

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

**А.Ю. Соколов**

**УПРАВЛЕНИЕ ДОСТУПНОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ**

Учебно-методическое пособие

Минск, БелМАПО  
2023

УДК 614.2-021.161:005.5(075.9)

ББК 51.1(4Беи),2я78

С 59

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия  
НМС Государственного учреждения образования  
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»  
протокол № 10 от 28.11.2022

**Автор:**

*Соколов А.Ю.*, старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

**Рецензенты:**

*Терехович Т.И.*, врач-методист (секретарь) медико-технической группы Республиканского межведомственного экспертного совета, кандидат медицинских наук, доцент

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

**Соколов А.Ю.**

С 59      Управление доступностью медицинской помощи : учеб.-метод. пособие / А.Ю. Соколов. – Минск : БелМАПО, 2023. – 30 с.  
ISBN 978-985-584-868-5

В учебно-методическом пособии представлены теоретические и прикладные аспекты категории доступности медицинской помощи, подробно изложены основные компоненты доступности в интегративной связи с функциями управления и дифференцированной ее оценки на основе территориальных и учрежденческих показателей. В учебно-методическом пособии раскрываются основные методологические подходы к управлению здравоохранением на основе функций эффективного менеджмента с приоритетом функции планирования.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих образовательные программы переподготовки по специальности «Организация здравоохранения», а также для совершенствования компетенции всех категорий организаторов здравоохранения, научных и педагогических работников отрасли здравоохранения, клинических ординаторов и аспирантов.

УДК 614.2-021.161:005.5(075.9)

ББК 51.1(4Беи),2я78

**ISBN 978-985-584-868-5**

© Соколов А.Ю., 2023

© Оформление БелМАПО, 2023

**СОДЕРЖАНИЕ**

<b>1. ВВЕДЕНИЕ.....</b>	<b>4</b>
<b>2. К ВОПРОСУ О МЕТОДОЛОГИИ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....</b>	<b>5</b>
<b>3. УПРАВЛЕНИЕ ДОСТУПНОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....</b>	<b>8</b>
<b>4. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....</b>	<b>16</b>
<b>4.1 РАЗДЕЛ I «ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ».....</b>	<b>22</b>
<b>4.2 РАЗДЕЛ II «ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ».....</b>	<b>24</b>
<b>5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>	<b>27</b>
<b>6. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....</b>	<b>28</b>

## 1. ВВЕДЕНИЕ

Доступность медицинской помощи – основная категория здравоохранения, определяющая ее социальную значимость и являющаяся главным критерием ее оценки, как на национальном, так и международном уровнях. С позиции менеджмента данная категория является управляемой и, соответственно, должна рассматриваться в рамках методологии управления системами.

В организации и экономике здравоохранения широко используются статистические методы, суть которых сводится к работе с показателями (критериями, индикаторами): их выборе, определении, планировании, достижении, анализе, развитии. Управление доступностью медицинской помощи основывается также на работе с соответствующими показателями при помощи методов статистики и функций управления.

С позиции экономики и организации здравоохранения, оптимальной дифференциацией всех показателей деятельности следует считать их разделение на территориальные и учрежденческие, а функций управления, с позиции эффективного менеджмента в здравоохранении, на планирование, организацию, распоряжение, координацию, стимулирование, учет, анализ, контроль [3, С.14].

Кроме того, любая система характеризуется своей структурой, компонентами, отражающими ее содержание и связь с другими системами.

В качестве основных компонентов доступности медицинской помощи в данном учебно-методическом пособии рассматриваются следующие: нормативно-правовой, ресурсный, технологический, контрольно-оценочный.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих образовательные программы переподготовки по специальности «Организация здравоохранения», повышения квалификации, для совершенствования компетенции всех категорий организаторов здравоохранения, научных и педагогических работников отрасли здравоохранения, ординаторов и аспирантов, а также может использоваться в работе организаторов здравоохранения: главных врачей учреждений здравоохранения, их заместителей, руководителей структурных подразделений организаций здравоохранения.

## 2. К ВОПРОСУ О МЕТОДОЛОГИИ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Управление представляет собой интегрированный процесс достижения целей системы посредством функций и соответствующих им технологий. Методология управления здравоохранением, как учение о целях, структуре, организации, методах и средствах деятельности подсистем в системе здравоохранения, является определяющим фактором его развития.

*Принципы методологии управления:*

- Целенаправленность;
- Реализуемость (выполнимость);
- Напряженность;
- Адаптивность;
- Эффективность.

Современная методология управления системами строится, прежде всего, на системном и программно-целевом подходах.

*Понятие «метод» имеет два значения:*

- способ достижения цели;
- прием, способ или образ действия.

Методы управления следует, на мой взгляд, определить как совокупность способов, приемов воздействия на управляемые системы для достижения их целей при эффективном использовании ресурсов.

Выделяются две наиболее часто встречающиеся *классификации методов* процесса управления:

*Первая классификация:*

1. Метод управления по целям.
2. Методы управления разработки и оптимизации управленческих решений:
  - 2.1 Методы постановки проблем (методы сбора, обработки, анализа информации; метод факторного анализа; метод моделирования).
  - 2.2 Методы разработки вариантов решений (в том числе метод «мозговой атаки»).
  - 2.3 Методы выбора решений (экономико-математический, система взвешенных критериев).
  - 2.4 Методы организации выполнения решения (планирование реализации, материальное стимулирование, контроль работ).

2.5 Методы планирования и прогнозирования (метод экспертных оценок, экстраполяции тенденций математического моделирования и другие).

*Вторая классификация:*

1. Административные;
2. Экономические;
3. Социально-психологические.

Из приведенных выше методов процесса управления следует выделить «метод управления по целям». Его стратегия заключается в улучшении (углублении) связей между целями различных структур (подразделений), руководителей, подчиненных и координации их в соответствии с целями всей организации. Последние считаются приоритетными, определяющими все компоненты целей, подцелей и задач всех структур системы.

Что касается функций управления, представляется целесообразным использование функций эффективного менеджмента в управлении здравоохранением и всеми основными категориями организации и экономики здравоохранения (эффективностью, доступностью и качеством).

*Функции эффективного менеджмента в здравоохранении:*

1. Планирование;
2. Организация;
3. Распорядительство (распоряжение);
4. Координация;
5. Стимулирование;
6. Учет;
7. Анализ;
8. Контроль.

Для эффективного управления системами и процессами используется система показателей (критериев, индикаторов), адаптированных к системе целеполагания работы всех компонентов систем. Показатели – это переменные величины, измеряющие изменения систем, средства оценки этих изменений.

По сути, все функции управления, а особенно планирование, учет, анализ и контроль зависимы от выбранных критериев оценки. Так, в планировании – это критерий достижения целей, как основы целеполагания и оценки эффективности функционирования систем.

Заслуживает внимания организаторов здравоохранения энциклопедическое понятие «критерий оптимальности», используемый для оценки альтернатив и выбора наилучшего решения и являющийся важнейшим элементом любой как экономико-математической, так и

организационно-экономической модели функционирования систем. Моделирование конечных результатов деятельности систем здравоохранения целесообразно строить на системах критериев оптимальности, предварительно определив их качественно и количественно. Следует также осуществлять этапное прогнозирование числовых значений показателей (критериев), характеризующих запланированные эффекты:

1 этап – прогнозирование «идеальных» значений показателей, то есть логически получаемых (достижимых) в идеальных условиях, без учета возможных отрицательных влияний на результат;

2 этап – адаптация «идеальных» значений показателей для конкретной системы (организации, территории, программы) с учетом факторов, которые могут повлиять на конечный результат.

Любая организация (система) создается для выполнения своей миссии, то есть целей и задач, поставленных перед ней. При этом постоянно решаются проблемы, которые характеризуют различие желаемого и действительного состояния системы.

Методы управления находятся в тесной интегрированной взаимосвязи с методами экономики. Так, в управлении ресурсами первое ранговое значение принадлежит нормативному методу, основу которого составляют структурные элементы планирования: стандарты, нормы и нормативы.

*Стандарт* (от англ. Standard – норма, образец), как нормативно-технический документ, утвержденный компетентным органом, устанавливает комплекс норм, правил, требований к объекту стандартизации.

*Нормы* (от лат. Norma – руководящее начало, правило, образец) – это «научно-обоснованные количественные показатели медицинской помощи, а также регламентируемые показатели деятельности организаций здравоохранения, нагрузки медперсонала» [1, С.40].

*Нормативы* – это расчетные показатели, характеризующие совокупность средств, необходимых для достижения установленных норм при определенных организационно-технических условиях. Норматив – это показатель, обеспеченный ресурсами.

### 3. УПРАВЛЕНИЕ ДОСТУПНОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Категория доступности медицинской помощи является важнейшей в организации и экономике здравоохранения. Общепринятыми определениями доступности медицинской помощи можно считать следующие:

*Доступность медицинской помощи* – это реальная возможность получения населением медицинской помощи вне зависимости от социального статуса, уровня благосостояния и места проживания [4, 4, 1].

«*Доступность медицинской помощи* – это свободный доступ к службам здравоохранения вне зависимости от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров» [4].

С позиции медицинской статистики *доступность* определяется как отношение числа получивших медицинскую помощь к числу нуждающихся в ней.

На мой взгляд, *под доступностью медицинской помощи следует понимать возможность получения медицинской помощи для пациента и возможность ее оказания для организации здравоохранения при возникновении потребностей в ней.* Возникновение потребности – первооснова и главный вектор, определяющий систему организации оказания медицинской помощи и критериев удовлетворенности ею, особенно по признаку своевременности ее оказания. Критерий своевременности оказания медицинской помощи является одним из главных в оценке доступности, а также качества и эффективности медицинской помощи.

Управление доступностью медицинской помощи, на мой взгляд, сводится, прежде всего, к управлению ее компонентами с помощью функций управления в интегративной связи с управлением компонентами качества медицинской помощи и эффективности.

К основным компонентам управления доступностью медицинской помощи следует отнести:

1. Нормативно-правовой;
2. Ресурсный;
3. Технологический (организация процесса по удовлетворению медицинской помощью населения);
4. Контрольно-оценочный.

**Нормативно-правовой** компонент обеспечения доступности медицинской помощи населению представлен следующими актами законодательства: Конституцией Республики Беларусь, Законами Республики



Беларусь («О здравоохранении», «О государственных минимальных социальных стандартах»), Постановлениями Совета Министров Республики Беларусь, Постановлениями Министерства здравоохранения Республики Беларусь и другими нормативными правовыми актами.

С позиции законодательства, доступность – главная организационно-экономическая категория здравоохранения, закрепленная в ч. 2 ст. 45 Конституции Республики Беларусь «Государство создает условия доступного для всех граждан медицинского обслуживания» [6]. Государство свою конституционную обязанность выполняет посредством созданной им системы государственных социальных стандартов, определенных законодателем как минимальные. При этом в ст. 1 Закона от 11 ноября 1999 г. № 322–З «О государственных минимальных социальных стандартах» государственный минимальный стандарт – минимальный (не максимальный и не оптимальный) уровень государственных гарантий социальной защиты, обеспечивающий удовлетворение основных потребностей человека, выражаемый в нормах и нормативах. Статья 9 Закона определяет государственные минимальные социальные стандарты в области здравоохранения, а именно: «Государственными минимальными социальными стандартами в области здравоохранения являются:

- нормативы бюджетного финансирования расходов на здравоохранение на одного жителя;
- услуги по оказанию первичной, специализированной, высокотехнологичной и паллиативной медицинской помощи, медико-социальной помощи, за исключением платных медицинских услуг, оказываемых государственными учреждениями здравоохранения по перечню и в порядке, установленном Правительством Республики Беларусь;
- нормы и нормативы материально-технического, лекарственного, кадрового обеспечения в государственных учреждениях здравоохранения;
- нормы питания, обеспечения специальной одеждой и обувью, мягким инвентарем в государственных учреждениях здравоохранения;
- нормы и нормативы льготного, в том числе бесплатного, обеспечения за счет средств республиканского и (или) местных бюджетов лекарственными средствами, медицинскими изделиями, биомедицинскими клеточными продуктами и (или) зубопротезированием» [7].

Одним из принципов формирования и применения государственных минимальных социальных стандартов является общедоступность обеспечения социальной защиты и социальных услуг, оказываемых государственными учреждениями.

Статья 1 Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» определяет здравоохранение как «отрасль деятельности государства, целью которой являются организация и обеспечение доступного медицинского обслуживания населения» [8]. В соответствии со ст. 4 Закона «Граждане Республики Беларусь имеют право на доступное медицинское обслуживание, которое обеспечивается:

- предоставлением бесплатной медицинской помощи на основании государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения в государственных учреждениях здравоохранения;
- предоставлением медицинской помощи в государственных организациях здравоохранения, негосударственных организациях здравоохранения и у индивидуальных предпринимателей, осуществляющих в установленном законодательством порядке медицинскую деятельность, за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством;
- доступностью лекарственных средств;
- осуществлением мер по санитарно-эпидемиологическому благополучию населения;
- проведением медицинских экспертиз».

Нормативно-правовой компонент доступности медицинской помощи дополнен содержанием статьи 13–1 «Государственный социальный заказ в области здравоохранения» в последней редакции Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»: «Государственный социальный заказ в области здравоохранения представляет собой механизм привлечения:

- индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность;
- негосударственных организаций здравоохранения к оказанию медицинской помощи, реализации проектов в области здравоохранения, направленных на повышение доступности оказания медицинской помощи;
- негосударственных некоммерческих организаций к участию в оказании медицинской помощи, реализации проектов в области здравоохранения, направленных на повышение доступности оказания медицинской помощи.

Целью государственного социального заказа в области здравоохранения является реализация конституционного права граждан на охрану здоровья путем повышения доступности оказания медицинской помощи». Данный заказ будет финансироваться из местных бюджетов путем оплаты государственных закупок медицинских услуг и предоставления субсидий на оказание медицинской помощи. Исполнители государственного

социального заказа определяются государственным заказчиком (областными и Минским городским исполнительными комитетами) на конкурсной основе [8].

Статья 37–6 Закона предусматривает «обеспечение доступа граждан к электронным сервисам в области здравоохранения» в рамках централизованной информационной системы здравоохранения, что также относится к элементам доступности здравоохранения.

**Ресурсы** в управлении доступностью медицинской помощи имеют первостепенное значение: наличие всех видов основных ресурсов в организациях здравоохранения и их эффективное использование – основное условие доступного медицинского обслуживания населения. Основными видами ресурсов здравоохранения являются: кадровые, финансовые, материальные, технологические, информационные, временные, фармресурсы.

Функцию основного социального стандарта в области здравоохранения выполняет норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение на 1 жителя в год [1]. Следует считать большим достижением по улучшению ресурсного обеспечения системы здравоохранения переход на законодательное утверждение нормативов бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на 1 жителя, определяемое ежегодно Законом Республики Беларусь «О республиканском бюджете» на очередной год. Сравнение числовых значений данного норматива за период с 2017 по 2022 год позволяет констатировать его увеличение в 1,8 – 2 раза по различным территориям республики (от 75,8 % по Минской области до 96,2 % по Могилевской области) (таблица № 1) [9, 10].

**Таблица № 1**

**Сравнительная характеристика минимальных нормативов бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на 1 жителя**

Территория	Норматив БО (BYN)		Прирост в %
	На 2017 г.	На 2022 г.	
Республика Беларусь	467,72	895,77	91,5
области и г. Минск	375,21	695,03	85,2
Брестская	351,51	645,23	83,6
Витебская	365,41	691,25	89,2
Гомельская	378,55	696,02	83,9
Гродненская	356,94	652,84	82,9
Минская	344,43	605,53	75,8
Могилевская	361,31	709,03	96,2
г. Минск	435,12	809,52	86,0

В управлении всеми видами ресурсов здравоохранения приоритетное значение принадлежит нормативному методу экономики [3]. Особое значение при этом имеют нормативы обеспеченности ресурсами в системе государственных социальных стандартов. Одним из принципов формирования и применения государственных минимальных социальных стандартов является «общедоступность обеспечения социальной защиты и социальных услуг, оказываемых государственными учреждениями» [7. ст. 3].

**Технологический компонент** в управлении доступностью медицинской помощи, по сути, представляет собой планирование и организацию процессов по удовлетворению потребностей пациентов (населения) в медицинской помощи. С позиции эффективного менеджмента он рассматривается как алгоритмизация профилактики, лечебно-диагностического и реабилитационного процессов по структурным элементам здравоохранения (по учреждениям и их структурным подразделениям) с максимальной возможностью обеспечения каждого из них. Основными функциями управления при этом следует считать: *планирование* с целеполаганием и определением критериев достижения целей, *организацию* с системным структурным моделированием технологических процессов, *координацию* преемственных мероприятий, начиная с уровня команды врача общей практики и включая оказание специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях с целью обеспечения максимальной доступности в них.

В технологическом компоненте управления доступностью медицинской помощи, *объективизация потребностей* в ней пациентов (населения) является ключевой и проблемой, и задачей. Для ее разрешения необходимы условия и факторы, обеспечивающие ее реализацию определенными эффективными технологиями, в том числе логистическими, соответствующей компетенцией медицинских работников, временными сокращениями этапов оказания медицинской помощи, схемами эффективной преемственности помощи на этих этапах (от профилактики до реабилитации) как на территории (в районе, регионе, области, республике), так и в учреждении (конкретной организации здравоохранения).

К основным элементам технологического компонента следует отнести «Дорожные карты» с алгоритмизацией систем, позволяющих комплексно решать актуальные проблемы общественного здоровья и здравоохранения, как например, с организацией медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) [15]. Также важными элементами данного компонента являются инновации, как например,

республиканская система телемедицинского консультирования (РСТМК) с ее многофункциональным характером и сетью стационарных и мобильных телемедицинских консультативных центров по всем направлениями внедрения и развития телемедицины. В современных условиях наблюдается тенденция централизации служб и их активов. Так происходит со службой скорой медицинской помощи, которая централизуется согласно Концепции ее развития [16], выходя из состава территориальных учреждений здравоохранения, что следует считать положительной тенденцией развития. Развитие сети межрайонных и межрегиональных центров интервенционной кардиологии, неврологии и нейрохирургии, хирургии, травматологии и ортопедии с контролем логистики движения потоков пациентов и эффективности выполнения ими функций межрайонных и/или межрегиональных центров, создание 26 межрайонных хирургических центров являются важными направлениями в улучшения доступности населения в соответствующих видах медицинской помощи [14].

В обеспечении доступности медицинской помощи в амбулаторных условиях в настоящее время эталонной признается модель «заботливая поликлиника».

**Контрольно-оценочный** компонент управления доступностью медицинской помощи представляет собой систему показателей (критериев, индикаторов), интегрированных с функциями эффективного менеджмента, прежде всего, планированием, учетом, анализом и контролем.

Для оценки категории доступности медицинской помощи используются различные статистические методы, в том числе имеются примеры использования сравнительной, комплексной оценки доступности медицинской помощи населению на основе расчетов *эвклидова расстояния* при использовании количественных признаков [2]. Оптимальным при этом следует считать использование формулы взвешенного эвклидова расстояния (при разной степени важности признаков, которая определяется экспертами):

$$E\text{-взв} = \sqrt{K_x (x - S_x)^2 + K_y (y - S_y)^2 + K_z (z - S_z)^2}$$

где  $x, y, z$  – значение признаков;

$S_x, S_y, S_z$  – наилучшие значения признаков или нормативные;

$K$  – «весовые» коэффициенты.

В качестве критериев, характеризующих доступность амбулаторной, стационарной и экстренных видов медицинской помощи в приведенном исследовании учитывались следующие показатели:

- укомплектованность врачами;
- коэффициент совместительства у врачей;
- среднее число посещений на 1 жителя в год;

- обеспеченность населения койками;
- количество вызовов скорой помощи на 100 жителей;
- среднее число койко-дней на 1 жителя в год.

Данные показатели представляются и сегодня актуальными с поправкой их значений на 1000 жителей и количество выездов, как того требует современная нормативная база здравоохранения. Главным для объективной оценки при этом следует считать отбор критериев оценки и определение их весовых коэффициентов.

Следует обратить внимание на то, что кроме перечисленных выше территориальных критериев, необходимых для управления доступностью медицинской помощи, остаются традиционно применяемые в планировании и оценке этой категории показатели общей заболеваемости и ее структуры. Структура общей заболеваемости населения многокомпонентная. Основными среди компонентов для управления доступностью следует считать структуры по диагнозу, возрасту, полу, и, соответственно, видам, формам медицинской помощи и условиям их оказания. Для управления доступностью скорой медицинской помощью главное – структура обращаемости за ней, а больничной помощи – уровни госпитализации и стационарной (ранее называемой «госпитализированной») заболеваемости. Основными объективными оценочными критериями доступности населения конкретной территории в медицинской помощи следует считать территориальные показатели выполнения на этой территории социальных стандартов, и в их числе, в первую очередь, нормативов обеспеченности ресурсами.

Планируемые объемы медицинской помощи зависят от потребности в ней, определяемой множеством факторов и, прежде всего, демографическими (полом и возрастом). Особый интерес представляют различия потребностей в медицинской помощи в зависимости от пола и возраста, представленные в виде корректирующих коэффициентов ее оказания, приведенных в Инструкции о порядке исчисления норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя [12] (таблица № 2).

**Корректирующие коэффициенты оказания медицинской помощи  
в Республике Беларусь (выборочно)**

<b>Корректирующие коэффициенты оказания медицинской помощи в Республике Беларусь</b>		
<b>Возрастная группа (количество лет)</b>	<b>мужчины</b>	<b>женщины</b>
1	2	3
Группа 1 (0-4)	1,8273	1,4075
Группа 7 (30-34)	0,6021	0,8117
Группа 8 (35-39)	0,6158	0,5837
Группа 14 (65-69)	1,7709	1,0407
Группа 15 (70 и старше)	2,0447	1,4447

В данной таблице представлены возрастные группы мужского и женского населения с наибольшими и наименьшими значениями корректирующих коэффициентов оказания медицинской помощи, отражающих различия потребности в ней по всем возрастным группам населения. Указанные данные свидетельствуют о наибольших потребностях в оказании медицинской помощи в группах 1 (0 – 4 года) и 15 (70 лет и старше) для обоих полов. Наименьшие потребности в оказании медицинской помощи в группе 7 (30 – 34 года) у мужчин и группе 8 (35 – 39 лет) у женщин. При этом потребность в оказании медицинской помощи по величине корректирующего коэффициента у мужчин в 1 возрастной группе (0 – 4 года) на 29,8% или в 1,3 раза выше, чем среди женщин в 15 группе (70 лет и старше) на 41,5% или в 1,4 раза, а в группе 14 (65 – 69 лет) на 67,4% или в 1,7 раза соответственно.

Исходя из логики деления (дифференциации) показателей деятельности на территориальные и учрежденческие, показатели доступности медицинской помощи следует разделять именно так. То есть, одна сторона оценки – это доступность медицинской помощи населению на территории (в районе, регионе, области, республике), а вторая – доступность медицинской помощи в конкретной организации здравоохранения. Соответственно каждая составляющая характеризуется своими показателями: первая – *территориальными*, вторая – *учрежденческими*.

#### 4. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Следует различать иерархию показателей: стандарты, нормативы, показатели конкретных моделей. Они отличаются юридической силой, то есть, иерархией органов их утвердивших в системе государственного механизма. Государственные минимальные социальные стандарты (ст. 9 Закона) обладают высшей юридической силой, так как утверждены законодательным органом. Нормы и нормативы утверждаются также другими компетентными органами: Советом Министров, Министерствами здравоохранения, финансов, экономики и др. Но если указанные нормы и нормативы относятся к стандартам, определенным ст. 9 Закона (раскрывая их содержание), их следует относить к системе государственных минимальных социальных стандартов, считая их компонентами этой системы.

Исходя из приведенной выше иерархии показателей, следующими по значимости после указанных в ст. 9 Закона, являются нормативы обеспеченности ресурсами, устанавливаемые Правительством Республики Беларусь [11] (таблица № 3).

**Таблица № 3**

#### Нормативы обеспеченности ресурсами в системе государственных социальных стандартов в области здравоохранения

<b>Норматив обеспеченности ресурсами</b>	<b>Величина показателя</b>
Норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя в среднем по республике; среднереспубликанский областей и г. Минска; по каждой области и г. Минску	в размерах, установленных законом о республиканском бюджете на очередной финансовый год
Норматив обеспеченности врачами общей практики, участковыми врачами (терапевтами и педиатрами суммарно): В том числе: участковыми врачами-терапевтами участковыми врачами-педиатрами врачами общей практики койками в больничных организациях: в том числе для г. Минска	<p>один врач на 1,3 тыс. жителей</p> <p>один врач на 1,7 тыс. взрослого населения один врач на 0,8 тыс. детского населения один врач на 1,3 тыс. взрослого и детского населения</p> <p>один врач на 1,5 тыс. взрослого населения</p> <p>девять коек на 1 тыс. жителей</p> <p>восемь коек на 1 тыс. жителей</p>



<b>Норматив обеспеченности ресурсами</b>	<b>Величина показателя</b>
аптеками: для регионов для г. Минска	одна аптека на 8 тыс. жителей одна аптека на 11,5 тыс. жителей
бригадами скорой медицинской помощи: для областей          для г. Минска	две бригады скорой медицинской помощи в районах с населением до 15 тыс. жителей три бригады скорой медицинской помощи в районах с населением от 15 до 35 тыс. жителей в районах с населением свыше 35 тыс. жителей три бригады скорой медицинской помощи на 35 тыс. жителей и дополнительно одна бригада скорой медицинской помощи на каждые 12 тыс. жителей сверх 35 тыс. жителей одна бригада скорой медицинской помощи на 12 тыс. жителей
специальными автомобилями: амбулаторий, больниц сестринского ухода участковых больниц с коечным фондом: 20 коек и менее более 20 коек	один специальный автомобиль «медицинская помощь» один специальный автомобиль «медицинская помощь» два специальных автомобиля «медицинская помощь»

Все приведенные показатели относятся к территориальным критериям доступности медицинской помощи населению.

В рамках системы государственных социальных стандартов Министерством здравоохранения Республики Беларусь ежегодно утверждаются среднереспубликанские нормативы объемов медицинской помощи [17,18,19] (таблицы № 4–6).

**Среднереспубликанские нормативы объемов медицинской помощи  
на 2021 – 2023 гг.**

<b>Вид помощи</b>	<b>Показатель:</b>  <b>на 2021 г., на 2022 г., на 2023 г.</b>	<b>Областной уровень (без учета организаций здравоохранения республиканского подчинения) (ОЗРП)</b>	<b>Республика Беларусь (с учетом ОЗРП)</b>
1. Медицинская помощь в амбулаторных условиях	Число посещений амбулаторно – поликлинических организаций	10 890 10 770 10770	10 990 10 990 10900
	В том числе, число посещений врачами на дому	875 940 942	880 945 945
	Уровень госпитализации в отделения дневного пребывания	60,5 69,6 69,6	61,0 70,1 70,1
2. Медицинская помощь в стационарных условиях	Число проведенных койко-дней (с учетом койко-дней длительного пребывания)	2 540 2 320 2478,5	2 785 2 550 2696
	Средняя длительность лечения (с учетом пролеченных на койках длительного пребывания)	9,52 9,1 9,55	9,8 9,3 9,8
3. Скорая медицинская помощь	Число выездов бригад скорой медицинской помощи	295 290 300	

Данные объемы медицинской помощи условно считаются сбалансированными с выделяемыми финансовыми средствами на их оказание в рамках нормативов бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на 1 жителя.

В Приложении № 2 к Приказам устанавливаются количественные нормативы объемов высокотехнологичных и сложных медицинских вмешательств в рамках выполнения медицинской помощи в стационарных условиях (таблица № 5).

Таблица № 5

**Объемы высокотехнологичных и сложных медицинских вмешательств,  
предоставляемых за счет средств бюджета на 2021–2023 гг.  
(выборочно без областей)**

Профиль	Виды	Значение показателя на 2021 г. (в абсолютных числах) на 2022 г. на 2023 г.		
		Всего	РНПЦ	г. Минск
Кардиохирургия	Аортокоронарное шунтирование на работающем сердце	2020	580	300
		2610	580	900
		2630	685	650
	Клапанные коррекции (без интервенционных вмешательств)	1375	900	100
		1675	900	400
		1900	1050	350
Оториноларингология	Кохлеарная имплантация	80	65	
		75	60	
		60	55	
Трансплантология	Трансплантация почки	335	0	140
		270		160
		320		180
	Трансплантация печени	77		75
		79		77
		80		80
	Трансплантация сердца	28	28	
		30	30	
		35	35	
	Трансплантация легкого	10		10
		10		10
		10		10
	Трансплантация поджелудочной железы	5		5
		5		5
		5		5
	Трансплантация костного мозга (взрослые)	130		130
		130		130
		130		130
	Трансплантация костного мозга (дети)	70	70	
		70	70	
		75	75	
Травматология	Эндопротезирование крупных суставов, всего	7300	810	1390
		7300	790	1390
		7671	829	1459
	в т.ч.	5800	550	1150

Профиль	Виды	Значение показателя на 2021 г. (в абсолютных числах) на 2022 г. на 2023 г.		
		Всего	РНПЦ	г. Минск
	тазобедренного	5800	650	1150
		6088	577	1207
	в т.ч. коленного	1500	260	240
1800		240	240	
1583		252	252	

Приведенные в таблице № 4 объемы медицинской помощи следует считать лимитируемыми (квотируемыми) величинами по числу вмешательств в государственных организациях здравоохранения за счет средств бюджета.

Приложение № 3 ежегодных приказов Министерства здравоохранения Республики Беларусь «О среднереспубликанских нормативах объемов стационарной медицинской помощи населению за счет средств бюджета» определяет данные нормативы по медицинской помощи в условиях стационара по 40 профилям больничных коек по числу койко-дней на 1000 жителей. По динамике данных показателей можно судить о некоторых тенденциях изменений структуры коечного фонда круглосуточных стационаров (таблица № 6).

Таблица № 6

**Среднереспубликанские нормативы объемов стационарной  
медицинской помощи по профилю коек за счет средств бюджета  
на 2021-2023 г.г. (выборочно)**

Профиль коек	Число койко-дней на 1000 жителей		По уровням			
	2021г.	2022 г. 2023 г.	Республ.		Регион.	
			2021 г.	2022 г. 2023 г.	2021 г.	2022 г. 2023 г.
Всего	2785	2550 2696	245	230 217	2540	2320 2478,5
Терапевтические	328	253 244	15,7	12 3	312,3	241 241
Реабилитационные	145	124 138	32,8	30,5 30,5	112,2	93,5 107,5
Инфекционные	103	208,5 347	2,5	8,5 12	100,5	200 335

Профиль коек	Число койко-дней на 1000 жителей		По уровням			
			Республ.		Регион.	
	2021г.	2022 г. 2023 г.	2021 г.	2022 г. 2023 г.	2021 г.	2022 г. 2023 г.
Психосоматические	0,35	0,55 0,45			0,35	0,55 0,45

Нормативный показатель числа койко-дней на 1000 жителей на 2022 г. был снижен по сравнению с аналогичным показателем на 2021 г. на 8,4 % (на республиканском уровне на 6,1 % и на региональном – на 8,7 %), прежде всего, за счет терапевтического (на 22,9 %) и реабилитационного (на 14,5 %) профилей. В то же время на 2023 г. он вырос на 5,7 % по сравнению с 2022 г., но уменьшился на 3,2 % по сравнению с аналогичным показателем на 2021 г. Особенно заметен рост числового значения данного норматива по инфекционному профилю коек: в 2 раза (на 102,4 %) на 2022 г. по сравнению с 2021 г., а на 2023 г. в 1,7 раза (на 66,4 %) по сравнению с аналогичным показателем на 2022 г. и в 3,4 раза (на 237 %) по сравнению с его значением на 2021 г., что свидетельствует о готовности системы здравоохранения к возможному осложнению эпидемиологической ситуации, прежде всего, по вирусным инфекциям.

Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24.07.2022 г. № 934 «О среднереспубликанских нормативах объемов медицинской помощи, предоставляемой гражданам государственными организациями здравоохранения системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь за счет средств бюджета на 2023 год» обязывает начальников главных управлений по здравоохранению облисполкомов обеспечить разработку областных, городских и районных планов по обеспечению медицинским обслуживанием граждан без и с учетом оказания медицинской помощи на региональном уровне за счет средств бюджета [20].

Учрежденческие критерии доступности характеризуются следующими показателями.

- удельный вес и число отказов в госпитализации из-за отсутствия мест;
- очередь на госпитализацию и ее качественная (профиль отделения, диагноз) и количественная характеристики;
- коэффициент социальной удовлетворенности (в связи с отменой Приказа его утвердившего) может быть назван, например, «показателем или коэффициентом удовлетворенности пациентов оказанной медицинской

помощью» или иначе, но то, что данный показатель должен остаться, сомнения не вызывает. Этот показатель, в значительной мере, отражает именно доступность и своевременность. Качество же объективно сможет оценить далеко не каждый пациент, будучи даже медиком по образованию.

Оценка доступности медицинской помощи экспертами в настоящее время осуществляется по критериям, определенным в Приложении 1 «Критерии оценки качества медицинской помощи, экспертизы качества медицинской помощи по условиям оказания медицинской помощи» к Постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 мая 2021 г. № 55 «Об оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизе качества медицинской помощи» [13]: в Разделе I «Оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях» и в Разделе II «Оказание медицинской помощи в стационарных условиях» (подразделы 2 и 27 соответственно).

#### **4.1.РАЗДЕЛ I «ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ»**

##### **2. Мероприятия, обеспечивающие доступность оказания медицинской помощи (в амбулаторных условиях):**

2.1 наличие информации о деятельности организации здравоохранения, размещенной на информационных стендах и на официальном интернет-сайте организации здравоохранения.

2.2 оборудование территории, прилегающей к организации здравоохранения, и ее помещений с учетом доступности для лиц с ограниченными возможностями:

- оборудование входных групп пандусами (подъемными платформами);
- наличие выделенных стоянок для автотранспортных средств лиц с ограниченными возможностями;
- наличие поручней, расширенных проемов; наличие кресел-колясок;
- наличие алгоритмов сопровождения лиц с ограниченными возможностями в организациях здравоохранения.

2.3 наличие в организации здравоохранения условий, позволяющих лицам с ограниченными возможностями получать медицинские услуги наравне с другими пациентами, включая:

- наличие и доступность санитарно-гигиенических помещений;

- дублирование надписей, знаков и иной текстовой и графической информации знаками, выполненными рельефно-точечным шрифтом Брайля.

2.4 наличие на информационных стендах в организации здравоохранения информации о лицах, имеющих право на внеочередное, первоочередное оказание медицинской помощи.

2.5 наличие и функционирование на официальном интернет-сайте организации здравоохранения дистанционных способов взаимодействия с получателями медицинских услуг:

- электронных сервисов (форма для подачи электронного обращения, раздел «Часто задаваемые вопросы», раздел «Вопрос-Ответ» и другие);
- обеспечение технической возможности выражения получателями медицинских услуг мнения о качестве условий оказания медицинских услуг (наличие анкеты для опроса граждан или гиперссылки на нее).

2.6 наличие в организации здравоохранения системы «Электронная очередь».

2.7 доступность записи на прием к врачу-специалисту через официальный интернет-сайт организации здравоохранения.

2.8 доступность записи на прием к врачу-специалисту через «Информационный киоск» организации здравоохранения.

2.9 доступность записи на прием к врачу-специалисту по телефону организации здравоохранения.

2.10 доступность записи на прием к врачу-специалисту при обращении пациента в организацию здравоохранения.

2.11 доступность выполнения общих клинических и биохимических исследований (без талона и без предварительной записи).

2.12 доступность выполнения электрокардиографии (далее – ЭКГ).

2.13 Возможность получения консультации врача общей практики и (или) врача-специалиста в день обращения в организацию здравоохранения.

2.14 наличие на уровне регистратуры распределения потоков пациентов при обращении в организацию здравоохранения.

2.15 наличие в организации здравоохранения локального правового акта по обеспечению доступности медицинской помощи.

## **4.2. РАЗДЕЛ II «ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ»**

### **27. Мероприятия, обеспечивающие доступность оказания медицинской помощи (в стационарных условиях):**

27.1 соответствие информации о деятельности организации здравоохранения, размещенной на информационных стендах в организации здравоохранения и на официальном интернет-сайте организации здравоохранения, требованиям, установленным законодательством.

27.2 оборудование территории, прилегающей к организации здравоохранения, и ее помещений с учетом доступности для лиц с ограниченными возможностями:

- оборудование входных групп пандусами (подъемными платформами);
- наличие выделенных стоянок для автотранспортных средств лиц с ограниченными возможностями;
- наличие поручней, расширенных проемов; наличие кресел-колясок.

27.3 наличие в организации здравоохранения условий, позволяющих лицам с ограниченными возможностями получать медицинские услуги наравне с другими пациентами, включая:

- наличие и доступность санитарно-гигиенических помещений;
- дублирование надписей, знаков и иной текстовой и графической информации знаками, выполненными рельефно-точечным шрифтом Брайля;
- наличие возможности сопровождения лица с ограниченными возможностями работниками организации здравоохранения.

27.4 наличие на информационных стендах в организации здравоохранения информации о лицах, имеющих право на внеочередное, первоочередное оказание медицинской помощи.

27.5 наличие и функционирование на официальном интернет-сайте организации здравоохранения дистанционных способов взаимодействия с получателями медицинских услуг:

- электронных сервисов (форма для подачи электронного обращения, раздел «Часто задаваемые вопросы», раздел «Вопрос-Ответ» и другие);
- обеспечение технической возможности выражения получателями медицинских услуг мнения о качестве условий



оказания медицинских услуг (наличие анкеты для опроса граждан или гиперссылки на нее).

27.6 наличие в организации здравоохранения системы «Электронная очередь».

27.7 наличие на уровне приемного отделения распределения потоков пациентов при обращении в организацию здравоохранения (неотложные, плановые).

27.8 наличие в организации здравоохранения локального правового акта, регулирующего обеспечение доступности медицинской помощи.

Кроме того, последними в этом перечне могут быть критерии, содержащиеся в подразделах 3 «Организация работы с обращениями граждан и юридических лиц» (с 3.1 по 3.10) и в подразделе 28 «Организация работы с обращениями граждан и юридическими лицами» (с 28.1 по 28.13). Так, к примеру, в подразделе 3 «Организация работы с обращениями граждан и юридических лиц» указаны критерии, имеющие отношение к категории доступности:

3.1 наличие на информационных стендах организации здравоохранения информации о наименовании, месте нахождения и режиме работы вышестоящих организаций.

3.2 наличие на информационных стендах и на официальном интернет-сайте организации здравоохранения информации о порядке приема граждан руководителем организации здравоохранения и его заместителями.

3.3 наличие на информационных стендах и на официальном интернет-сайте организации здравоохранения информации о порядке проведения прямых телефонных линий в организации здравоохранения.

3.5 проведение в организации здравоохранения прямых телефонных линий.

3.6 организация личного приема граждан руководителем организации здравоохранения и его заместителями.

3.8 анализ работы с обращениями граждан и юридических лиц в организации здравоохранения осуществляется на должном уровне (вопросы рассматриваются на производственных (административных, рабочих) совещаниях, медицинских советах) с принятием управленческих решений.

3.9 организована работа по проведению анкетирования пациентов организации здравоохранения с целью изучения удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи, организацией работы организации здравоохранения:

- наличие ответственного лица за осуществление анкетирования;
- анализ проведенного анкетирования;

- принимаемые меры по результатам проведенного анкетирования;
- рассмотрение вопросов анкетирования на производственных (административных, рабочих) совещаниях, медицинских советах с принятием управленческих решений.

Следует также обращать внимание на индикаторы здравоохранения согласно Приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 363 от 25.03.2019 г. «Об утверждении примерного перечня основных индикаторов здравоохранения и здоровья населения и методик их расчета» [17].

Определенную информацию о доступности медицинской помощи можно получить, анализируя следующие территориальные индикаторы (показатели):

- уровень госпитализации на койки дневного пребывания;
- уровень госпитализации на койки круглосуточного пребывания;
- уровень стационарной заболеваемости по отдельным классам и определенным заболеваниям, рассчитываемый на: 1) все население, 2) взрослое, 3) трудоспособный возраст, 4) старше трудоспособного;
- структура коечного фонда и ее соответствие уровням стационарной заболеваемости.

Таким образом, содержание категории доступности медицинской помощи многокомпонентно, эффективное управление ею возможно и заключается в управлении ее частями на основе показателей, критериев, индикаторов, соответствующих статистических методов и функций эффективного менеджмента.

## 5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предметом рассмотрения в учебном пособии является важнейшая категория организации и экономики здравоохранения – «доступность медицинской помощи» и возможность эффективного управления ею.

Доступность медицинской помощи – это возможность получения медицинской помощи для пациента (населения) и возможность ее оказания для организации здравоохранения при возникновении потребности в ней.

В управлении доступностью медицинской помощи выделяются четыре основных компонента: нормативно-правовой, ресурсный, технологический и контрольно-оценочный. *Нормативно-правовой* компонент представлен Конституцией Республики Беларусь, Законами и другими нормативными правовыми актами. *Ресурсный* – является основным условием достижения эффективного результата доступного медицинского обслуживания населения. Ключевой проблемой и задачей *технологического* компонента является объективизация потребности в ней пациентов (населения) и алгоритмизация процессов по удовлетворению их потребностей в медицинской помощи. *Контрольно-оценочный* компонент представлен системой критериев, интегрированных с функциями эффективного менеджмента. Показатели, характеризующие доступность медицинской помощи, подразделяются на территориальные и учрежденческие. Первые (нормы и нормативы государственных социальных стандартов) определяют состояние доступности на территории (районе, области), а вторые (показатели доступности медицинской помощи, определяемые учрежденческими показателями, в том числе, установленными Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21.05.2021 г. № 55 «Об оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизе качества медицинской помощи» [13]) – в учреждении здравоохранения.

Категория доступности медицинской помощи многокомпонентна и управляема с помощью функций эффективного менеджмента.

## 6. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

### Основная:

1. Вальчук, Э. А. Государственные минимальные социальные стандарты в области здравоохранения как основа доступности медицинской помощи населению : учеб.-метод. пособие / Э. А. Вальчук [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2021. – 51 с.
2. Гулицкая, Н. И. Сравнительная комплексная оценка доступности медицинской помощи населению в областях Республики Беларусь / Н. И. Гулицкая // Медицина. – 2005. – № 2. – С. 6–8.
3. Соколов, А. Ю. Управление эффективностью в здравоохранении : учеб.-метод. пособие / А. Ю. Соколов. – Минск : БелМАПО, 2021. – 28 с.
4. Терминология по общественному здоровью и здравоохранению [Электронный ресурс] / Респ. научно-практический центр мед. технол., информатизации, управления и экономики здравоохранения ; редкол.: Е. Л. Богдан [и др.]. – Минск, 2017. – 119 с. – Режим доступа: [http://www.mednovosti.by/termin\\_zdrav.aspx](http://www.mednovosti.by/termin_zdrav.aspx) – Дата доступа: 20.03.2022.
5. Шарабчиев, Ю. Т. Доступность и качество медицинской помощи : слагаемые успеха / Ю. Т. Шарабчиев, Т. В. Дудина // Медицинские новости. – 2009. – № 12. – С. 6–12.

### Нормативные правовые акты:

6. Конституция Республики Беларусь : с изм. и доп., принятыми на респ. референдумах 24 нояб. 1996 г., 17 окт. 2004 г. и 27 февр. 2022 г. – Минск : Нац. центр правовой информации Республики Беларусь, 2022. – 80 с.
7. О государственных минимальных социальных стандартах : Закон Респ. Беларусь от 11.11.1999 г. № 322–З : с изм. и доп.
8. О здравоохранении : Закон Респ. Беларусь от 18.06.1993 г. № 2435–XII : с изм. и доп.
9. О республиканском бюджете на 2017 год : Закон Респ. Беларусь от 18.10.2016 г. № 431–З.
10. О республиканском бюджете на 2022 год : Закон Респ. Беларусь от 31.12.2021 г. № 142–З.
11. Об изменении постановления Совета Министров Республики Беларусь от 30.05.2003 г. № 724 : постановление Совета Министров Респ. Беларусь от 14.12.2020 № 720.
12. Об утверждении Инструкции о порядке исчисления норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя и признании утратившим силу постановления Министерства

здравоохранения Республики Беларусь и Министерства финансов Республики Беларусь от 29 сентября 2000 г. № 40/101 : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, М-ва финансов Респ. Беларусь от 30.03.2010 № 38/55.

13. Об оценке качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, экспертизе качества медицинской помощи : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, от 21.05.2021 № 55.
14. Об итогах работы органов и организаций здравоохранения в 2020 году и основных направлениях деятельности на 2021 год : постановление Коллегии М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 24.02.2021 № 41.
15. Об утверждении Инструкции по оказанию медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения («Дорожная карта») : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 24.01.2018 № 47.
16. Об утверждении Концепции развития службы медицинской помощи в Республике Беларусь : приказ М-ва здравоохранения Респ. от 16.11.2018 № 1181.
17. О среднереспубликанских нормативах объемов медицинской помощи, предоставляемой гражданам государственными организациями здравоохранения системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь за счет средств бюджета на 2021 год : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 28.07.2020 № 786.
18. О среднереспубликанских нормативах объемов медицинской помощи, предоставляемой гражданам государственными организациями здравоохранения системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь за счет средств бюджета на 2022 год : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 25.06.2021 № 755.
19. О среднереспубликанских нормативах объемов медицинской помощи населению, предоставляемой за счет средств бюджета на 2023 год : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 14.07.2022 № 934.
20. Об утверждении примерного Перечня основных индикаторов здравоохранения и здоровья населения и методик их расчета : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 25.03.2019 № 363.

Учебное издание

**Соколов Алексей Юрьевич**

**УПРАВЛЕНИЕ ДОСТУПНОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ**

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 04.04.2023. Формат 60x84/16. Бумага «Снегурочка».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 1,88. Уч.- изд. л. 1,43. Тираж 100. Заказ 104.

Издатель и полиграфическое исполнение –  
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская  
академия последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, корп.3.