

Крім того, визначити територіальну нерівність можна, вивчивши рівень життя різних регіонів. Існують різні методики визначення рівня життя населення. Частіше всього в них використовується оцінка в балах. Наприклад, методика розрахунку рівня життя за А.А.Долініним дозволяє провести угруповання регіонів по показниках рівня життя населення.

Створення універсальної системи показників проблематичне. Для кожного конкретного дослідження, залежно від його цілей і задач, а також регіону, що вивчається, буде характерний специфічний набір показників.

Більшість країн розробляє і проводить певну державну регіональну політику, мета якої – забезпечення рівних умов соціально-економічного розвитку всіх регіонів, аналіз рівності – нерівності розвитку окремих територій і міст, попередження можливої соціально-економічної напруги, обумовленої значною соціально-економічною нерівністю регіонів. Як правило, цілі регіональної політики (РП) не економічні, а соціальні, вона орієнтована на допомогу «гіршим». Стимулююча політика припускає інфраструктурну і інформаційну підготовку території для нових видів діяльності. Компенсуюча політика використовує ті ж самі засоби для пом'якшення соціальних і екологічних наслідків економічного розвитку. Вона направлена на компенсацію соціально-географічних нерівностей [1].

Рішення проблеми територіальної несправедливості не є задачею суспільної географії. Її роль полягає у визначенні глибини цієї проблеми, чинників, що найбільш сильно на неї впливають. Виявлення територій, що розрізняються за рівнем розвитку, і, як результат, відбір регіонів потребуючих в підтримці, – важлива задача, соціально-економічної географії. Саме ця наука покликана надати органам управління комплексну базу даних, що дозволяє в динаміці і територіально прослідити проблему територіальної несправедливості, для вироблення механізму її обґрунтованого рішення.

#### Література:

1. Холина В.Н. География человеческой деятельности: экономика, культура, политика: Учебник для 10-11 классов школ с углубленным изучением гуманитарных предметов. – М.: просвещение, 1995. – 320с
2. Демографический энциклопедический словарь/ Ред. кол.: Валенстей Д.И. и др. – М.: Сов. Энциклопедия, 1985. – 608с.
3. Ковалев С.А. Избранные труды. – Смоленск: «Ойкумена», 2003. – 438с
4. Политика доходов и качество жизни населения / Под ред. Н.А. Горелова. – СПб.: Питер, 2003. – 653с.
5. Тикунов В.С. Классификации в географии: ренессанс или увядание? (опыт формальных классификаций). – М. – Смоленск: Изд-во СГУ, 1997. – 367с

#### Summary:

Theoretical information on the problem of territorial inequality is analyzed. The main notions characterizing territorial inequality, such as the “living standard” and quality of life are considered. The way of territorial inequality softening is outlined.

УДК 911.3

Людмила НЕМЕЦЬ, Ганна БАРКОВА, Олена ТКАЧЕНКО

### СФЕРА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ОБ'ЄКТ ДОСЛІДЖЕННЯ СУСПІЛЬНОЇ ГЕОГРАФІЇ (ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ)

**Актуальність проблеми.** Конституцією України та Основами законодавства України про охорону здоров'я гарантовано всім громадянам право на охорону здоров'я та необхідну медичну допомогу. Здійснюватися це має завдяки державного фінансування соціально-економічних, оздоровчо-профілактичних, медико-санітарних заходів та програм, а також створення відповідних умов для розвитку ефективного і доступного всім верстам населення медичного обслуговування, формування оптимальної мережі закладів охорони здоров'я, надання гарантованого обсягу безоплатної медичної допомоги, сприяння розвитку закладів сфери охорони здоров'я всіх форм власності тощо. Проте розбудова українського демократичного суспільства відбувається досить складно в умовах формування ринкових механізмів, складних трансформацій в політичній, соціально-економічній сферах, а тому сфера охорони здоров'я як і інші галузі сфери послуг переживає досить складний період і потребує не лише покращення бюджетного фінансування, а й

наукового обґрунтування для її подальшого реформування у відповідності до соціального запиту та світових і європейських вимог і стандартів. Особливо складною є проблема охорони здоров'я в аспекті розвитку окремих регіонів України, що потребує термінової зміни ситуації. Суспільна географія як спадкоємиця більш відомої за радянські часи економічної та соціально-економічної географії накопичила значний науково-методичний досвід дослідження складних суспільно-географічних (економіко-географічних) систем. Крім того, вона досконало володіє методами просторово-часового аналізу, а тому може внести вагомий вклад у вирішення складних проблем сьогодення, в тому числі і територіальної організації, пошуку механізмів реформування та оптимізації системи охорони здоров'я в Україні.

Метою дослідження є показ можливостей суспільної географії в дослідженні охорони здоров'я як складної, суспільно-географічної системи і складової сфери послуг.

Аналіз попередніх досліджень показує, що комплексно сфера охорони здоров'я України фахівцями-географами не розглядалася. Є дослідження присвячені теоретичним засадам розвитку медичної географії (В.О.Шевченко та Л.Т.Шевчук), медико-географічним основам здоров'я дитячого населення за матеріалами Хмельницької області (О.Я.Романів), окремі публікації на цю тему (В.А.Барановський, І.І.Даценко, Ю.П.Лісіцин тощо).

Регіональні дослідження колишньої радянської соціально-економічної географії зосереджувалися в межах двох основних підходів: галузевого та районного. Перший пов'язаний з досягненнями так званої школи Дена, а другий, з іменами видатних географів того часу – М.Баранського, М.Колосовського, І.Вітвера, Ю.Саушкіна та ін. Саме ними було започатковано ряд понять та концепцій, які склали теорію і методологію, поняттєво-термінологічний апарат колишньої соціально-економічної географії і відповідали державному запиту, а саме: вимогам жорсткої централізованої планової економіки, ресурсоспоживчому типу виробництва, нівелюванню соціальної складової перед економічною в державних планах, програмах тощо. Сьогодні в нових умовах функціонування й розвитку світової спільноти в цілому і України як її важливої складової, змінюються погляди на розвиток багатьох наук про суспільство та природу, що в повній мірі відноситься і до суспільної географії, загальним об'єктом якої виступає, на думку Олега Шаблія, людське суспільство з головним елементом – людиною, які слід трактувати як "...найвищий вияв розвитку природи і суспільства, як соціоприродних компонент, найголовнішою властивістю якого є *духовність*. Фундаментальною метою людського існування стає досягнення духовних цінностей. Все інше – це лише *засоби* такого досягнення..." [11, с. 10]. Отже, на думку вченого, в наш час, коли відбувається перехід до інформаційного суспільства, "...перед суспільною географією постали небачені раніше проблеми власне наукового, культурно-духовного, а в цілому гуманістичного порядку.....вона знову, але вже на нових методико-методологічних і теоретичних засадах, трансформується у географію людини, стає людинознавчою наукою, тобто антропогеографією..." [10, с. 5]. В зазначеному аспекті, підтримуючи позицію автора, зазначимо, що сфера охорони здоров'я є визначальною соціально-духовного благополуччя людини як особистості та суспільства загалом, а тому виступає важливою складовою, об'єктом дослідження суспільної географії.

Теоретичні та прикладні досягнення колишньої соціально-економічної географії є досить значними і дозволяють досліджувати різні аспекти територіального поділу праці, проводити районування території за окремими та комплексними показниками, визначати особливості територіальних структур різних сфер господарства, в тому числі і соціальної сфери, встановлюючи взаємозв'язок об'єктів та складових елементів через розгляд інфраструктури, визначення пропорційності складових елементів, взаємозв'язків та взаємозалежностей через механізми регіональної геополітики та територіального управління тощо. Відомий російський економіко-географ П.Я.Бакланов [1] на прикладі розгляду територіальних структур господарства в сучасних ринкових умовах показує нові науково-практичні можливості економічної географії та вказує на необхідність розширення предмету її дослідження. Поширюючи цю думку на необхідність дослідження соціальної сфери, до якої відноситься і сфера охорони здоров'я, зазначимо, що ці дослідження відносяться до предмету суспільної географії й мають проводитися на основі принципів комплексності, послідовності, регіональності тощо.

Викладення основного змісту досліджень. До нових методологічних та теоретичних засад суспільної географії, на нашу думку, відноситься розбудова та переосмислення, в першу чергу, її поняттєво-термінологічного апарату, введення та тлумачення нових понять соціальної реальності як об'єктів її дослідження, пошук та розширення методики досліджень, втілення нових інформаційних технологій, застосування міждисциплінарних досліджень, зокрема, синергетичного підходу тощо. Так, багато основоположних понять соціально-економічної географії не втрачаючи своєї

актуальності, потребують нового обґрунтування і плування. Це стосується, зокрема, понять ТПП (територіального поділу праці), ТОС (територіальна організація суспільства), ЕГП (економіко-географічного положення), економічного району, ТВК (територіально-виробничого комплексу) та ін. Потребують подальшого дослідження такі поняття, як "суспільно-географічний та соціально-географічний процеси", "менталітет соціуму" та багато інших. Значимо з цього приводу думку російського соціоекономіко-географа В.Шувалова, який говорить про необхідність нового підходу до осмислення багатьох усталених понять соціально-економічної географії і на цій основі підняти рівень її досліджень у відповідності з такими процесами, як "... формування глобальних і міжрегіональних інформаційних систем, електронний обіг цінних паперів і грошей, наростаюче віртуальне спілкування, всезагальна соціологізація, гуманізація, глобалізація, зростання відкритості суспільства..." [12, с. 15]. Це стосується і такого важливого поняття, як ТОС, переосмислення його основних факторів, що вимагає перейти від "...пошуку оптимального розміщення" закладів, в даному випадку, сфери охорони здоров'я до "...розміщення сукупності або окремих технологій..." або об'єктів на вже існуючому соціально-економічному каркасі для підсилення "...гнучкості, еластичності..." системи і її окремих ланцюгів, а також розгляду таких важливих факторів ТОС, як: трудоресурсного, транспортного, комунікаційно-інфраструктурного, фактора власності, інституціонального, екологічного, поведінкового, національного, фактора регіонального менталітету населення, а також врахування принципових змін в процесах урбанізації, суспільних пріоритетах розвитку, підвищення відкритості суспільства, зростання протиріч у взаємодії між вертикальною та горизонтальною гілками владних структур тощо.

Застосовуючи напрямки трансформації поняття ТОС за [12], відзначимо стосовно дослідження сфери охорони здоров'я, важливість дослідження перерахованих вище факторів, що дасть можливість зовсім по-новому готувати кваліфікаційні кадри для сфери охорони здоров'я, враховуючи територіальні особливості розміщення населення як основного споживача медичних послуг та поселень, зміни інфраструктури сфери охорони здоров'я, що для України передбачає забезпечення необхідності максимальної доступності термінової медичної допомоги і створення регіональних та локальних медичних комплексів з надання вузько спеціалізованої медичної допомоги. Розвантаження на цій основі спеціалізованих обласних центрів медичної допомоги дасть змогу підняти рівень послуг та їх географію. Потребують особливої уваги та термінових соціо-географічних досліджень питання щодо форм власності закладів охорони здоров'я, які з них за профілем та масштабністю можуть мати приватну власність, які напрямки медичної допомоги можуть розвиватися на основі платних послуг тощо.

Здоров'я населення України слід оцінювати у відповідності до рекомендацій Європейського Регіонального Бюро Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ЄРБ ВООЗ), яка проводить загальноєвропейську політику "Здоров'я для всіх", основа чого – забезпечення справедливості в галузі охорони здоров'я та якості життя населення. Відповідно до вимог ЄРБ ВООЗ рівень здоров'я населення країни необхідно оцінювати на основі широкого кола показників, серед яких – об'єктивні дані про рівень смертності, інвалідності, захворюваності а також суб'єктивні показники сприйняття особистого здоров'я та інші аспекти якості життя.

Державне фінансування системи охорони здоров'я в Україні досить незадовільне, бо складає всього 3,6% ВВП (2004 р.), що значно менше порівняно з розвиненими країнами світу та Європи. Кількість лікарів та лікарняних ліжок на 1 особу відповідно перевищує в 5,3 рази середній рівень цього показника в розвинених країнах, а середня тривалість перебування в лікарні (близько 16 днів) – є вдвічі більшою в тому ж порівнянні. Більша частина бюджетних коштів, що виділяються на охорону здоров'я, витрачається на виплату заробітної плати та оплату лікарняними закладами електроенергії. При цьому заробітна плата залишається дуже низькою, хронічно бракує коштів на інвестиції в сучасне медичне діагностичне та лікувальне обладнання. В цілому система охорони здоров'я України є занадто спеціалізованою і не може забезпечити надання доступних базових медичних послуг [3]. Розглядаючи основні тенденції стану здоров'я населення України за роки незалежності слід відзначити, що вони тісно пов'язані з загальним погіршенням демографічної ситуації, особливо в другій половині 90-х років ХХ століття і на початку нового III-го тисячоліття, що характеризується високою смертністю населення, зростанням захворюваності, поширенням небезпечних хвороб, особливо інфекційних та іншими негативними процесами. В 1991 році в Україні смертність вперше перевищила народжуваність, а з 1993 року відмічається зниження абсолютної чисельності населення. Проте ці процеси є досить складними і на думку Ф. Заставного почалися не в роки незалежності, а "...ще з 50-х повоєнних років..." [4, с. 114]. На протязі періоду 1993-2004 рр. чисельність населення зменшилась більше, ніж на 3 млн. чол. і склала на 1 червня 2004 року

47 465,0 тис. осіб [7]. Отже, можна констатувати, що Україна переживає глибоку демографічну кризу через низький, порівняно з іншими розвиненими країнами світу, рівень народжуваності та високий, характерний для слаборозвинених країн, рівень смертності. Особливо небезпечним явищем є високий рівень смертності працездатного населення. Спостерігається тенденція до скорочення середнього рівня очікуваної тривалості життя населення, який становив у 2002 році 73,0 роки для жінок і 62,3 роки для чоловіків. Різниця в 10, 7 років – це й показник і є індикатором для опосередкованого порівняння рівня життя в Україні з іншими розвиненими країнами світу та Європи. Так, наприклад, аналогічний показник для Швейцарії становить – 8, для Німеччини – 6,3, для Іспанії – 7,2, для Австрії – 2,9.

Природне скорочення населення у січні-травні 2004 року відмічається в усіх регіонах України, хоча порівняно з минулим роком темпи його депо знизилась. Показники природного скорочення найвищі в Полтавській, Луганській, Сумській, Чернігівській областях (11,3-14,6 особи на 1 000 жителів), а найнижчі – у Закарпатській, Рівненській областях та м. Києві (1,6-2,3 особи на 1 000 жителів). У міських поселеннях інтенсивність природного скорочення майже вдвічі менша, ніж у сільській місцевості (6,2 проміле проти 11,4 проміле).

Небезпечно зменшилась народжуваність за роки незалежності, хоча за період січень-травень 2004 року цей показник депо зріс порівняно з аналогічним періодом минулого року (з 8,3 народжених на 1 000 жителів до 8,8 проміле). Досить строкатою є ситуація цього показника в окремих регіонах України. Підвищення загального рівня народжуваності відмічалось у Волинській області (з 10,8 до 12,0 проміле), Київській (з 8,0 до 8,8 проміле), Чернівецькій (з 9,3 до 10,0 проміле), Івано-Франківській (з 9,8 до 10,5 проміле). Скорочення народжуваності відмічалось лише в Миколаївській області (з 8,9 до 8,7 проміле). Народжуваність у сільській місцевості залишається більш високою, ніж у міських поселеннях (9,2 проти 8,6 проміле) [7].

Аналіз ситуації говорить про те, що зниження народжуваності пов'язане не лише з старінням населення, а обумовлюється соціальними умовами, які на жаль попри всі намагання Уряду поки що не покращуються суттєво.

Аналіз смертності населення показує, що смертність чоловіків в усіх вікових групах вища за смертність жінок. Небезпечним є те, що цей показник високий саме в найактивнішому працездатному віці, наприклад, у віці 30-39 років смертність чоловіків перевищує смертність жінок у 3,5 рази, і пояснюється не лише суто біологічними факторами, а й соціальними умовами, серед яких важливе значення мають: характер праці чоловіків, поширення шкідливих звичок, особливо паління та вживання алкоголю, недостатня особиста відповідальність за власне здоров'я і т. ін.

Серед головних причин смертності ведуче місце займають хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення, хвороби органів дихання, серцево-судинні хвороби, а також нещасні випадки, отруєння та травми, які в купі складають 88,5% [2]. Зростає також рівень захворюваності на розлади психіки та поведінки через вживання алкоголю, значно зросла захворюваність на алкогольні психози (майже у два рази за 10 років), відповідно зросла і смертність від отруєнь алкоголем. За даними [7], у загальній кількості померлих за період січень-травень 2004 року, від хвороб системи кровообігу померло 63,5%, від новоутворень – 11,5%, від нещасних випадків, вбивств, самогубств та інших зовнішніх дій – 8,95, від хвороб органів дихання – 3,9%, від хвороб органів травлення – 3,4%, від інфекційних та паразитарних хвороб – 1,9%.

Болочою проблемою для України залишається смертність дітей до 1 року, що характеризує в значній мірі стан соціально-економічного розвитку країни, стан соціальної та санітарно-гігієнічної допомоги населенню, загальний рівень розвитку системи охорони здоров'я та спосіб життя різних верств населення. Особливо значне підвищення рівня смертності немовлят спостерігалось у 1993-1995 рр. (14,9, 14,5, 14,7 проміле відповідно). Для порівняння зазначимо, що аналогічні показники в розвинених країнах Європи складають: у Фінляндії, Австрії, Данії – 4 проміле, Німеччині та Нідерландах – 5 проміле. І хоча в останні два роки цей показник депо зменшився, говорити про стабілізацію ситуації із зміцненням здоров'я немовлят неможливо. Безумовно заслуговують на увагу позитивні кроки уряду щодо покращення ситуації, зокрема, покращення державної політики щодо охорони материнства та дитинства на законодавчому та виконавчому рівнях, стимулюванні народжуваності в країні, але ці заходи ще досить недосконалі, а їх результати важко передбачувати на майбутнє.

Складною для України є медико-соціальна проблема поширення хронічних неінфекційних та інфекційних хвороб, серед яких окрім вже зазначених хвороб системи кровообігу, небезпечними виступають злоякісні новоутворення, ендокринні та алергічні захворювання, туберкульоз, ВІЛ/СНІД, хвороби, що передаються статевим шляхом тощо. Особливу занепокоєність викликає епідеміологічна ситуація з розповсюдженням туберкульозу, починаючи з 90-х років минулого століття. Щорічно

реєструється більше 27 тис. нових випадків захворювання на цю дуже небезпечну хворобу, яка в Україні охоплює не лише традиційно соціально незахищені верстви населення та контингент так званого ризику, а й цілком нормальні в соціальному плані частки населення (70% хворих на туберкульоз становлять соціально незахищені особи, тобто перебувають за межею малозабезпеченості, 17% – соціально дезадаптовані особи, а 5% – становлять цілком забезпечені люди) [5]. Перший випадок ВІЛ/СНІД-інфекції в Україні було зареєстровано в 1987 році, а станом на 1 жовтня 2003 року зареєстровано вже 59 тис. 397 випадків ВІЛ-інфікованих, серед яких 3 992 дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями. СНІД діагностовано у 5 436 хворих, з яких 3 114 – померли. Переважну більшість інфікованих становлять молоді особи віком 20-39 років, поширюється інфекція серед підлітків. Щороку відмічається біля 7-8 тисяч інфікованих. Особливо стрімко цей процес відбувається в Донецькій, Дніпропетровській, Одеській, Миколаївській областях, АР Крим та місті Севастополі. Але насправді, як вважають спеціалісти, картина набагато складніша, ніж офіційна статистика, експерти називають не менше 1% дорослого населення вражених небезпечною інфекцією [8]. Основними шляхами інфікування ВІЛ в Україні є вживання ін'єкційних наркотиків та статевий.

В умовах нестабільної соціально-економічної ситуації стресовий стан відчуває значна частка населення України, що призводить до широкого поширення психічних захворювань, часто з ускладненнями їх перебігу, тенденцій до змін класичних форм, інвалідизації психічно хворих. Особливо характерною є зазначена тенденція в містах та промислових поселеннях міського типу (Донбас, Придніпров'я, Південний Схід, деякі регіони Західної України тощо), де через економічну нестабільність та занепад виробництва багато людей, а часто цілі сім'ї втрачають роботу і засоби до існування. З попередньою пов'язана і проблема розвитку наркологічних хвороб, провідне місце серед яких займають хронічний алкоголізм та алкогольні психози і наркоманія.

Суспільно-географічний аналіз рівня й структури загальної захворюваності в межах держави і в окремих її регіонах необхідний для покращення медико-демографічної ситуації, вироблення активних важелів державної та регіональної політики в цьому відношенні. Головне завдання зазначених досліджень полягає в пізнанні основних закономірностей формування здоров'я населення, динаміки основних його показників з метою оцінки ефективності профілактичних заходів, розробки більш обґрунтованої програми розвитку системи охорони здоров'я населення в цілому і окремих його соціальних та вікових груп, зокрема.

В основних законодавчих актах України охорона здоров'я визначається як система заходів, "...спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя..." [5, с.100]. При цьому систему охорони здоров'я можна визначити як комплекс, що охоплює державні і громадські заходи і заклади правового, економічного, соціального, освітньо-культурного, організаційного, санітарно-гігієнічного, технічного, проти-епідемічного, суто медичного характеру, основним завданням якого є створення максимально можливих, оптимальних умов життя та праці осіб працездатного віку, гармонійного фізичного та психічного розвитку дітей та підлітків, а також запобігання хворобам, лікування їх, подовження тривалості активного життя і працездатності, збереження та зміцнення здоров'я населення. Система охорони здоров'я охоплює своєю структурою комплекс закладів лікувально-профілактичної допомоги, охорони здоров'я матері та дитини, санітарно-епідеміологічної служби, санаторно-курортної допомоги, медикаментозної допомоги, медико-соціальної експертизи, санітарної та медичної освіти, санітарної та загальної медичної статистики, медичної науки, медичної, хіміко-фармацевтичної, мікробіологічної промисловості, промисловості медичного приладобудування та медико-інструментальної тощо. Окремі складові системи охорони здоров'я можна розкласти на підсистеми, які виконують більш вузькі функції, наприклад, система лікувально-профілактичної допомоги, яка включає відомчі напрямки (допомога міському, сільському населенню, робітникам та службовцям різних галузей промисловості, транспорту, будівництва тощо), позалікарняну, стаціонарну, амбулаторно-поліклінічну, швидку і невідкладну, спеціалізовану медичну допомогу. Номенклатура закладів охорони здоров'я населення затверджується Міністерством охорони здоров'я України, а вся система функціонує на основі Конституції України.

Враховуючи значні територіальні відмінності в структурі закладів охорони здоров'я, в розповсюдженні основних видів захворюваності, в характері протікання медико-демографічної ситуації, важливим завданням суспільно-географічних досліджень є проведення суспільно-медико-географічного районування, під яким слід розуміти особливий вид територіальної систематизації, що передбачає поділ території на відносно однорідні, цілісні частки з певною, характерною для всіх внутрішньою єдністю, специфічністю та одноманітністю. На основі досліджень [9, с.34-43],

зазначимо, що під медико-географічним районом слід розуміти "...об'єктивну реальність, що зумовлена сукупністю природних і соціально-економічних систем, що формують його екологічний фон і зумовлюють вплив навколишнього середовища на здоров'я населення...". Медико-географічне районування може слугувати основою проведення суспільно-медико-географічного районування для визначення територіальних особливостей (зокрема, просторової неоднорідності та нерівномірності розвитку, відповідності структури та динаміки комплексу закладів охорони здоров'я суспільно-демографічним та географічним особливостям), функціонування, встановлення основних закономірностей у просторово-часовому вимірі та перспектив розвитку системи охорони здоров'я певного регіону.

Територіальна організація системи охорони здоров'я розглядається на прикладі Харківського регіону. За даними Міністерства охорони здоров'я України та Українського інституту громадського здоров'я [7], рейтингова оцінка стану здоров'я населення, доступності та якості медичної допомоги, профілактичної роботи Харківського регіону досить висока.

Але окремі показники функціонування системи охорони здоров'я не такі оптимістичні, а сама система потребує комплексного дослідження та вдосконалення. На кінець 2003 року тут налічувалось 154 лікарняні заклади, що на 11% менше, ніж у 2002 році; в яких функціонували 28 688 лікарняних ліжок, що теж менше, ніж в попередньому році на 1,2%. Кількість лікарів усіх спеціальностей на кінець 2003 року склала 15 513 осіб, а середнього медичного персоналу – 30 544, що в порівнянні з попереднім роком збільшилось на 0,4% і зменшилось на 0,8% відповідно. За рахунок реорганізації мережі амбулаторно-поліклінічних закладів їх загальна кількість склала 478 проти 430 у 2002 році, тобто збільшилась на 11,2%. При цьому планова ємність амбулаторно-поліклінічних закладів збільшилась в порівнянні з 2002 роком лише на 0,3% (в розрахунку на 10 000 осіб – на 1%). Територіально амбулаторно-поліклінічні заклади досить нерівномірно розташовані в межах регіону, найбільша їх кількість зосереджена в Харківському, Дергачівському, Зміївському, Вовчанському, Куп'янському районах (37, 22, 21, 19, 18 відповідно), а найменша кількість – в Печенізькому, Коломацькому, Кегичівському, Сахновщинському районах (3, 3, 5, 5 відповідно). За рівнем забезпечення населення ліжками в денних стаціонарах (на 10 000 населення) Харківський регіон займає лише 14-е місце в Україні. Лідерами за цим показником є Балаклійський, Барвінківський та Лозівський райони (236,4, 114,0, 97,9 ліжок на 10 000 осіб відповідно), а аутсайдерами являються – Печенізький, Дергачівський, Ізюмський та Первомайський райони (26,1, 19,1, 16, 2, 5,1 відповідно). Наслідком такої ситуації є збільшення кількості уперше зареєстрованих випадків захворювань на 11,2% в порівнянні з 2002 роком. Спостерігалось збільшення хвороб: ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин (на 61,0%), системи кровообігу (на 42,5%), нервової системи (на 23,8%), хвороб новоутворення (на 22,0%). Небезпечні тенденції спостерігаються в поширенні ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, де кількість хворих з діагнозом, що встановлений вперше зростає з 7,1 в 2002 році до 9,6 в 2003 році (на 100 000 осіб по ВІЛ-інфікованих) і з 0,4 в 2002 році до 0,9 в 2003 році (на 100 000 осіб по хворим на СНІД).

Подальше реформування системи охорони здоров'я в регіоні має проводитися в напрямках забезпечення доступною і якісною профілактикою та медичною допомогою кожного громадянина, втіленні нових ефективних механізмів фінансування і управління галуззю, створення відповідних умов для формування здорового способу життя населення. Хоча в 2002 році вперше досягнуто позитивних результатів у виконанні регіональної програми з втілення сімейної медицини, а кількість посад сімейних лікарів збільшилась з 1,3 в 2002 році до 2,4 в 2003 році (на 10 000 осіб), ця проблема залишається гострою та актуальною, бо укомплектованість фізичними особами штатних посад сімейних лікарів складає 91,9% (2003 рік).

Враховуючи складну ситуацію з надання кваліфікованої медичної допомоги сільському населенню, покращення ситуації пов'язується з структурними перебудовами галузі, а саме, з формуванням медико-географічних комплексів, на основі яких будуть працювати виїзні консультативні бригади фахівців різних медичних напрямків для проведення профілактичних оглядів та надання термінової медичної допомоги.

**Висновки.** Дослідження територіальної структури сфери охорони здоров'я потребує не лише комплексного розгляду взаємозв'язків та залежностей окремих її ланок і елементів, а й аналізу та включення в територіальну її структуру соціальної складової, населення, розгляд впливу на стан здоров'я населення функціонування природно-географічної складової тощо. На основі зазначеного можна визначити основні завдання суспільно-географічних досліджень сфери системи охорони здоров'я: оптимізація структури та параметрів територіальної структури; визначення основних процесів формування, динаміки та розвитку територіальної структури сфери охорони здоров'я в

регіональному аспекті; визначення основних факторів розвитку та управляючих механізмів; визначення точок росту нових форм функціонування сфери, наприклад, сімейної медицини або створення територіальних медико-географічних комплексів, пересувних медичних комплексів для регіонів з малою людністю та значною віддаленістю населених пунктів тощо; обґрунтування та проведення соціо-медико-географічного районування території України та окремих її регіонів з метою розробки та залучення інвестиційних проектів в сферу охорони здоров'я; вироблення рекомендацій стосовно вдосконалення адміністративно-територіального поділу України; втілення геоінформаційних технологій в дослідження сфери охорони здоров'я. Вирішення зазначеного дозволить покращити та оптимізувати розробку державних та регіональних та локальних програм розбудови сфери охорони здоров'я в Україні у відповідності до норм та стандартів європейської та світової спільноти, наблизить державу до реального вступу в ЄС та інші важливі для неї міжнародні організації, забезпечить виконання державою конституційних прав і свобод громадян.

#### Література:

1. Бакланов П.Я. Современные теоретические проблемы экономической географии. – Вестн. Моск. Ун-та. Сер. 5, География. – № 4, 2004.– С. 7-11.
2. Демографічна криза в Україні. Її причини та наслідки /Верховна Рада України. Збірник матеріалів. – К., 2003. – 450с.
3. До вищого рівня життя. Економічна програма для України /Інститут економічних досліджень та політичних консультацій. – К., 2004. – 109 с.
4. Заставний Ф. Демографічні втрати населення України. – Львів, 2003. – 130с.
5. Панорама охорони здоров'я населення України /А.В. Підаєв, О.Ф. Возіанов, В.Ф. Москаленко, В.М. Пономаренко та ін. – К., 2003. – 396с.
6. Про соціально-економічне становище України за січень-травень 2004 року / Державний комітет статистики України. – К., 2004. – 99с.
7. Рейтингова оцінка стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я України за 2003 рік Міністерство охорони здоров'я України. Український інститут громадського здоров'я. – К., 2003. – 50с.
8. Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх розв'язання /Матеріали парламентських слухань у Верховній Раді України. – К., 2003. – 88с.
9. Фельдман Е.С., Фельдман Г.Е. Системное картографирование – основа медико-географического районирования территории / Медико-географическое районирование и прогнозирование здоровья популяции. – Новосибирск, 1981. – С.34-437.
10. Шаблій О.І. суспільна географія: теорія, історія, українознавчі студії. – Львів, 2001. – 744 с.
11. Шаблій О.І. Основи загальної суспільної географії. – Львів, 2003. – 444с.
12. Шувалов В.Е. Концептуальные проблемы развития отечественной районной школы социально-экономической географии. – Вест. Мос. ун-та. Сер. География. – 2005, №1. – С. 13–24.

#### Summary:

*Nemets L., Barkova A., Tkachenko O.* PUBLIC HEALTH AS AN OBJECT OF STUDIES FOR SOCIO-ECONOMIC GEOGRAPHY. In the article there were investigated theoretical and methodological aspects of health preservation from the point of view of socio-economic geography. There are also information on public health preservation in Kharkov region of Ukraine.

УДК 911.3

Костянтин НЕМЕЦЬ

### ІНФОРМАЦІЙНА СКЛАДОВА СОЦІАЛЬНО-ГЕОГРАФІЧНОГО ПРОЦЕСУ ЯК СУТНІСТЬ ІНФОРМАЦІЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ СУСПІЛЬСТВА І ПРИРОДИ

**Актуальність проблеми.** Проблема взаємодії суспільства і природи на сьогодні є надзвичайно важливою, бо від її позитивного вирішення залежить можливість виживання людства. Географія, як і інші природничі науки, вже давно переймається цією проблемою. Але загроза загострення глобальної соціально – екологічної кризи на початку ХХІ століття поставила низку нових питань стосовно оптимізації взаємовідносин людини і природи. Зокрема, виявилось, що традиційні методи дослідження взаємодії систем, які успішно застосовуються в науках про Землю, потребують значного вдосконалення для вирішення глобальної проблеми людства. Методи дослідження і опису обігу речовини та перетворення енергії, які основані на фундаментальних законах розвитку матеріального світу (збереження енергії, речовини тощо), пояснюють і описують багато процесів у географічній оболонці. Але природа виявляється значно складнішою, ніж лінійні моделі, розроблені на основі