відповідає коефіцієнту територіального розміщення 0,12.

На основі розрахованих коефіцієнтів територіального розміщення доцільно виділити кілька типів регіонів за рівнем стаціонарного лікування травмованих Таблица 3.14.

Таблица 3.14

Типологія регіонів України за рівнем КВТ стаціонарного лікування травмованих

Тип регіонів	Характеристика	Регіони
Високоінтенсивний	КТВ >1,5	Харківська, Львівська
Інтенсивний	КТВ 1,2–1,5	Вінницька, Одеська, Черкаська, м. Київ
Помірний	КТВ 0,9–1,2	Житомирська, Київська, Рівненська, Сумська, Запорізька, Хмельницька, Волинська
Низькоінтенсивний	КТВ <0,9	Закарпатська, Івано-Франківська, Кіровоградська, Полтавська, Тернопільська, Миколаївська, Чернівецька, Чернігівська, Дніпропетровська
Статистично деформований	воєнні чинники	Донецька, Луганська, Херсонська

**розроблено автором*

Отримані результати відображають просторову диференціацію травматизму та нерівномірність навантаження на стаціонарну мережу медичних закладів. Найбільша концентрація випадків спостерігається у великих урбанізованих і транспортно-промислових регіонах, де інтенсивність господарської діяльності та щільність населення формують підвищений рівень травматизму. Просторовий аналіз цих показників має важливе значення для комплексної оцінки медико-географічної ситуації може бути використаний як один із часткових індикаторів інтегрального медико-географічного районування території України.

3.2.9. Просторова диференціація стоматологічної захворюваності населення України

Стоматологічна захворюваність є важливим компонентом медико-географічної характеристики стану здоров'я населення, оскільки відображає рівень профілактики, доступність медичної допомоги та особливості територіальної організації системи охорони здоров'я. У структурі загальної захворюваності населення хвороби зубів і порожнини рота належать до найбільш поширених патологій, а тому їх просторовий аналіз дозволяє виявити регіональні особливості функціонування стоматологічної служби, рівень звернення населення за медичною допомогою та ступінь доступності профілактичних і лікувальних стоматологічних послуг.

За даними Міністерства охорони здоров'я України, у 2024 році в закладах охорони здоров'я системи МОЗ було зареєстровано понад 4,7 млн звернень до лікарів-стоматологів, з яких 3,56 млн становили первинні відвідування. У структурі звернень значну частку становлять дитячі контингенти населення – понад 1,1 млн випадків, що свідчить про значну роль профілактичних оглядів та первинної діагностики у системі стоматологічної допомоги. Детальна інформація щодо кількості первинних відвідувань та їх структури подана у додатку Г (табл. Г.17-Г.18).

Просторовий аналіз показує, що територіальна організація стоматологічної допомоги характеризується суттєвою регіональною диференціацією. Найбільші обсяги первинних звернень до стоматологів спостерігаються у великих урбанізованих та демографічно потужних регіонах. Зокрема, у м. Київ зареєстровано понад 109 тис. первинних відвідувань, у Вінницькій (понад 112 тис.), у Дніпропетровській (понад 110 тис.), у Харківській (понад 50 тис.), у Львівській (близько 27 тис.) [50,129]. Високі значення цих показників відображають поєднання значної чисельності населення, розвиненої мережі стоматологічних закладів та вищого рівня звернення населення за медичною допомогою.

Водночас у ряді регіонів кількість первинних стоматологічних звернень є суттєво нижчою. Найменші показники спостерігаються у Чернівецькій, Тернопільській, Хмельницькій та Черкаській областях. Подібна ситуація може бути зумовлена як меншою чисельністю населення, так і особливостями організації стоматологічної допомоги, включаючи значну роль приватного сектору медичних послуг.

Аналіз таблиці Г18 додатку Г показує, що найвищі коефіцієнти територіального розміщення характерні для Вінницької області (1,35), Запорізької (1,16), Житомирської, Харківської та Чернівецької (по 1,12). Це свідчить про підвищений рівень стоматологічної активності населення та більш інтенсивне використання стоматологічних послуг рис.3.37.

Натомість найнижчі значення коефіцієнта характерні для Донецької (0,10) та Херсонської (0,18) областей. Такі значення не відображають реального рівня стоматологічної захворюваності, а є наслідком суттєвої

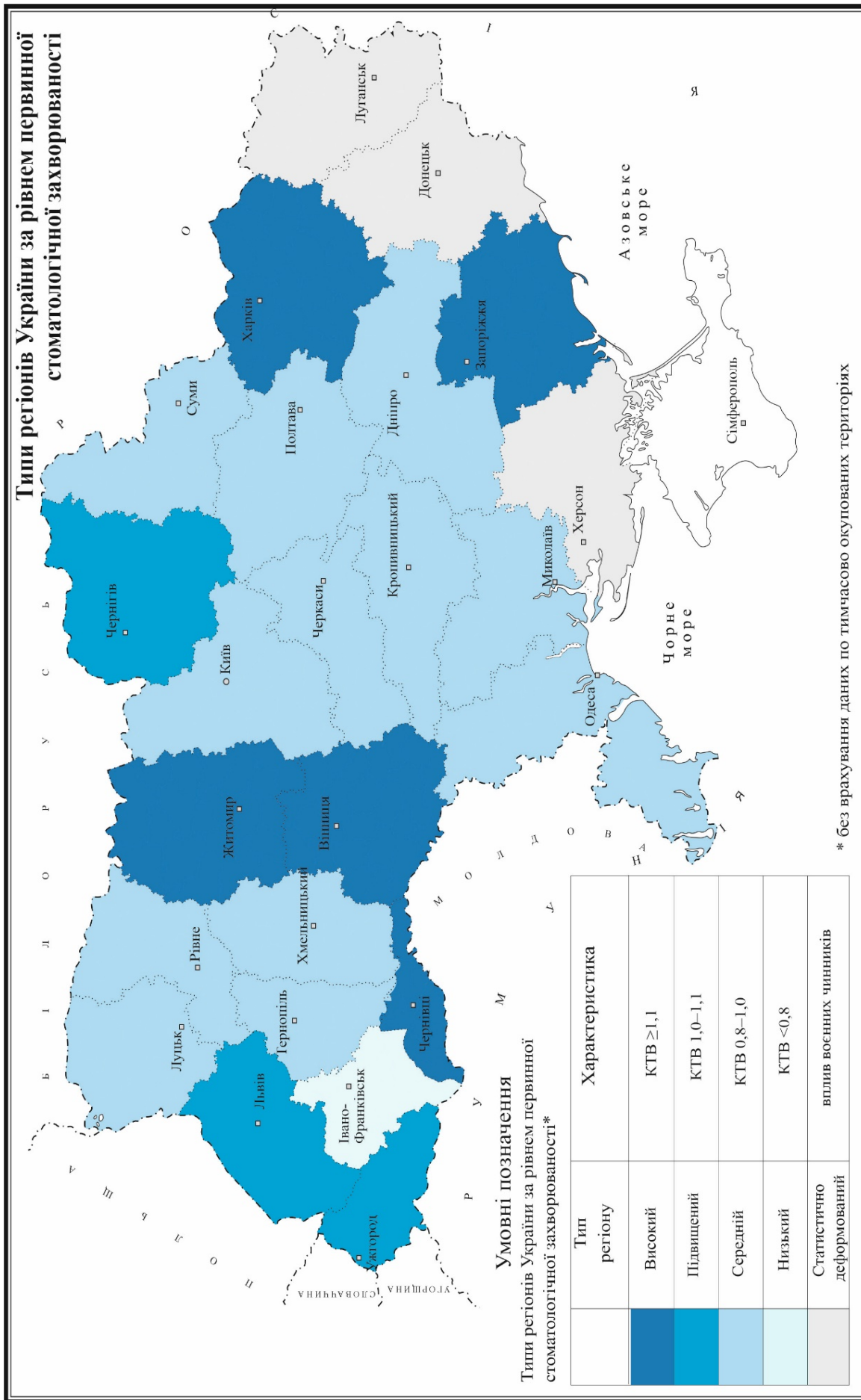


Рис.3.37. Типологія регіонів України за рівнем первинної стоматологічно захворюваності (2024 р.) *побудовано

деформації медичної статистики в умовах воєнних дій та обмеженої доступності медичних послуг.

На основі розрахованих показників було здійснено типологію регіонів України за рівнем стоматологічної захворюваності Таблиця 3.15

Таблиця 3.15

Типологія регіонів України за рівнем КВТ первинної стоматологічної захворюваності

Тип регіонів	Характеристика	Регіони
Високий рівень	КТВ $\geq 1,1$	Вінницька, Запорізька, Житомирська, Харківська, Чернівецька
Підвищений	КТВ 1,0–1,1	Закарпатська, Львівська, Чернігівська
Середній	КТВ 0,8–1,0	Волинська, Дніпропетровська, Київська, Кіровоградська, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Рівненська, Сумська, Тернопільська, Хмельницька, Черкаська
Низький	КТВ $< 0,8$	Івано-Франківська
Статистично деформований	вплив воєнних чинників	Донецька, Херсонська

**розроблено автором*

Просторовий аналіз стоматологічної захворюваності населення України має чітко виражену територіальну диференціацію показників звернення до стоматологічних закладів. У більшості регіонів рівень первинної стоматологічної захворюваності є відносно близьким до середнього рівня по Україні, що свідчить про загалом сформовану та функціонально відносно рівномірну мережу стоматологічної допомоги. Водночас у ряді регіонів спостерігається підвищена інтенсивність звернення до стоматологічних установ, що зумовлено поєднанням демографічної ємності територій, рівня

урбанізації, концентрації медичної інфраструктури та вищої доступності спеціалізованих медичних послуг.

Підвищені показники стоматологічних звернень характерні передусім для урбанізованих і демографічно потужних регіонів, де сформовані значні вузли медичного обслуговування та функціонує розгалужена мережа лікувально-профілактичних закладів. Натомість у частині периферійних областей, де густина населення нижча, а система медичного обслуговування менш концентрована, рівень стоматологічної активності населення є дещо нижчим. Окремі території демонструють статистично деформовані показники, що пов'язано з воєнними чинниками, міграційними процесами та трансформацією мережі медичних установ.

Отримані результати доповнюють загальну картину медико-географічної диференціації захворюваності населення України і можуть бути використані при подальшому медико-географічному районуванні території країни. Показники стоматологічної захворюваності виступають одним із важливих часткових індикаторів стану здоров'я населення, оскільки вони відображають рівень розвитку системи медичного обслуговування та дозволяють оцінити просторові особливості функціонування стоматологічної допомоги в межах різних регіонів України. У цьому контексті аналіз стоматологічної захворюваності слугує складовою комплексного дослідження територіальних відмінностей медико-географічної ситуації та формує інформаційну основу для обґрунтування регіонально диференційованих заходів у сфері громадського здоров'я.

3.2.10. Територіальна диференціація госпіталізованої захворюваності дітей віком до одного року в Україні

Захворюваність дітей раннього віку належить до ключових показників, що характеризують стан громадського здоров'я та соціально-економічні умови життєдіяльності населення. У суспільно-географічному аспекті

госпіталізована захворюваність дітей віком до одного року відображає складну взаємодію демографічних, медико-організаційних та соціально-економічних чинників, що формують територіальну структуру системи охорони здоров'я. Просторовий аналіз цих показників дозволяє оцінити рівень доступності стаціонарної медичної допомоги, виявити регіональні диспропорції у функціонуванні педіатричної служби та визначити території підвищеної медико-санітарної напруженості.

За офіційними статистичними даними, у 2024 році середній рівень госпіталізації дітей віком до одного року в Україні становив 508,81 випадку на 1000 дітей відповідного віку (табл. Г.19, додаток Г) [50,128,139, 151].

Структура госпіталізованої захворюваності характеризується домінуванням хвороб органів дихання, показник яких становив 144,69 випадку на 1000 дітей, що майже у шість разів перевищує рівень госпіталізації з приводу інфекційних захворювань. Значною також є частка деяких інфекційних та паразитарних хвороб (32,88), пневмоній (24,26) та хвороб нервової системи (23,27). Порівняно нижчими є показники госпіталізації з приводу новоутворень, ендокринної патології та хвороб системи кровообігу.

Територіальний аналіз госпіталізованої захворюваності свідчить про значну просторову диференціацію показників. Найвищі рівні госпіталізації дітей віком до одного року спостерігаються у Житомирській (774,64 випадку на 1000 дітей), Черкаській (696,54), львівській (685,70), Вінницькій (670,06) та Хмельницькій (669,94) областях. У цих регіонах показники перевищують середній рівень по Україні більш ніж у 1,3-1,5 раза. Підвищені значення госпіталізації також характерні для Полтавської, Івано-Франківської, Закарпатської, Рівненської, Миколаївської та Кіровоградської областей [151].

Натомість у частині регіонів рівень госпіталізованої захворюваності є нижчим за середньо український. До таких територій належать Запорізька (311,02), Харківська (438,93), Київська (413,93) та Чернівецька (478,23) області. Особливо низькі значення показників спостерігаються у Донецькій (83,14), Херсонській (61,30) та Луганській (1,94) областях, значною мірою

пояснюється впливом воєнних чинників, порушенням функціонування медичної інфраструктури та неповнотою статистичного обліку.

Для більш об'єктивного аналізу територіальних відмінностей було розраховано коефіцієнти територіального розміщення госпіталізованої захворюваності дітей віком до одного року, що відображають співвідношення регіонального показника до середньо рівня по Україні (табл. Г20, додаток Г). Значення коефіцієнта більше одиниці свідчить про підвищену концентрацію госпіталізацій у відповідному регіоні, тоді як значення менше одиниці характеризує відносно нижчий рівень госпіталізованої захворюваності.

Аналіз коефіцієнтів територіального розміщення показує, що найбільш високі значення КТР загального рівня госпіталізації характерні для Житомирської області (1,52), Черкаської (1,37), Львівської (1,35), Вінницької (1,32) та Хмельницької (1,32) областей. У цих регіонах сформувалися локальні територіальні осередки підвищеної госпіталізованої захворюваності дітей раннього віку рис.3.38.

Водночас у ряді регіонів значення коефіцієнтів територіального розміщення є нижчим за одиницю, про відносно нижчу інтенсивність госпіталізації. До цієї групи належать Волинська, Сумська, Тернопільська, Чернігівська, Київська, Харківська та Чернівецька області. Найнижчі значення коефіцієнтів характерні для Донецької, Херсонської та Луганської областей, де значною мірою проявляється вплив воєнних чинників.

Особливу увагу привертає структура окремих нозологічних груп. Зокрема, у м. Києві показники госпіталізації з приводу новоутворень становлять 10,67 випадку на 1000 дітей, що відповідає коефіцієнту територіального розміщення 2,31, тоді як показник госпіталізації з приводу злоякісних новоутворень становить 3,95, що відповідає КТР 5,56. Це свідчить про високу концентрацію спеціалізованої онкологічної допомоги в столиці, де зосереджені провідні медичні заклади країни.

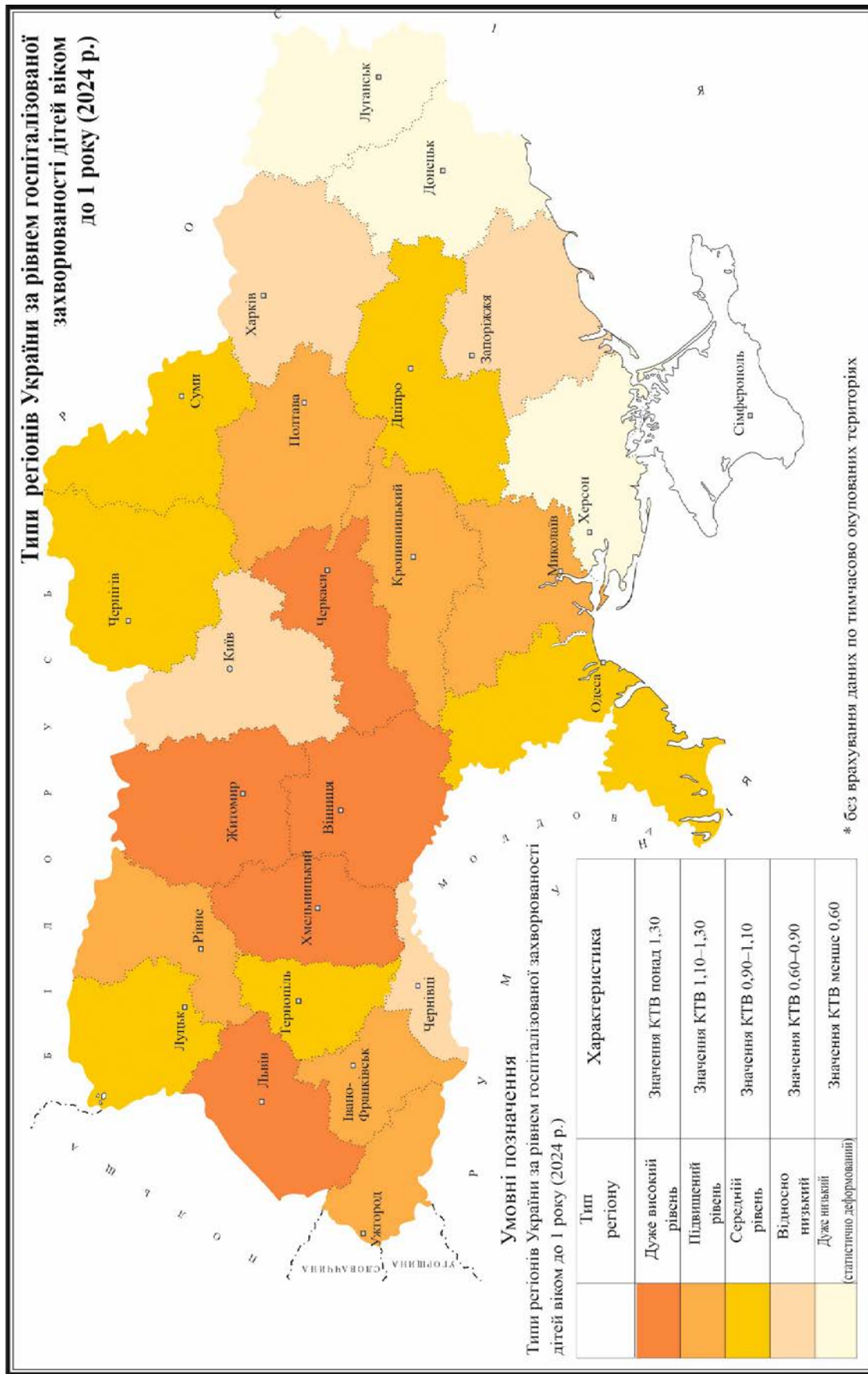


Рис.3.38. Типологія регіонів України за рівнем госпіталізованої захворюваності дітей віком до 1 року (2024 р.) *побудовано автором

На основі розрахованих коефіцієнтів територіального розміщення було здійснено типологію регіонів України за рівнем госпіталізованої захворюваності дітей віком до одного року (табл. 3.16. рис.3.38).

Таблиця 3.16

Типологія регіонів України за рівнем КТВ госпіталізованої захворюваності дітей віком до 1 року (2024 р.)

Тип регіонів	Значення КТВ	Регіони
Дуже високий рівень	КТВ понад 1,30	Житомирська, Черкаська, Львівська, Вінницька, Хмельницька
Підвищений рівень	КТВ 1,10–1,30	Полтавська, Івано-Франківська, Закарпатська, Рівненська, Миколаївська, Кіровоградська
Середній рівень	КТВ 0,90–1,10	Одеська, Дніпропетровська, Волинська, Сумська, Тернопільська, Чернігівська, м. Київ
Відносно низький рівень	КТВ 0,60–0,90	Київська, Харківська, Чернівецька, Запорізька
Дуже низький рівень (статистично деформований)	КТВ менше 0,60	Донецька, Херсонська, Луганська

**розроблено автором*

Проведена типологія показує, що найбільш високі рівні госпіталізованої захворюваності дітей віком до одного року характерні для центральних та частини західних регіонів України, тоді як у східних і південних областях показники є значно нижчими. Така територіальна структура значною мірою відображає поєднання демографічних особливостей населення, рівня розвитку медичної інфраструктури та сучасних соціально-економічних умов.

Отримані результати доповнюють загальну картину медико-географічної диференціації здоров'я населення України і можуть бути

використані при проведенні подальшого медико-географічного районування території країни. Показники госпіталізованої захворюваності дітей раннього віку виступають важливим частковим індикатором оцінки ефективності функціонування системи охорони здоров'я та рівня доступності педіатричної допомоги на регіональному рівні.

3.3. Інтегральне медико-географічне районування захворюваності населення України

Інтегральне районування захворюваності населення України за системою коефіцієнтів територіального відхилення ґрунтується на суспільно-географічному розумінні території як складної багатокompетентної системи, в межах якої медико-географічні, епідеміологічні, соціально-поведінкові та вікові процеси формують неоднакові за інтенсивністю та структурою просторові поєднання ризиків. У такому підході районування виступає не просто технікою класифікації регіонів, а способом виявлення територіальної організації захворюваності, її просторової неоднорідності, районів концентрації, зон відносного зниження та перехідних територій. Саме тому методика має спиратися на системний принцип узагальнення, за якого первинні індикатори поєднуються у функціонально однорідні блоки, а вже далі інтегруються в єдиний індекс медико-географічної напруженості.

Вихідною інформаційною основою районування є матриця коефіцієнтів територіального відхилення, сформована для регіонів України. Логіка цієї системи полягає в тому, що значення 1,0 відповідає середньоукраїнському рівню, значення понад 1,0 відображає перевищення загальнодержавного фону, а значення менше 1,0 свідчить про рівень, нижчий за середній. Завдяки такій попередній уніфікації індикаторів відпадає потреба у додатковій стандартизації чи нормуванні змінних, оскільки всі вони вже приведені до порівнянної безрозмірної форми. Це суттєво посилює методичну чистоту інтегрального районування, оскільки дозволяє зосередитися не на технічному

узгодженні шкал, а на змістовому групуванні показників та інтерпретації отриманих просторових відмінностей.

З позицій системно-територіального аналізу наявний масив з 30 показників КТВ доцільно об'єднати у п'ять аналітичних блоків.

Перший блок складає серцево-судинні та цереброваскулярні ризики і включає коефіцієнти територіального ризику інфарктів та інсультів.

Другий блок відображає онкологічний профіль регіонів і охоплює загальний коефіцієнт територіального ризику онкології, а також його структурні модифікації за типом поселення, статтю, працездатним населенням, дитячим контингентом і лейкозами.

Третій блок характеризує інфекційно-епідеміологічну ситуацію та поєднує показники вірусних гепатитів В і С, туберкульозу, ВІЛ, СНІДу та інфекційної захворюваності загалом.

Четвертий блок відображає поведінково-травматичну компонентну ризику і включає наркологічні розлади, алкоголічні розлади, травматизм унаслідок ДТП та первинну стоматологічну захворюваність.

П'ятий блок характеризує захворюваність дітей до одного року і охоплює як загальні, так і нозологічно деталізовані індикатори інфекційних, кишкових, пухлинних, ендокринних, нервових, респіраторних та травматичних уражень табл. 3.16.

Таке блокування має принципове значення, оскільки воно дозволяє перейти від простої суми ознак до функціонально впорядкованої системи показників. Інакше кажучи, районування вибудовується не за хаотичним набором медичних індикаторів, а за п'ятьма змістовими підсистемами, кожна з яких відображає окремий вимір територіальної медико-географічної ситуації. У результаті інтегральний індекс регіону фіксує не ізольовану патологію, а

Таблиця 3.16

Склад аналітичних блоків інтегрального районування захворюваності населення України за системою КТВ

Блок	Назва блоку	Показники, включені до блоку	Змістове призначення блоку
I	Серцево-судинний та цереброваскулярний блок.	КТВ інфаркти; КТВ інсульту	Відображає просторову інтенсивність серцево-судинної патології як одного з базових компонентів медико-географічної ситуації
II	Онкологічний	КТВ заг. онкологія; КТВ онкологія сільська місцевість; КТВ онкологія міська місцевість; КТВ онкологія чоловіки; КТВ онкологія жінки; КТВ онкологія прездат населення; КТВ онкологія діти; КТВ лейкози	Характеризує територіальну структуру онкологічної захворюваності та її внутрішню соціально-демографічну диференціацію
III	Інфекційно-епідеміологічний	КТВ ВГВ; КТВ ВГС; КТВ туберкульоз; КТВ ВІЛ; КТВ СНІД; КТВ інфекційні захворювання	Репрезентує інфекційний компонент медико-географічного ризику та дозволяє оцінити регіональні відмінності поширення соціально небезпечних і масових інфекцій
IV	Поведінково-травматичний	КТВ наркотичні розлади; КТВ алкоголічні розлади; КТВ травмовані в ДТП; КТВ первинна стоматологічна захворюваність	Відображає захворюваність і ураження, пов'язані зі способом життя, поведінковими практиками та зовнішніми чинниками
V	Неонатально-дитячий	КТВ дітей до 1 року заг.; КТВ дітей до 1 року інфекційні захворювання; КТВ дітей до 1 року кишкові захворювання; КТВ дітей до 1 року новоутворення; КТВ дітей до 1 року злоякісні новоутворення; КТВ дітей до 1 року ендокринні захворювання;	Дає змогу оцінити ранньовікову вразливість населення та територіальні відмінності дитячої захворюваності як індикатора якості середовища життя і доступності медичної допомоги

		КТВ дітей до 1 року нервової системи; КТТ дітей до 1 року хвороби дихальних шляхів; КВТ дітей до 1 року пневмонія; КТВ дітей до 1 року травми	
--	--	--	--

**Примітка. Усі показники представлені у формі коефіцієнтів територіального відхилення, де значення 1,0 відповідає середньому рівню по Україні, значення понад 1,0 свідчить про перевищення середньо державного фону, а значення менше 1,0 – про нижчий від середнього рівень.*

сукупний ефект взаємодії кількох блоків ризику. Це особливо важливо для суспільно-географічного аналізу, де об'єктом є не лише рівень захворюваності як такий, а її територіальна комбінація, профіль і просторова конфігурація.

На першому етапі методики для кожного регіону обчислюються блокові індекси. У межах кожного блоку використовувалося середнє арифметичне значення часткових коефіцієнтів територіального ризику. Відповідна формула має вигляд:

$$I_{b_i} = \frac{\sum_{j=1}^n x_{ij}}{n}$$

де I_{b_i} - індекс i -го блоку для i -го регіону, x_{ij} - значення j -го показника у складі відповідного блоку, n - кількість показників у блоці. Застосування саме середнього арифметичного є методично виправданим, оскільки всі часткові коефіцієнти вже уніфіковані відносно середньо українського рівня і мають єдину інтерпретаційну шкалу. Для поодиноких пропусків «-» блоковий індекс обчислювався за фактично наявними значеннями, що дозволяє уникнути штучного заниження результату через механічне підставлення нульових величин.

На другому етапі розраховувався інтегральний індекс регіону як середнє арифметичне п'яти блокових індексів:

$$I_{int_i} = \frac{I_{кард} + I_{онк} + I_{інф} + I_{повед} + I_{дит}}{5}$$

де I_{int_i} - інтегральний індекс медико-географічної напруженості i -го регіону, $I_{кард}$ - серцево-судинний та цереброваскулярний блок, $I_{онк}$ - онкологічний блок, $I_{інф}$ - інфекційно-епідеміологічний блок, $I_{повед}$ - поведінково-травматичний блок, $I_{дит}$ - блок захворюваності дітей до одного року. У базовій моделі всі блоки вважалися рівнозначними, що відповідає завданню первинного інтегрального районування. Такий підхід дозволяє уникнути довільного завищення ролі окремої нозологічної групи й зберігає баланс між різними компонентами територіального ризику.

Для інтерпретації інтегрального індексу застосовано шкалу, яка безпосередньо узгоджується з логікою коефіцієнтів територіального відхилення. Якщо індекс перевищує 1,20, регіон належить до типу дуже високої інтегральної медико-географічної напруженості. Інтервал 1,00-1,19 відповідає високому рівню. Значення 0,80-0,99 характеризують підвищений рівень. Інтервал 0,60-0,79 відповідає середньому рівню, а значення менше 0,60 – низькому рівню. Важливо підкреслити, що в даній методиці «низький» рівень не завжди означає об'єктивно сприятливу ситуацію, оскільки в умовах війни для окремих регіонів він може бути пов'язаний із неповнотою статистичного обліку, демографічними втратами та порушенням медичної реєстрації.

Розглянемо більш детальний аналіз аналітичних блоків інтегрального районування (табл.Г21 додаток Г рис.3.39)

Серцево-судинний та цереброваскулярний блок є базовим структурним елементом інтегрального районування, оскільки саме серцево-судинні захворювання формують одну з головних складових захворюваності та смертності населення[52]. Цей блок поєднує коефіцієнти територіального відхилення інфарктів та інсультів, тобто двох найбільш соціально значущих нозологій системи кровообігу. Їх включення до інтегральної схеми є методично виправданим, оскільки вони відображають не лише медичний стан населення,

а й територіально диференційовану дію демографічних, поведінкових, соціально-економічних та інфраструктурних чинників.

За результатами розрахунків найвищі значення серцево-судинного та цереброваскулярного блоку (табл. 3.17) зосереджені у Полтавській (1,420), Дніпропетровській (1,300), Хмельницькій (1,260), Харківській (1,220), Чернівецькій (1,195) та Львівській (1,185) областях. Відносно середньо українського рівня, прийнято за 1,0 це означає формування територіального ареалу підвищеної серцево-судинної та цереброваскулярної напруженості, у межах якого перевищення національного фону має не поодинокий, а системно відтворюваний характер. Це дає підстави виокремити групу регіонів із найбільшою серцево-судинною та цереброваскулярною напруженістю, де інфаркти та інсульти формують один із провідних напрямів медико-географічної диференціації. У територіальному плані така ситуація відображає поєднання демографічного старіння, значної поширеності хронічної патології системи кровообігу, поведінкових чинників ризику та відмінностей у доступності профілактики, раннього виявлення і спеціалізованого лікування. Найнижчі значення зафіксовано у Херсонській (0,340), Донецькій (0,395) та Луганській (0,000) областях. Для цих територій знижені індекси не можуть розглядатися як ознака сприятливої ситуації, оскільки істотно залежать від воєнних порушень статистичного обліку та реєстрації випадків. Отже, серцево-судинна та цереброваскулярна складова виразно окреслює регіони стійкої концентрації серцево-судинної та цереброваскулярної патології та території, де сучасна облікова база є суттєво ослабленою.

Дані розрахунків (табл.Г21 додаток Г Рис.3.39.) найвищі індексні значення онкологічної складової зосереджені у Черкаській (1,757), Чернігівській (1,620), Кіровоградській (1,590), Хмельницькій (1,406), Житомирській (1,369) та Тернопільській (1,347) областях. Це дає підстави виокремити просторово дисперсну групу регіонів із підвищеною онкологічною напруженістю, у межах якої онкологічна патологія виступає одним із провідних чинників медико-географічної диференціації. Йдеться не

про суцільний територіальний ареал, а про типологічно споріднену сукупність областей, для яких характерне стійке перевищення загального фонду та відчутна роль онкологічної захворюваності у формуванні регіонального профілю захворюваності населення. У суспільно-географічному аспекті така ситуація відображає поєднання демографічного старіння, накопичення хронічної патології, територіальних відмінностей у способі життя населення, специфіки природних і соціально-середовищних умов, а також нерівномірності профілактичних оглядів, раннього виявлення та доступу до спеціалізованої онкологічної допомоги. Найнижчі значення онкологічної складової встановлено у Луганській (0,084), Донецькій (0,223) та Херсонській (0,378) областях, однак такі показники не можуть розглядатися як свідчення реального онкологічного благополуччя, оскільки вони сформувалися в умовах воєнної дестабілізації медико-статистичного обліку, значних міграційних втрат населення та неповноти реєстрації нових випадків. Отже, онкологічна складова відображає виразну територіальну контрастність між регіонами з підвищеною концентрацією онкологічного ризику та територіями, де сучасна статистична картина істотно деформована впливом воєнних процесів.

Аналіз результатів розрахунку інфекційно-епідеміологічної складової (табл. 3.17) показує, що найвищі індексні значення спостерігаються у Дніпропетровській (1,537), Київській (1,042), Закарпатській (0,727), Івано-Франківській (0,702), Полтавській (0,642) та Вінницькій (0,598) областях. У сукупності це окреслює регіони, в яких інфекційний компонент найбільш відчутно впливає на загальну структуру захворюваності. Така ситуація може бути пов'язана з високою інтенсивністю соціальних контактів, міграційним рухом населення, урбанізаційним навантаженням, соціальною неоднорідністю та різною результативністю системи громадського здоров'я. Найменші значення властиві Тернопільській (0,157), Житомирській (0,177) та Херсонській (0,203) областям. Для окремих регіонів така ситуація відображає не лише нижчу інтенсивність інфекційної патології, а й обмеженість статистичного охоплення та неповноту обліку. Отже, інфекційно-

епідеміологічна складова формує контрастну картину, в межах якої окремі області виступають осередками підвищеного інфекційного навантаження.

Результати розрахунків (табл.Г21 додаток Г Рис.3.39.) фіксують найвищі індексні значення поведінково-травматичної складової виявлено у Хмельницькій (3,513), Київській (2,465), Черкаській (2,047), Вінницькій (1,657), Запорізькій (1,525) та Рівненській (1,433) областях. Це засвідчує, що саме соціально зумовлені та травматичні чинники в зазначених регіонах істотно посилюють загальну медико-географічну напруженість. У змістовому відношенні йдеться про вплив девіантних поведінкових практик, транспортної небезпеки, особливостей міського середовища та нерівномірності профілактичної роботи. Найнижчі значення встановлено у Дніпропетровській (0,475), Миколаївській (0,497) та Луганській (0,507) областях. У частині випадків такі показники відображають не послаблення реального ризику, а звуження можливостей повного обліку окремих видів патології й травматизму. Отже, поведінково-травматична складова найбільш рельєфно виявляє регіони, де соціальне середовище та антропогенні навантаження виступають вагомими генераторами захворюваності.

Найвищі індексні значення неонатально-дитячої складової (табл.Г21 додаток Г Рис.3.39.) зосереджені у Львівській (1,495), Житомирській (1,382), Вінницькій (1,342), Черкаській (1,309), Рівненській (1,134) та Одеській (1,101) областях. Це дає підстави виокремити просторово дисперсну групу регіонів із підвищеною ранньодитячою вразливістю, у межах якої захворюваність дітей одного до одного року істотно впливає на загальний медико-географічний профіль території. У суспільно-географічному аспекті така конфігурація відображає сукупну дію стану материнського здоров'я, якості життєвого середовища, санітарно-побутових умов, результативності патронажної служби та доступності первинної медичної допомоги. Найнижчі значення встановлено у Херсонській (0,113), Донецькій (0,132) та Київській (0,546) областях, тоді як для Луганської області цей блок не розраховувався через відсутність повного

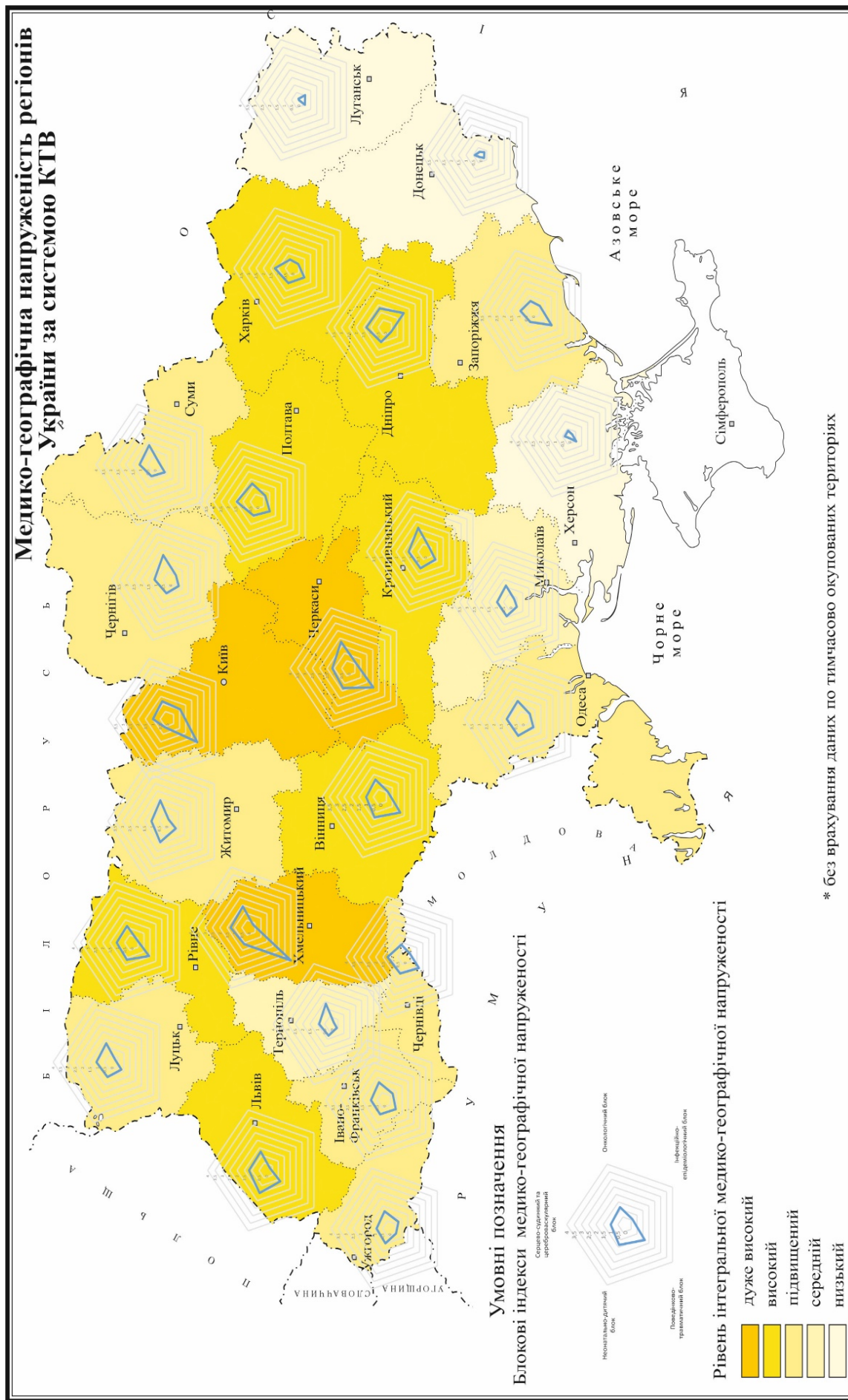


Рис.3.39. Інтегральне районування медико-географічної напруженості регіонів України * побудовано автором

масиву даних. Для прифронтових і частково окупованих територій такі величини слід тлумачити з урахуванням обмеженості статистичної бази та порушення повноти медичного обліку. Отже, неонатально-дитяча складова є чутливим індикатором територіальних відмінностей якості соціально-медичного середовища та рівня ранньовікової захворюваності.

Слід зазначити, що медико-географічна неоднорідність регіонів України формується під впливом різних за змістом і силою складових, які по-різному поєднуються в межах окремих територій. У одних областях визначальну роль відіграє серцево-судинний та цереброваскулярний компонент, в інших - онкологічний, інфекційно-епідеміологічний, поведінково-травматичний або неонатально-дитячий. Саме тому подальший етап дослідження має ґрунтуватися не лише на фіксації абсолютних величин блокових індексів, а й на виявленні їх внутрішнього співвідношення у структурі інтегрального показника. Такий підхід дає змогу перейти від простого ранжування регіонів до їх змістовної типологізації, тобто до виокремлення територіальних типів за домінуючим профілем ризику. У методологічному відношенні це означає перехід від аналітичного розкладу інтегрального показника на складові до синтетичного узагальнення, у межах якого встановлюється, який саме блок визначає медико-географічну специфіку регіону. Отже, типологія регіонів за домінуючим блоком ризику є логічним продовженням блокового аналізу й водночас завершальним етапом інтегрального районування, що дозволяє розкрити структурну своєрідність територіальної організації захворюваності населення України.

Результати розрахунку засвідчили, що найвищий рівень інтегральної медико-географічної напруженості мають Хмельницька, Черкаська та Київська області. Вони характеризуються поєднанням високих або дуже високих значень у кількох блоках одночасно, особливо в онкологічному та поведінково-травматичному. До групи високого рівня належать Вінницька, Дніпропетровська, Львівська, Полтавська, Рівненська та Кіровоградська області. Найчисельнішою виявилася група підвищеного рівня, до якої ввійшли

Одеська, Чернігівська, Житомирська, Івано-Франківська, Чернівецька, Волинська, Запорізька, Закарпатська, Сумська та Харківська області. Середній рівень інтегральної напруженості зафіксовано у Миколаївській та Тернопільській областях. Найнижчі значення отримано Херсонської, Луганської та Донецької областей, однак ці результати мають інтерпретуватися з істотним застереженням, оскільки відображають не лише фактичну епідеміологічну ситуацію, а й воєнно зумовлені деформації статистики.

Отже, запропонована методика інтегрального районування дає змогу перейти від множини окремих медико-статистичних індикаторів до цілісної територіальної типології регіонів України. Її перевага полягає в поєднанні системного підходу, функціонального блокування показників, єдиної інтерпретаційної шкали та можливості подальшого картографування отриманих типів. У прикладному відношенні така схема може бути використана як аналітична основа для виділення пріоритетних регіонів державної та регіональної політики у сфері охорони здоров'я, для виявлення специфіки ризикових профілів окремих територій, а також для наступного етапу поглибленого типологічного та проблемного районування.

Таким чином, інтегральне районування на основі системи коефіцієнтів територіального відхилення дозволило встановити, що медико-географічний простір України має чітко виражену внутрішню диференціацію, сформовану нерівномірним поєднанням серцево-судинних та цереброваскулярних, онкологічних, інфекційно-епідеміологічних, поведінково-травматичних і неонатально-дитячих ризиків. Найвищий рівень інтегральної напруженості характерний для центральних і частково західних регіонів, тоді як низькі значення у частині регіонів південного сходу потребують обережної інтерпретації через воєнно зумовлену деформацію статистики. У методологічному плані це підтверджує доцільність блокового підходу до узагальнення медико-географічних показників і засвідчує, що інтегральний індекс є ефективним інструментом виявлення просторових типів захворюваності. У прикладному відношенні отримані результати можуть бути

використані для побудови карти інтегрального районування, для подальшої типологізації регіонів за домінуючим профілем ризику та для обґрунтування диференційованої регіональної політики у сфері охорони здоров'я.

Важливим продовженням інтегрального районування є визначення не лише загального рівня медико-географічної напруженості, а й того, який саме блок ризику відіграє провідну роль у структурі регіонального профілю захворюваності. Якщо інтегральний індекс відображає сумарний результат взаємодії п'яти блоків, то типологія за домінуючим блоком дає змогу виявити головний структуроутворювальний чинник медико-географічної ситуації в кожному регіоні. Такий підхід має особливе значення для суспільно-географічного аналізу, оскільки дозволяє перейти від кількісного ранжування територій до їх якісної профілізації.

Методично домінуючий блок визначався як той, що має найбільшу частку у сумі п'яти блокових індексів регіону. У такий спосіб кожен регіон відносився до одного з п'яти типів: серцево-судинного та цереброваскулярного, онкологічного, інфекційно-епідеміологічного, поведінково-травматичного або неонатально-дитячого. Для регіонів, де різниця між двома провідними блоками була мінімальною, можливе додаткове уточнення змішаного типу, однак для базового районування доцільно фіксувати саме той блок, який має максимальний структурний внесок (табл. 3.17).

Розроблена типологія засвідчує, що в медико-географічному просторі України домінують чотири основні профілі територіальної напруженості, тоді як один із блоків інфекційно-епідеміологічний формує провідний тип лише в окремих регіонах. Найпоширенішим виявився онкологічний тип, до якого належать Волинська, Закарпатська, Івано-Франківська, Кіровоградська, Миколаївська, Одеська, Сумська, Тернопільська та Чернігівська області. Це означає, що саме онкологічний блок у цих регіонах має найбільший структурний внесок у формування інтегрального показника, а отже, саме

онкологічна захворюваність виступає провідною віссю їх медико-географічного профілю.

Таблиця 3.17

Типологія регіонів України за домінуючим блоком ризику

Регіон	Домінуючий блок	Частка домінуючого блоку у структурі інтегрального показника, %	Тип регіону
Вінницька	поведінково-травматичний	28,9	поведінково-травматичний
Волинська	онкологічний	28,7	онкологічний
Дніпропетровська	інфекційно-епідеміологічний	27,7	інфекційно-епідеміологічний
Донецька	серцево-судинний та цереброваскулярний	29,4	серцево-судинний та цереброваскулярний
Житомирська	неонатально-дитячий	29,2	неонатально-дитячий
Закарпатська	онкологічний	26,9	онкологічний
Запорізька	поведінково-травматичний	35,2	поведінково-травматичний
Івано-Франківська	онкологічний	25,3	онкологічний
Київська	поведінково-травматичний	39,6	поведінково-травматичний
Кіровоградська	онкологічний	31,6	онкологічний
Луганська	інфекційно-епідеміологічний	47,1	інфекційно-епідеміологічний*
Львівська	неонатально-дитячий	27,8	неонатально-дитячий
Миколаївська	онкологічний	29,3	онкологічний
Одеська	онкологічний	24,8	онкологічний
Полтавська	серцево-судинний та цереброваскулярний	27,3	серцево-судинний та цереброваскулярний
Рівненська	поведінково-травматичний	28,2	поведінково-травматичний
Сумська	онкологічний	30,4	онкологічний
Тернопільська	онкологічний	38,0	онкологічний
Харківська	серцево-судинний та цереброваскулярний	29,0	серцево-судинний та цереброваскулярний
Херсонська	поведінково-травматичний	34,4	поведінково-травматичний*
Хмельницька	поведінково-травматичний	46,3	поведінково-травматичний
Черкаська	поведінково-травматичний	30,0	поведінково-травматичний
Чернівецька	серцево-судинний та цереброваскулярний	25,6	серцево-судинний та цереброваскулярний
Чернігівська	онкологічний	34,0	онкологічний

*розраховано автором

* Для Донецької, Луганської та Херсонської областей типологічна інтерпретація потребує обережності у зв'язку з воєнно зумовленою неповнотою статистичного обліку.

Просторово цей тип охоплює як західні, так і центральні та південні регіони, що свідчить про широку територіальну поширеність онкологічно орієнтованої моделі ризику. Другою за поширеністю є група поведінково-травматичного типу, до якої належать Вінницька, Запорізька, Київська, Рівненська, Херсонська, Хмельницька та Черкаська області. Для цих регіонів визначну роль у формуванні інтегрального показника відіграє блок, пов'язаний із наркотичними та алкоголічними розладами, травматизмом унаслідок ДТП і первинною стоматологічною захворюваністю. У територіальному вимірі це означає, що загальна медико-географічна напруженість тут значною мірою детермінується соціально-поведінковими та антропогенними чинниками. Особливо виразним є домінування цього блоку в Київській Хмельницькій областях, де його значна частка перевищує дві п'ятих загальної структури.

Менш численною, але виразною є група серцево-судинного та цереброваскулярного типу, до якої входять Донецька, Полтавська, Харківська та Чернівецька області. У цих регіонах найбільший структурний внесок у формування інтегрального показника забезпечує блок інфарктів та інсультів. Це дає підстави розглядати їх як території, де серцево-судинна патологія є головним елементом медико-географічного профілю. При цьому для Полтавської та Харківської областей серцево-судинний та цереброваскулярний тип має змістово стійкий характер, тоді як для Донецької області його інтерпретація ускладнюється впливом воєнного чинника на повноту статистики.

Неонатально-дитячий тип представлений Житомирською та Львівською областями. У цих регіонах найбільшу частку у структурі інтегрального показника має блок захворюваності дітей до одного року, що дозволяє трактувати їх як території з підвищеною роллю ранньодитячої патології у формуванні загального медико-географічного профілю. З позицій суспільної географії це особливо важливо, оскільки неонатально-дитячий тип відображає

не лише суто медичну ситуацію, а й стан середовища проживання, якість первинної ланки охорони здоров'я, соціально-побутові умови та рівень ранньої профілактики.

Нарешті, інфекційно-епідеміологічний тип чітко виражений у Дніпропетровській та Луганській областях. Тут саме блок інфекційних захворювань має максимальний структурний внесок у формування інтегрального показника. Для Дніпропетровської області це свідчить про виразну роль інфекційних та соціально небезпечних хвороб у регіональному профілі ризику. Для Луганської області такий результат має розглядатися з методичними застереженнями, проте сам факт домінування інфекційного блоку вказує на специфічний характер медико-географічної структури.

Отже, типологія регіонів за домінуючим блоком ризику показує, що інтегральний показник формується в різних частинах України за неоднаковими структурними механізмами. В одних регіонах вирішальним є онкологічний блок, в інших поведінково травматичний, серцево-судинний та цереброваскулярний, інфекційний або неонатально дитячий. Це означає, що навіть за близьких значень інтегрального індексу регіони можуть істотно відрізнятися за внутрішньою конфігурацією ризику. Саме тому типологія за домінуючим блоком є необхідним доповненням до інтегрального районування, оскільки вона розкриває глибинну структуру територіальних відмінностей і створює основу для адресної регіональної політики у сфері охорони здоров'я.

Нижче подаю зведену таблицю групування регіонів за типом регіону, де в межах кожного типу наведено назву регіону та частку домінуючого блоку у формування інтегрального показника (Табл. 3.18 рис.3.40).

Запропоноване групування засвідчує, що в типологічній структурі регіонів України переважає онкологічний тип, який охоплює дев'ять областей. Другою за чисельністю є поведінково-травматична група, до якої належать сім регіонів. Серцево-судинний та цереброваскулярний тип представлений чотирма областями, тоді як неонатально-дитячий та інфекційно-епідеміологічний типи мають локалізований характер і охоплюють по два

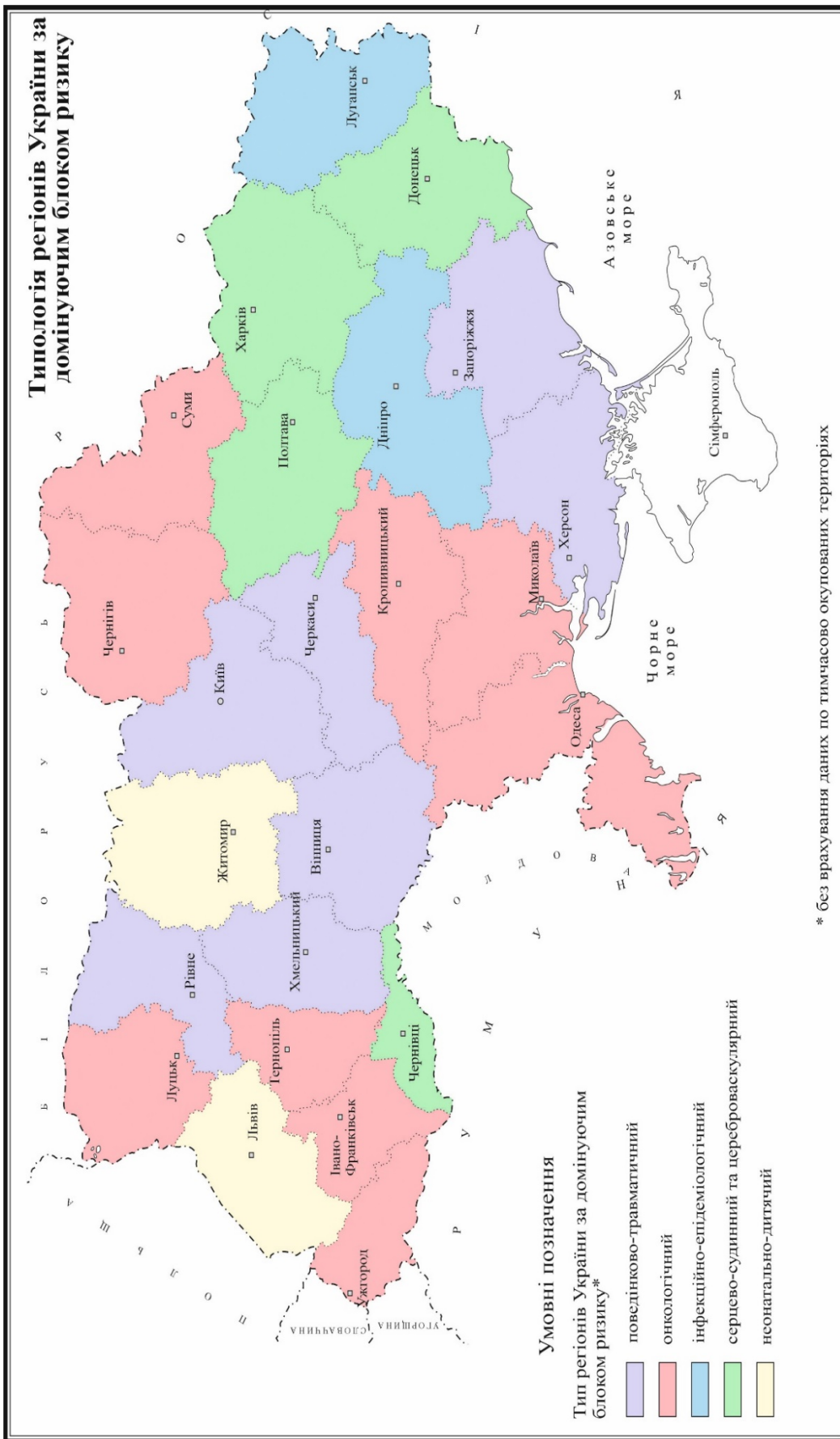
регіони. Це свідчить про домінування в сучасному медико-географічному просторі України двох провідних структуроутворювальних моделей ризику, онкологічної та поведінково травматичної, тоді як інші типи формують більш вибірково, але концептуально важливі регіональні конфігурації.

Таблиця 3.18

Типологія типом регіонів України за домінуючим блоком ризику

Тип регіону	Склад групи регіонів з часткою домінуючого блоку, %
Онкологічний	Тернопільська (38,0), Чернігівська (34,0), Кіровоградська (31,6), Сумська (30,4), Миколаївська (29,3), Волинська (28,7), Закарпатська (26,9), Івано-Франківська (25,3), Одеська (24,8)
Поведінково-травматичний	Хмельницька (46,3), Київська (39,6), Запорізька (35,2), Херсонська (34,4), Черкаська (30,0), Вінницька (28,9), Рівненська (28,2)
Серцево-судинний та цереброваскулярний	Донецька (29,4), Харківська (29,0), Полтавська (27,3), Чернівецька (25,6)
Неонатально-дитячий	Житомирська (29,2), Львівська (27,8)
Інфекційно-епідеміологічний	Луганська (47,1), Дніпропетровська (27,7)

*Примітка. Для Донецької, Луганської та Херсонської областей типологічна інтерпретація потребує обережності у зв'язку з воєнно зумовленою неповнотою статистичного обліку.



Ри. 3.30. Типологія регіонів України за домінуючим блоком ризику * побудовано автором

Проведене інтегральне районування засвідчило, що медико-географічний простір України характеризується виразною внутрішньою диференціацією, сформованою неоднаковим поєднанням серцево-судинних та цереброваскулярних, онкологічних, інфекційно-епідеміологічних, поведінково-травматичних і неонатально-дитячих ризиків. Запропонована блокова методика дозволила перейти від множини окремих медико-статистичних показників до цілісної територіальної типології регіонів і виявити не лише рівень інтегральної напруженості, а й структурну конфігурацію її формування. У прикладному відношенні одержані результати створюють методичну основу для картографування регіональних відмінностей захворюваності, виділення пріоритетних територій медико-соціального втручання та обґрунтування диференційованої регіональної політики у сфері охорони здоров'я.

3.4. Напрями оптимізації та профілактичної медико-географічної політики

Завершальним етапом проведеного дослідження є обґрунтування напрямів оптимізації та профілактичної медико-географічної політики, оскільки саме на цьому рівні результати інтегрального районування, блокового аналізу та типологізації регіонів набувають прикладного значення і трансформуються в систему управлінських рішень. Якщо попередній аналітичний етап був спрямований на виявлення територіальної організації захворюваності, її структурної диференціації та просторової контрастності, то даний підпункт має на меті перейти від фіксації медико-географічних відмінностей до визначення механізмів їх цілеспрямованого регулювання. У цьому відношенні профілактична політика має розглядатися не як сукупність ізольованих медичних заходів, а як просторово орієнтована система управління, спрямована на зниження територіальної напруженості захворюваності, мінімізацію ризиків, підвищення доступності послуг та

вирівнювання умов збереження здоров'я населення в різних регіонах України[5].

Теоретичною передумовою такої постановки питання є положення суспільної географії про територіальну організацію суспільства як систему, в межах якої демографічні, соціально економічні, поведінкові, середовищні та інфраструктурні чинники взаємодіють і формують конкретний просторовий профіль захворюваності. Відповідно, захворюваність не може розглядатися лише як медико-статистичний факт, оскільки вона є похідною від умов розселення, якості життєвого середовища, транспортної доступності, структури зайнятості, способу життя населення та рівня організації системи охорони здоров'я. Саме тому оптимізація профілактичної політики потребує відходу від уніфікованого галузевого підходу і переходу до моделі, в якій ключовим об'єктом управління виступає територія з притаманною їй конфігурацією ризиків. У такій логіці профілактична медико-географічна політика постає як форма просторового регулювання здоров'я населення, де предметом втручання є не лише окремі нозології, а й територіальні умови їх формування та відтворення.

Проведене інтегральне районування показало, що медико-географічний простір України не є однорідним. Він формується під впливом різних за силою та змістом складових, зокрема серцево-судинної та цереброваскулярної, онкологічної, інфекційно-епідеміологічної, поведінково-травматичної та неонатально-дитячої. У різних регіонах саме співвідношення цих складових визначає своєрідність медико-географічного профілю. Отже, оптимізація профілактичної політики не може бути однаковою для всієї країни. Вона повинна базуватися на принципі територіальної адресності, згідно з яким вибір інструментів профілактики, масштаби ресурсного забезпечення, організаційні форми реагування та моніторингові процедури мають визначатися типом регіональної медико-географічної ситуації. Інакше кажучи, йдеться про перехід від середньостатистичного підходу до типологічно диференційованої

моделі управління, у межах якої кожен регіон розглядається як окрема територіальна система ризику.

Методологічно доцільно виходити з поєднання системного, територіального та типологічного підходів. Системний підхід забезпечує розуміння профілактичної політики як інтегрованої сукупності медичних, соціальних, інфраструктурних, екологічних та інформаційних дій. Територіальний підхід орієнтує дослідження на виявлення просторових диспропорцій у поширенні захворюваності, забезпеченості профілактичними ресурсами та доступності послуг. Типологічний підхід дозволяє виділити групи регіонів з подібною структурою ризиків і, відповідно, обґрунтувати для них різні моделі профілактичного реагування. Саме ця тріада підходів забезпечує методичну повноту медико-географічної політики, у межах якої профілактика постає не як разова кампанія, а як інструмент тривалого територіального управління здоров'ям населення[106,107].

Першим стратегічним напрямом оптимізації є формування національної системи медико-географічного моніторингу. Її необхідність зумовлена тим, що традиційна статистична фіксація захворюваності не забезпечує повного розуміння територіальної структури ризиків, особливо в умовах війни, внутрішніх міграцій і деформації обліково-реєстраційного контуру. Йдеться про створення інтегрованої геоінформаційної платформи, яка поєднуватиме дані про захворюваність, смертність, фактори ризику, стан довкілля, транспортну доступність медичних послуг, особливості розселення, демографічну структуру та медичну інфраструктуру. Така система повинна виконувати не лише описову, а й аналітичну та прогностичну функції. Вона має забезпечувати раннє виявлення територій загострення медико-географічної ситуації, дозволяти моделювати потенційні осередки ризику та формувати регіональні профілі профілактичного втручання. Саме наявність постійно оновлюваної картографо-статистичної бази є передумовою переходу від реагування на наслідки до управління причинами.

Другим напрямом виступає територіальна оптимізація профілактичної інфраструктури. Аналіз засвідчує, що сама по собі кількість медичних закладів не гарантує ефективності профілактики, якщо не враховано їх реальне просторове розміщення, радіуси обслуговування, транспортну зв'язність, щільність населення та конфігурацію поселенської мережі. У багатьох регіонах саме просторовий бар'єр стає причиною пізнього виявлення хвороб, нерегулярності профілактичних оглядів і послаблення первинної медичної допомоги. Тому оптимізація має здійснюватися за принципом ієрархічно впорядкованої мережі, де базові профілактичні послуги максимально наближені до місця проживання населення, а спеціалізована діагностика концентрується в міжрайонних та міжрегіональних центрах. Особливого значення набувають мобільні форми роботи, виїзні скринінгові бригади, телемедичні сервіси та адаптовані маршрути пацієнта для периферійних, сільських і транспортно ізольованих територій. У такому випадку профілактична політика безпосередньо поєднується з проблематикою територіальної доступності.

Третім напрямом є типологічно диференційована профілактика, що впливає з результатів регіонального районування. Для регіонів з домінуванням онкологічної складової провідного значення набувають розширення скринінгових програм, підвищення онконастороженості первинної ланки, формування системи раннього виявлення, розвиток міжрегіональних онкодіагностичних центрів та вивчення середовищних чинників ризику. Для територій серцево-судинного та цереброваскулярного типу пріоритетними є програми контролю артеріальної гіпертензії, профілактики інфарктів та інсультів, розвиток системи екстреного реагування, зниження поведінкових ризиків та підсилення вторинної профілактики. У регіонах поведінково травматичного типу акцент має зміщуватися у площину міжсекторальних рішень, які поєднують медичну профілактику з безпекою дорожнього руху, обмеженням алкоголізації і наркотизації населення, формуванням культури здорової поведінки та зниженням травматизму в

урбанізованому середовищі. Для інфекційно-епідеміологічного типу центральними стають активний епіднадгляд, тестування, вакцинація, соціальний супровід груп ризику та посилення ролі громадського здоров'я. У регіонах неонатально дитячого типу першочергового значення набувають охорона материнства і дитинства, патронаж новонароджених, профілактика ускладнень раннього віку, покращення санітарно побутових умов та медико-соціальний супровід сімей з підвищеною вразливістю. Таким чином, типологія регіонів повинна безпосередньо трансформуватися в типологію профілактичних рішень.

Четвертим напрямом є інтеграція медико-географічної політики з регіональною соціально економічною та екологічною політикою. Значна частина ризиків, зафіксованих у дослідженні, формується поза межами власне системи охорони здоров'я. Йдеться про якість житла, доступність якісної питної води, структуру зайнятості, рівень доходів, стан транспортної інфраструктури, екологічну ситуацію, характер забудови та демографічне старіння. Це означає, що профілактична політика не може бути ефективною без міжвідомчої координації. Медико-географічний підхід дозволяє простежити, як зміна соціально територіальних умов впливає на характер захворюваності, а отже відкриває можливість включення профілактичних пріоритетів до стратегій просторового розвитку регіонів. У практичному вимірі це означає необхідність узгодження програм охорони здоров'я з документами регіонального планування, транспортної політики, екологічної безпеки, відновлення житлового середовища та підтримки сільських територій.

П'ятим напрямом є підсилення ролі територіальних громад як первинного рівня профілактичного реагування. Саме на локальному рівні найбільш виразно проявляються відмінності в доступі до послуг, способі життя населення, житлово-побутових умовах і чутливості окремих соціально демографічних груп до захворюваності. Відтак профілактична політика повинна бути децентралізованою в організаційному аспекті, але єдиною в

методичному забезпеченні. Територіальні громади мають отримати інструменти локального медико-географічного аналізу, цифрові профілі ризику, алгоритми оцінки профілактичних пріоритетів і типові моделі взаємодії з регіональними структурами охорони здоров'я. Доцільним є запровадження паспортів медико-географічного стану громад, у яких фіксуватимуться домінуючі ризики, проблеми доступності, вразливі групи населення, ресурсні обмеження та рекомендовані напрями профілактичного втручання. Такі паспорти можуть стати базовим інструментом територіального управління здоров'ям на субрегіональному рівні.

Шостим напрямом слід вважати адаптацію профілактичної політики до умов війни та повоєнного відновлення. Воєнний чинник радикально трансформував медико-географічну ситуацію в Україні, змінив територіальну організацію населення, спричинив масові внутрішні переміщення, порушив функціонування мережі медичних закладів та деформував статистичну базу спостереження. За цих умов профілактична політика повинна мати адаптивний характер. Вона має передбачати спеціальні режими моніторингу для прифронтових, деокупованих і приймаючих територій, мобільні форми надання послуг, адресну підтримку внутрішньо переміщених осіб, відновлення реєстраційного контуру охорони здоров'я та прискорене розгортання профілактичних програм у зонах демографічного перенавантаження [119]. У повоєнний період ці заходи набудуть додаткової ваги, оскільки саме відновлення людського потенціалу регіонів буде безпосередньо пов'язане зі здатністю держави реалізувати просторово диференційовану політику збереження здоров'я.

Сьомим напрямом виступає формування культури профілактики як елемента територіального розвитку. У даному випадку йдеться не лише про медичну поінформованість населення, а про включення профілактичних практик у повсякденні моделі поведінки, систему місцевих комунікацій і соціальне середовище. Це передбачає розвиток інформаційно освітніх програм, орієнтованих на конкретні типи регіонів і цільові групи, активізацію

ролі закладів освіти, органів місцевого самоврядування, громадських організацій і професійних спільнот. Профілактична медико-географічна політика має працювати не лише з уже наявною захворюваністю, а й з територіально диференційованими моделями ризикової поведінки, діючи на випередження [117]. Саме ця обставина переводить її зі сфери відомчого реагування у сферу довгострокового суспільного розвитку. Для систематизації стратегічних можливостей і обмежень профілактичної медико-географічної політики доцільно подати SWOT аналіз, який узагальнює сильні та слабкі сторони, а також потенційні можливості й загрози (табл.3.19).

Таблиця 3.19

SWOT аналіз профілактичної медико-географічної політики України

Внутрішнє середовище Зміст

Сильні сторони	Слабкі сторони
Наявність просторово диференційованої аналітичної бази; можливість інтегрального районування захворюваності; сформована мережа закладів охорони здоров'я; розвиток цифрових інструментів збору та обробки даних; наявність регіональних профілів ризику, придатних для адресної профілактики	Територіальна нерівномірність доступності послуг; неповнота та деформація статистичного обліку в окремих регіонах; недостатня інтеграція медичних, соціальних і просторових даних; обмеженість профілактичної інфраструктури в периферійних громадах; переважання реактивного підходу над превентивним
Можливості	Загрози
Формування національної системи медико-географічного моніторингу; впровадження геоінформаційних технологій у профілактичне управління; розбудова мобільних та телемедичних сервісів; посилення ролі територіальних громад; інтеграція політики охорони здоров'я з регіональним розвитком, екологічною та транспортною політикою	Поглиблення воєнної деформації медико-статистичної бази; посилення внутрішньої міграційної нестабільності; зростання територіальних диспропорцій доступності допомоги; виснаження кадрового та фінансового потенціалу системи; консервація пізньої діагностики та низького охоплення профілактичними програмами

*розроблено автором

Поданий SWOT аналіз засвідчує, що профілактична медико-географічна політика України має достатній аналітичний і організаційний потенціал для переходу до нової моделі управління, однак цей потенціал поки що істотно стримується слабкістю територіальної координації, нерівномірністю доступності послуг та нестійкістю статистичної бази. Звідси випливає принципове положення: оптимізація профілактичної політики неможлива без одночасного підсилення інформаційного, інституційного та територіально організаційного контурів [130]. Саме в такому поєднанні просторовий аналіз стає не допоміжним описовим інструментом, а безпосередньою основою профілактичного управління.

Отже, напрями оптимізації та профілактичної медико-географічної політики мають формуватися на засадах системності, територіально адресності, типологічної диференціації та міжсекторальної взаємодії. Їх стратегічний зміст полягає у переході від уніфікованого галузевого підходу до просторово орієнтованої моделі регулювання здоров'я населення, в якій результати районування та типологізації безпосередньо визначають профілактичні пріоритети. У цьому сенсі медико-географічна політика виступає не другорядним доповненням до системи охорони здоров'я, а її територіально організованим управлінським виміром. Саме тому оптимізація профілактики захворюваності є водночас і медичним, і суспільно-географічним завданням, пов'язаним із раціоналізацією територіальної організації послуг, підвищенням якості життєвого середовища та зміцненням демографічної й соціальної стійкості регіонів України (табл.3.20). Наведена диференціація профілактичних заходів засвідчує, що регіональна медико-географічна політика повинна будуватися не за єдиним шаблоном, а відповідно до домінуючого профілю ризику.

Таблиця 3.20

Диференціація профілактичних заходів за типами регіонів України

Тип регіону за домінуючим блоком ризику	Основні профілактичні пріоритети	Конкретні профілактичні заходи
Онкологічний	Раннє виявлення новоутворень, зниження пізньої діагностики, підвищення доступності спеціалізованої допомоги	розширення скринінгових програм; формування регіональних маршрутів ранньої діагностики; посилення онконастороженості первинної ланки; створення міжрайонних онкодіагностичних центрів; інформаційні кампанії щодо факторів онкологічного ризику
Серцево-судинний та цереброваскулярний	Профілактика інфарктів та інсультів, контроль хронічних серцево судинних станів, зниження передчасної смертності	систематичний контроль артеріального тиску; програми раннього виявлення серцево судинної патології; розвиток кабінетів профілактики в первинній ланці; підвищення доступності кардіологічної допомоги; популяризація здорового способу життя
Інфекційно епідеміологічний	Зменшення поширення соціально небезпечних інфекцій, посилення епідемічного контролю, підвищення охоплення профілактикою	активний епіднадгляд; розширення тестування; вакцинація груп ризику; соціальний супровід вразливих контингентів; посилення санітарно просвітницької роботи; мобільні пункти профілактики й обстеження
Поведінково травматичний	Зниження ролі соціально зумовлених патологій і травматизму, формування	програми профілактики алкоголізації та наркотизації; посилення безпеки дорожнього руху; розвиток психологічної та соціальної підтримки; профілактика

	безпечного та здорового середовища	побутового й виробничого травматизму; міжсекторальні програми здорової поведінки
Неонатально-дитячий	Зниження ранньодитячої захворюваності, покращення стану материнського і дитячого здоров'я, посилення патронажу	розвиток системи патронажу новонароджених; ранній медико-соціальний супровід сімей ризику; покращення доступності первинної допомоги дітям; санітарно гігієнічна просвіта батьків; профілактика ускладнень раннього віку; моніторинг стану материнського здоров'я

**розроблено автором*

Саме така типологічно орієнтована модель дозволяє поєднати результати інтегрального районування з практикою управління, оскільки для кожного типу регіонів визначаються власні профілактичні пріоритети, організаційні інструменти та напрями ресурсного забезпечення. У підсумку це створює основу для формування просторово диференційованої системи збереження здоров'я населення, адаптованої до реальної територіальної структури захворюваності в Україні.

Отже, оптимізація профілактичної медико-географічної політики повинна здійснюватися на засадах територіальної адресності, типологічної диференціації та міжсекторальної координації, оскільки проведене інтегральне районування засвідчило неоднорідність медико-географічного простору України та відмінність регіональних профілів захворюваності. У сучасних умовах профілактична політика не може обмежуватися галузевими медичними заходами, а має охоплювати систему просторово організованих рішень, спрямованих на раннє виявлення ризиків, вирівнювання доступності послуг, розвиток локальної профілактичної інфраструктури та узгодження охорони здоров'я з регіональною соціально економічною, демографічною й екологічною політикою. Саме такий підхід дає змогу перейти від реагування

на наслідки захворюваності до превентивного регулювання її територіальних чинників і створює підстави для формування адаптивної, науково обґрунтованої та просторово диференційованої моделі збереження здоров'я населення України.

Висновки до 3 розділу

У третьому розділі дисертаційного дослідження захворюваність населення України розглянуто як просторово організоване суспільне явище, внутрішньо диференційоване за рівнем, структурою та поєднанням медико-географічних відхилень. Проведений аналіз засвідчив, що сучасна медико-географічна ситуація в Україні формується під впливом демографічного старіння, соціально-економічної нестабільності, поведінкових чинників, середовищних диспропорцій та воєнно зумовлених трансформацій, які зумовлюють складну й нерівномірну територіальну конфігурацію захворюваності. У її структурі найбільше значення мають серцево-судинна та цереброваскулярна, онкологічна, інфекційно-епідеміологічна, поведінково-травматична та неонатально-дитяча складові, що в різних регіонах поєднуються неоднаково і тим самим формують відмінні типи медико-географічної напруженості.

У розділі обґрунтовано методику інтегрального районування на основі коефіцієнтів територіального відхилення та блокового принципу узагальнення показників. Це забезпечило перехід від множини часткових медико-статистичних характеристик до цілісної територіальної типології регіонів і дало змогу встановити, що медико-географічний простір України характеризується чітко вираженою внутрішньою диференціацією. Виявлено, що найвищий рівень інтегральної напруженості тяжіє до центральних і частково західних регіонів, тоді як низькі значення в частині південно-східних областей потребують обережної інтерпретації з огляду на воєнно зумовлену деформацію статистичного обліку. Розроблена типологія засвідчила домінування в сучасній територіальній структурі захворюваності двох

провідних профілів, онкологічного та поведінково-травматичного, тоді як інші типи мають більш локалізований, але концептуально важливий характер.

Проведене районування показало, що регіональні відмінності захворюваності не є випадковими статистичними коливаннями, а відображають відносно стійкі форми територіальної організації медико-географічних процесів. Отже, захворюваність населення України має не хаотичний, а типологічно впорядкований просторовий характер. Одержані результати мають не лише аналітичне, а й прикладне значення, оскільки створюють наукову основу для просторово диференційованої профілактичної політики, оптимізації мережі медичних закладів та вдосконалення територіальної організації медичного обслуговування. Таким чином, третій розділ виконує в структурі дисертації системоузагальнювальну функцію, завершуючи аналітичний етап дослідження і формуючи наукову основу для медико-географічного обґрунтування регіонально диференційованої політики охорони здоров'я в Україні.

ВИСНОВКИ

У дисертаційному дослідженні здійснено комплексний суспільно-географічний аналіз захворюваності населення України, виявлено чинники й закономірності її територіальної диференціації, проведено типізацію регіонів та обґрунтовано інтегральне районування території країни за особливостями медико-географічної ситуації. Одержані результати дозволили сформулювати такі висновки.

1. Узагальнення теоретико-методологічних засад суспільно-географічного дослідження захворюваності населення засвідчило, що в сучасній науковій літературі захворюваність розглядається як складне багатовимірне явище, на формування якого впливає сукупність природно-географічних, еколого-територіальних, демографічних, соціально-економічних та інституційних чинників, дія яких має виразний просторовий характер. Уточнено понятійно-категоріальний апарат дослідження, передусім співвідношення категорій «захворюваність населення», «суспільне здоров'я», «медико-географічна ситуація», «територіальна диференціація захворюваності» та «суспільно-географічне районування». Захворюваність обґрунтовано як соціально-територіальне явище, що формується в системі територіальної організації суспільства й виступає важливим індикатором територіальної нерівності розвитку та якості життя населення. Така інтерпретація дозволила вийти за межі вузькомедичного підходу та інтегрувати медико-географічну, демографічну, соціально-економічну, поселенську й інституційну складові у єдину аналітичну систему. Узагальнення вітчизняного й зарубіжного досвіду засвідчило, що суспільно-географічне дослідження захворюваності пройшло шлях від описово-нозологічних характеристик окремих хвороб до системного просторового аналізу типізації територій та інтегрального районування медико-географічної ситуації.

2. Обґрунтовано методологічні підходи та методичний інструментарій суспільно-географічного дослідження захворюваності

населення, в основу якого покладено поєднання системного й територіального підходів. У межах цієї методології розроблено алгоритм суспільно-географічного дослідження захворюваності населення України, що складається з чотирьох послідовно пов'язаних етапів, теоретико-методологічного, інформаційно-аналітичного, просторово-аналітичного та інтерпретаційно-узагальнювального. Запропонований алгоритм забезпечує перехід від концептуального осмислення проблеми до емпіричного аналізу, типізації територій та формування інтегрального районування. Систематизовано комплекс методів дослідження, серед яких провідне значення мають медико-географічний, демографічний, соціально-економічний, природно-географічний, еколого-територіальний та інституційний підходи, що доповнюються статистичними, порівняльно-географічними, картографічними і графічно-аналітичними методами. Принциповим методичним рішенням став розрахунок коефіцієнтів територіального відхилення (КТВ) як універсального інструменту приведення показників різної природи до співставної безрозмірної шкали, що забезпечило коректну інтеграцію множини нозологічних індикаторів у єдиний інтегральний індекс медико-географічної напруженості.

3. Визначено систему чинників, що зумовлюють формування та територіальну диференціацію захворюваності населення України. Доведено, що просторові відмінності захворюваності формуються в результаті взаємодії чотирьох взаємопов'язаних груп чинників демографічних (статеві-вікова структура, процеси старіння тощо), соціально-економічних (рівень доходів, оплата праці, пенсійне забезпечення, рівень життя), еколого-територіальних (природно-географічні умови, антропогенне навантаження, якість довкілля, воєнно зумовлені трансформації середовища) та інституційно-інфраструктурних (просторова організація системи охорони здоров'я, кадрова та матеріальна забезпеченість, доступність медичних послуг). Жоден з цих чинників не визначає захворюваність ізольовано, її територіальна диференціація формується саме через специфічне поєднання та взаємодію

зазначених груп у межах конкретної території, що обґрунтовує методологічну необхідність комплексного, а не одновимірного аналізу.

4. Аналіз рівня, динаміки та структури захворюваності населення України у 2014-2024 рр. виявив істотну структурну перебудову нозологічної картини. У групі хвороб системи кровообігу зафіксовано різноспрямовані тенденції, при загальному зниженні захворюваності на ішемічну хворобу серця (-22,1 %) та стенокардію (-17,9 %) спостерігається стрімке зростання поширеності гіпертонічної хвороби (+59,3 %), гострого інфаркту міокарда (+28,1 %), цереброваскулярних хвороб (+16,9 %) і особливо інфаркту головного мозку (+75,3 %), що свідчить про посилення ролі гострих і тяжких форм у структурі серцево-судинної патології. Структура онкологічної захворюваності характеризується поєднанням віково зумовлених і середовищно детермінованих форм, серед яких провідними є рак передміхурової залози (12,7 %), колоректальний рак (12,4 %), злоякісні новоутворення тіла матки (10,5 %) та трахеї, бронхів і легень (8,7 %). У сегменті інфекційних захворювань туберкульоз показує стійку низхідну динаміку ($R^2=0,79$), тоді як ВІЛ-інфекція характеризується довготривалим накопиченням контингенту (чисельність осіб, які перебувають на обліку, зросла з 30,7 тис. у 2000 р. до 141,0 тис. у 2024 р. ($R^2=0,89$)). У структурі наркологічних розладів домінують соціально детерміновані форми залежності, алкогольна (49,2 на 100 тис. населення) та комбінована психоактивна (57,1 на 100 тис.). Захворюваність новонароджених характеризується трансформацією структури, зменшенням пологового травматизму та дистресу при паралельному зростанні частоти вроджених вад розвитку (з 22,3 у 2010 р. до 48,0 на 1000 народжених живими у 2024 р.).

5. Виявлено регіональні відмінності та просторові особливості медико-географічної ситуації в Україні. Демографічна типологія засвідчила, що найвищі показники старіння населення характерні для Луганської (24,4 % осіб віком 65+), Донецької (23,4 %), Чернігівської (20,3 %), Сумської (19,2 %) і Черкаської (19,3 %) областей, тоді як найсприятливіша вікова структура

зберігається у Закарпатській, Рівненській і Волинській областях (частка дітей 0-14 років 19,3-20,1 %). Соціально-економічна стратифікація проявляється у понад двократному розриві середньої заробітної плати між м. Київ (36 363 грн.) та аграрно-периферійними регіонами (Чернівецька - 16 997 грн., Кіровоградська - 17 092 грн.). Просторова організація системи охорони здоров'я зазнала глибинного переформатування, так, за 2000-2024 рр. чисельність лікарів в Україні скоротилася на 31,2 %, середнього медичного персоналу - більш ніж на половину, лікарняних ліжок - на 47,1 %. Найбільш суттєві втрати зафіксовані у Луганській (лікарі - 91,6 %, койко-ліжка - 99,6 %), Донецькій (-87,9 % і -79,9 %) та Херсонській (-66,7 % і -65,2 %) областях, що формує зону критичної деградації медичної інфраструктури та посилює центр-периферійну асиметрію територіальної доступності медичних послуг.

6. Здійснено комплексну типізацію регіонів України за низкою медико-географічних показників, у межах якої побудовано часткові типології за нозологічними групами. За рівнем онкологічної захворюваності виокремлено п'ять типів регіонів, від «дуже високого» (Кіровоградська, Черкаська, Чернігівська, Хмельницька області з КТР 1,57–1,70) до «статистично деформованого» (Донецька, Луганська, Херсонська). За інтенсивністю поширення туберкульозу виділено п'ять типів - від «висококонцентрованого» (Дніпропетровська, Одеська, Львівська області, м. Київ) до «деформованого (воєнного)». Аналогічні часткові типології розроблено за рівнем поширення ВІЛ-інфекції та СНІДу (шість типів), психічних і поведінкових розладів, пов'язаних з уживанням психоактивних речовин (п'ять типів), стаціонарного лікування травмованих, стоматологічної захворюваності та госпіталізованої захворюваності дітей віком до одного року. Часткові типології засвідчили, що жодна окрема нозологічна група не вичерпує характеристики медико-географічної ситуації регіону, що обґрунтувало необхідність переходу від часткових типологій до інтегрального суспільно-географічного районування.

7. Проведено інтегральне суспільно-географічне районування території України за особливостями захворюваності населення на основі авторської методики, в основу якої покладено блоковий принцип узагальнення та систему коефіцієнтів територіального відхилення. Множину з 30 часткових індикаторів об'єднано у п'ять змістово однорідних аналітичних блоків, - серцево-судинний та цереброваскулярний, онкологічний, інфекційно-епідеміологічний, поведінково-травматичний і неонатально-дитячий, для кожного з яких розраховано блоковий індекс, на основі яких розраховано - інтегральний індекс медико-географічної напруженості регіону. За результатами розрахунків виокремлено п'ять типів регіонів: дуже високий рівень напруженості (Хмельницька, Черкаська, Київська області), високий (Вінницька, Дніпропетровська, Львівська, Полтавська, Рівненська, Кіровоградська), підвищений (Одеська, Чернігівська, Житомирська, Івано-Франківська, Чернівецька, Волинська, Запорізька, Закарпатська, Сумська, Харківська), середній (Миколаївська, Тернопільська) та низький (Херсонська, Луганська, Донецька, з огляду на воєнно зумовлену деформацію статистики). Паралельно здійснено типологію регіонів за домінуючим блоком ризику, що дозволило виявити п'ять структурних профілів медико-географічної ситуації: онкологічний (Тернопільська, Чернігівська, Кіровоградська, Сумська, Миколаївська, Волинська, Закарпатська, Івано-Франківська, Одеська), поведінково-травматичний (Хмельницька, Київська, Запорізька, Херсонська, Черкаська, Вінницька, Рівненська), серцево-судинний та цереброваскулярний (Донецька, Харківська, Полтавська, Чернівецька), неонатально-дитячий (Житомирська, Львівська) та інфекційно-епідеміологічний (Дніпропетровська, Луганська). Тим самим доведено, що медико-географічний простір України має чітко виражену внутрішню диференціацію, сформовану нерівномірним поєднанням різнотипових ризиків.

8. Обґрунтовано напрями оптимізації медико-географічної ситуації та вдосконалення просторової організації системи охорони здоров'я, що базуються на принципах територіальної диференціації, типологічного

розмежування та міжсекторальної координації. Визначено сім стратегічних напрямів оптимізації профілактичної медико-географічної політики, формування національної системи медико-географічного моніторингу на основі геоінформаційних технологій; територіальна оптимізація профілактичної інфраструктури за принципом ієрархічно впорядкованої мережі; типологічно диференційована профілактика, узгоджена з домінуючим блоком ризику регіону; інтеграція медико-географічної політики з регіональною соціально-економічною та екологічною політикою; підсилення ролі територіальних громад як первинного рівня профілактичного реагування; адаптація профілактичної політики до умов війни та повоєнного відновлення; формування культури профілактики як елемента територіального розвитку. Розроблено диференційовану систему профілактичних заходів за п'ятьма виокремленими типами регіонів відповідно до домінуючого блоку ризику, що передбачає для онкологічних регіонів розширення скринінгових програм і формування міжрайонних онкодіагностичних центрів, для серцево-судинних регіонів упровадження програм контролю артеріальної гіпертензії та розвиток системи екстреного кардіологічного реагування, для інфекційно-епідеміологічних регіонів посилення епідеміологічного нагляду, розширення тестування і вакцинації, для поведінково травматичних регіонів реалізацію міжсекторальних заходів у сфері безпеки дорожнього руху та профілактики алкоголізації і наркотизації, для неонатально дитячих регіонів посилення патронажної служби і медико-соціального супроводу сімей груп ризику. Запропонована модель оптимізації забезпечує перехід від уніфікованого галузевого підходу до просторово орієнтованої системи управління здоров'ям населення, у якій результати інтегрального районування безпосередньо визначають профілактичні пріоритети та адресність державних і регіональних рішень.

Таким чином, проведене дисертаційне дослідження засвідчує, що захворюваність населення України є просторово організованим соціально-територіальним процесом, який має чітко виражену внутрішню

диференціацію, формується під впливом взаємодії демографічних, соціально-економічних, еколого-територіальних та інституційних чинників і потребує суспільно-географічного підходу до аналізу. Розроблені теоретико-методологічні засади, алгоритм дослідження, методика інтегрального районування та запропонована типологічна модель створюють наукову основу для подальшого розвитку суспільно-географічних досліджень здоров'я населення в Україні та для формування просторово диференційованої державної політики у сфері охорони здоров'я, регіонального розвитку та громадського здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрейцева І. Рівень життя населення України за умов соціально-економічної нестабільності. Економіка та суспільство. 2023. Вип. 47. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-47-42>
2. Банк даних Всеукраїнського перепису населення / Державна служба статистики України. URL: http://db.ukrcensus.gov.ua/Mult/Database/Population/databasetree_uk.asp
3. Барановський В.А. Екологічний атлас України. К.: Географіка, 2000. 42 с.
4. Барановський В.А., Пироженко К.Г., Руденко Л.Г., Стьопіна О.П., Шевченко В.О. Медико-екологічний атлас України (випуск перший). К.: Зелений світ, 1995. 32 с.
5. Баркова Г.А. Територіальна організація медичної системи Харківської обл. та шляхи її вдосконалення: автореф. дис. ... канд. геогр. наук: спец.11.00.02.К.,2007. 20 с.
6. Батиченко С. П. Суспільно-географічні аспекти захворюваності населення регіонів України : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. геогр. наук: спец. 11.00.02 – економічна та соціальна географія. – К., 2014. – 20 с.
7. Бондаренко Е.Л. Картографічне моделювання стану та розвитку інфекційної захворюваності населення України: автореф. дис. ... канд. геогр. наук: спец. 11.00.12. К., 1997. 18 с.
8. Валовий внутрішній продукт (ВВП) України / Мінфін. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/economy/gdp/>
9. Вихованець Г.В. Медична географія. Одеса: Кратопринт і К°, 1998. 140 с.
10. Вірусні гепатити: інформаційно-аналітичні матеріали / ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України». URL: https://npsi.phc.org.ua/Hepatitis_Monitoring?indicator=104&tab=infographics

11. Гавриченко Д.Г. Трансформації системи охорони здоров'я в умовах децентралізації України. Інвестиції: практика та досвід. 2022. № 3. С. 72–76. DOI: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2022.3.72>
12. Гаплик Г., Качура Р., Лихацький П. Особливості модернізації медичної сфери із застосуванням інформаційних технологій. Економіка країни в умовах глобальних викликів: наукові підходи та практика реалізації: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Одеса, 6 вересня 2024 р.) / відп. за випуск д.е.н., проф. С. О. Якубовський. Львів-Торунь: Liha-Pres, 2024. С. 175-178. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-415-6-42>
13. Гінзбург М.Г. Загальні і регіональні особливості динаміки дитячої смертності в Україні: чи досягне Україна задекларованих цілей тисячоліття? Медичні перспективи. 2012. Т. XVII. № 1. С. 148–155.
14. Громадське здоров'я в Україні. Профіль Вінницької обл., 2023 р. / Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/Профілі%202023%20Вінницька%20область.pdf>
15. Громадське здоров'я в Україні. Профіль Волинської обл., 2023 р. / Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/Профілі%202023%20Волинська%20область.pdf>
16. Громадське здоров'я в Україні. Профіль Дніпропетровської обл., 2023 р. / Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/Профілі%202023%20Дніпропетровська%20область.pdf>
17. Громадське здоров'я в Україні. Профіль Донецької обл., 2023 р. / Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/Профілі%202023%20Донецька%20область.pdf>
18. Громадське здоров'я в Україні. Профіль Житомирської обл., 2023 р. / Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL:

<https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/Профілі%202023%20Житомирська%20область.pdf>

19. Громадське здоров'я в Україні. Профіль Закарпатської обл., 2023 р. / Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/Профілі%202023%20Закарпатська%20область.pdf>

20. Громадське здоров'я в Україні. Профіль Запорізької обл., 2023 р. / Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/Профілі%202023%20Запорізька%20область.pdf>

21. Громадське здоров'я в Україні. Профіль Івано-Франківської обл., 2023 р. / Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/Профілі%202023%20Івано-Франківська%20область.pdf>

22. Громадське здоров'я в Україні. Профіль Київської обл., 2023 р. / Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/Профілі%202023%20Київська%20область.pdf>

23. Громадське здоров'я в Україні. Профіль Кіровоградської обл., 2023 р. / Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/Профілі%202023%20Кіровоградська%20область.pdf>

24. Громадське здоров'я в Україні. Профіль Луганської обл., 2023 р. / Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/Профілі%202023%20Луганська%20область.pdf>

25. Громадське здоров'я в Україні. Профіль Львівської обл., 2023 р. / Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/Профілі%202023%20Львівська%20область.pdf>

26. Громадське здоров'я в Україні. Профіль Миколаївської обл., 2023 р. / Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/Профілі%202023%20Миколаївська%20область.pdf>

27. Громадське здоров'я в Україні. Профіль Одеської обл., 2023 р. / Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/Профілі%202023%20Одеська%20область.pdf>

28. Громадське здоров'я в Україні. Профіль Полтавської обл., 2023 р. / Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/Профілі%202023%20Полтавська%20область.pdf>

29. Громадське здоров'я в Україні. Профіль Рівненської обл., 2023 р. / Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/Профілі%202023%20Рівненська%20область.pdf>

30. Громадське здоров'я в Україні. Профіль Сумської обл., 2023 р. / Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/Профілі%202023%20Сумська%20область.pdf>

31. Громадське здоров'я в Україні. Профіль Тернопільської обл., 2023 р. / Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/Профілі%202023%20Тернопільська%20область.pdf>

32. Громадське здоров'я в Україні. Профіль Харківської обл., 2023 р. / Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/Профілі%202023%20Харківська%20область.pdf>

33. Громадське здоров'я в Україні. Профіль Херсонської обл., 2023 р. / Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL:

<https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/Профілі%202023%20Херсонська%20область.pdf>

34. Громадське здоров'я в Україні. Профіль Хмельницької обл., 2023 р. / Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/Профілі%202023%20Хмельницька%20область.pdf>

35. Громадське здоров'я в Україні. Профіль Черкаської обл., 2023 р. / Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/Профілі%202023%20Черкаська%20область.pdf>

36. Громадське здоров'я в Україні. Профіль Чернівецької обл., 2023 р. / Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/Профілі%202023%20Чернівецька%20область.pdf>

37. Громадське здоров'я в Україні. Профіль Чернігівської обл., 2023 р. / Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/Профілі%202023%20Чернігівська%20область.pdf>

38. Громадське здоров'я в Україні. Щорічний звіт про стан здоров'я населення та епідемічну ситуацію за 2024 рік / МОЗ України, ЦГЗ МОЗ України. Київ, 2025. URL: <https://moz.gov.ua/storage/uploads/adc50c17-8932-4437-8f1f-1375f901c3f6/Щорічний-звіт-про-стан-здоров'я-населення-України-та-епідемічну-ситуацію-за-2024-рік.pdf>

39. Гукалова І.В. Якість життя населення України: суспільно-географічна концептуалізація: монографія. К.: Ін-т географії НАН України, 2009. 347 с.

40. Гусак П.М., Зимівець Н.В., Петрович В.С. Відповідальне ставлення до здоров'я: теорія та технології: монографія. Луцьк: ВАТ «Волинська обласна друкарня», 2009. 219 с.

41. Гуцуляк В.М. Медична географія (екологічний аспект): навчальний посібник. Чернівці: Рута, 1997. 72 с.
42. Гуцуляк В.М., Муха К.П. Історія розвитку та сучасний стан медико-географічних досліджень. Вісник Львівського університету. Серія географічна. 2009. Вип. 36. С. 115–121.
43. Гуцуляк В.М., Наконечний К.П. Медико-екологічна оцінка ландшафтів Чернівецької обл. Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2010. 200 с.
44. Гуцуляк В.М., Нечипоренко Г.Л., Шевченко В.О. Загальна медична географія світу: монографія. Київ, 1998. 178 с.
45. Данильченко О.С. Вплив забруднених річкових вод на здоров'я людини (на прикладі Сумської області). Гідрологія, гідрохімія і гідроекологія. 2018. № 1 (48). С. 37–45.
46. Данько В.В. Удосконалення регіональної системи охорони здоров'я як ресурсної бази ринку медичних послуг. Інтелект ХХІ. 2019. № 1. С. 72–76.
47. Державна служба статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua>
48. Дем'янчук І.П. Конструктивно-географічні засади медико-географічних досліджень Тернопільської обл.: автореф. дис. ... канд. геогр. наук: спец. 11.00.11. К., 2017. 20 с.
49. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я: постанова КМУ від 28.02.2023 р. № 174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text>
50. Довідники статистичних показників захворюваності населення, 2014–2024 рр. / ДУ «ЦГЗ МОЗ України». URL: <https://phc.org.ua/monitoring-i-statistika/meddata/dovidniki-statistichnikh-pokaznikiv>
51. Довкілля України, 2022: статистичний збірник / Держстат. Київ, 2023. URL: <https://stat.gov.ua/uk/publications/dovkillya-ukrayiny-2022>

52. Дудник С.В. Сучасні тенденції малякової смертності в Україні. Україна. Здоров'я нації. 2016. № 4. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2016_4_7
53. Жінки і чоловіки в Україні, 2024: статистичний збірник / Держстат. Київ, 2025. URL: <https://stat.gov.ua/uk/publications/zhinky-i-choloviky-v-ukrayini-2024>
54. Зеленська Л.І., Агєєв Ю.О., Васильєва Т.Л. Екологія людини: Медико-екологічний атлас Дніпропетровської обл. К.–Дніпропетровськ: Відродження, 1997. 24 с.
55. Заюков І. В. Побудова моделі оцінки рівня самозбереження здоров'я зайнятого населення в Україні на макрорівні //Вісник Вінницького політехнічного інституту. – 2017. – №. 3. – С. 59-67.
56. Іванчов П.В. Проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні: інституційний аспект. Актуальні проблеми економіки. 2020. № 6(228). С. 133–145. https://eco-science.net/wp-content/uploads/2021/08/6.20._topic_Ivanchov-P.V.133-145.pdf
57. Індекс споживчих цін у 2024 році: статистичний збірник / Держстат; за ред. Окалабухи. Київ, 2025. 175 с.
58. Ісакян Е.І. Зародження медичної географії на кафедрі фізичної географії Одеського університету. Вісник ОНУ. Географічні та геологічні науки. 2015. Т. 20. Вип. 1. С. 84–96.
59. Камінська Т.В. Моделювання процесу визначення рівнів результативності у доступності медичних послуг та фінансовому забезпеченні медичного обслуговування населення у кластеризованих структурах спроможної мережі закладів охорони здоров'я. Актуальні проблеми економіки. 2024. № 11. Т. 2(281/2). DOI: <https://doi.org/10.32752/1993-6788-2024-2-281-19-48>
60. Кваша О.О. Популяційна оцінка внеску факторів ризику серцево-судинних захворювань в смертність за даними 20-річного перспективного дослідження: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. К., 2008. 40 с.

61. Коломієць К.В., Пархоменко О.Г. Геопросторові аспекти дослідження дитячої смертності в Україні на початку XXI ст. Вісник ОНУ. Географічні та геологічні науки. 2024. Т. 29. № 1(44). С. 154–163. DOI: [https://doi.org/10.18524/2303-9914.2024.1\(44\).305380](https://doi.org/10.18524/2303-9914.2024.1(44).305380)
62. Корнус А.О., Корнус О.Г., Кернос С.М. Картографування та оцінка смертності населення України від злоякісних новоутворень. Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (Умань, 26 квіт. 2023 р.). Умань: УНУС, 2023. С. 28–31.
63. Корнус О.Г., Корнус А.О., Шищук В.Д. Територіально-нозологічна структура захворюваності населення Сумської обл.: монографія. Суми: СумДПУ ім. А.С. Макаренка, 2015. 172 с.
64. Корнус О. Г., Корнус, А. О., Шищук, В. Д. Просторові особливості формування мережі первинної медико-санітарної допомоги в територіальних громадах сумської області. Десяті Сумські наукові географічні читання: збірник матеріалів Всеукраїнської наукової конференції (Суми, 17-18 жовтня 2025 р.) [Електронний ресурс] / СумДПУ імені А. С. Макаренка, Сумський відділ Українського географічного товариства; [упорядник Корнус А. О.]. Елект. текст. дані. Суми. 2025. -С100-102
65. Лейберюк О. М., (2017). Транспортна доступність населення до центрів госпітальних округів (конкретний аналіз на прикладі Чернівецької обл.). *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Географічні науки»*, (7) 62-68
66. Марценюк В. Логістика закладів системи охорони здоров'я України. Управління змінами та інновації. 2025. Вип. 13. С. 93–97. DOI: <https://doi.org/10.32782/СМІ/2025-13-15>
67. Мартусенко І.В. Територіальна організація медичного комплексу Вінницької обл.: автореф. дис. ... канд. геогр. наук: спец. 11.00.02. К., 2005. 24 с.
68. Мезенцева І.В. Еколого-географічний аналіз захворюваності населення Волинської обл.: автореф. дис. ... канд. геогр. наук: спец. 11.00.11. Львів, 2008. 20 с.

69. Мезенцева Н.І., Батиченко С.П. Суспільно-географічне дослідження захворюваності населення: теоретичні і методичні основи. Економічна та соціальна географія. 2012. Вип. 2(65). С. 45–52.
70. Мезенцева Н.І., Батиченко С.П., Мезенцев К.В. Захворюваність і здоров'я населення в Україні: суспільно-географічний вимір: монографія. К.: ДП «Прінт Сервіс», 2018. 136 с.
71. Мельник А. Трансформаційна модель ринку охорони здоров'я в Україні в умовах сучасних викликів. Вісник економіки. 2022. Вип. 2. С. 111–127. DOI: <https://doi.org/10.35774/visnyk2022.02.111>
72. Мельник А., Матюк Л. Імплементация кластерного підходу в практику територіальної організації охорони здоров'я: теоретико-інституціональні та практичні аспекти. Вісник економіки. 2023. Вип. 4. С. 29–51. DOI: <https://doi.org/10.35774/visnyk2023.04.029>
73. Методичні рекомендації «Оцінка канцерогенного та неканцерогенного ризику для здоров'я населення від хімічного забруднення атмосферного повітря»: наказ МОЗ України від 18.10.2023 р. № 1811.
74. Мінімальна заробітна плата в Україні / Мінфін. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/labour/salary/min/>
75. Моликевич Р.С. Методичні особливості суб'єктивної оцінки здоров'я в контексті дослідження якості життя населення (на прикладі Херсонської області) /Р. Моликевич//Економічна та соціальна географія.-2015.-Вип. 4.-С. 34-44. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/esg_2015_4_8
76. Моликевич Р.С. Стан здоров'я населення Херсонської обл. (медико-географічне дослідження): автореф. дис. ... канд. геогр. наук: спец. 11.00.02. К., 2016. 20 с.
77. Моніторинг ВІЛ-інфекції в Україні / ДУ «ЦГЗ МОЗ України». URL: https://npsi.phc.org.ua/HIV_Monitoring?indicator=230®ion=9&tab=infographics

78. Моніторинг туберкульозу в Україні та регіонах / ДУ «ЦГЗ МОЗ України» URL: https://npsi.phc.org.ua/TB_Monitoring?indicator=101&tab=description
79. Муха К.П. Медико-екологічна оцінка поселенських геосистем Чернівецької обл.: автореф. дис. ... канд. геогр. наук: спец. 11.00.11. Чернівці, 2008. 20 с.
80. Населення України. Демографічні тенденції в Україні у 2002–2019 рр.: монографія / за ред. О.М. Гладуна. Київ: Ін-т демографії та соц. досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, 2020. 174 с.
81. Населення України. Нариси про демографічний стан країни у перше тридцятиріччя незалежності: монографія. Київ: Наукова думка, 2023. 168 с.
82. Нейко Є.М., Рудько Г.І., Смоляр Н.І. Медико-геоекологічний аналіз стану довкілля як інструмент оцінки та контролю здоров'я населення. Івано-Франківськ: Екор, 2001. 350 с.
83. Немець Л.М., Баркова Г.А., Немець К.А. Медична галузь Харківської обл.: територіальні особливості, проблеми та шляхи удосконалення (суспільно-географічні аспекти): монографія. К.: Четверта хвиля, 2009. 224 с.
84. Одеський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України. URL: <https://od.cdc.gov.ua>
85. Оганезова З.В. Екологічний фактор у формуванні здоров'яорієнтованої економіки. Економіка і регіон. 2022. Вип. 4(87). С. 268–274. DOI: [https://doi.org/10.26906/EiR.2022.4\(87\).2808](https://doi.org/10.26906/EiR.2022.4(87).2808)
86. Огляд стану забруднення навколишнього природного середовища на території України у 2024 році / Центральна геофізична обсерваторія ім. Б. Срезневського. Київ, 2025. 59 с. URL: https://cgo-sreznevskiy.kyiv.ua/images/ОГЛЯД_2024_повний_варіантdoc_1-сжатый.pdf
87. Офіційна сторінка Всеукраїнського перепису населення. URL: <https://www.ukrcensus.gov.ua/>

88. Палій О.М., Рингач Н.О. Резерви зниження смертності немовлят в Україні. Демографія та соціальна економіка. 2011. № 2. С. 84–94.
89. Пархоменко О.Г. Геоепідеміологія як міждисциплінарний підхід до дослідження захворюваності населення. Зб. матер. V міжнар. конф. (Одеса, 10–12 жовтня 2025 р.). Одеса: ОНУ ім. І.І. Мечникова, 2025. С. 121–124.
90. Пархоменко О.Г. Геопросторовий аналіз онкологічної захворюваності населення Одеського регіону. Вісник ОНУ. Географічні та геологічні науки. 2025. Т. 30. № 2(47). С. 229–240. DOI: [https://doi.org/10.18524/2303-9914.2025.2\(47\).344763](https://doi.org/10.18524/2303-9914.2025.2(47).344763)
91. Пархоменко О.Г. Медико-географічна структура захворюваності населення Одеського регіону. Матеріали III Всеукр. конф. молодих вчених (Одеса, 21–22 листопада 2025 р.) / відп. ред. В. Тригуб, А. Буяновський. Одеса: ОНУ ім. І.І. Мечникова, 2025. С. 46–49.
92. Пархоменко О.Г., Куделіна С.Б. Передумови становлення та розвитку сфери охорони здоров'я в Україні. Зб. матер. III міжнар. конф. (Одеса, 8–9 вересня 2023 р.). Одеса: ОНУ ім. І.І. Мечникова, 2023. 180 с.
93. Пархоменко О.Г., Нефедова Н.Є., Ніколаєва О.І. Смертність населення України, сучасні трансформації, соціально-економічні фактори. Вісник ОНУ. Географічні та геологічні науки. 2023. Т. 28. № 2(43). С. 79–89. DOI: [https://doi.org/10.18524/2303-9914.2023.2\(43\).292737](https://doi.org/10.18524/2303-9914.2023.2(43).292737)
94. Пархоменко О.Г., Яворська В.В. Географічні та соціально-економічні чинники захворюваності населення: просторово-аналітичний підхід. Науковий вісник Чернівецького університету. Серія Географія. 2025. Вип. 854. С. 17–27. DOI: <https://doi.org/10.31861/geo.2025.854.17-27>
95. Пархоменко О.Г., Яворська В.В. Суспільно-географічний аналіз захворюваності населення Одеської обл. Вісник ОНУ. Географічні та геологічні науки. 2025. Т. 30. № 1(46). С. 160–170. DOI: [https://doi.org/10.18524/2303-9914.2025.1\(46\).332400](https://doi.org/10.18524/2303-9914.2025.1(46).332400)

96. Паспорт Одеської обл. – 2024 р. URL: https://oda.od.gov.ua/strapi/uploads/Pasport_Odeskoyi_oblasti_za_2024_rik_ec9074f38a.pdf
97. Пелех М. Регіональні особливості суспільного здоров'я в Україні. Вісник Львівського університету. Серія геогр. 1999. Вип. 24. С. 56–59.
98. Пічура В.І. Аналіз захворюваності населення та еколого-демографічні аспекти землекористування на території басейну Дніпра. Вісник ЖНАЕУ. 2017. № 2(1). С. 95–104.
99. Погребський Т.Г. Територіальні особливості системи охорони здоров'я Волинської обл.: автореф. дис. ... канд. геогр. наук: спец. 11.00.02. Харків, [б.р.].2015- 20 с.
100. Подвірна Х.Є. Геопросторова організація сфери охорони здоров'я (на матеріалах Львівської обл.): автореф. дис. ... канд. геогр. наук: спец. 11.00.02. Львів, 2010. 20 с.
101. Подолинський С. А. Життя і здоров'я людей на Україні. Женева, 1878. 243 с.
102. Порівняльні дані про хвороби органів дихання URL: <http://www.ifp.kiev.ua/doc/staff/pulmukr2019.pdf>
103. Панорама охорони здоров'я населення України / За ред. А. В. Підаєва, О. Ф. Возіанова, В. Ф. Москаленка, В. М. Пономаренка. – К.: Здоров'я, 2003. – 396 с
104. Поп С.С., Брацько О.В. Оцінка сучасної медико-географічної ситуації у Закарпатській обл. Укр. географічний журнал. 2013. № 1. С. 45–52.
105. Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні. Копенгаген: Євр. регіон. бюро ВООЗ, 2022. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361136/WHOEURO-2022-5750-45515-65487-ukr.pdf>
106. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я: Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/421-20#Text>

107. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text>

108. Профілі громадського здоров'я. Одеська обл. 2023 / ЦГЗ МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%BBi%202023%20%D0%9E%D0%B4%D0%B5%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B0%20%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%82%D1%8C.pdf>

109. Прожитковий мінімум в Україні / Мінфін. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/labour/wagemin/>

110. Прилипко Є. Яким має бути фінансування та управління закладами охорони здоров'я в умовах децентралізації. Українська правда. 2021. URL: <https://life.pravda.com.ua/columns/2021/07/20/245440/>

111. Психічне здоров'я: інформаційно-аналітичні матеріали / ДУ «ЦГЗ МОЗ України». URL: https://npsi.phc.org.ua/МН_Monitoring?indicator=133&tab=infographics

112. Рак в Україні, 2019–2020: захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / З.П. Федоренко, Ю.Й. Михайлович, Л.О. Гулак та ін. Бюлетень НКРУ. 2022. № 22. 136 с. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_22/#rubriki

113. Рак в Україні, 2023–2024: захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / Нац. канцер-реєстр України. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_26/index.htm

114. Рівень життя населення України / НАН України, Ін-т демографії та соц. досліджень; за ред. Л.М. Черенько. К.: ТОВ «Консультант», 2006. 428 с.

115. Рогожин О.Г. Соціально-економічний механізм формування медико-географічної ситуації в селах України. К., 2009. 200 с.

116. Романів О.Я. Медико-географічні основи здоров'я дитячого населення (на матеріалах Хмельницької обл.): автореф. дис. ... канд. геогр. наук: спец. 11.00.02. Львів, 2003. 16 с.

117. Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я / В. Ляшко, Н. Південь та ін. Київ: ЦГЗ МОЗ України, 2020. URL:

https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Manual_Development%20and%20ofunding%20of%20regional%20and%20local%20public%20health%20programs_print_210x297%2B3mm.pdf

118. Руденко Л.Г., Фащевський М.І., Тітова С.В. та ін. Дослідження проблем Чорнобильської катастрофи в Інституті географії НАН України. Укр. геогр. журнал. 1993. № 2. С. 36–43.

119. Себов Д.М., Якименко О.О., Коротаєва В.А., Маркіна К.В. Створення кластерного закладу охорони здоров'я спроможної мережі госпітального округу. Матеріали міжнар. наук. конф. Одеса–Львів–Торунь: Liha-Pres, 2024. С. 51–55. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-406-4-13>

120. Сегіда К., Карайченцева Г. Внутрішні чинники геодемографічного процесу (на прикладі народжуваності в регіонах України). Часопис соціально-економічної географії. 2021. Вип. 30. С. 85–94. DOI: <https://doi.org/10.26565/2076-1333-2021-30-09>

121. Середня місячна заробітна плата по регіонах України / Мінфін. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/labour/salary/average/>

122. Соціальний захист населення України у 2024 році: статистичний збірник / Держстат. Київ, 2025. 127 с. URL: <https://stat.gov.ua/uk/publications/sotsialnyy-zakhyst-naselennya-ukrayiny-2024>

123. Соціально-демографічні характеристики домогосподарств України, 2022: статистичний збірник / Держстат. Київ, 2023. URL: <https://stat.gov.ua/uk/publications/sotsialno-demohrafichni-kharakterystyky-domohospodarstv-ukrayiny-2022>

124. Спроможна мережа медзакладів / МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/spromozhna-merezha>
125. Статистика з ВІЛ / ДУ «ЦГЗ МОЗ України». URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vil/statistika-z-vil>
126. Статистика з туберкульозу / ДУ «ЦГЗ МОЗ України». URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/statistika-z-tb>
127. Статистичний щорічник України, 2022 / Держстат. Київ, 2023. URL: <https://stat.gov.ua/uk/publications/statystychnyy-shchorichnyk-ukrayiny-2022>
128. Статистичний щорічник України, 2024 / Держстат. Київ, 2025. 273 с. URL: <https://stat.gov.ua/uk/publications/statystychnyy-shchorichnyk-ukrayiny-2024>
129. Стоматологічна допомога в Україні: аналіз основних показників діяльності за 2024 рік: довідник / І.П. Мазур, О.М. Даниленко, Л.О. Полянська. Кропивницький: Поліум, 2025. 108 с.
130. Стратегія демографічного розвитку України на період до 2040 року: розпорядження КМУ від 30.09.2024 р. № 922-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/922-2024-%D1%80#Text>
131. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року / МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/storage/uploads/3b12eed8-260c-46e5-baa7-b8418d7187ee/UKR-Strategy-2030-.pdf>
132. Топчієв О.Г. Основи суспільної географії. Одеса: Астропринт, 2001. 559 с.
133. Топчієв О.Г. Суспільно-географічні дослідження: методологія, методи, методики: навчальний посібник. Одеса: Астропринт, 2005. 632 с.
134. Трофімова Л.С. Навколишнє природне середовище і його вплив на здоров'я людини. Матеріали міжнар. наук. конф. Кам'янець-Подільський: КПНУіО, 2008. С. 62–64.

135. Туберкульоз в Україні: аналітично-статистичний довідник за 2024 рік. Київ: ДУ «ЦГЗ МОЗ України», 2025. 96 с. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user161/Довідник%202024.pdf>
136. Турос О.І., Маремуха Т.П., Петросян А.А., Брезіцька Н.В. Дослідження забруднення атмосферного повітря зваженими частинками пилу (PM10 та PM2,5) у м. Києві. Довкілля та здоров'я. 2018. № 4(89). С. 36–39. DOI: <https://doi.org/10.32402/dovkil2018.04.036>
137. Турос О.І., Петросян А.А., Брезіцька Н.В., Маремуха Т.П., Давиденко Г.М., Михіна Л.І., Царенок Т.В. Оцінка впливу забруднення атмосферного повітря PM2,5 на здоров'я населення Києва. Довкілля та здоров'я. 2022. № 3(104). С. 44–47. DOI: <https://doi.org/10.32402/dovkil2022.03.044>
138. Хмелік В. Аналіз сучасного стану та тенденції розвитку сфери охорони здоров'я України // Herald of Khmelnytskyi National University. Economic sciences. 2024. № 326(1). С. 18–22.
139. Центр медичної статистики МОЗ України. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statreports/access.html?id=6>
140. Чорнобиль і здоров'я України: Медико-екологічний атлас. Вип. 2. К.: Зелений світ, 1996. 32 с.
141. Шаблій О.І. Основи загальної суспільної географії. Львів: Вид. центр ЛНУ, 2003. 444 с.
142. Шаблій О.І., Шевчук Л.Т. Регіональні особливості виснаження населення як актуальна проблема медичної географії. Матеріали семінару «Сучасні проблеми географії населення України». Луцьк, 1993. С. 3–10.
143. Шевченко В.О. Медико-географічне картографування території України. К.: Наукова думка, 1994. 158 с.
144. Шевченко В.О. Теоретико-методичні основи медико-географічного аналізу території України: автореф. дис. ... д-ра геогр. наук: спец. 11.00.11. К., 1997. 32 с.

145. Шевчук Л.Т. Медико-соціальні аспекти використання трудового потенціалу: регіональний аналіз і прогноз. Львів, 2003. 489 с.
146. Шиян Д.В. Територіальні особливості захворюваності населення м. Кривий Ріг як центру старопромислового регіону: автореф. дис. ... канд. геогр. наук: спец. 11.00.02. Харків, 2012. 21 с.
147. Шовкун Т.М. Медико-географічний аналіз захворюваності населення (на прикладі Чернігівської обл.): автореф. дис. ... канд. геогр. наук: спец. 11.00.11. К., 2012. 20 с.
148. Шушпанов Д. Навколишнє середовище та нерівність у здоров'ї населення України: соціально-економічний та демографічний розріз. Сталий розвиток економіки. 2017. Вип. 4(37). С. 97–106. URL: <https://www.economdevelopment.in.ua/index.php/journal/article/view/224>
149. Шушпанов Д.Г. Соціально-економічні детермінанти нерівності у здоров'ї населення: автореф. дис. ... д-ра екон. наук: спец. 08.00.07. К., 2019. 43с.
150. Щорічний звіт про стан здоров'я населення України та епідемічну ситуацію за 2023 рік / МОЗ України, ЦГЗ МОЗ України. Київ, 2024. 78 с. URL: <https://moz.gov.ua/storage/uploads/386da5b2-66ed-4e85-932c-d9828ba76a7a/Щорічний-звіт-за-2023-рік.pdf>
151. Щорічний звіт про стан здоров'я населення України та епідемічну ситуацію за 2024 рік / МОЗ України, ЦГЗ МОЗ України. Київ, 2025. URL: <https://moz.gov.ua/storage/uploads/ad50c17-8932-4437-8f1f-1375f901c3f6/Щорічний-звіт-за-2024-рік.pdf>
152. Якість життя населення України та перші наслідки війни / НАН України, Ін-т демографії та соц. досліджень ім. М.В. Птухи. Київ, 2023. URL: https://idss.org.ua/arhiv/Монографія_якість.pdf
153. Ben-Shlomo Y., Cooper R., Kuh D. The last two decades of life course epidemiology and its relevance for ageing research // International Journal of Epidemiology. 2016. Vol. 45, № 4. P. 973–988. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/dyw096>.

154. Ben-Shlomo Y., Kuh D. A life course approach to chronic disease epidemiology // *International Journal of Epidemiology*. 2002. Vol. 31, № 2. P. 285–293. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/31.2.285> .
155. Boudin J.-C. F. J. *Essai de géographie médicale*. Paris: Germer-Baillière, 1843. URL: <https://catalog.hathitrust.org/Record/002081991>.
156. Chowell G., Rothenberg R. Spatial infectious disease epidemiology: on the cusp // *BMC Medicine*. 2018. Vol. 16. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1184-6>.
157. Elliott P, Wartenberg D. Spatial epidemiology: current approaches and future challenges. *Environ Health Perspect*. 2004 Jun;112(9):998-1006. doi: 10.1289/ehp.6735. PMID: 15198920; PMCID: PMC1247193 .
158. GBD Collaborators. Global burden of diseases and injuries // *The Lancet*. 2020. Vol. 396. P. 1204–1222. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9).
159. Hu K, Li C, Yang X, Ou S, Zhang X, Xiao D and Yu M (2025) From infectious diseases to chronic diseases: the paradigm shift of spatial epidemiology in disease prevention and control. *Front. Public Health* 13:1698964. doi: 10.3389/fpubh.2025.1698964
160. Jia P, Dong W, Yang S, Zhan Z, Tu L, Lai S. Spatial Lifecourse Epidemiology and Infectious Disease Research. *Trends Parasitol*. 2020 Mar;36(3):235-238. doi: 10.1016/j.pt.2019.12.012. Epub 2020 Feb 7. PMID: 32044243; PMCID: PMC7172117
161. Koch T. *Cartographies of disease: maps, mapping, and medicine*. Redlands, CA: ESRI Press, 2005. URL: <https://construccion.uv.cl/docs/textos/coleccion02/Texto.01.CartographiesofDisease.pdf>.
162. Kondo N, Sembajwe G, Kawachi I, van Dam RM, Subramanian SV, Yamagata Z. Income inequality, mortality, and self rated health: meta-analysis of multilevel studies. *BMJ*. 2009 Nov 10;339:b4471. doi: 10.1136/bmj.b4471. PMID: 19903981; PMCID: PMC2776131.

163. Kornus A. et al. Traditional and new in Ukrainian nosogeographic mapping // Problems of Continuous Geographical Education and Cartography. 2021. № 33. P. 84–91. URL: <https://repository.sspu.edu.ua/handle/123456789/11200>.

164. Kornus O. H. et al. Nosogeographic assessment of adult population morbidity of Sumy region // Journal of Geology, Geography and Geoecology. 2022. Vol. 31, № 1. P. 89–98. DOI: 10.15421/112209.

165. Kornus A. et al. Oncologic burden in Ukraine: regional inequalities and environmental risk factors // Geospatial Health. 2025. Vol. 20, № 2. DOI: <https://doi.org/10.4081/gh.2025.1418>.

166. Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J, Hallqvist J, Power C. Life course epidemiology. *J Epidemiol Community Health*. 2003 Oct;57(10):778-83. doi: 10.1136/jech.57.10.778. Erratum in: *J Epidemiol Community Health*. 2003 Nov;57(11):914. PMID: 14573579; PMCID: PMC1732305.

Lin CH, Wen TH. How Spatial Epidemiology Helps Understand Infectious Human Disease Transmission. *Trop Med Infect Dis*. 2022 Aug 2;7(8):164. doi: 10.3390/tropicalmed7080164. PMID: 36006256; PMCID: PMC9413673. Lynch J. et al. Income inequality and population health // *The Milbank Quarterly*. 2004. Vol. 82, № 1. P. 5–99. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.0887-378x.2004.00302.x>.

167. Lynch J, Smith GD. A life course approach to chronic disease epidemiology. *Annu Rev Public Health*. 2005;26:1-35. doi: 10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144505. PMID: 15760279.

168. Meade M. S., Emch M. Medical geography. 3rd ed. New York: Guilford Press, 2010 – P.498 .

169. Mergenthaler C. et al. Spatial autocorrelation in epidemiology decision-making // *CABI Reviews*. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1079/cabireviews202217018>.

170. Niemets L. et al. Human-geographical peculiarities of healthcare system of Ukraine // *Visnyk of Karazin Kharkiv National University*. 2021. № 54. P. 206–223. DOI: <https://doi.org/10.26565/2410-7360-2021-54-16>.

171. OECD. International patients mobility statistics. 2023. URL: <https://www.oecd.org>.
172. Ojima T., Kondo K. Life course epidemiology // Social determinants of health in non-communicable diseases. Singapore: Springer, 2020. DOI: https://doi.org/10.1007/978-981-15-1831-7_16.
173. Ostfeld R. S., Glass G. E., Keesing F. Spatial epidemiology: an emerging discipline // Trends in Ecology and Evolution. 2005. Vol. 20, № 6. P. 328–336. DOI: 10.1016/j.tree.2005.03.009.
174. Pickett K. E., Wilkinson R. G. Income inequality and health: a causal review // Social Science and Medicine. 2015. Vol. 128. P. 316–326. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.031>.
175. Rezaeian M, Dunn G, St Leger S, Appleby L. Geographical epidemiology, spatial analysis and geographical information systems: a multidisciplinary glossary. J Epidemiol Community Health. 2007 Feb;61(2):98-102. doi: 10.1136/jech.2005.043117. PMID: 17234866; PMCID: PMC2465628.
176. Tulchinsky TH. John Snow, Cholera, the Broad Street Pump; Waterborne Diseases Then and Now. Case Studies in Public Health. 2018:77–99. doi: 10.1016/B978-0-12-804571-8.00017-2. Epub 2018 Mar 30. PMCID: PMC7150208.
177. Spatial Epidemiology of Infectious Diseases https://www.mdpi.com/journal/tropicalmed/special_issues/spatial_epidemiology_infectious_diseases?utm_source=chatgpt.com
178. Subramanian S. V., Kawachi I. Income inequality and health // Epidemiologic Reviews. 2004. Vol. 26, № 1. P. 78–91. DOI: <https://doi.org/10.1093/epirev/mxh003>.
179. Trigub V., Domuschy S. Health risk assessment from soil pollution // Journal of Geology, Geography and Geoecology. 2022. Vol. 31, № 1. P. 152–162. URL: <https://geology-dnu.dp.ua/index.php/GG/article/view/896>.

180. Wagner C. et al. Life course epidemiology and public health // The Lancet Public Health. 2024. Vol. 9, № 4. P. e261–e269. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00018-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00018-5).

181. Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. Soc Sci Med. 2006 Apr;62(7):1768-84. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.08.036. Epub 2005 Oct 13. PMID: 16226363.

182. World Health Organization. Health impact assessment. 2021. URL: <https://www.who.int/health-topics/health-impact-assessment>.

183. World Health Organization. Leading causes of death worldwide. 2021. URL: <https://www.who.int/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019> .

ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця А.1

Динаміка чисельності загального населення України

Регіон/рік	Динаміка чисельностей загального населення (осіб)									темпи 2022/1991 *100 (%)	зб+ зм (-) (%)
	1991	1995	2001	2005	2010	2015	2020	2021	2022		
Україна	51 944 400	51 728 400	48 923 200	47 280 817	45 962 947	42 929 298	41 902 416	41 588 354	41 167 335	79,3	-20,7
Автономна Республіка Крим	2 146 500	2 221 000	2 050 700	1 994 250	1 965 305	-	-	-	-	-	-
Вінницька	1 914 400	1 889 700	1 791 000	1 720 137	1 650 608	1 610 573	1 545 416	1 529 123	1 509 515	78,9	-21,1
Волинська	1 069 000	1 078 300	1 064 000	1 044 777	1 036 665	1 042 918	1 031 421	1 027 397	1 021 356	95,5	-4,5
Дніпропетровська	3 908 700	3 888 800	3 612 600	3 476 176	3 355 481	3 276 637	3 176 648	3 142 035	3 096 485	79,2	-20,8
Донецька	5 346 700	5 266 900	4 893 600	4 671 903	4 466 740	4 297 250	4 131 808	4 100 280	4 059 372	75,9	-24,1
Житомирська	1 510 700	1 493 100	1 406 200	1 345 262	1 285 849	1 255 966	1 208 212	1 195 495	1 179 032	78,0	-22,0
Закарпатська	1 265 900	1 288 100	1 261 300	1 248 486	1 244 828	1 259 570	1 253 791	1 250 129	1 244 476	98,3	-1,7

Запорізька	2 099 600	2 094 800	1 948 600	1 877 180	1 811 664	1 765 926	1 687 401	1 666 515	1 638 462	78,0	-22,0
Івано- Франківська	1 442 900	1 466 800	1 420 200	1 393 616	1 380 716	1 382 553	1 368 097	1 361 109	1 351 822	93,7	-6,3
Київська	1 946 400	1 911 600	1 843 400	1 778 922	1 721 764	1 729 234	1 781 044	1 788 530	1 795 079	92,2	-7,8
Кіровоградська	1 245 300	1 236 200	1 146 900	1 083 919	1 017 782	980 579	933 109	920 128	903 712	72,6	-27,4
Луганська	2 871 100	2 827 100	2 589 800	2 440 313	2 311 617	2 220 151	2 135 913	2 121 322	2 102 921	73,2	-26,8
Львівська	2 764 400	2 770 300	2 651 600	2 588 041	2 549 617	2 537 799	2 512 084	2 497 750	2 478 133	89,6	-10,4
Миколаївська	1 342 400	1 352 100	1 279 000	1 229 522	1 189 516	1 164 342	1 119 862	1 108 394	1 091 821	81,3	-18,7
Одеська	2 635 300	2 606 500	2 488 600	2 415 703	2 391 022	2 396 442	2 377 230	2 368 107	2 351 392	89,2	-10,8
Полтавська	1 756 900	1 752 800	1 652 200	1 572 483	1 499 567	1 448 975	1 386 978	1 371 529	1 352 283	77,0	-23,0
Рівненська	1 176 800	1 194 500	1 178 900	1 160 695	1 151 624	1 161 151	1 152 961	1 148 456	1 141 784	97,0	-3,0
Сумська	1 430 200	1 411 100	1 317 800	1 243 935	1 172 317	1 123 448	1 068 247	1 053 452	1 035 772	72,4	-27,6

Тернопільська	1 175 100	1 177 700	1 149 900	1 119 573	1 088 865	1 069 936	1 038 695	1 030 562	1 021 713	86,9	-13,1	
Харківська	3 194 800	3 123 300	2 937 300	2 848 347	2 769 089	2 731 302	2 658 461	2 633 834	2 598 961	81,3	-18,7	
Херсонська	1 258 700	1 275 200	1 189 700	1 138 183	1 093 431	1 067 876	1 027 913	1 016 707	1 001 598	79,6	-20,4	
Хмельницька	1 520 600	1 517 000	1 445 000	1 388 038	1 333 957	1 301 242	1 254 702	1 243 787	1 228 829	80,8	-19,2	
Черкаська	1 530 900	1 517 600	1 418 800	1 357 135	1 295 218	1 251 816	1 192 137	1 178 266	1 160 744	75,8	-24,2	
Чернівецька	938 600	945 400	927 900	911 491	904 371	909 965	901 632	896 566	890 457	94,9	-5,1	
Чернігівська	1 405 800	1 367 300	1 262 100	1 187 721	1 109 747	1 055 673	991 294	976 701	959 315	68,2	-31,8	

Таблиця А.2

Динаміка чисельності міського населення України

Регіон/рік	Динаміка чисельності міського населення України									темпи 2022/1991 *100 (%)	зб+ зм (-) (%)
	1991	1995	2001	2005	2010	2015	2020	2021	2022		
Україна	35 085 200	35 118 800	32 951 700	32 009 320	31 524 795	29 673 113	29 139 346	28 959 536	28 693 708	81,8	-18,2
Автономна Республіка Крим	1 379 100	1 403 300	1 284 100	1 254 021	1 235 854					0,0	-100,0
Вінницька	871 100	889 800	831 500	813 159	814 224	814 758	799 385	795 837	789 588	90,6	-9,4
Волинська	539 800	559 500	538 600	526 222	535 367	545 459	539 179	537 242	533 489	98,8	-1,2
Дніпропетровська	3 266 700	3 255 500	3 002 400	2 893 487	2 801 294	2 739 988	2 668 744	2 642 094	2 606 079	79,8	-20,2
Донецька	4 836 000	4 761 800	4 411 200	4 217 057	4 042 858	3 895 623	3 754 349	3 728 069	3 693 450	76,4	-23,6
Житомирська	817 800	828 300	786 300	760 150	742 184	737 656	716 457	711 127	703 260	86,0	-14,0

Закарпатська	529 300	513 200	470 700	462 503	462 567	467 274	465 904	465 330	463 361	87,5	-12,5
Запорізька	1 602 600	1 601 400	1 474 800	1 427 721	1 391 582	1 362 343	1 306 231	1 291 103	1 269 910	79,2	-20,8
Івано- Франківська	616 800	639 200	600 500	590 607	596 424	602 641	606 764	605 411	602 570	97,7	-2,3
Київська	1 069 800	1 085 200	1 059 700	1 050 085	1 052 069	1 075 199	1 105 383	1 109 294	1 108 558	103,6	3,6
Кіровоградська	758 200	756 100	692 200	659 204	627 900	615 085	591 944	585 056	575 858	76,0	-24,0
Луганська	2 487 100	2 446 700	2 232 600	2 105 402	2 003 174	1 928 270	1 859 590	1 848 299	1 833 860	73,7	-26,3
Львівська	1 660 500	1 690 400	1 582 800	1 549 795	1 547 989	1 547 007	1 534 040	1 526 767	1 516 357	91,3	-8,7
Миколаївська	889 600	893 000	847 400	821 907	804 735	792 895	768 022	761 278	750 698	84,4	-15,6
Одеська	1 746 000	1 716 800	1 638 400	1 594 612	1 595 142	1 603 106	1 597 062	1 591 976	1 581 536	90,6	-9,4
Полтавська	1 005 100	1 020 200	971 500	935 547	912 485	895 755	867 201	859 042	848 080	84,4	-15,6
Рівненська	546 900	568 100	555 900	546 283	550 234	554 187	548 088	545 767	541 842	99,1	-0,9

Сумська	902 400	905 800	856 700	815 251	787 620	768 390	741 430	733 310	723 175	80,1	-19,9
Тернопільська	494 100	511 400	495 300	478 485	474 696	475 797	473 727	472 540	471 359	95,4	-4,6
Харківська	2 524 600	2 465 800	2 308 700	2 251 434	2 214 078	2 200 662	2 158 121	2 140 944	2 115 117	83,8	-16,2
Херсонська	778 200	785 000	718 500	687 049	668 487	653 540	631 317	624 661	615 080	79,0	-21,0
Хмельницька	745 200	777 600	739 000	724 244	726 168	730 302	720 752	718 063	713 312	95,7	-4,3
Черкаська	817 000	829 800	764 100	740 606	724 108	710 109	678 682	673 511	665 561	81,5	-18,5
Чернівецька	398 800	403 700	379 300	372 629	379 250	390 252	390 551	388 398	385 972	96,8	-3,2
Чернігівська	774 700	778 900	735 100	708 979	691 982	678 841	649 063	642 237	633 335	81,8	-18,2

**джерело [127]*

Таблиця А.3

Динаміка чисельності сільського населення України

Регіон/рік	Динаміка чисельності сільського населення України									темпи 2022/1991 *100 (%)	зб+ зм (-) (%)
	1991	1995	2001	2005	2010	2015	2020	2021	2022		
Україна	16 859 200	16 609 600	15 971 500	15 271 497	14 438 152	13 256 185	12 763 070	12 628 818	12 473 627	74,0	-26,0
Автономна Республіка Крим	767 400	817 700	766 600	740 229	729 451					0,0	-100,0
Вінницька	1 043 300	999 900	959 500	906 978	836 384	795 815	746 031	733 286	719 927	69,0	-31,0
Волинська	529 200	518 800	525 400	518 555	501 298	497 459	492 242	490 155	487 867	92,2	-7,8
Дніпропетровська	642 000	633 300	610 200	582 689	554 187	536 649	507 904	499 941	490 406	76,4	-23,6
Донецька	510 700	505 100	482 400	454 846	423 882	401 627	377 459	372 211	365 922	71,7	-28,3
Житомирська	692 900	664 800	619 900	585 112	543 665	518 310	491 755	484 368	475 772	68,7	-31,3
Закарпатська	736 600	774 900	790 600	785 983	782 261	792 296	787 887	784 799	781 115	106,0	6,0

Запорізька	497 000	493 400	473 800	449 459	420 082	403 583	381 170	375 412	368 552	74,2	-25,8
Івано- Франківська	826 100	827 600	819 700	803 009	784 292	779 912	761 333	755 698	749 252	90,7	-9,3
Київська	876 600	826 400	783 700	728 837	669 695	654 035	675 661	679 236	686 521	78,3	-21,7
Кіровоградська	487 100	480 100	454 700	424 715	389 882	365 494	341 165	335 072	327 854	67,3	-32,7
Луганська	384 000	380 400	357 200	334 911	308 443	291 881	276 323	273 023	269 061	70,1	-29,9
Львівська	1 103 900	1 079 900	1 068 800	1 038 246	1 001 628	990 792	978 044	970 983	961 776	87,1	-12,9
Миколаївська	452 800	459 100	431 600	407 615	384 781	371 447	351 840	347 116	341 123	75,3	-24,7
Одеська	889 300	889 700	850 200	821 091	795 880	793 336	780 168	776 131	769 856	86,6	-13,4
Полтавська	751 800	732 600	680 700	636 936	587 082	553 220	519 777	512 487	504 203	67,1	-32,9
Рівненська	629 900	626 400	623 000	614 412	601 390	606 964	604 873	602 689	599 942	95,2	-4,8
Сумська	527 800	505 300	461 100	428 684	384 697	355 058	326 817	320 142	312 597	59,2	-40,8

Тернопільська	681 000	666 300	654 600	641 088	614 169	594 139	564 968	558 022	550 354	80,8	-19,2
Харківська	670 200	657 500	628 600	596 913	555 011	530 640	500 340	492 890	483 844	72,2	-27,8
Херсонська	480 500	490 200	471 200	451 134	424 944	414 336	396 596	392 046	386 518	80,4	-19,6
Хмельницька	775 400	739 400	706 000	663 794	607 789	570 940	533 950	525 724	515 517	66,5	-33,5
Черкаська	713 900	687 800	654 700	616 529	571 110	541 707	513 455	504 755	495 183	69,4	-30,6
Чернівецька	539 800	541 700	548 600	538 862	525 121	519 713	511 081	508 168	504 485	93,5	-6,5
Чернігівська	631 100	588 400	527 000	478 742	417 765	376 832	342 231	334 464	325 980	51,7	-48,3

**джерело [127]*

Динаміка зміни частки населенн за типом місцевості(%)

Реіон/рік	міська місцевість										сільська місцевість								
	1991	1995	2001	2005	2010	2015	2020	2021	2022	1991	1995	2001	2005	2010	2015	2020	2021	2022	
Україна	67,5	67,9	67,4	67,7	68,6	69,1	69,5	69,6	69,7	32,5	32,1	32,6	32,3	31,4	30,9	30,5	30,4	30,3	
Автономна Республіка Крим	64,2	63,2	62,6	62,9	62,9	-	-	-	-	35,8	36,8	37,4	37,1	37,1	-	-	-	-	
Вінницька	45,5	47,1	46,4	47,3	49,3	50,6	51,7	52,0	52,3	54,5	52,9	53,6	52,7	50,7	49,4	48,3	48,0	47,7	
Волинська	50,5	51,9	50,6	50,4	51,6	52,3	52,3	52,3	52,2	49,5	48,1	49,4	49,6	48,4	47,7	47,7	47,7	47,8	
Дніпропетровська	83,6	83,7	83,1	83,2	83,5	83,6	84,0	84,1	84,2	16,4	16,3	16,9	16,8	16,5	16,4	16,0	15,9	15,8	
Донецька	90,4	90,4	90,1	90,3	90,5	90,7	90,9	90,9	91,0	9,6	9,6	9,9	9,7	9,5	9,3	9,1	9,1	9,0	
Житомирська	54,1	55,5	55,9	56,5	57,7	58,7	59,3	59,5	59,6	45,9	44,5	44,1	43,5	42,3	41,3	40,7	40,5	40,4	
Закарпатська	41,8	39,8	37,3	37,0	37,2	37,1	37,2	37,2	37,2	58,2	60,2	62,7	63,0	62,8	62,9	62,8	62,8	62,8	
Запорізька	76,3	76,4	75,7	76,1	76,8	77,1	77,4	77,5	77,5	23,7	23,6	24,3	23,9	23,2	22,9	22,6	22,5	22,5	
Івано-Франківська	42,7	43,6	42,3	42,4	43,2	43,6	44,4	44,5	44,6	57,3	56,4	57,7	57,6	56,8	56,4	55,6	55,5	55,4	
Київська	55,0	56,8	57,5	59,0	61,1	62,2	62,1	62,0	61,8	45,0	43,2	42,5	41,0	38,9	37,8	37,9	38,0	38,2	
Кіровоградська	60,9	61,2	60,4	60,8	61,7	62,7	63,4	63,6	63,7	39,1	38,8	39,6	39,2	38,3	37,3	36,6	36,4	36,3	
Луганська	86,6	86,5	86,2	86,3	86,7	86,9	87,1	87,1	87,2	13,4	13,5	13,8	13,7	13,3	13,1	12,9	12,9	12,8	

Львівська	60,1	61,0	59,7	59,9	60,7	61,0	61,1	61,1	61,2	39,9	39,0	40,3	40,1	39,3	39,0	38,9	38,9	38,8
Миколаївська	66,3	66,0	66,3	66,8	67,7	68,1	68,6	68,7	68,8	33,7	34,0	33,7	33,2	32,3	31,9	31,4	31,3	31,2
Одеська	66,3	65,9	65,8	66,0	66,7	66,9	67,2	67,2	67,3	33,7	34,1	34,2	34,0	33,3	33,1	32,8	32,8	32,7
Полтавська	57,2	58,2	58,8	59,5	60,8	61,8	62,5	62,6	62,7	42,8	41,8	41,2	40,5	39,2	38,2	37,5	37,4	37,3
Рівненська	46,5	47,6	47,2	47,1	47,8	47,7	47,5	47,5	47,5	53,5	52,4	52,8	52,9	52,2	52,3	52,5	52,5	52,5
Сумська	63,1	64,2	65,0	65,5	67,2	68,4	69,4	69,6	69,8	36,9	35,8	35,0	34,5	32,8	31,6	30,6	30,4	30,2
Тернопільська	42,0	43,4	43,1	42,7	43,6	44,5	45,6	45,9	46,1	58,0	56,6	56,9	57,3	56,4	55,5	54,4	54,1	53,9
Харківська	79,0	78,9	78,6	79,0	80,0	80,6	81,2	81,3	81,4	21,0	21,1	21,4	21,0	20,0	19,4	18,8	18,7	18,6
Херсонська	61,8	61,6	60,4	60,4	61,1	61,2	61,4	61,4	61,4	38,2	38,4	39,6	39,6	38,9	38,8	38,6	38,6	38,6
Хмельницька	49,0	51,3	51,1	52,2	54,4	56,1	57,4	57,7	58,0	51,0	48,7	48,9	47,8	45,6	43,9	42,6	42,3	42,0
Черкаська	53,4	54,7	53,9	54,6	55,9	56,7	56,9	57,2	57,3	46,6	45,3	46,1	45,4	44,1	43,3	43,1	42,8	42,7
Чернівецька	42,5	42,7	40,9	40,9	41,9	42,9	43,3	43,3	43,3	57,5	57,3	59,1	59,1	58,1	57,1	56,7	56,7	56,7
Чернігівська	55,1	57,0	58,2	59,7	62,4	64,3	65,5	65,8	66,0	44,9	43,0	41,8	40,3	37,6	35,7	34,5	34,2	34,0

**джерело [127]*

Таблиця А.5

Статева структура населення регіонів України за 2022 рік за типом місцевості (осіб)

Регіон/рік	Міська та сільська місцевості			міська місцевість			сільська місцевість		
	Обидві статі	чоловіки	жінки	Обидві статі	чоловіки	жінки	Обидві статі	чоловіки	жінки
Україна	40 997 698	19 006 979	21 990 719	28 454 845	13 034 232	15 420 613	12 542 853	5 972 747	6 570 106
Автономна Республіка Крим	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Вінницька	1 502 430	696 893	805 537	780 582	359 459	421 123	721 848	337 434	384 414
Волинська	1 018 628	480 903	537 725	527 453	242 446	285 007	491 175	238 457	252 718
Дніпропетровська	3 093 176	1 412 426	1 680 750	2 600 062	1 177 048	1 423 014	493 114	235 378	257 736
Донецька	4 046 487	1 839 235	2 207 252	3 677 539	1 664 340	2 013 199	368 948	174 895	194 053
Житомирська	1 179 801	550 334	629 467	701 120	322 785	378 335	478 681	227 549	251 132
Закарпатська	1 241 643	597 084	644 559	458 215	215 999	242 216	783 428	381 085	402 343
Запорізька	1 637 673	747 714	889 959	1 265 867	570 471	695 396	371 806	177 243	194 563
Івано-Франківська	1 349 096	637 870	711 226	596 293	278 087	318 206	752 803	359 783	393 020
Київська	1 789 300	819 430	969 870	1 097 508	503 383	594 125	691 792	316 047	375 745

Кіровоградська	897 297	414 272	483 025	569 779	258 701	311 078	327 518	155 571	171 947
Луганська	2 098 324	961 809	1 136 515	1 827 941	833 004	994 937	270 383	128 805	141 578
Львівська	2 459 763	1 164 991	1 294 772	1 493 400	697 510	795 890	966 363	467 481	498 882
Миколаївська	1 091 106	506 149	584 957	747 762	341 347	406 415	343 344	164 802	178 542
Одеська	2 340 332	1 102 880	1 237 452	1 563 275	730 935	832 340	777 057	371 945	405 112
Полтавська	1 344 445	621 789	722 656	836 299	381 771	454 528	508 146	240 018	268 128
Рівненська	1 140 724	542 099	598 625	536 547	246 506	290 041	604 177	295 593	308 584
Сумська	1 033 580	474 587	558 993	718 720	324 543	394 177	314 860	150 044	164 816
Тернопільська	1 018 462	477 160	541 302	466 674	215 315	251 359	551 788	261 845	289 943
Харківська	2 583 325	1 198 683	1 384 642	2 095 352	965 393	1 129 959	487 973	233 290	254 683
Херсонська	1 000 166	464 726	535 440	611 797	277 526	334 271	388 369	187 200	201 169
Хмельницька	1 225 666	570 163	655 503	707 669	326 472	381 197	517 997	243 691	274 306
Черкаська	1 157 115	532 640	624 475	659 900	300 118	359 782	497 215	232 522	264 693
Чернівецька	887 392	418 615	468 777	380 996	176 131	204 865	506 396	242 484	263 912
Чернігівська	950 773	432 326	518 447	623 101	282 741	340 360	327 672	149 585	178 087

**джерело [127]*

Вікова структура населення регіонів України за типом поселення 2022 рік (осіб)

Регіон/рік	Міська та сільська місцевості			міська місцевість			сільська місцевість		
	населення у віці 0-14 років, осіб	населення у віці 15-64 роки, осіб	населення у віці 65 років і старше, осіб	населення у віці 0-14 років, осіб	населення у віці 15-64 роки, осіб	населення у віці 65 років і старше, осіб	населення у віці 0-14 років, осіб	населення у віці 15-64 роки, осіб	населення у віці 65 років і старше, осіб
Україна	6 119 886	27 646 706	7 231 106	4 044 879	19 368 789	5 041 177	2 075 007	8 277 917	2 189 929
Автономна Республіка Крим									
Вінницька	228 250	1 004 375	269 805	120 978	536 717	122 887	107 272	467 658	146 918
Волинська	196 450	685 096	137 082	93 473	362 590	71 390	102 977	322 506	65 692
Дніпропетровська	467 034	2 081 587	544 555	387 194	1 759 186	453 682	79 840	322 401	90 873
Донецька	423 519	2 674 678	948 290	379 145	2 434 274	864 120	44 374	240 404	84 170
Житомирська	190 552	790 179	199 070	111 831	478 879	110 410	78 721	311 300	88 660
Закарпатська	242 204	846 345	153 094	87 795	312 643	57 777	154 409	533 702	95 317
Запорізька	232 973	1 102 443	302 257	174 412	855 945	235 510	58 561	246 498	66 747
Івано-Франківська	224 384	927 622	197 090	93 633	417 730	84 930	130 751	509 892	112 160
Київська	316 611	1 201 941	270 748	192 639	753 498	151 371	123 972	448 443	119 377
Кіровоградська	131 792	597 961	167 544	83 295	384 660	101 824	48 497	213 301	65 720
Луганська	189 316	1 396 732	512 276	161 458	1 220 047	446 436	27 858	176 685	65 840
Львівська	396 357	1 688 299	375 107	228 694	1 035 176	229 530	167 663	653 123	145 577
Миколаївська	164 901	737 530	188 675	105 864	509 489	132 409	59 037	228 041	56 266

Одеська	393 810	1 569 062	377 460	242 626	1 054 290	266 359	151 184	514 772	111 101
Полтавська	188 739	912 376	243 330	115 199	576 766	144 334	73 540	335 610	98 996
Рівненська	229 140	764 199	147 385	94 342	371 548	70 657	134 798	392 651	76 728
Сумська	132 578	702 848	198 154	94 205	496 371	128 144	38 373	206 477	70 010
Тернопільська	156 857	699 887	161 718	73 424	326 501	66 749	83 433	373 386	94 969
Харківська	349 863	1 782 295	451 167	281 227	1 460 725	353 400	68 636	321 570	97 767
Херсонська	158 536	673 166	168 464	95 622	411 187	104 988	62 914	261 979	63 476
Хмельницька	190 583	819 510	215 573	113 032	488 500	106 137	77 551	331 010	109 436
Черкаська	157 088	776 993	223 034	90 759	453 426	115 715	66 329	323 567	107 319
Чернівецька	151 873	606 264	129 255	58 480	267 303	55 213	93 393	338 961	74 042
Чернігівська	125 440	631 852	193 481	84 516	427 872	110 713	40 924	203 980	82 768

**джерело [127]*

Частка за віковою структурою населення регіонів України за типом поселення 2022 рік (осіб)

Регіон/рік	Міська та сільська місцевості			міська місцевість			сільська місцевість		
	населення у віці 0-14 років, %	населення у віці 15- 64 роки, %	населення у віці 65 років і старше, %	населення у віці 0-14 років, %	населення у віці 15- 64 роки, %	населення у віці 65 років і старше, %	населення у віці 0-14 років, %	населення у віці 15- 64 роки, %	населення у віці 65 років і старше, %
Україна	14,9	67,4	17,7	14,2	68,1	17,7	16,5	66,0	17,5
Автономна Республіка Крим									
Вінницька	15,2	66,8	18,0	15,5	68,8	15,7	14,9	64,8	20,3
Волинська	19,3	67,2	13,5	17,7	68,8	13,5	21,0	65,6	13,4
Дніпропетровська	15,1	67,3	17,6	14,9	67,7	17,4	16,2	65,4	18,4
Донецька	10,5	66,1	23,4	10,3	66,2	23,5	12,0	65,2	22,8
Житомирська	16,1	67,0	16,9	16,0	68,3	15,7	16,5	65,0	18,5
Закарпатська	19,5	68,2	12,3	19,2	68,2	12,6	19,7	68,1	12,2
Запорізька	14,2	67,3	18,5	13,8	67,6	18,6	15,7	66,3	18,0
Івано- Франківська	16,6	68,8	14,6	15,7	70,1	14,2	17,4	67,7	14,9
Київська	17,7	67,2	15,1	17,5	68,7	13,8	17,9	64,8	17,3
Кіровоградська	14,7	66,6	18,7	14,6	67,5	17,9	14,8	65,1	20,1
Луганська	9,0	66,6	24,4	8,8	66,8	24,4	10,3	65,3	24,4
Львівська	16,1	68,6	15,3	15,3	69,3	15,4	17,3	67,6	15,1
Миколаївська	15,1	67,6	17,3	14,2	68,1	17,7	17,2	66,4	16,4
Одеська	16,8	67,1	16,1	15,5	67,5	17,0	19,5	66,2	14,3

Полтавська	14,0	67,9	18,1	13,8	69,0	17,2	14,5	66,0	19,5
Рівненська	20,1	67,0	12,9	17,6	69,2	13,2	22,3	65,0	12,7
Сумська	12,8	68,0	19,2	13,1	69,1	17,8	12,2	65,6	22,2
Тернопільська	15,4	68,7	15,9	15,7	70,0	14,3	15,1	67,7	17,2
Харківська	13,5	69,0	17,5	13,4	69,7	16,9	14,1	65,9	20,0
Херсонська	15,9	67,3	16,8	15,6	67,2	17,2	16,2	67,5	16,3
Хмельницька	15,5	66,9	17,6	16,0	69,0	15,0	15,0	63,9	21,1
Черкаська	13,6	67,1	19,3	13,8	68,7	17,5	13,3	65,1	21,6
Чернівецька	17,1	68,3	14,6	15,3	70,2	14,5	18,5	66,9	14,6
Чернігівська	13,2	66,5	20,3	13,5	68,7	17,8	12,5	62,2	25,3

**джерело [127]*

Таблиця А.8

Демографічне навантаження на населення у віці 15-64 роки (на 1000 осіб у віці 15-64 роки) -за типом поселення 2022рік

Регіон/рік	Загальне навантаження			Навантаження особами у віці 0-14 років			Навантаження особами у віці 65 років і старше		
	Міська та сільська місцевості	міська місцевість	сільська місцевість	Міська та сільська місцевості	міська місцевість	сільська місцевість	Міська та сільська місцевості	міська місцевість	сільська місцевість
Україна	483	469	515	221	209	251	262	260	264
Автономна Республіка Крим									
Вінницька	496	454	544	227	225	229	269	229	315
Волинська	487	455	523	287	258	319	200	197	204
Дніпропетровська	486	478	530	224	220	248	262	258	282
Донецька	513	511	535	158	156	185	355	355	350
Житомирська	493	464	538	241	233	253	252	231	285
Закарпатська	467	466	468	286	281	289	181	185	179
Запорізька	485	479	508	211	204	237	274	275	271
Івано-Франківська	454	427	476	242	224	256	212	203	220
Київська	489	457	543	263	256	276	226	201	267
Кіровоградська	501	481	535	220	216	227	281	265	308
Луганська	502	498	530	135	132	158	367	366	372
Львівська	457	443	480	235	221	257	222	222	223
Миколаївська	479	468	506	223	208	259	256	260	247
Одеська	492	483	510	251	230	294	241	253	216

Полтавська	474	450	514	207	200	219	267	250	295
Рівненська	493	444	539	300	254	344	193	190	195
Сумська	471	448	525	189	190	186	282	258	339
Тернопільська	455	429	478	224	225	223	231	204	255
Харківська	449	434	517	196	192	213	253	242	304
Херсонська	486	488	482	236	233	240	250	255	242
Хмельницька	496	449	565	233	231	234	263	218	331
Черкаська	489	455	537	202	200	205	287	255	332
Чернівецька	464	425	494	251	219	276	213	206	218
Чернігівська	505	456	606	199	197	200	306	259	406

**джерело [127]*

Чисельність загального населення регіонів України за 2022 рік (осіб)

Регіон/рік	Міська та сільська місцевості	міська місцевість	сільська місцевість
Україна	41 167 335	28 693 708	12 473 627
Автономна Республіка Крим	-	-	-
Вінницька	1 509 515	789 588	719 927
Волинська	1 021 356	533 489	487 867
Дніпропетровська	3 096 485	2 606 079	490 406
Донецька	4 059 372	3 693 450	365 922
Житомирська	1 179 032	703 260	475 772
Закарпатська	1 244 476	463 361	781 115
Запорізька	1 638 462	1 269 910	368 552
Івано-Франківська	1 351 822	602 570	749 252
Київська	1 795 079	1 108 558	686 521
Кіровоградська	903 712	575 858	327 854
Луганська	2 102 921	1 833 860	269 061
Львівська	2 478 133	1 516 357	961 776
Миколаївська	1 091 821	750 698	341 123

Одеська	2 351 392	1 581 536	769 856
Полтавська	1 352 283	848 080	504 203
Рівненська	1 141 784	541 842	599 942
Сумська	1 035 772	723 175	312 597
Тернопільська	1 021 713	471 359	550 354
Харківська	2 598 961	2 115 117	483 844
Херсонська	1 001 598	615 080	386 518
Хмельницька	1 228 829	713 312	515 517
Черкаська	1 160 744	665 561	495 183
Чернівецька	890 457	385 972	504 485
Чернігівська	959 315	633 335	325 980

**джерело [127]*

Таблиця А.10

Середній вік населення за регіонами України та типом місцевості

Регіон/рік	Обидві статі			чоловіки			жінки		
	Міська та сільська місцевості	міська місцевість	сільська місцевість	Міська та сільська місцевості	міська місцевість	сільська місцевість	Міська та сільська місцевості	міська місцевість	сільська місцевість
Україна	42,2	42,6	41,5	39,4	39,7	38,7	44,7	45,0	44,1
Автономна Республіка Крим									
Вінницька	42,2	41,0	43,5	39,3	38,5	40,1	44,8	43,2	46,4
Волинська	38,5	39,3	37,6	36,0	36,8	35,2	40,8	41,5	39,9
Дніпропетровська	42,3	42,3	42,3	39,1	39,1	39,5	45,0	45,0	44,8
Донецька	46,8	46,9	45,7	43,6	43,7	42,7	49,4	49,5	48,4
Житомирська	41,3	40,9	41,9	38,3	38,0	38,7	43,9	43,3	44,7
Закарпатська	37,8	38,0	37,8	35,8	35,6	36,0	39,7	40,1	39,4
Запорізька	43,1	43,3	42,3	39,9	40,0	39,4	45,7	45,9	44,9
Івано-Франківська	40,1	40,2	40,1	37,7	37,9	37,6	42,2	42,1	42,4
Київська	40,3	39,8	41,0	37,4	37,2	37,8	42,6	42,0	43,6
Кіровоградська	42,8	42,6	43,2	39,8	39,6	40,1	45,5	45,1	46,0
Луганська	47,9	48,0	47,3	44,8	44,9	44,5	50,6	50,7	49,8
Львівська	40,6	40,9	40,2	38,2	38,5	37,9	42,8	43,0	42,4
Миколаївська	42,0	42,6	40,8	39,1	39,6	38,0	44,6	45,1	43,3
Одеська	40,6	41,6	38,8	38,0	38,9	36,3	43,0	43,9	41,0
Полтавська	43,0	42,6	43,7	40,0	39,6	40,7	45,6	45,1	46,4

Рівненська	37,9	39,1	36,9	35,6	36,7	34,7	40,0	41,1	38,9
Сумська	44,0	43,2	45,6	41,0	40,4	42,4	46,4	45,6	48,5
Тернопільська	41,2	40,3	41,9	38,6	38,0	39,1	43,4	42,2	44,5
Харківська	42,6	42,3	43,9	39,6	39,3	41,1	45,1	44,8	46,4
Херсонська	41,5	41,8	41,1	38,6	38,6	38,6	44,1	44,5	43,4
Хмельницька	42,0	40,7	43,8	39,1	38,3	40,3	44,5	42,8	46,9
Черкаська	43,6	42,9	44,6	40,6	40,1	41,3	46,2	45,3	47,4
Чернівецька	39,7	40,2	39,3	37,3	37,9	36,9	41,8	42,2	41,5
Чернігівська	44,2	43,0	46,6	40,7	39,9	42,4	47,1	45,5	50,1

Без тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим та м.Севастополя. Розрахунки (оцінки) чисельності населення здійснено на основі наявних адміністративних даних щодо державної реєстрації народження і смерті та зміни реєстрації місця проживання.

**джерело [123, 127]*

ДОДАТОК Б

Таблиця Б.1

Номінальний ВВП України з 2002 по 2025 рр.

Рік	млн. грн.			млн. дол. США		
2002	225810			42393		
2003	267344	41534	18.4%	50133	7740	18.3%
2004	345113	77769	29.1%	64883	14750	29.4%
2005	441452	96339	27.9%	86142	21259	32.8%
2006	544153	102701	23.3%	107753	21611	25.1%
2007	720731	176578	32.5%	142719	34966	32.5%
2008	948056	227325	31.5%	179992	37273	26.1%
2009	913345	-34711	-3.7%	117228	-62765	-34.9%
2010	1082569	169224	18.5%	136419	19192	16.4%
2011	1316600	234031	21.6%	163160	26740	19.6%
2012	1408889	92289	7.0%	175781	12622	7.7%
2013	1454931	46042	3.3%	183310	7529	4.3%
2014	1566728	111797	7.7%	131805	-51505	-28.1%
2015	1979458	412730	26.3%	90615	-41190	-31.3%
2016	2383182	403724	20.4%	93270	2655	2.9%
2017	2982920	599738	25.2%	112154	18884	20.2%
2018	3558706	575786	19.3%	130832	18678	16.7%
2019	3974564	415858	11.7%	153781	22949	17.5%
2020	4194102	219538	5.5%	155582	1801	1.2%
2021	5459574	1265472	30.2%	199770	44188	28.4%
2022	5191028	-268546	-4.9%	161990	-37780	-18.9%
2023	6537825	1346797	25.9%	181220	19230	11.9%
2024	7658659	1120834	17.1%	190740	9520	5.3%

*(розмір ВВП в доларах - за даними Світового банку та МВФ, [8])

Таблиця Б.2.

Динаміка зміни прожиткового мінімуму
(в абсолютному та процентному поданні) з 2000 р.

Період	Загальний показник	Діти до 6 років	Діти від 6 до 18 років	Працездатні особи	Особи, що втратили працездатність
з 01.01.2026	3209	2817	3512	3328	2595
з 01.01.2025 по 31.12.2025	2920	2563	3196	3028	2361
з 01.01.2024 по 31.12.2024	2920	2563	3196	3028	2361
з 01.01.2023 по 31.12.2023	2589	2272	2833	2684	2093
з 01.12.2022 по 31.12.2022	2589	2272	2833	2684	2093
з 01.07.2022 по 30.11.2022	2508	2201	2744	2600	2027
з 01.01.2022 по 30.06.2022	2393	2100	2618	2481	1934
з 01.12.2021 по 31.12.2021	2393	2100	2618	2481	1934
з 01.07.2021 по 30.11.2021	2294	2013	2510	2379	1854
з 01.01.2021 по 30.06.2021	2189	1921	2395	2270	1769
з 01.12.2020 по 31.12.2020	2189	1921	2395	2270	1769
з 01.07.2020 по 30.11.2020	2118	1859	2318	2197	1712
з 01.01.2020 по 30.06.2020	2027	1779	2218	2102	1638
з 01.12.2019 по 31.12.2019	2027	1779	2218	2102	1638
з 01.07.2019 по 30.11.2019	1936	1699	2118	2007	1564
з 01.01.2019 по 30.06.2019	1853	1626	2027	1921	1497
з 01.12.2018 по 31.12.2018	1853	1626	2027	1921	1497
з 01.07.2018 по 30.11.2018	1777	1559	1944	1841	1435
з 01.01.2018 по 30.06.2018	1700	1492	1860	1762	1373
з 01.12.2017 по 31.12.2017	1700	1492	1860	1762	1373
з 01.05.2017 по 30.11.2017	1624	1426	1777	1684	1312

з 01.01.2017 по 30.04.2017	1544	1355	1689	1600	1247
з 01.12.2016 по 31.12.2016	1544	1355	1689	1600	1247
з 01.05.2016 по 30.11.2016	1399	1228	1531	1450	1130
з 01.01.2016 по 30.04.2016	1330	1167	1455	1378	1074
з 01.09.2015 по 31.12.2015	1330	1167	1455	1378	1074
з 01.01.2015 по 31.08.2015	1176	1032	1286	1218	949
з 01.01.2014 по 31.12.2014	1176	1032	1286	1218	949
з 01.12.2013 по 31.12.2013	1176	1032	1286	1218	949
з 01.01.2013 по 30.11.2013	1108	972	1210	1147	894
з 01.12.2012 по 31.12.2012	1095	961	1197	1134	884
з 01.10.2012 по 30.11.2012	1060	930	1161	1118	856
з 01.07.2012 по 30.09.2012	1044	917	1144	1102	844
з 01.04.2012 по 30.06.2012	1037	911	1134	1094	838
з 01.01.2012 по 31.03.2012	1017	893	1112	1073	822
з 01.12.2011 по 31.12.2011	953	870	1042	1004	800
з 01.10.2011 по 30.11.2011	934	853	1022	985	784
з 01.04.2011 по 30.09.2011	911	832	997	960	764
з 01.01.2011 по 31.03.2011	894	816	977	941	750
з 01.12.2010 по 31.12.2010	875	799	957	922	734
з 01.10.2010 по 30.11.2010	861	787	941	907	723
з 01.07.2010 по 30.09.2010	843	771	921	888	709
з 01.04.2010 по 30.06.2010	839	767	917	884	706
з 01.01.2010 по 31.03.2010	825	755	901	869	695
з 01.11.2009 по 31.12.2009	701	632	776	744	573
з 01.10.2008 по 31.10.2009	626	557	701	669	498
з 01.07.2008 по 30.09.2008	607	540	680	649	482
з 01.04.2008 по 30.06.2008	605	538	678	647	481
з 01.01.2008 по 31.03.2008	592	526	663	633	470
з 01.10.2007 по 31.12.2007	532	470	604	568	411

з 01.04.2007 по 30.09.2007	525	463	595	561	406
з 01.01.2007 по 31.03.2007	492	434	558	525	380
з 01.10.2006 по 31.12.2006	472	418	536	505	366
з 01.04.2006 по 30.09.2006	465	410	527	496	359
з 01.01.2006 по 31.03.2006	453	400	514	483	350
з 01.01.2005 по 31.12.2005	423	376	468	453	332
з 01.01.2004 по 31.12.2004	362	324	405	387	285
з 01.01.2002 по 31.12.2003	342	307	384	365	268
з 01.01.2001 по 31.12.2001	311	276	346	331	249
з 01.01.2000 по 31.12.2000	270	241	297	288	217

*джерело: [109]

Таблиця Б.3

Мінімальна заробітна плата 2000-2026 рр.

Період	Мінімальна зарплата (грн.)					
	місячна			погодинна		
з 01.01.2026	8647	647	8.1%	52,00	4.00	8.3%
з 01.01.2025 по 31.12.2025	8000	0	0%	48,00	0.00	0%
з 01.04.2024 по 31.12.2024	8000	900	12.7%	48,00	5.40	12.7%
з 01.01.2024 по 31.03.2024	7100	400	6.0%	42,60	2.14	5.3%
з 01.01.2023 по 31.12.2023	6700	0	0%	40,46	0.00	0%
з 01.10.2022 по 31.12.2022	6700	200	3.1%	40,46	1.20	3.1%
з 01.01.2022 по 30.09.2022	6500	0	0%	39,26	0.14	0.4%
з 01.12.2021 по 31.12.2021	6500	500	8.3%	39,12	3.01	8.3%
з 01.01.2021 по 30.11.2021	6000	1000	20.0%	36,11	6.91	23.7%
з 01.09.2020 по 31.12.2020	5000	277	5.9%	29,20	0.89	3.1%
з 01.01.2020 по 31.08.2020	4723	550	13.2%	28,31	3.18	12.7%
з 01.01.2019 по 31.12.2019	4173	450	12.1%	25,13	2.72	12.1%
з 01.01.2018 по 31.12.2018	3723	523	16.3%	22,41	3.07	15.9%
з 01.01.2017 по 31.12.2017	3200	1600	100.0%	19,34	9.75	101.7%
з 01.12.2016 по 31.12.2016	1600	150	10.3%	9,59	0.90	10.4%
з 01.05.2016 по 30.11.2016	1450	72	5.2%	8,69	0.40	4.8%
з 01.01.2016 по 30.04.2016	1378	0	0%	8,29	0.00	0%
з 01.09.2015 по 31.12.2015	1378	160	13.1%	8,29	1.00	13.7%
з 01.01.2015 по 31.08.2015	1218	0	0%	7,29	-0.01	-0.1%
з 01.01.2014 по 31.12.2014	1218	0	0%	7,30	0.00	0%
з 01.12.2013 по 31.12.2013	1218	71	6.2%	7,30	0.42	6.1%
з 01.01.2013 по 30.11.2013	1147	13	1.1%	6,88	0.08	1.2%
з 01.12.2012 по 31.12.2012	1134	16	1.4%	6,80	0.10	1.5%
з 01.10.2012 по 30.11.2012	1118	16	1.5%	6,70	0.09	1.4%

з 01.07.2012 по 30.09.2012	1102	8	0.7%	6,61	0.05	0.8%
з 01.04.2012 по 30.06.2012	1094	21	2.0%	6,56	0.13	2.0%
з 01.01.2012 по 31.03.2012	1073	69	6.9%	6,43	0.39	6.5%
з 01.12.2011 по 31.12.2011	1004	19	1.9%	6,04	0.12	2.0%
з 01.10.2011 по 30.11.2011	985	25	2.6%	5,92	0.15	2.6%
з 01.04.2011 по 30.09.2011	960	19	2.0%	5,77	0.11	1.9%
з 01.01.2011 по 31.03.2011	941	19	2.1%	5,66	0.14	2.5%
з 01.12.2010 по 31.12.2010	922	15	1.7%	5,52	0.09	1.7%
з 01.10.2010 по 30.11.2010	907	19	2.1%	5,43	0.11	2.1%
з 01.07.2010 по 30.09.2010	888	4	0.5%	5,32	0.03	0.6%
з 01.04.2010 по 30.06.2010	884	15	1.7%	5,29	0.09	1.7%
з 01.01.2010 по 31.03.2010	869	125	16.8%	5,20		
з 01.11.2009 по 31.12.2009	744	94	14.5%			
з 01.10.2009 по 31.10.2009	650	20	3.2%			
з 01.07.2009 по 30.09.2009	630	5	0.8%			
з 01.04.2009 по 30.06.2009	625	20	3.3%			
з 01.12.2008 по 31.03.2009	605	60	11.0%			
з 01.10.2008 по 30.11.2008	545	20	3.8%			
з 01.04.2008 по 30.09.2008	525	10	1.9%			
з 01.01.2008 по 31.03.2008	515	55	12.0%			
з 01.10.2007 по 31.12.2007	460	20	4.5%			
з 01.07.2007 по 30.09.2007	440	20	4.8%			
з 01.04.2007 по 30.06.2007	420	20	5.0%			
з 01.12.2006 по 31.03.2007	400	25	6.7%			
з 01.07.2006 по 30.11.2006	375	25	7.1%			
з 01.01.2006 по 30.06.2006	350	18	5.4%			
з 01.09.2005 по 31.12.2005	332	22	7.1%			
з 01.07.2005 по 31.08.2005	310	20	6.9%			
з 01.04.2005 по 30.06.2005	290	28	10.7%			

з 01.01.2005 по 31.03.2005	262	25	10.5%			
з 01.09.2004 по 31.12.2004	237	32	15.6%			
з 01.12.2003 по 31.08.2004	205	20	10.8%			
з 01.01.2003 по 30.11.2003	185	20	12.1%			
з 01.07.2002 по 31.12.2002	165	25	17.9%			
з 01.01.2002 по 30.06.2002	140	22	18.6%			
з 01.07.2000 по 31.12.2001	118	28	31.1%			
з 01.04.2000 по 30.06.2000	90					

**джерело[74]*

Середня заробітна плата по регіонах України за 2025 рік (грн)

Регіон/місяць	січень	лютий	березень	квітень	травень	червень	липень	серпень	вересень	листопад	грудень	середня за рік
Україна	22992	23132	24763	25160	25262	26145	26499	25911	26623	27167	30926	23715
Вінницька	19395	19431	20587	21251	21854	22513	22674	22074	22729	22737	26598	20154
Волинська	19057	18640	19568	20677	21140	21906	22291	21457	21923	21955	26336	19579
Дніпропетровська	24429	23947	25567	25767	26061	27171	27413	26779	27416	31706	27784	24503
Донецька	21607	21343	21553	22831	22432	23741	24371	24187	24928	23989	29897	21740
Житомирська	18705	18662	19644	20194	20678	21784	21621	20879	21948	21873	24767	19230
Закарпатська	18629	19032	20558	21025	21414	22862	22468	21495	23628	22980	29018	20259
Запорізька	22288	21588	22603	27144	24594	24491	24717	24681	24586	25003	28620	22526
Івано-Франківська	18049	17940	18774	19686	19886	21415	21270	20173	21031	20863	23260	18529
Київська	22932	22963	24004	25241	25028	26410	26014	25963	26767	27071	31200	23633
Кіровоградська	16819	16653	17246	17907	18610	19318	19522	18778	19065	19079	22110	17092
Луганська	27600	27499	28321	28093	29542	32657	34553	32541	32952	31340	45160	29188
Львівська	21146	20828	22281	22790	23049	23997	24191	23436	24366	24195	27183	21455
Миколаївська	20487	20408	22422	21362	22056	23269	23646	23174	24578	24349	29709	21288
Одеська	18855	19145	19595	19986	20182	21310	21428	21078	21228	21909	26553	19272
Полтавська	19962	20141	21936	21260	21676	22576	22970	22512	24272	23033	25897	20520
Рівненська	19742	19270	21873	20724	21459	22583	22738	22467	22947	23724	27989	20460
Сумська	18293	18269	19467	20018	20559	21624	21934	21652	21991	22156	26630	19383
Тернопільська	17216	17513	20005	18618	19119	20626	20015	19837	20076	20489	23261	18065
Харківська	19108	19245	20262	20453	20837	21916	21958	21613	22759	22551	26064	19731
Херсонська	18339	18448	19121	19931	20668	23337	23430	22823	21246	23411	29922	20056
Хмельницька	18700	19012	20588	20099	21415	21607	21558	21383	21962	22357	25764	19537

Черкаська	18282	18323	19487	20762	21741	21708	21594	20855	21290	21953	25010	19250
Чернівецька	16387	16697	17412	17734	18158	19530	19202	18451	18841	19096	22450	16997
Чернігівська	17283	16842	18013	18536	19842	20023	19920	20289	20328	20344	22752	17848
м.Київ	34978	36059	39223	39346	38439	39034	40546	39535	40111	40633	48449	36363

**джерело [121]*

Таблиця Б.5

Середній розмір призначених місячних пенсій пенсіонерів усіх категорій за статтю та регіонами станом на 01.01.2025 (грн) [122, 123]

Середній розмір пенсії				
Регіон	чоловіки	з них новопризначені у 2024	жінки	з них новопризначені у 2024 році
Україна	7145,33	7550,20	4904,34	5731,88
Автономна Республіка Крим	...	...	...	...
Вінницька	6026,30	7530,35	4396,32	5591,20
Волинська	5947,86	7186,94	4515,53	5510,09
Дніпропетровська	8325,01	8895,61	5271,91	5980,38
Донецька	9941,78	9610,83	5278,80	5512,35
Житомирська	6407,94	7694,37	4617,59	5587,49
Закарпатська	5485,22	6167,25	4248,67	5084,24
Запорізька	7471,21	7812,21	5175,60	5926,64
Івано-Франківська	5897,24	7095,79	4408,42	5373,76
Київська	7432,35	8497,42	5207,18	6132,99
Кіровоградська	6345,13	7267,51	4518,79	5629,30
Луганська	9207,12	6860,70	4960,73	5788,70
Львівська	6388,08	6624,77	4549,79	5324,82
Миколаївська	6741,03	7463,89	4786,92	5968,93
Одеська	6893,86	6697,48	4810,73	5354,63
Полтавська	7085,33	7890,16	4803,37	5598,60
Рівненська	5980,17	7212,20	4626,75	5586,27
Сумська	6403,77	7131,96	4601,36	5584,81
Тернопільська	5028,49	5849,52	4141,14	4764,79
Харківська	7247,07	6653,55	4919,86	5542,41
Херсонська	5744,33	5706,04	4496,31	5334,18
Хмельницька	6050,56	7812,39	4316,77	5315,92
Черкаська	6096,53	7417,86	4498,68	5031,72
Чернівецька	5330,06	5992,94	4207,31	5008,04
Чернігівська	6530,84	7364,24	4643,83	5702,21
м.Київ	9875,55	9922,11	6820,26	8147,88

*джерело [122, 123]

Таблиця Б.6

Розподіл пенсіонерів усіх категорій за розміром пенсій по відношенню до прожиткового мінімуму, за регіонами станом на 01.01.2025[122, 123]

	Нижче прожиткового мінімуму		У розмірі прожиткового мінімуму		Вище прожиткового мінімуму	
	кількість пенсіонерів, осіб	середній розмір пенсії ¹ , грн	кількість пенсіонерів, осіб	середній розмір пенсії ¹ , грн	кількість пенсіонерів, осіб	середній розмір пенсії ¹ , грн
Україна	64528	1416,10	279324	2361,00	9999778	5913,03
Республіка Крим	...	...	...	...	...	...
Вінницька	2927	1410,49	11991	2361,00	417706	5140,62
Волинська	3131	1370,33	6163	2361,00	248602	5204,59
Дніпропетровськ	5339	1429,91	20071	2361,00	848573	6600,04
Донецька	1948	1472,13	11335	2361,00	602753	7277,03
Житомирська	3448	1392,31	10057	2361,00	345393	5465,55
Закарпатська	2628	1360,96	8949	2361,00	242298	4851,04
Запорізька	1727	1465,37	11731	2361,00	437503	6198,35
Івано-	2182	1417,83	9199	2361,00	326858	5093,45
Київська	3441	1488,70	17378	2361,00	517593	6251,92
Кіровоградська	1898	1384,09	6362	2361,00	242689	5340,26
Луганська	623	1444,14	3201	2361,00	228772	6769,12
Львівська	5106	1435,45	19780	2361,00	643895	5424,43
Миколаївська	1984	1381,20	8425	2361,00	276711	5674,89
Одеська	3652	1370,87	20732	2361,00	537360	5783,22
Полтавська	2078	1454,52	10277	2361,00	395063	5812,59
Рівненська	3846	1336,87	5803	2361,00	274998	5272,38
Сумська	1637	1436,65	6143	2361,00	300064	5381,05
Тернопільська	1918	1394,26	7970	2361,00	261628	4572,04
Харківська	2928	1441,94	21597	2361,00	682894	5953,05
Херсонська	1431	1375,33	6442	2361,00	199315	5078,08
Хмельницька	2734	1415,00	13694	2361,00	367366	5121,03
Черкаська	2120	1425,38	12227	2361,00	380833	5236,11
Чернівецька	1451	1363,89	7698	2361,00	197196	4761,48
Чернігівська	2064	1438,37	6935	2361,00	294097	5476,44
м. Київ	2287	1535,55	15164	2361,00	729618	8155,53

Індекси споживчих цін за регіонами України у 2024 році
(грудень до грудня попереднього року, %)[57]

Регіон	ІСЦ, %
Україна	112,0
Вінницька	111,2
Волинська	113,1
Дніпропетровська	111,2
Донецька	111,8
Житомирська	111,3
Закарпатська	112,3
Запорізька	110,7
Івано-Франківська	112,2
Київська	112,0
Кіровоградська	113,8
Луганська	111,6
Львівська	111,8
Миколаївська	113,3
Одеська	111,6
Полтавська	112,3
Рівненська	112,0
Сумська	112,4
Тернопільська	112,6
Харківська	112,0
Херсонська	111,1
Хмельницька	111,5
Черкаська	111,7
Чернівецька	111,2
Чернігівська	112,1
м. Київ	113,5

Таблиця Б.8

Типи територій за характером антропогенного навантаження та воєнної модифікації (обласний рівень)

Область	Тип території	Характер антропогенної трансформації	Значення для умов життєдіяльності населення	Воєнна модифікація
Вінницька	аграрно трансформована	інтенсивне аграрне освоєння	просторово розосереджені зміни	мінімальна
Волинська	помірно трансформована	обмежене господарське використання	відносно стабільні умови	мінімальна
Дніпропетровська	урбанізовано-індустріальна	промислово-міська трансформація	складні умови	частково
Донецька	урбанізовано-індустріальна	індустріально-техногенна трансформація	різко ускладнені умови	так
Житомирська	помірно трансформована	мозаїчна трансформація ландшафтів	відносно стабільні умови	частково
Закарпатська	помірно трансформована	збереження природних ландшафтів	сприятливі умови	мінімальна
Запорізька	урбанізовано-індустріальна	індустріально-аграрна трансформація	напружені умови	так
Івано-Франківська	помірно трансформована	гірсько-ландшафтна трансформація	адаптаційно зумовлені умови	мінімальна
Київська	урбанізовано-індустріальна	агломераційна трансформація	складні умови	частково
Кіровоградська	аграрно трансформована	аграрне освоєння	помірно ускладнені умови	мінімальна
Луганська	урбанізовано-індустріальна	індустріально-техногенна трансформація	різко ускладнені умови	так
Львівська	транспортно-коридорна	транспортно-урбанізаційна	локально напружені умови	мінімальна
Миколаївська	транспортно-коридорна	портово-аграрна трансформація	напружені умови	частково
Одеська	транспортно-коридорна	портово-логістична трансформація	складні умови	частково

Полтавська	аграрно трансформована	аграрно-промислова трансформація	помірно ускладнені умови	частково
Рівненська	помірно трансформована	лісо-аграрна трансформація	стабільні умови	мінімальна
Сумська	помірно трансформована	аграрно-лісова трансформація	ускладнені умови	частково
Тернопільська	аграрно трансформована	аграрне освоєння	стабільні умови	мінімальна
Харківська	урбанізовано-індустріальна	індустріально-агломераційна	складні умови	частково
Херсонська	транспортно-коридорна	аграрно-портова трансформація	різко ускладнені умови	так
Хмельницька	аграрно трансформована	аграрне освоєння	помірні умови	мінімальна
Черкаська	аграрно трансформована	аграрне освоєння	помірні умови	мінімальна
Чернівецька	помірно трансформована	гірсько-аграрна трансформація	сприятливі умови	мінімальна
Чернігівська	помірно трансформована	лісо-аграрна трансформація	ускладнені умови	частково

*розроблено автором

Додаток В

Таблиця В.1

Мережа та кадри закладів охорони здоров'я[151].

(на кінець року; тис.)

Роки	Кількість лікарів усіх	Кількість середнього медичного	Кількість лікарняних закладів	Кількість лікарняних ліжок	Кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів
1913	8	12	1,4	48	...
1940	36	102	2,5	161	8
1960	86	276	5,0	344	7
1965	111	332	4,9	428	6
1970	131	412	4,7	511	6
1975	157	484	4,1	578	6
1980	183	516	3,8	627	6
1985	211	567	3,8	669	6
1990	227	607	3,9	700	7
1995	230	595	3,9	639	7
2000	226	541	3,3	466	7
2005	224	496	2,9	445	8
2010	225	467	2,8	429	9
2015	186	372	1,8	333	10
2016	187	367	1,7	315	10
2017	186	360	1,7	309	10
2018	186	345	1,7	302	10
2019	185	330	1,6	295	11
2020	180	309	1,6	275	11
2021 ³	144	261	1,2	245	8
2022	163	268	1,4	252	9
2023	160	258	1,4	249	9
2024	156	244	1,3	247	10

1 Дані за 1913 рік наведено по території України в межах кордонів колишньої УРСР до 17 вересня 1939 року.

2 Починаючи із 2008 року – без зубних лікарів.

3 У закладах, що перебувають у сфері управління Міністерства охорони здоров'я України.

Таблиця В.3

Динаміка зміни кількості лікарів за період 2000 - 2024 рр. [151].

Регіон	2000	2024	Темп змін, %	Зменшення /збільшення (+/-)%,
Україна	226,3	155,7	68,8	-31,2
Вінницька	8,3	7,2	86,7	-13,3
Волинська	4,2	3,9	92,9	-7,1
Дніпропетровська	17,5	12,2	69,7	-30,3
Донецька	22,4	2,7	12,1	-87,9
Житомирська	5,4	4,4	81,5	-18,5
Закарпатська	5,2	4,3	82,7	-17,3
Запорізька	9,5	5,8	61,1	-38,9
Івано-Франківська	6,6	7,4	112,1	+12,1
Київська	6,0	6,4	106,7	+6,7
Кіровоградська	4,0	3,1	77,5	-22,5
Луганська	10,7	0,9	8,4	-91,6
Львівська	13,9	12,4	89,2	-10,8
Миколаївська	4,6	3,1	67,4	-32,6
Одеська	11,9	9,8	82,4	-17,6
Полтавська	7,8	6,5	83,3	-16,7
Рівненська	4,6	4,7	102,2	+2,2
Сумська	4,8	4,0	83,3	-16,7
Тернопільська	5,4	5,2	96,3	-3,7
Харківська	15,2	9,3	61,2	-38,8
Херсонська	4,2	1,4	33,3	-66,7
Хмельницька	5,4	5,2	96,3	-3,7
Черкаська	5,4	4,3	79,6	-20,4
Чернівецька	4,4	4,8	109,1	+9,1
Чернігівська	4,6	3,3	71,7	-28,3
м. Київ	21,3	23,4	109,9	+9,9

Таблиця В.4

Кількість середнього медичного персоналу та темпи його зміни за регіонами за період 2000-2024 рр [151].

Регіон	2000	2005	2010	2015	2020	2021	2022	2023	2024	Темп змін 2024/2000 ×100, %	Зменшення (-) або збільшення (+), %
Україна	541,0	496,3	466,8	371,7	308,6	261,3	268,2	257,5	243,7	45,0	-55,0
АРК	23,1	21,9	20,1	-	-	-	-	-	-	-	-
Вінницька	20,5	18,9	17,5	16,6	12,9	11,5	11,5	11,2	11,0	53,7	-46,3
Волинська	11,8	11,3	11,3	10,8	8,7	8,0	7,9	7,8	7,5	63,6	-36,4
Дніпропетровська	39,3	35,3	32,2	28,8	23,1	19,0	20,9	20,2	19,6	49,9	-50,1
Донецька	55,1	48,4	41,6	13,3	12,7	12,1	9,8	8,7	5,0	9,1	-90,9
Житомирська	16,5	15,3	14,4	13,4	10,7	9,4	9,8	9,5	9,3	56,4	-43,6
Закарпатська	13,1	12,9	11,5	10,8	8,8	7,7	7,7	7,3	6,7	51,1	-48,9
Запорізька	22,0	19,2	18,1	16,3	13,2	11,2	7,7	7,3	7,5	34,1	-65,9
Івано- Франківська	15,5	14,2	15,1	15,0	12,3	11,3	11,4	11,1	10,7	69,0	-31,0
Київська	18,5	16,3	16,0	15,1	12,4	10,8	11,0	10,8	10,3	55,7	-44,3

Кіровоградська	12,9	11,4	10,9	9,6	7,7	6,8	6,9	6,8	6,7	51,9	-48,1
Луганська	26,6	24,8	22,5	5,3	4,8	4,4	2,8	2,5	1,8	6,8	-93,2
Львівська	30,5	30,1	26,5	26,4	21,7	18,7	18,8	18,3	17,6	57,7	-42,3
Миколаївська	12,3	11,1	10,1	9,2	7,2	6,5	6,4	6,0	5,7	46,3	-53,7
Одеська	24,9	21,8	22,4	20,2	17,5	15,7	15,8	14,9	14,2	57,0	-43,0
Полтавська	19,4	16,8	15,2	13,9	11,8	10,5	10,8	10,6	10,3	53,1	-46,9
Рівненська	13,7	13,5	13,5	12,5	10,3	9,4	9,3	9,0	8,7	63,5	-36,5
Сумська	14,5	13,0	12,7	11,7	9,2	8,4	8,6	8,3	8,0	55,2	-44,8
Тернопільська	12,5	12,2	11,1	11,6	9,2	8,7	8,3	8,1	7,8	62,4	-37,6
Харківська	32,3	28,7	26,4	24,0	19,8	15,7	16,4	15,7	14,4	44,6	-55,4
Херсонська	12,2	11,3	10,4	9,6	7,2	6,7	4,3	3,5	3,1	25,4	-74,6
Хмельницька	14,7	13,8	14,2	13,5	10,8	9,6	9,8	9,6	9,3	63,3	-36,7
Черкаська	16,2	14,6	13,5	12,4	9,9	8,8	9,2	9,1	8,8	54,3	-45,7
Чернівецька	9,4	9,0	9,5	9,2	7,5	6,9	7,0	6,6	6,2	66,0	-34,0
Чернігівська	15,1	13,3	12,3	11,0	6,7	8,2	7,9	7,7	7,5	49,7	-50,3
м. Київ	34,6	33,4	31,3	31,5	30,7	17,7	27,7	26,9	28,0	80,9	-19,1

Таблиця В.5

Кількість лікарняних ліжок за регіонами та темпи змін (2000–2024 рр.) [151].

Регіон	2000	2005	2010	2015	2020	2021	2022	2023	2024	Темп змін 2024/2000×100, %	Зменшення (-) або збільшення (+), %
Україна	466,0	444,9	428,7	332,7	274,6	244,6	251,6	249,0	246,9	53,0	-47,0
Вінницька	16,1	15,6	14,3	11,5	9,8	9,4	9,2	9,1	9,3	57,8	-42,2
Волинська	8,9	8,6	8,6	8,3	6,7	6,9	6,9	7,7	7,8	87,6	-12,4
Дніпропетровська	40,3	37,5	35,3	29,0	24,7	22,2	24,5	24,8	24,3	60,3	-39,7
Донецька	44,3	41,7	38,5	12,9	11,7	10,8	10,5	9,7	8,9	20,1	-79,9
Житомирська	11,4	10,8	10,2	9,8	7,7	7,1	7,5	8,2	8,4	73,7	-26,3
Закарпатська	10,8	10,2	10,0	8,8	7,1	6,6	6,7	6,8	6,6	61,1	-38,9
Запорізька	20,8	18,3	16,7	15,6	11,8	11,0	7,9	7,8	7,4	35,6	-64,4
Івано- Франківська	12,8	12,7	12,5	11,2	9,1	8,7	8,8	8,8	9,0	70,3	-29,7
Київська	15,5	14,3	15,0	13,6	11,3	10,2	10,1	10,2	9,8	63,2	-36,8
Кіровоградська	11,0	10,3	9,8	8,7	7,4	6,5	6,7	6,7	6,7	60,9	-39,1
Луганська	25,8	25,7	24,1	7,2	4,9	4,7	3,2	0,1	0,1	0,4	-99,6
Львівська	25,8	24,8	24,7	22,7	17,9	16,2	15,9	16,1	16,0	62,0	-38,0

Миколаївська	11,1	10,6	10,2	9,8	6,9	6,9	6,7	6,4	6,2	55,9	-44,1
Одеська	22,7	21,8	22,4	19,7	16,3	13,6	16,1	15,7	15,5	68,3	-31,7
Полтавська	14,4	13,8	13,4	12,3	10,2	9,4	9,2	9,3	9,4	65,3	-34,7
Рівненська	10,3	10,5	10,5	9,6	7,9	7,3	7,3	7,3	7,5	72,8	-27,2
Сумська	11,9	11,4	11,2	9,8	7,4	7,2	7,3	7,3	7,4	62,2	-37,8
Тернопільська	10,7	10,1	9,9	9,4	7,8	7,5	7,4	7,6	7,8	72,9	-27,1
Харківська	29,0	27,8	25,2	24,0	21,4	17,9	19,8	19,3	19,4	66,9	-33,1
Херсонська	11,2	11,8	11,1	9,7	6,5	6,3	4,9	4,1	3,9	34,8	-65,2
Хмельницька	13,2	12,2	12,3	11,1	9,0	8,3	8,4	8,9	9,0	68,2	-31,8
Черкаська	12,9	12,1	11,5	10,4	8,8	8,4	8,3	8,7	8,8	68,2	-31,8
Чернівецька	8,2	8,3	8,1	7,2	6,4	5,8	6,2	6,3	6,4	78,0	-22,0
Чернігівська	14,2	13,0	12,6	11,1	7,9	7,5	7,0	6,8	6,8	47,9	-52,1
м. Київ	30,3	30,1	30,0	29,3	28,0	18,2	25,1	25,3	24,5	80,9	-19,1

ДОДАТОК Г

Таблиця Г1

Динаміка госпітальної захворюваності на гострий інфаркт міокарда (2024/2022),
показник госпітальної захворюваності на 100 тисяч населення

Регіон	2022	2024	Абсолютна зміна	Темп приросту, %
Вінницька	119,8	110,2	-9,6	-8,0
Волинська	135,7	151,0	+15,3	+11,3
Дніпропетровська	193,3	192,4	-0,9	-0,5
Донецька	61,8	43,1	-18,7	-30,3
Житомирська	129,9	141,3	+11,4	+8,8
Закарпатська	127,9	124,9	-3,0	-2,3
Запорізька	119,2	129,1	+9,9	+8,3
Івано-Франківська	132,9	135,2	+2,3	+1,7
Київська	123,7	100,0	-23,7	-19,2
Кіровоградська	174,5	157,4	-17,1	-9,8
Луганська	23,0	0,0	-23,0	-100,0
Львівська	185,7	194,5	+8,8	+4,7
Миколаївська	115,0	123,6	+8,6	+7,5
Одеська	160,5	174,9	+14,4	+9,0
Полтавська	168,9	204,4	+35,5	+21,0
Рівненська	148,5	139,4	-9,1	-6,1
Сумська	151,3	140,6	-10,7	-7,1
Тернопільська	116,5	115,3	-1,2	-1,0
Харківська	147,0	172,3	+25,3	+17,2
Херсонська	75,5	52,3	-23,2	-30,7
Хмельницька	131,0	180,9	+49,9	+38,1
Черкаська	162,5	155,6	-6,9	-4,2
Чернівецька	164,2	207,9	+43,7	+26,6
Чернігівська	119,8	128,9	+9,1	+7,6
м. Київ	203,6	232,7	+29,1	+14,3
Україна загалом	130,3	136,0	+5,7	+4,4

[14-37,50,128,151]

Таблиця Г2

Територіальна диференціація захворюваності, летальності та індексу співвідношення ($L/Z \times 100$) на гострий інфаркт міокарда 2024 рік на 100 тисяч населення

Регіон	Захворюваність	Летальність %	Індекс ($L/Z \times 100$)
Вінницька	110,2	14,16	12,85
Волинська	151,0	11,82	7,83
Дніпропетровська	192,4	12,68	6,59
Донецька	43,1	24,85	57,65
Житомирська	141,3	9,75	6,90
Закарпатська	124,9	15,97	12,79
Запорізька	129,1	18,55	14,37
Івано-Франківська	135,2	9,73	7,20
Київська	100,0	16,42	16,42
Кіровоградська	157,4	9,97	6,34
Луганська	0,0	0,0	0,0
Львівська	194,5	13,01	6,69
Миколаївська	123,6	14,66	11,86
Одеська	174,9	9,52	5,44
Полтавська	204,4	14,12	6,91
Рівненська	139,4	10,33	7,41
Сумська	140,6	16,11	11,46
Тернопільська	115,3	14,23	12,34
Харківська	172,3	18,44	10,70
Херсонська	52,3	14,15	27,06
Хмельницька	180,9	9,53	5,27
Черкаська	155,6	13,07	8,40
Чернівецька	207,9	18,32	8,81
Чернігівська	128,9	15,52	12,04
м. Київ	232,7	13,43	5,77
Україна	136,0	13,75	10,11

[128, 151, 172]

ТаблицяГЗ

Територіальна диференціація захворюваності, летальності та індексу співвідношення ($L/Z \times 100$) на інсульти 2024 рік на 100 тисяч населення

Регіон	Захворюваність	Летальність %	Індекс ($L/Z \times 100$)
Вінницька	600,16	13,94	2,32
Волинська	514,88	14,11	2,74
Дніпропетровська	609,23	19,73	3,24
Донецька	238,77	24,18	10,13
Житомирська	519,13	14,39	2,77
Закарпатська	450,11	9,90	2,20
Запорізька	418,98	17,32	4,13
Івано-Франківська	426,70	15,05	3,53
Київська	628,75	11,69	1,86
Кіровоградська	580,36	16,90	2,91
Луганська	0,0	0,0	0,0
Львівська	483,07	12,31	2,55
Миколаївська	496,73	18,78	3,78
Одеська	488,77	18,37	3,76
Полтавська	686,83	10,82	1,58
Рівненська	545,24	14,70	2,70
Сумська	546,04	17,06	3,12
Тернопільська	462,60	12,72	2,75
Харківська	601,59	20,82	3,46
Херсонська	153,99	24,18	15,71
Хмельницька	607,81	15,26	2,51
Черкаська	575,30	20,01	3,48
Чернівецька	438,32	12,99	2,96
Чернігівська	635,26	19,94	3,14
м. Київ	590,71	14,36	2,43
Україна			

[50,128,151]

Таблиця Г. 4

Коефіцієнт територіального відхилення захворюваності на гострий інфаркт
міокарда та інсульти (2024 р.)

Регіон	КТВ інфаркти	КТВ інсульти
Вінницька	0,81	1,17
Волинська	1,11	1,00
Дніпропетровська	1,41	1,19
Донецька	0,32	0,47
Житомирська	1,04	1,01
Закарпатська	0,92	0,88
Запорізька	0,95	0,82
Івано-Франківська	0,99	0,83
Київська	0,74	1,23
Кіровоградська	1,16	1,13
Луганська	0,0	0,0
Львівська	1,43	0,94
Миколаївська	0,91	0,97
Одеська	1,29	0,95
Полтавська	1,50	1,34
Рівненська	1,03	1,06
Сумська	1,03	1,07
Тернопільська	0,85	0,90
Харківська	1,27	1,17
Херсонська	0,38	0,30
Хмельницька	1,33	1,19
Черкаська	1,14	1,12
Чернівецька	1,53	0,86
Чернігівська	0,95	1,24
м. Київ	1,71	1,15
Україна	1,0	1,0

*Розраховано автором

Таблиця Г 5

Захворюваність на злоякісні новоутворення на 100 тис.населення по регіонах

України

Адміністративні території	ЗН усього насел. України	ЗН сільськ. населен України	ЗН міськ. населен України	ЗН чолов. насеелен	ЗН жіноче населен	ЗН працезд. населен.	ЗН 0-17 років	ЗН лейкоз и серед дітей
	на 100 тисяч населення							
АР Крим	-	-	-	-	-	-	-	-
Вінницька	348,4	322,9	372	374	326,4	167,5	4	1,8
Волинська	352,1	304,6	396,4	388,9	319,3	176,3	8,5	1,7
Дніпропетровська	344,2	305,2	351,6	344,9	343,6	147,9	9,5	2,7
Донецька	54,6	28,2	59,3	51,7	57,1	28,1	1	1
Житомирська	345,1	292,7	381	371,6	322	183,3	8,8	3,9
Закарпатська	249,6	230,1	282,8	258,3	241,6	110	11,1	4,2
Запорізька	156,4	88,8	176,3	171,7	143,6	67,2	6,8	2,1
Івано-Франківська	341,7	326,5	360,9	363,6	322,1	151,4	5,9	2,2
Київська	327,9	315	336,1	327,8	328,1	166,5	6,8	2,2
Кіровоградська	459,9	500,4	436,7	495,3	429,6	204,5	8,9	2,5
Луганська	31,9	7,5	41,5	28,3	35	17,4	0	0
Львівська	337,6	299,4	362,3	356,8	320,3	139,6	10,7	2,3
Миколаївська	271,7	284,6	265,7	272,5	271	119,5	9,1	3
Одеська	313,9	288,4	326,6	320,7	307,9	144,9	8,4	3
Полтавська	321,5	286,3	342,8	347,7	298,9	144,2	6,2	3,6
Рівненська	284,4	248,4	324,9	293,5	276,1	144,1	10,3	1,8

Сумська	373,1	325,9	393,8	404,4	346,5	159,8	10,7	1,3
Тернопільська	353,3	324	387,9	392,5	318,7	152,4	10	3,2
Харківська	177,6	162,3	181,2	180,6	175,1	74,7	3,3	0,7
Херсонська	135,1	61,3	181,9	148,3	123,6	55,8	1,1	0
Хмельницька	426,1	394	449,6	462,3	394,7	178,1	6,2	2,2
Черкаська	455,6	411,5	488,9	492,1	424,5	185,4	9,6	5,8
Чернівецька	220,4	201,2	245,9	234,1	208,2	88,5	6,6	1,7
Чернігівська	438,8	385,4	466,9	474,2	409,3	183,1	10,6	4
м. Київ	340,3	0	340,3	328,4	350,5	142,7	4,8	0,7
Україна	271,1	275,2	269,3	284	260	121,2	6,8	2,1

*Складено за джерелами [14-37, 50,112, 113, 128,151]

Таблиця Г6

Коефіцієнти територіального розміщення онкологічної захворюваності
населення України (2024)

Регіон	КТРВ заг.	КТВ сільськ.	КТВ міськ.	КТВ чол.	КТВ жін.	КТВ прац.	КТВ діти	КТВ лейкози
Вінницька	1,28	1,17	1,38	1,32	1,26	1,38	0,59	0,86
Волинська	1,30	1,11	1,47	1,37	1,23	1,45	1,25	0,81
Дніпропетровська	1,27	1,11	1,31	1,21	1,32	1,22	1,40	1,29
Донецька	0,20	0,10	0,22	0,18	0,22	0,23	0,15	0,48
Житомирська	1,27	1,06	1,41	1,31	1,24	1,51	1,29	1,86
Закарпатська	0,92	0,84	1,05	0,91	0,93	0,91	1,63	2,00
Запорізька	0,58	0,32	0,65	0,60	0,55	0,55	1,00	1,00
Івано-Франківська	1,26	1,19	1,34	1,28	1,24	1,25	0,87	1,05
Київська	1,21	1,14	1,25	1,15	1,26	1,37	1,00	1,05
Кіровоградська	1,70	1,82	1,62	1,74	1,65	1,69	1,31	1,19
Луганська	0,12	0,03	0,15	0,10	0,13	0,14	0,00	0,00
Львівська	1,25	1,09	1,35	1,26	1,23	1,15	1,57	1,10
Миколаївська	1,00	1,03	0,99	0,96	1,04	0,99	1,34	1,43
Одеська	1,16	1,05	1,21	1,13	1,18	1,20	1,24	1,43
Полтавська	1,19	1,04	1,27	1,22	1,15	1,19	0,91	1,71
Рівненська	1,05	0,90	1,21	1,03	1,06	1,19	1,51	0,86
Сумська	1,38	1,18	1,46	1,42	1,33	1,32	1,57	0,62
Тернопільська	1,30	1,18	1,44	1,38	1,23	1,26	1,47	1,52
Харківська	0,65	0,59	0,67	0,64	0,67	0,62	0,49	0,33
Херсонська	0,50	0,22	0,68	0,52	0,48	0,46	0,16	0,00
Хмельницька	1,57	1,43	1,67	1,63	1,52	1,47	0,91	1,05
Черкаська	1,68	1,50	1,82	1,73	1,63	1,53	1,41	2,76
Чернівецька	0,81	0,73	0,91	0,82	0,80	0,73	0,97	0,81
Чернігівська	1,62	1,40	1,73	1,67	1,57	1,51	1,56	1,90
м. Київ	1,26	0,00	1,26	1,16	1,35	1,18	0,71	0,33

*Розраховано автором

Таблиця Г7

Показники лікування вірусного гепатиту В у регіонах України

(станом на 01.10.2024)

Область	Перебуваю ть ВГВ осіб	Почал и ВГВ осіб	Завершил и ВГВ осіб	К охопленн я %	К результативнос ті %	Індекс концентра ції
Вінницька	355	100	4	28,2	1,1	1,83
Волинська	55	38	8	69,1	14,5	0,28
Дніпропетровсь ка	411	373	128	90,8	31,1	2,11
Донецька	100	79	45	79,0	45,0	0,51
Житомирська	47	71	40	151,1	85,1	0,24
Закарпатська	442	62	5	14,0	1,1	2,27
Запорізька	220	170	192	77,3	87,3	1,13
Івано- Франківська	221	78	0	35,3	0,0	1,14
Київ	433	274	208	63,3	48,0	2,23
Київська	193	172	50	89,1	25,9	0,99
Кіровоградська	503	166	54	33,0	10,7	2,59
Луганська	2	2	0	100,0	0,0	0,01
Львівська	84	71	47	84,5	56,0	0,43
Миколаївська	94	27	7	28,7	7,4	0,48
Одеська	534	153	12	28,7	2,2	2,75
Полтавська	140	72	2	51,4	1,4	0,72
Рівненська	128	81	80	63,3	62,5	0,66
Сумська	51	24	24	47,1	47,1	0,26
Тернопільська	134	51	19	38,1	14,2	0,69
Харківська	158	42	8	26,6	5,1	0,81
Херсонська	44	12	0	27,3	0,0	0,23
Хмельницька	74	44	1	59,5	1,4	0,38
Черкаська	248	131	0	52,8	0,0	1,28
Чернівецька	134	41	0	30,6	0,0	0,69
Чернігівська	55	29	0	52,7	0,0	0,28

Складено за джерелами [10, 50]

Показники лікування вірусного гепатиту С у регіонах України

(станом на 01.10.2024)

Регіон	Розпочали ВГС	Завершили ВГС	К результативності %	К інтенсивності %	Індекс концентрації
Вінницька	618	669	108,3	4,10	1,02
Волинська	152	169	111,2	1,01	0,25
Дніпропетровська	3436	2914	84,8	22,79	5,70
Донецька	772	683	88,5	5,12	1,28
Житомирська	318	265	83,3	2,11	0,53
Закарпатська	253	319	126,1	1,68	0,42
Запорізька	637	813	127,6	4,22	1,06
Івано-Франківська	256	287	112,1	1,70	0,42
Київська	624	714	114,4	4,14	1,03
м. Київ	1234	1355	109,8	8,18	2,05
Кіровоградська	407	654	160,7	2,70	0,67
Луганська	23	37	160,9	0,15	0,04
Львівська	357	439	123,0	2,37	0,59
Миколаївська	366	484	132,2	2,43	0,61
Одеська	1001	1261	126,0	6,64	1,66
Полтавська	296	540	182,4	1,96	0,49
Рівненська	163	278	170,6	1,08	0,27
Сумська	262	387	147,7	1,74	0,43
Тернопільська	181	216	119,3	1,20	0,30
Харківська	999	1144	114,5	6,62	1,66
Херсонська	229	267	116,6	1,52	0,38
Хмельницька	459	529	115,3	3,04	0,76
Черкаська	1114	934	83,8	7,39	1,85
Чернівецька	200	297	148,5	1,33	0,33
Чернігівська	723	759	105,0	4,79	1,20
Україна	15093	16414	108,8	100,0	1,00

Складено за джерелами [10, 50]

**Коефіцієнт територіального відхилення
показників лікування вірусних гепатитів**

Регіон	КТВ ВГВ	КТВ ВГС
Вінницька	1,83	1,02
Волинська	0,28	0,25
Дніпропетровська	2,11	5,70
Донецька	0,51	1,28
Житомирська	0,24	0,53
Закарпатська	2,27	0,42
Запорізька	1,13	1,06
Івано-Франківська	1,14	0,42
Київська	2,23	1,03
Кіровоградська	0,99	0,67
Луганська	2,59	0,04
Львівська	0,01	0,59
Миколаївська	0,43	0,61
Одеська	0,48	1,66
Полтавська	2,75	0,49
Рівненська	0,72	0,27
Сумська	0,66	0,43
Тернопільська	0,26	0,30
Харківська	0,69	1,66
Херсонська	0,81	0,38
Хмельницька	0,23	0,76
Черкаська	0,38	1,85
Чернівецька	1,28	0,33
Чернігівська	0,69	1,20
м. Київ	0,28	2,05
Україна	1,00	1,00

*Розраховано автором

Таблиця Г10

Динаміка захворюваності на активний туберкульоз у регіонах України
(2000-2024) та коефіцієнти територіального відхилення регіонами¹
(кількість хворих з діагнозом, що встановлений уперше в житті)

Регіон	2000	2024	Тз %	КТВ
Україна	29753	18140	-39,0	1,00
Вінницька	999	717	-28,2	0,04
Волинська	611	586	-4,1	0,03
Дніпропетровська	2329	2666	14,5	0,15
Донецька	3364	192	-94,3	0,01
Житомирська	932	648	-30,5	0,04
Закарпатська	616	864	40,3	0,05
Запорізька	1303	516	-60,4	0,03
Івано-Франківська	837	491	-41,3	0,03
Київська	989	818	-17,3	0,05
Кіровоградська	736	677	-8,0	0,04
Луганська	1997	–	–	–
Львівська	1748	1150	-34,2	0,06
Миколаївська	941	610	-35,2	0,03
Одеська	1720	1865	8,4	0,10
Полтавська	830	830	0	0,05
Рівненська	776	490	-36,9	0,03
Сумська	724	498	-31,2	0,03
Тернопільська	509	326	-35,9	0,02
Харківська	1593	927	-41,8	0,05
Херсонська	1122	182	-83,8	0,01
Хмельницька	786	633	-19,5	0,03
Черкаська	730	671	-8,1	0,04
Чернівецька	428	311	-27,3	0,02
Чернігівська	792	407	-48,6	0,02

*Складено за джерелами [50,126,135] КВТ -розраховано автором

Таблиця Г11

Розподіл ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД за регіонами
(кількість хворих з діагнозом, що встановлений уперше в житті)

Регіон	ВІЛ						СНІД					
	2000	2005	2010	2015	2020	2024	2000	2005	2010	2015	2020	2024
Україна	6307	1378 6	2052 1	1589 2	1763 7	1117 4	653	422 0	587 1	847 5	414 5	312 8
АР Крим	412	896	1086	–	–	–	92	235	182	–	–	–
Вінницька	101	248	359	303	271	331	8	82	180	183	152	115
Волинська	96	158	214	278	174	193	3	26	99	128	61	66
Дніпропетровська	920	2045	3259	2881	3887	2244	17	778	1116	2047	538	643
Донецька	1503	2997	4031	1024	1376	284	73	1343	1226	645	538	66
Житомирська	59	225	463	462	340	391	7	68	133	216	122	159
Закарпатська	17	36	62	71	101	108	1	9	3	52	18	30
Запорізька	144	406	558	573	512	226	18	102	195	377	94	42
Івано-Франківська	18	74	170	180	86	132	4	8	41	85	11	22
Київська	63	333	753	973	882	651	3	95	192	408	207	170
Кіровоградська	45	173	302	519	475	402	1	13	75	230	155	105
Луганська	153	525	746	184	157	2	5	67	295	102	36	4
Львівська	89	209	479	454	320	477	5	43	153	189	98	114
Миколаївська	453	802	1107	863	668	436	75	288	82	371	186	116
Одеська	977	1349	2143	2385	3894	1585	275	442	461	1407	977	679
Полтавська	121	303	413	450	288	350	8	80	183	256	39	61
Рівненська	22	82	244	249	159	190	4	9	23	86	46	51
Сумська	36	92	217	224	150	216	3	21	67	99	57	45
Тернопільська	60	65	105	116	87	92	–	14	39	41	20	38
Харківська	153	401	527	527	726	696	8	42	126	204	166	226
Херсонська	195	327	560	521	548	115	18	61	133	187	96	17
Хмельницька	110	241	297	194	195	237	1	48	105	128	84	88
Черкаська	151	300	471	542	387	364	3	94	173	262	85	53
Чернівецька	25	62	102	98	66	84	9	23	18	50	32	21
Чернігівська	84	236	507	498	457	350	1	27	115	238	65	59

Складено за джерелами [50,125,135]

Таблиця Г12

Динаміка ВІЛ-інфекції та СНІДу у регіонах України (2000-2024) і коефіцієнти територіального відхилення регіонами України
(кількість хворих з діагнозом, що встановлений уперше в житті)

Регіон	ВІЛ				СНІД			
	2000	2024	Тз %	КТВ	2000	2024	Тз %	КТВ
Вінницька	101	331	227,7	0,03	8	115	1337	0,04
Волинська	96	193	101,0	0,02	3	66	2100	0,02
Дніпропетровська	920	2244	143,9	0,20	17	643	3682	0,21
Донецька	1503	284	-81,1	0,03	73	66	-9,6	0,02
Житомирська	59	391	562,7	0,03	7	159	2171	0,05
Закарпатська	17	108	535,3	0,01	1	30	2900	0,01
Запорізька	144	226	56,9	0,02	18	42	133	0,01
Івано-Франківська	18	132	633,3	0,01	4	22	450	0,01
Київська	63	651	933,3	0,06	3	170	5567	0,05
Кіровоградська	45	402	793,3	0,04	1	105	10400	0,03
Луганська	153	2	-98,7	≈0	5	4	-20	≈0
Львівська	89	477	435,9	0,04	5	114	2180	0,04
Миколаївська	453	436	-3,8	0,04	75	116	54,7	0,04
Одеська	977	1585	62,2	0,14	275	679	146,9	0,22
Полтавська	121	350	189,3	0,03	8	61	662,5	0,02
Рівненська	22	190	763,6	0,02	4	51	1175	0,02
Сумська	36	216	500	0,02	3	45	1400	0,01
Тернопільська	60	92	53,3	0,01	0	38	—	0,01
Харківська	153	696	354,9	0,06	8	226	2725	0,07
Херсонська	195	115	-41,0	0,01	18	17	-5,6	0,01
Хмельницька	110	237	115,5	0,02	1	88	8700	0,03
Черкаська	151	364	141,1	0,03	3	53	1667	0,02
Чернівецька	25	84	236	0,01	9	21	133	0,01
Чернігівська	84	350	316,7	0,03	1	59	5800	0,02
Україна	6307	11174	77,2	1,00	653	3128	379,0	1,00

Складено за джерелами [50,125,135] КВТ -розраховано автором

Таблиця Г 13

Територіальна диференціація психічних і поведінкових розладів, пов'язаних із
уживанням психоактивних речовин у регіонах України

(профілактична група нагляду, усе населення)

Регіон	Алкогільні розлади, на 100 тис.	КТВ	Наркотичні розлади, на 100 тис.	КТВ
Україна	49,20	1,00	6,00	1,00
Вінницька	164,60	3,35	3,26	0,54
Волинська	55,17	1,12	1,37	0,23
Дніпропетровська	5,46	0,11	3,10	0,52
Донецька	1,91	0,04	4,41	0,74
Житомирська	37,38	0,76	1,44	0,24
Закарпатська	16,99	0,35	0,08	0,01
Запорізька	19,78	0,40	20,46	3,41
Івано-Франківська	64,04	1,30	5,63	0,94
Київська	280,67	5,70	13,36	2,23
Кіровоградська	31,32	0,64	6,13	1,02
Львівська	59,68	1,21	1,87	0,31
Миколаївська	12,37	0,25	10,08	1,68
Одеська	12,86	0,26	1,07	0,18
Полтавська	37,71	0,77	2,31	0,38
Рівненська	100,46	2,04	1,84	0,31
Сумська	89,59	1,82	11,13	1,86
Тернопільська	35,74	0,73	3,04	0,51
Харківська	1,05	0,02	0,08	0,01
Херсонська	2,50	0,05	4,40	0,73
Хмельницька	61,11	1,24	3,75	0,63
Черкаська	192,63	3,92	49,35	8,23
Чернівецька	125,54	2,55	20,62	3,44
Чернігівська	64,68	1,31	9,89	1,65
м. Київ	6,22	0,13	6,05	1,01

Складено за джерелами [50, 111, 151]

Таблиця Г14

Територіальна диференціація спалахів інфекційних захворювань у регіонах
України у 2024 р. та коеф іцієнти територіального розміщення

Область	Кількість спалахів	Кількість зареєстрованих випадків	Середня кількість випадків на один спалах	КТВ
Вінницька	2	15	7,5	0,63
Волинська	3	36	12,0	1,01
Дніпропетровська	4	40	10,0	0,85
Донецька	0	0	0	0
Житомирська	1	2	2,0	0,17
Закарпатська	16	303	18,9	1,60
Запорізька	4	46	11,5	0,97
Івано-Франківська	5	154	30,8	2,60
Київська	4	134	33,5	2,83
Кіровоградська	1	5	5,0	0,42
Луганська	0	0	0	0
Львівська	7	76	10,9	0,92
Миколаївська	4	27	6,8	0,57
Одеська	13	117	9,0	0,76
Полтавська	2	12	6,0	0,51
Рівненська	2	28	14,0	1,18
Сумська	2	15	7,5	0,63
Тернопільська	1	4	4,0	0,34
Харківська	1	3	3,0	0,25
Херсонська	0	0	0	0
Хмельницька	2	21	10,5	0,89
Черкаська	2	27	13,5	1,14
Чернівецька	9	79	8,8	0,74
Чернігівська	5	45	9,0	0,76
м. Київ	14	110	7,9	0,67
Україна	109	1289	11,83	1,00

Складено за джерелами [14-37, 50,128, 139, 151]

Таблиця Г15

Загальна кількість пролікованих у стаціонарних закладах травмованих у регіонах України у 2024 р. та коефіцієнти територіального розміщення

Область	Кількість осіб	КТВ
Вінницька	35877	1,39
Волинська	24455	0,95
Дніпропетровська	9748	0,38
Донецька	6954	0,27
Житомирська	25817	1,00
Закарпатська	17952	0,70
Запорізька	29148	1,13
Івано-Франківська	21062	0,82
Київська	27625	1,07
Кіровоградська	19308	0,75
Луганська	53	≈0
Львівська	44048	1,71
Миколаївська	16728	0,65
Одеська	35119	1,36
Полтавська	20952	0,81
Рівненська	27975	1,09
Сумська	29568	1,15
Тернопільська	18701	0,73
Харківська	51630	2,00
Херсонська	2988	0,12
Хмельницька	23547	0,91
Черкаська	31756	1,23
Чернівецька	15452	0,60
Чернігівська	14914	0,58
м. Київ	46598	1,81

Складено за джерелами [50, 128, 139, 151]

Таблиця Г16

Кількість первинних відвідувань до лікарів-стоматологів у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України у 2024 році

№	Область	Всього звернень	у тому числі первинні	з них до 17 років	Всього (на 1000)	у тому числі первинні (на 1000)	з них до 17 років (на 1000)
1	АР Крим	—	—	—	—	—	—
2	Вінницька	117971	112630	35641	136,59	101,50	30,87
3	Волинська	51765	48211	12421	48,16	37,37	12,12
4	Дніпропетровська	116582	110841	28866	40,69	34,07	12,12
5	Донецька	12793	12733	2464	7,21	7,06	2,06
6	Житомирська	66726	64853	22693	78,26	65,16	21,63
7	Закарпатська	58042	56153	16824	64,53	57,42	21,24
8	Запорізька	67844	65583	22142	60,71	57,63	20,63
9	Івано-Франківська	28465	27261	10504	29,57	28,94	9,57
10	Київська	22048	21131	6502	25,91	24,74	9,60
11	Кіровоградська	22745	22135	6967	22,85	22,17	7,11
12	Луганська	—	—	—	—	—	—
13	Львівська	27879	26884	6184	27,15	27,15	6,41
14	Миколаївська	22493	22074	8779	21,51	21,11	6,10
15	Одеська	24363	23984	6750	26,04	25,62	7,60
16	Полтавська	27831	26984	8979	29,13	28,62	9,53
17	Рівненська	24163	23806	6883	27,53	27,32	8,06
18	Сумська	19001	18600	4386	19,30	18,69	4,90
19	Тернопільська	18171	17791	3945	18,53	18,06	4,28
20	Харківська	51269	50184	13786	51,08	49,30	14,58
21	Херсонська	31279	30384	4106	38,70	37,60	7,63
22	Хмельницька	18376	18254	6156	20,43	20,25	6,88
23	Черкаська	17194	16884	4715	20,09	19,79	5,78
24	Чернівецька	11024	10839	4155	19,17	18,99	7,26
25	Чернігівська	17603	17321	4487	24,35	23,97	6,43
26	м. Київ	110249	109639	34315	52,33	51,98	18,88

Складено за джерелами [50, 129]

Таблиця Г.17

Питома вага первинних відвідувань до лікарів-стоматологів
серед усіх відвідувань (у %)

№	Область	Все населення	Дорослі	Діти
1	АР Крим	—	—	—
2	Вінницька	51,8	41,7	52,1
3	Волинська	61,8	41,0	56,4
4	Дніпропетровська	56,9	44,0	59,8
5	Донецька	52,4	45,6	56,2
6	Житомирська	46,2	37,1	47,6
7	Закарпатська	48,6	30,5	45,3
8	Запорізька	49,0	39,1	52,1
9	Івано-Франківська	50,5	37,8	54,7
10	Київська	48,8	39,9	52,4
11	Кіровоградська	52,0	38,7	51,5
12	Луганська	—	—	—
13	Львівська	46,0	36,2	46,0
14	Миколаївська	47,6	34,1	39,5
15	Одеська	42,8	29,0	39,5
16	Полтавська	49,6	37,4	46,9
17	Рівненська	45,9	38,7	46,9
18	Сумська	49,6	32,7	46,9
19	Тернопільська	48,8	34,2	46,9
20	Харківська	51,1	38,7	54,0
21	Херсонська	67,3	64,2	53,4
22	Хмельницька	61,3	36,7	51,0
23	Черкаська	47,7	34,8	52,0
24	Чернівецька	45,3	34,4	57,0
25	Чернігівська	54,7	37,8	49,8
26	м. Київ	51,7	30,3	47,6

Складено за джерелами [50,129]

Таблиця Г.18

Коефіцієнт територіального розміщення первинної стоматологічної захворюваності населення України у 2024 році

Область	Первинні відвідування на 1000 населення	КТВ
Україна	46,8	1,00
Вінницька	63,2	1,35
Волинська	41,2	0,88
Дніпропетровська	41,7	0,89
Донецька	4,8	0,10
Житомирська	52,2	1,12
Закарпатська	48,8	1,04
Запорізька	54,4	1,16
Івано-Франківська	36,5	0,78
Київська	40,1	0,86
Кіровоградська	43,7	0,93
Луганська	-	-
Львівська	48,1	1,03
Миколаївська	42,0	0,90
Одеська	43,0	0,92
Полтавська	43,5	0,93
Рівненська	45,0	0,96
Сумська	41,6	0,89
Тернопільська	40,6	0,87
Харківська	52,6	1,12
Херсонська	8,6	0,18
Хмельницька	46,2	0,99
Черкаська	45,2	0,97
Чернівецька	52,4	1,12
Чернігівська	48,6	1,04

Складено за джерелами [50,129]

Таблиця Г.19

Рівень госпіталізованої захворюваності дітей віком до 1 року у лікарняних закладах МОЗ України

Області	Рівень госпіталізації на 1000 дітей віком до 1 року	Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	Кишкові інфекції	Новоутворення	Злоякісні новоутворення	Хвороби ендокринної системи	Хвороби нервової системи	Хвороби системи кровообігу	Хвороби органів дихання	Пневмонії	Травми, отруєння, нещасні випадки
<i>Рівень госпіталізації на 1000 дітей віком до 1 року.</i>											
Україна	508,81	32,88	16,54	4,61	0,71	4,99	23,27	0,85	144,69	24,26	9,44
АР Крим	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-
Вінницька	670,06	74,28	29,37	2,5	0,1	7,2	30,33	0,86	213,15	44,82	12,48
Волинська	492,53	38,5	24,68	2,44	0,1	4,98	21,03	0,61	152,67	41,24	8,53
Дніпропетровська	514,03	38,54	18,24	3,46	0,31	5,11	48,88	0,36	115,63	8,73	8,47
Донецька	83,14	10,48	3,43	0,1	0	0,57	2,48	0,76	18,19	2,29	1,62
Житомирська	774,64	49,81	14,13	6,24	0	2,12	63,7	0,47	252,09	63,46	10,01

Закарпатська	564,08	41,3	20,49	2,06	0,08	8,86	6,17	0,32	237,58	37,26	3,32
Запорізька	311,02	20,35	18,24	4,53	0	2,42	35,53	0,95	54,51	8,43	11,28
Ів.- Франківська	584,49	20,2	6,73	2,47	0,09	2,47	8,06	0,28	215,53	83,82	6,54
Київська	413,93	26,29	13,78	0,12	0	3,01	9,93	0	121,17	18,35	3,43
Кіровоградсь ка	555,49	19,53	4,75	2,37	0	13,87	37,24	1,64	244,43	34,68	8,76
Луганська	1,94	0	0	0	0	0	0,32	0	0	0	0
Львівська	685,7	52,34	26,07	7,93	3,32	3,89	12,96	0,57	150,39	14,46	9,95
Миколаївськ а	550,89	42,14	35,98	1,58	0,29	1,15	9,32	1,15	201,4	14,62	13,04
Одеська	516,36	39,81	18,16	2,35	0,52	12,63	12,26	2,3	161,79	19,98	13,67
Полтавська	652,75	32,03	17,63	4,2	0	2,04	11,75	1,44	207,27	30,35	12,35
Рівненська	558,67	28,53	4,18	5,83	0	19,74	13,83	0,78	140,82	32,01	9,65
Сумська	497,52	16,35	8,27	4,59	0	1,84	29,4	0,55	113,91	14,51	15,98
Тернопільськ а	496,71	28,67	13,68	1,32	0,13	1,05	22,09	0,92	171,75	41,56	3,68
Харківська	438,93	15,41	13,72	7,12	0,13	2,74	66,04	1,05	72,83	14,63	12,8

Херсонська	61,3	4,7	1,14	0,14	0	0,29	10,55	0	9,27	2	1,14
Хмельницька	669,94	33,4	17,64	7,83	0,12	3,04	30,72	0,35	229,97	28,85	8,41
Черкаська	696,54	27,01	18,55	7,57	0	6,53	54,31	0,3	286,1	23,15	14,84
Чернівецька	478,23	55,03	24,23	8,08	0	3,16	19,56	3,79	164,96	40,26	7,19
Чернігівська	498,06	22,31	11,25	11,06	0	1,36	21,34	0	182,19	17,27	10,87
м. Київ	514,46	29,11	18,56	10,67	3,95	3,32	11,06	1,06	68,38	8,17	15,28

*складено за джерелами [14-37, 50, 96, 102, 128, 139, 151]

Таблиця Г20

Коефіцієнти територіального розміщення госпіталізованої захворюваності дітей
віком до 1 року (2024 р.)

Регіон	КТВ заг.	КТВ інф.	КТР кишк	КТВ новоутв	КТВ злояк	КТВ ендокр	КТВ нерв	КТВ дих	КТВ пневм	КТВ травми
Вінницька	1,32	2,26	1,78	0,54	0,14	1,44	1,30	1,47	1,85	1,32
Волинська	0,97	1,17	1,49	0,53	0,14	1,00	0,90	1,05	1,70	0,90
Дніпропетровська	1,01	1,17	1,10	0,75	0,44	1,02	2,10	0,80	0,36	0,90
Донецька	0,16	0,32	0,21	0,02	0,00	0,11	0,11	0,13	0,09	0,17
Житомирська	1,52	1,52	0,85	1,35	0,00	0,42	2,74	1,74	2,62	1,06
Закарпатська	1,11	1,26	1,24	0,45	0,11	1,78	0,27	1,64	1,54	0,35
Запорізька	0,61	0,62	1,10	0,98	0,00	0,48	1,53	0,38	0,35	1,19
Івано-Франківська	1,15	0,61	0,41	0,54	0,13	0,49	0,35	1,49	3,46	0,69
Київська	0,81	0,80	0,83	0,03	0,00	0,60	0,43	0,84	0,76	0,36
Кіровоградська	1,09	0,59	0,29	0,51	0,00	2,78	1,60	1,69	1,43	0,93
Луганська	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Львівська	1,35	1,59	1,58	1,72	4,68	0,78	0,56	1,04	0,60	1,05
Миколаївська	1,08	1,28	2,17	0,34	0,41	0,23	0,40	1,39	0,60	1,38
Одеська	1,01	1,21	1,10	0,51	0,73	2,53	0,53	1,12	0,82	1,45
Полтавська	1,28	0,97	1,07	0,91	0,00	0,41	0,50	1,43	1,25	1,31
Рівненська	1,10	0,87	0,25	1,26	0,00	3,96	0,59	0,97	1,32	1,02
Сумська	0,98	0,50	0,50	1,00	0,00	0,37	1,26	0,79	0,60	1,69
Тернопільська	0,98	0,87	0,83	0,29	0,18	0,21	0,95	1,19	1,71	0,39
Харківська	0,86	0,47	0,83	1,54	0,18	0,55	2,84	0,50	0,60	1,36
Херсонська	0,12	0,14	0,07	0,03	0,00	0,06	0,45	0,06	0,08	0,12
Хмельницька	1,32	1,02	1,07	1,70	0,17	0,61	1,32	1,59	1,19	0,89
Черкаська	1,37	0,82	1,12	1,64	0,00	1,31	2,33	1,98	0,95	1,57
Чернівецька	0,94	1,67	1,47	1,75	0,00	0,63	0,84	1,14	1,66	0,76
Чернігівська	0,98	0,68	0,68	2,40	0,00	0,27	0,92	1,26	0,71	1,15
м. Київ	1,01	0,89	1,12	2,31	5,56	0,67	0,48	0,47	0,34	1,62

Складено за джерелами [50,128,139, 151]

Блокові індекси та інтегральний індекс медико-географічної напруженості регіонів України за системою КТВ

Регіон	Серцево-судинний та цереброваскулярний блок	Онкологічний блок	Інфекційно-епідеміологічний блок	Поведінково-травматичний блок	Неонатально-дитячий блок	Інтегральний індекс	Тип регіону
Вінницька	0.990	1.155	0.598	1.657	1.342	1.149	високий
Волинська	1.055	1.249	0.268	0.795	0.985	0.870	підвищений
Дніпропетровська	1.300	1.266	1.537	0.475	0.965	1.109	високий
Донецька	0.395	0.223	0.308	0.287	0.132	0.269	низький
Житомирська	1.025	1.369	0.177	0.780	1.382	0.946	підвищений
Закарпатська	0.900	1.149	0.727	0.525	0.975	0.855	підвищений
Запорізька	0.885	0.656	0.537	1.525	0.724	0.865	підвищений
Івано-Франківська	0.910	1.185	0.702	0.960	0.932	0.938	підвищений
Київська	0.985	1.179	1.042	2.465	0.546	1.243	дуже високий
Кіровоградська	1.145	1.590	0.365	0.835	1.091	1.005	високий
Луганська	0.000	0.084	0.526	0.507	—	0.279	низький
Львівська	1.185	1.250	0.277	1.167	1.495	1.075	високий
Миколаївська	0.940	1.097	0.287	0.497	0.928	0.750	середній
Одеська	1.120	1.200	0.560	0.858	1.101	0.968	підвищений
Полтавська	1.420	1.210	0.642	1.022	0.913	1.041	високий
Рівненська	1.045	1.101	0.373	1.433	1.134	1.017	високий
Сумська	1.050	1.285	0.297	0.820	0.769	0.844	підвищений

Тернопільська	0.875	1.347	0.157	0.407	0.760	0.709	середній
Харківська	1.220	0.583	0.463	0.975	0.973	0.843	підвищений
Херсонська	0.340	0.378	0.203	0.542	0.113	0.315	низький
Хмельницька	1.260	1.406	0.327	3.513	1.088	1.519	дуже високий
Черкаська	1.130	1.757	0.577	2.047	1.309	1.364	дуже високий
Чернівецька	1.195	0.823	0.398	1.170	1.086	0.934	підвищений
Чернігівська	1.095	1.620	0.453	0.690	0.905	0.953	підвищений
Україна	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	еталон

Примітка. Для Луганської області у неонатально-дитячому блоці відсутні дані, тому інтегральний індекс обчислено за наявними чотирма блоками. Рядок «Україна» виконує функцію еталонного середньо державного рівня і не входить до складу типологічних груп. Розраховано за даними системи КТВ.



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО
«УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ
РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА КУРОРТОЛОГІЇ
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»**

пров. Дзевелького, 6, м. Одеса - 14, 65014, тел. (048) 728-06-53,
E-mail: mrik.odessa@gmail.com Web: http://kurort.gov.ua
Код ЄДРПОУ 02012125

24.03.2026 р. № 01-13/186

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження
поданої на здобуття наукового ступеня доктора філософії
за спеціальністю 106 Географія
на тему: «Суспільно-географічні аспекти дослідження захворюваності
населення України»,
Пархоменка Олександра Григоровича, аспіранта кафедри економічної
та соціальної географії і туризму геолого-географічного факультету
Одеського національного університету імені І.І.Мечникова**

Підтверджуємо, що результати дисертаційного дослідження Пархоменка Олександра Григоровича впроваджено в науково-аналітичну та науково-методичну діяльність Державного некомерційного підприємства «Український науково-дослідний інститут реабілітації та курортології Міністерства охорони здоров'я України».

У межах дисертаційної роботи досліджено захворюваність населення України як складне суспільно-географічне явище, територіально диференційоване за рівнем, структурою, динамікою та поєднанням медико-демографічних, соціально-економічних, екологічних і медико-організаційних чинників. У роботі здійснено комплексний аналіз просторових особливостей захворюваності населення України, виявлено регіональні відмінності у поширенні окремих класів хвороб, обґрунтовано методичні підходи до



ДНП «Укр. НДІ Р та К МОЗ України»

суспільно-географічного оцінювання медико-географічної ситуації, а також розкрито закономірності територіальної організації захворюваності в умовах сучасних суспільних трансформацій.

Особливу науково-прикладну цінність мають положення дослідження, пов'язані з оцінюванням впливу демографічної структури населення, характеру розселення, екологічного стану середовища, доступності медичної допомоги та регіональних соціально-економічних диспропорцій на формування територіальних відмінностей захворюваності. Одержані результати, зокрема аналітичні висновки, типологічні побудови та підходи до суспільно-географічного районування, можуть бути використані як наукова основа для вдосконалення досліджень у сфері медичної реабілітації, курортології, профілактичної медицини, просторового планування мережі оздоровчо-реабілітаційних послуг і обґрунтування пріоритетів регіональної політики у сфері громадського здоров'я.

Результати дисертаційного дослідження впроваджено в діяльність установи під час підготовки аналітичних матеріалів, науково-методичних узагальнень і фахового обґрунтування територіальних аспектів захворюваності населення України в контексті медико-реабілітаційного та санаторно-курортного профілю. Використання матеріалів дисертації сприяє поглибленню системного аналізу регіональних медико-географічних відмінностей, удосконаленню наукового супроводу досліджень щодо територіальної організації захворюваності та посиленню обґрунтованості рекомендацій у сфері реабілітації й курортології.

Директор,
д.мед. н., професор

(печатка)



Костянтин БАБОВ

(п)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Професор і науковий консультант
 д.б.н. проф. Володимир ІВАНІЦЯ
 « 26 » 03 2026 р.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Голова Болградської районної ради
 Михайло САДАКЛІСВ
 « 26 » 03 2026 р.

АКТ

впровадження результатів дисертаційної роботи
 Пархоменка Олександра Григоровича
 на тему: «Суспільно-географічні аспекти дослідження захворюваності
 населення України»,
 поданої на здобуття ступеня доктора філософії
 за спеціальністю 106 Географія

Цим актом підтверджується, що результати дисертаційного дослідження Пархоменка Олександра Григоровича впроваджено в аналітичну та практичну діяльність Болградської районної ради Одеської області.

У межах дисертаційної роботи здійснено комплексне суспільно-географічне дослідження захворюваності населення України як просторово диференційованого суспільного явища, що формується під впливом демографічних, соціально-економічних, екологічних, інфраструктурних і медико-організаційних чинників. У роботі виявлено територіальні відмінності у рівнях, структурі та динаміці захворюваності населення, обґрунтовано методичні підходи до оцінювання медико-географічної ситуації, визначено чинники її регіональної диференціації та розкрито особливості просторової організації захворюваності в Україні.

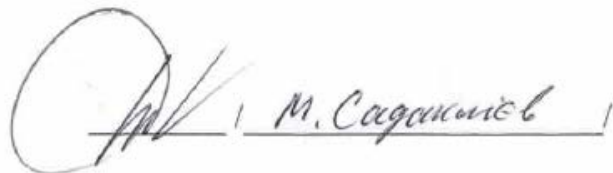
Практичне значення для діяльності районної ради мають результати дослідження, пов'язані з аналізом територіальних диспропорцій у стані здоров'я населення, оцінюванням впливу демографічної структури, системи розселення, доступності медичних послуг, соціальної інфраструктури та якості життєвого середовища на формування локальної медико-географічної ситуації. Одержані результати, аналітичні висновки та практичні рекомендації можуть бути використані як науково-аналітична основа для підготовки управлінських рішень у сфері соціального розвитку територій, урахування медико-демографічних

ризиків у стратегічному плануванні та підвищення обґрунтованості районної політики у сфері громадського здоров'я.

Результати дисертаційного дослідження впроваджено у діяльність Болградської районної ради Одеської області під час підготовки аналітичних матеріалів, розгляду питань соціального розвитку територіальних громад району, оцінювання просторових особливостей захворюваності населення, а також при формуванні пропозицій щодо вдосконалення профілактичних заходів і врахування суспільно-географічних чинників у практиці місцевого самоврядування.

Використання матеріалів дисертаційної роботи сприяє посиленню наукової обґрунтованості управлінських рішень, поглибленню просторового аналізу соціальних процесів на районному рівні та розширенню можливостей застосування суспільно-географічного підходу в діяльності органу місцевого самоврядування.

Голова районної ради



М. Садакмієв



М.П.

«26» 03 2026 р.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Проректор з наукової роботи
 д.б.н. проф. Володимир ІВАНІЦЯ
 « 21 » 2026р



«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Проректор з науково-педагогічної
 роботи
 д.б.н. проф. Ірина ЛОМАЧИНСЬКА
 « 21 » 2026р



АКТ
впровадження результатів дисертаційної роботи
Пархоменка Олександра Григоровича
 на тему: «Суспільно-географічні аспекти дослідження захворюваності
 населення України»,
 поданої на здобуття ступеня доктора філософії
 за спеціальністю **106 Географія**

У межах дисертаційної роботи Пархоменка Олександра Григоровича досліджено захворюваність населення України як складне суспільно-географічне явище, що формується під впливом соціально-демографічних, економічних, екологічних, інфраструктурних і медико-організаційних чинників. У роботі здійснено комплексний аналіз територіальних відмінностей захворюваності населення України, виявлено регіональні диспропорції у рівнях, структурі та динаміці основних класів хвороб, обґрунтовано методичні підходи до суспільно-географічного оцінювання медико-географічної ситуації, а також розкрито особливості просторової організації захворюваності в умовах сучасних соціальних трансформацій.

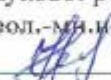
Особливу увагу в дослідженні приділено системному аналізу чинників територіальної диференціації захворюваності, оцінюванню впливу демографічної структури населення, екологічного стану середовища, рівня соціально-економічного розвитку регіонів, доступності медичної допомоги та особливостей розселення на формування медико-географічної ситуації. Одержані результати дослідження, аналітичні висновки, запропоновані типологічні підходи та елементи суспільно-географічного районування можуть бути використані як науково-аналітична основа для вдосконалення регіональної політики у сфері охорони здоров'я, просторового планування, прогнозування

медико-демографічних ризиків і розроблення заходів щодо зниження територіальних диспропорцій у стані здоров'я населення.

Результати наукового дослідження впроваджено в навчальний процес геолого-географічного факультету, зокрема під час проведення лекційних і семінарських занять із дисциплін «Основи суспільної географії», «Медична географія», «Регіональна соціально-економічна політика» та «Основи просторового планування». Використання положень дисертаційної роботи сприяє поглибленню підготовки здобувачів вищої освіти в частині опанування методів суспільно-географічного аналізу, оцінювання територіальних відмінностей захворюваності населення та формування навичок комплексного дослідження просторової організації суспільних процесів.

Заст. декана ГГФ

з наукової роботи
к.геол.-мн.н., доц.

 Наталія ФЕДОРОНЧУК
« 27 » 01 2026р.

Заст. декана ГГФ

к.пед.н., доц.

 Марія АДОБОВСЬКА
« 27 » 01 2026р.

Науковий керівник

Д.г.н., проф.

 Вікторія ЯВОРСЬКА
« 27 » 01 2026р.

удосконалення заходів профілактичного спрямування, врахування медико-демографічних ризиків у стратегічному плануванні та підвищення обґрунтованості місцевої політики у сфері громадського здоров'я.

Результати дисертаційного дослідження впроваджено у практичну діяльність Миколаївської селищної ради під час підготовки аналітичних матеріалів, розгляду питань соціального та просторового розвитку громади, оцінювання територіальних особливостей захворюваності населення, а також при формуванні пропозицій щодо вдосконалення системи соціальної підтримки населення та врахування просторових чинників у процесі управління розвитком територіальної громади.

Використання матеріалів дисертаційної роботи сприяє посиленню наукової обґрунтованості управлінських рішень, поглибленню просторового аналізу соціальних процесів на місцевому рівні та розширенню можливостей застосування суспільно-географічного підходу в діяльності органу місцевого



Селищний голова

Секретар селищної ради

/Віктор КУПЧЕНКО/

Галина Кожаченко

« 10 » 2026 р.