

Л.О. ДІДЕНКО, А.В. ПІРНИКОЗА (Вінниця)

## МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ПОТРЕБ І ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вивчено медичні та демографічні фактори попиту і доступності медичної допомоги сільському населенню. Доведено достовірність модуляції попиту і доступності рівням розвитку соціальних і виробничих інфраструктур сільських поселень і характеру розселення, вікової структури і радіусам обслуговування. Віддалені від пунктового села зазвичай малонаселені, зі старшим віковим складом населення, гірше забезпечені закладами соціальної інфраструктури, зокрема медичними. Саме тут спостерігаються найбільші розбіжності між великими потребами у медичних послугах та обмеженими умовами їх забезпечення. Виявлено резерви удосконалення якості і доступності медичної допомоги сільському населенню.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** потреби і доступність медичної допомоги, сільське населення.

Питання потреб і доступності медичної допомоги набуває особливого значення для села. Гіпотеза дослідження передбачала, що саме віддалені села характеризуються гіршою демографічною та соціально-виробничою структурою і одночасно підвищеною потребою у медичному обслуговуванні. Саме цей ефект підлягав вивченю в роботі, і розроблені рекомендації стали важливими для формулювання ключових пунктів пілотного проекту реформи ПМСД у Вінницькій області.

**Матеріали і методи.** Дослідження за перехресним планом проводилось у 2007–2010 рр. Вивчення та узагальнення результатів відбувалося на основі багатоступеневої вибірки. Перший ступінь суцільним масивом охопив 27 сільських районів Вінницької області. Використання сільського району як одиниці спостереження першого ступеня багатоступеневої вибірки обумовлено необхідністю вивчення медико-демографічного середовища діяльності сільських медичних закладів первинного рівня. Для забезпечення якісної і кількісної репрезентативності вибірки першого ступеня, пропорційно до розмірів кластерів, було відібрано найбільш репрезентативні райони. Для цього було спроектовано 19 ознак класифікації на 2 головні компоненти за допомогою аналізу головних компонент. Ці компоненти становили 35,7% інформації від повного набору ознак. Відповідно до аналізу відбирались райони відповідно до їх найкращого представництва кластерів за відстанню Махalanобіса. Усі включені до вибірки райони мали найменші відстані Махalanобіса, які не перевищували критичні значення, задані  $\chi^2(19)$  на рівні достовірності 0,05, а саме 30,1, що доводить їх високу репрезента-

тивність. 11 відібраних у такий спосіб районів вивчались суцільним методом, тобто дослідження включало всі 89 сільських лікарських дільниць (СЛД) даних районів, які й склали другий ступінь вибірки. Третій ступінь утворений випадково відібраними сільськими мешканцями, які обслуговуються обраними СЛД, всього 1741 чол. Проаналізовано 7800 випадків звернень за медичною допомогою, здійснених протягом 2007–2009 років. Для оцінки достовірності ефектів використано аналіз багатомірних контрастів процедури MANCOVA [2]. Аналіз таблиць крос-класифікації здійснювався на основі статистики хі-квадрат, для одномірних тестів використаний двобічний критерій Стьюдента [3]. Всі розрахунки здійснені в середовищі статистичної аналітичної системи SAS 9.1 Level 1M3 XP Home platform, S/N 882876, Site #12300001 licensed to Ocheredko Oleksandr.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У результаті проведеного дослідження встановлено, що критичними радіусами обслуговування для сільської амбулаторії (СА) є 7 км і для фельдшерсько-акушерського пункту (ФАПу) – 3 км. Важливим моментом є вивчення характеристик захворюваності залежно від відстані до СА та ФАПу. Ми проаналізували варіаційні статистики розподілів характеристик захворюваності на критичних значеннях радіусів (табл. 1).

Як вигливає з результатів дослідження, характеристики захворюваності мають достовірно вищі значення при віддаленості СА від місця проживання 7 і більше кілометрів. Затримка у зверненні зростає від  $2,401 \pm 0,038$  до  $2,83 \pm 0,05$  ( $t=4,15$ ;  $p<0,0001$ ).

Як і у випадку із відстанню до СА, характеристики захворюваності мають достовірно вищі значення при віддаленості ФАПу від місця прожи-

**Таблиця 1. Розподіл характеристик захворюваності залежно від відстані до ФАПу  
(сумарно за 2007–2009 рр.)**

До 3 км					
Кількість хронічних хвороб	2,416	0	10	0,1599	3,18
Кількість первинних хвороб	2,000	0	9	0,1143	0,64
Загальна кількість хвороб	4,409	0	15	0,2047	2,72
Кількість загострень	3,695	0	19	0,2476	0,98
Тривалість хвороб (дні)	49,121	0	197	2,2682	3,04
Затримка у зверненні (дні)	2,358	0	101	0,0324	24,14
3 і більше км					
Кількість хронічних хвороб	2,949	0	17	0,0497	*
Кількість первинних хвороб	2,078	0	21	0,0429	
Загальна кількість хвороб	4,991	1	20	0,0633	*
Кількість загострень	3,441	0	32	0,0732	
Тривалість хвороб (дні)	56,347	6	360	0,7072	*
Затримка у зверненні (дні)	4,729	0	60	0,0927	*

Примітка: \*різниці середніх достовірні з  $p<0,0001$ .

вання понад 2 кілометри. Затримка у зверненні зростає від  $2,358 \pm 0,0324$  дня до  $4,729 \pm 0,0927$  дня ( $t=24,14$ ;  $p<0,0001$ ).

Реальна поширеність (у %) захворювань серед сільського населення вибірки за класами хвороб (сумарно 2007–2009) вивчалася на основі експертних оцінок спеціалістами обласних ЗОЗ (табл. 2). Ці дані порівнювались із зареєст-

рованими захворюваннями, відсоток перевищення експертних оцінок зареєстрованих рівнів наведений в таблиці 3 за класами хвороб. Як показують результати, у цілому перевищення (недоврахування) склало 22,12%. Найбільше недоврахування простежено для хвороб органів дихання (33,35%), ендокринної системи, порушення обміну речовин (24,52%), системи кровообігу

**Таблиця 2. Поширеність захворювань серед сільського населення за класами хвороб  
(сумарно за 2007–2009 рр.)**

Клас хвороб	Кількість випадків	Рівень на 1000	m	% перевищення зареєстрованих
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	186	106,84	7,40	5,11
Новоутворення	98	56,29	5,52	2,31
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	212	121,77	7,84	24,52
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	59	33,89	4,34	20,60
Розлади психіки та поведінки	92	52,84	5,36	11,61
Хвороби нервової системи	151	86,73	6,75	12,38
Хвороби ока та його придаткового апарату	304	174,61	9,10	15,50
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	157	90,18	6,86	12,93
Хвороби системи кровообігу	1519	872,49	7,99	21,22
Хвороби органів дихання	2085	1197,59	6,87	33,35
Хвороби органів травлення	545	313,04	11,11	16,17
Хвороби сечостатевої системи	457	262,49	10,54	20,88
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	244	140,15	8,32	17,89
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	347	199,31	9,57	11,51
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	9	5,17	1,72	0,00
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	280	160,83	8,80	12,20
<b>Всього</b>	<b>6745</b>	<b>3874,22</b>	<b>9,34</b>	<b>22,12</b>

(21,22%), сечостатевої системи (20,88%), крові (20,60%), тобто фактично кожний третій–п'ятий випадок залишався поза увагою медичних працівників. Сумарно за три роки поширеність захворювань серед сільського населення вибірки склала 3874‰. Найбільш поширеними виявились хвороби органів дихання (1197,59‰), системи кровообігу (872,49‰), органів травлення (313,04‰), сечостатевої системи (262,49‰).

Чутливим індикатором доступності медичної допомоги може бути частка неврахованих захворювань. Ми використали цей індикатор для тестування гіпотези щодо ролі віддаленості від СА і ФАПу як важливого модулюючого фактора доступності медичної допомоги сільському населенню. Відповідно, частка неврахованих захворювань (у %) серед сільського населення за класами хвороб залежно від відстані до СА від місця проживання (сумарно 2007–2009 рр.) наведена в таблиці 3. Частка неврахованих захворювань достовірно перевищувала за відстані до СА 7 км і більше ( $35,11\pm1,95$  проти  $20,95\pm1,20$ ,  $t=6,18$   $p<0,0001$ ). Достовірне збільшення частки неврахованих захворювань при віддаленості до СА від місця проживання спостерігалось практично за всіма класами хвороб. Загалом розподіл

неврахованих захворювань суттєво відрізняється залежно від відстані до СА ( $\chi^2(15)=26,17$ ;  $p=0,0363$ ) за рахунок більшого неврахування за віддаленості хвороб системи кровообігу ( $t=8,03$ ), шкіри та підшкірної клітковини ( $t=8,29$ ), кістково-м'язової системи та сполучної тканини ( $t=7,62$ ).

Частка неврахованих захворювань (у %) серед сільського населення за класами хвороб залежно від відстані до ФАПу від місця проживання (сумарно 2007–2009) наведена в таблиці 3. Частка неврахованих захворювань достовірно перевищувала за відстані до ФАПу 3 км і більше ( $34,38\pm4,00$  проти  $21,04\pm1,02$ ,  $t=3,23$   $p<0,001$ ). Як і для СА, достовірне збільшення частки неврахованих захворювань при віддаленості до ФАПу від місця проживання спостерігалось практично за всіма класам хвороб. У цілому розподіл неврахованих захворювань суттєво відрізняється залежно від відстані до ФАПу ( $\chi^2(15)=25,29$ ;  $p=0,0462$ ) за рахунок більшого неврахування за віддаленості хвороб системи кровообігу ( $t=4,99$ ), шкіри та підшкірної клітковини ( $t=4,68$ ), кістково-м'язової системи та сполучної тканини ( $t=4,14$ ). Цікаво, що відмінності в розподілах неврахованих захворювань залежно від відстані збігалися для віддаленості до СА і ФАПу.

**Таблиця 3. Частка неврахованих захворювань (у %) серед сільського населення за класами хвороб залежно від відстані до ФАПу від місця проживання (сумарно 2007–2009 рр.)**

Клас хвороб	менше 3 км	т	3 км і більше	т	T
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	4,91	0,54	7,38	2,20	1,09
Новоутворення	2,25	0,37	2,99	1,43	0,50
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	23,63	1,06	34,62	4,01	2,65*
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із зачлененням імунного механізму	19,72	0,99	30,59	3,88	2,71*
Розлади психіки та поведінки	11,63	0,80	11,38	2,67	(0,09)
Хвороби нервової системи	11,81	0,81	18,85	3,29	2,08*
Хвороби ока та його придаткового апарату	14,72	0,89	24,35	3,61	2,59*
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	12,10	0,82	22,35	3,51	2,85*
Хвороби системи кровообігу	19,50	0,99	40,74	4,14	4,99*
Хвороби органів дихання	32,34	1,17	44,81	4,19	2,87*
Хвороби органів травлення	15,48	0,90	24,00	3,60	2,30*
Хвороби сечостатевої системи	19,71	0,99	34,16	3,99	3,51*
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	16,32	0,92	35,71	4,04	4,68*
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	10,25	0,76	25,81	3,69	4,14*
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	11,98	0,81	14,70	2,98	0,88
<b>Всього</b>	<b>21,04</b>	<b>1,02</b>	<b>34,38</b>	<b>4,00</b>	<b>3,23*</b>

Примітка:  $\chi^2(15)=25,29$ ;  $p=0,0462$ ; \* $p<0,0001$ .

Для детальнішого вивчення особливостей звернень сільського населення було проведено їх розподіл за видами потреб. З'ясувалось, що основною потребою звернень було лікування – з цієї причини здійснено 3792 звернення на 1000 сільського населення впродовж 2007–2009 р. (табл. 4). Викривлення структури звер-

нень за видами потреб очевидно уже з факту, що частота викликів швидкої допомоги (274%) перевищила частоту звернень з приводу профогляду (208%). Тривожить факт, що частота візитів з приводу реабілітації становить всього 859%, а з приводу діагностики – взагалі 45,7%.

**Таблиця 4. Рівень звернень за видами потреб залежно від відстані до СА від місця проживання на 1000 сільського населення (сумарно за 2007–2009 рр.)**

Вид потреби	Відстань до СА		
	менше 7 км	7 км і більше	Всього
Лікування	3796,92	3782,15	3791,83
Діагностика	52,45	32,81*	45,68
диспансерний візит	449,25	330,71*	408,40
Реабілітація	1173,17	262,46*	859,31
консультація з соціальних питань	207,03	131,24*	180,91
консультація з правових питань	114,96	127,57	117,32
експертиза непрацездатності*	724,61	590,55*	678,40
Профогляд	234,63	126,51*	207,87
виклик швидкої	243,05	306,56*	274,08
<b>Всього**</b>	<b>5862,79</b>	<b>5387,14</b>	<b>5632,39</b>

Примітка: \* – на 1000 працездатного населення; \*\* – без урахування реабілітації, оскільки реабілітація входить в лікування;  $\chi^2(8)=28,28$ ;  $p=0,0004$ .

Складається враження, що переважно обслуговуються «пожежні» випадки. А профілактична робота, реабілітація хронічних захворювань, консультивативна робота практично не проводяться. Відомо, що за таких умов ефективність ПМСД невелика. Якщо проаналізувати рівні звернень за видами потреб залежно від наближеності закладів ПМСД (табл. 5), то стає очевидно, що зі збільшенням віддаленості вказані вище недоліки стають іще виразнішими. Так, частота звернень з приводу диспансеризації і профогляду (активні звернення) достовірно падають від 449% та 235% до 331% та 126% при перевищенні відстані до СА від місця проживання 6 км («7 км і більше»). Натомість достовірно зростає частота викликів ШД від 243% до 307%. Привертає увагу катастрофічне падіння рівнів реабілітаційних послуг – 262% при відстані до СА понад 6 км проти 1173% при відстані 6 км і менше. Інтегральні відмінності розподілу рівнів звернень за потребами достовірно різняться в розрізі відстані до СА ( $\chi^2(8)=28,28$ ;  $p=0,0004$ ).

Рівень звернень за видами потреб залежно від відстані до ФАПу від місця проживання (сумарно за 2007–2009) наведено у табл. 5. Простежуються ті ж самі закономірності, що і при розгляді розподілу звернень за видами потреб залежно від відстані до СА: частота звернень з приводу диспансеризації і профогляду (активні звернення) достовірно падають від 418% та

216% до 296% та 119% при перевищенні відстані до ФАПу від місця проживання 2 км («3 км і більше»). Натомість знову достовірно зростає частота викликів ШД від 261% до 424%. Також спостерігається виразне зменшення рівнів реабілітаційних послуг – 417% при відстані до ФАПу понад 2 км проти 935% при відстані 2 км і менше. Інтегральні відмінності розподілу рівнів звернень за потребами достовірно різняться в розрізі відстані до ФАПу ( $\chi^2(8)=34,87$ ;  $p<0,0001$ ).

Аналіз структури звернень за причинами, що завадили вчасно звернутися по медичну допомогу, залежно від відстані до СА і ФАПу (табл. 6) показав, що основною є зайнятість (57,27%). Досить часто (25,45%) пацієнти своєчасно не зверталися, бо були переконані, що хвороба/потреба незначна і може зачекати. Це ніби не викликає занепокоєння, проте, якщо брати до уваги, що основна частина звернень здійснюється з приводу лікування, і факт, що в кожному випадку пацієнт зрештою звернувся до медичного закладу, тобто причина переросла у значну, це тривожний факт, адже несвоєчасність звернення по медичну допомогу знижує ефективність лікування. Інші 14,47% запізнень пов’язані з віддаленістю медичного закладу. Це теж керована причина, її вирішення полягає в оптимізації структури СЛД, розвитку доріг та транспортного сполучення. Цікаво, що інші причини запізнення із зверненням, такі як погана якість медичної

**Таблиця 5. Кількість звернень за видами потреб залежно від відстані до ФАПу від місця проживання на 1000 сільського населення (сумарно за 2007–2009 рр.)**

Вид потреби	Відстань до ФАПу	
	менше 3 км	3 км і більше
Лікування	3700,30	3958,23
Діагностика	47,24	27,92*
диспансерний візит	418,31	295,98*
Реабілітація*100	935,04	417,32*
консультація із соціальних питань *100	190,50	115,02*
консультація з правових питань *100	114,96	128,04
експертиза непрацездатності *50	688,98	558,44*
Профогляд*10	216,54	118,90*
виклик швидкої *2	260,83	424,42*
<b>Разом**</b>	<b>5637,65</b>	<b>5626,94</b>

Примітки: \* – на 1000 працездатного населення; \*\* без урахування реабілітації, оскільки реабілітація входить в лікування;  $\chi^2(8)=34,87$ ;  $p<0,0001$ .

**Таблиця 6. Розподіл звернень за причинами, що завадили звернутися вчасно, залежно від відстані до СА і ФАПу (сумарно за 2007–2009 рр.), %**

Причина	Відстань до СА		Відстань до ФАПу		Всього
	до 7 км	$\geq 7$ км	до 3 км	$\geq 3$ км	
Нічого	2,34	2,16	2,49	0,00	2,28
Зайнятість	58,75	54,33	57,75	52,09	57,27
Віддаленість медичного закладу	11,81	19,73	13,62	23,54	14,47
Хвороба/потреба незначна	26,42	23,51	25,55	24,37	25,45
Погана якість медичної допомоги	0,06	0,06	0,07	0,00	0,06
Нечуйне ставлення медперсоналу	0,03	0	0,02	0,00	0,02
Неможливість задоволення потреби на ФАПі	0,29	0,09	0,25	0,00	0,22
Неможливість задоволення потреби в СА	0,29	0,12	0,26	0,00	0,23
<b>Всього</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	<b>66,49</b>	<b>33,51</b>	<b>91,45</b>	<b>8,55</b>	

Примітка: СА  $\chi^2(7)=116,97$ ;  $p<0,0001$  ФАП  $c^2(7)=82,57$ ;  $p<0,0001$ .

допомоги, нечуйне ставлення медперсоналу, неможливість задоволення потреби у медичній допомозі на ФАПі та в СА, займають незначну частку. Проте не слід плутати із якістю медичної допомоги, яку надалі оцінювали експерти. Наведені дані стосуються більше довіри сільського населення до медичного персоналу СЛД і показують в цілому задоволеність якістю медичної допомоги, що є дуже важливим політичним моментом реформи ПМСД. При збільшенні відстані до СА і ФАПу збільшується частка причини запізнення «Віддаленість медичного закладу» (19,73% при відстані до СА 7 і більше км проти 11,81% при відстані до СА до 7 км).

Загалом розподіли звернень за причинами, що завадили звернутися вчасно, залежно від відстані до СА і ФАПу суттєво різнились, як для віддаленості до СА ( $\chi^2(7)=116,97$ ;  $p<0,0001$ ), так і віддаленості до ФАПу ( $\chi^2(7)=82,57$ ;  $p<0,0001$ ).

Вивчення розподілу звернень за результатами (самооцінка 9806 звернень за 2007–2009 рр.) залежно від відстані до СА і ФАПу свідчить, що, на думку сільських мешканців, у 27,97% випадків проблема повністю вирішена, проте у 21,56% проблема вирішена лише частково. Цікаво, що випадки з не вирішеною проблемою чи з ускладненнями проблеми практично не траплялись.

Розподіли звернень за результатами за різних відстаней до СА суттєво відрізнялися ( $c^2(20)=46,88$ ;  $p<0,0001$ ) і до ФАПу відрізнялися на межі суттєвості ( $c^2(20)=28,64$ ;  $p=0,095$ ). Очевидно (табл. 7), що при збільшенні віддаленості вище критичних значень зменшується відсоток оцінок «проблема повністю вирішена» (24,37% при відстані до СА 7 і більше км проти 29,79% при відстані до СА до 7 км) і натомість збільшується відсоток частково вирішених проблем (24,61%

Таблиця 7. Розподіл звернень за результатами залежно від відстані до СА і ФАПу

Результат звернення	Відстань до СА		Відстань до ФАПу		Всього
	до 7 км	≥7 км	до 3 км	≥3 км	
Проблема повністю вирішена	29,79	24,37	27,13	27,04	27,97
Проблема практично вирішена	50,05	50,96	49,84	55,91	50,36
Проблема вирішена частково	20,02	24,61	22,91	17,05	21,56
Проблема не вирішена	0,12	0,03	0,1	0	0,09
Проблема ускладнилась	0,02	0,03	0,02	0	0,02
<b>Всього</b>	100	100	100	100	100
	66,5	33,5	91,45	8,55	

Примітка: СА  $\chi^2(20)=46,88$ ;  $p<0,0001$ ; ФАП  $\chi^2(20)=28,64$ ;  $p=0,095$ .

при відстані до СА 7 і більше км проти 20,02% при відстані до СА до 7 км).

#### Висновки

1. Важливими факторами формування потреб і доступності медичної допомоги сільському населенню вибірки, окрім розвитку соціальних і виробничих інфраструктур сільських поселень та характеру розселення, є радіуси обслуговування СЛД.

2. Достовірне збільшення частки неврахованіх захворювань при віддаленості до СА та ФАПу

від місця проживання вище критичних спостерігалось практично за всіма класами хвороб.

3. Основною потребою звернень було лікування – з цієї причини здійснено 3792 звернення на 1000 сільського населення. Викривлення структури звернень за видами потреб очевидне уже з факту, що частота викликів ШД (274%) перевищила частоту звернень з приводу профгляду (208%). Частота візитів з приводу реабілітації становить всього 859%, а з приводу діагностики лише 45,7%. Все це знижує ефективність ПМСД.

#### Список літератури

1. Очередъко О. М. Медико-соціальні основи збереження здоров'я сільських мешканців (наукова розробка соціометричних моделей для основних типів сільських населених пунктів) : дис. ... д-ра мед. наук / О. М. Очередъко. – К., 2002. – 328 с.
2. Barbara G. Tabachnick Using multivariate statistics / Barbara G. Tabachnick, Linda S. Fidell. – 4<sup>th</sup> ed.– 2005. – 966 p.
3. Comparing the SAS GLM and MIXED Procedures for Repeated Measures, Proceedings of the Twentieth Annual SAS Users Group Conference.

### МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ СПРОСА И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Л.А. Диденко, А.В. Пирнико (Винница)

Изучены медицинские и демографические факторы спроса и доступности медицинской помощи сельскому населению. Доказано достоверность модуляции спроса и доступности уровням развития социальных и производственных инфраструктур сельских поселений и характера расселения, возрастной структурой и радиусами обслуживания. Удаленные от пунктового села, как правило, малонаселенные, со старшим возрастным составом населения, хуже обеспечены учреждениями социальной инфраструктуры, в частности медицинскими. Именно здесь наблюдаются наибольшие расхождения между большими потребностями в медицинских услугах и ограниченными условиями их обеспечения. Выявлены резервы усовершенствования качества и доступности медицинской помощи сельскому населению.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: спрос и доступность медицинской помощи, сельское население.

### MEDICAL AND DEMOGRAPHIC DETERMINANTS OF DEMAND AND ACCESSIBILITY OF MEDICAL CARE TO RURAL POPULATION

L.O. Didenko, A.V. Pirnyko (Vinnitsa)

Medical and demographic determinants of demand and accessibility of medical services to rural population have been investigated. The significance of modulation of demand and accessibility of medical services with social infrastructures of rural settlements, age composition, distances to health facilities has been proved. Distant villages commonly being underpopulated and aged are underserviced, in part, with medical care, their population demonstrate drastic discrepancy between increased health needs and limited provision with medical care. The reserves to improve the quality and accessibility of medical services to rural population have been discovered.

KEY WORDS: demand and accessibility of medical care, rural population.

Рецензент: д.дірж.упр., доц. Н.П. Кризина