



© СС © Н. Н. Зубарева, 2020
УДК 616-08-082:316.422
DOI: 10.24884/1607-4181-2020-27-1-16-25

Н. Н. Зубарева*

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, г. Белгород, Россия

ИННОВАЦИОННЫЕ МОДЕЛИ УПРАВЛЕНИЯ СИСТЕМОЙ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ (региональный опыт)

Поступила в редакцию 16.03.20 г.; принята к печати 18.03.20 г.

Резюме

Анализируется практика применения инновационных моделей управления системой оказания первичной медико-санитарной помощи в рамках проекта Белгородской области «Управление здоровьем». Особое место отводится оценке инновационных моделей организации первичной медико-санитарной помощи на территории Белгородской области. Представлен опыт медицинского обслуживания взрослого и детского населения в городской и сельской местности врачами общей практики (семейными врачами). Показаны изменения структуры приема врачом первичного звена в медицинских учреждениях региона. Целесообразность инновационного моделирования подтверждена наличием организационных и медико-демографических эффектов.

Ключевые слова: управление, модель, первичная медико-санитарная помощь, семейный врач, региональная медицина, Белгородская область

Для цитирования: Зубарева Н. Н. Инновационные модели управления системой оказания первичной медико-санитарной помощи (региональный опыт). *Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова*. 2020;27(1):16 – 25. DOI: 10.24884/1607-4181-2020-27-1-16-25.

* **Автор для связи:** Наталия Николаевна Зубарева, ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» Минобрнауки России, 308015, Россия, Белгородская обл., г. Белгород, ул. Победы, д. 85. E-mail: nzubareva73@mail.ru.

Nataliya N. Zubareva*

Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia

INNOVATIVE MODELS FOR MANAGING THE PRIMARY HEALTH CARE SYSTEM (regional experience)

Received 16.03.20; accepted 18.03.20

The article analyzes the practice of applying innovative models of primary health care system management in the framework of the Belgorod region project «Health Management». The special place is given to the evaluation of innovative models of primary health care organization on the Belgorod region's territory. The experience of medical care for adults and children in urban and rural areas by general practitioners (family doctors) is presented. Changes in the structure of primary care physician admission in regional medical institutions are shown. The expediency of innovative modeling is confirmed by the presence of organizational and medical-demographic effects.

Keywords: management, model, primary health care, family doctor, regional medicine, Belgorod region

For citation: Zubareva N. N. Innovative models for managing the primary health care system (regional experience). *The Scientific Notes of Pavlov University*. 2020;27(1):16 – 25. (In Russ.). DOI: 10.24884/1607-4181-2020-27-1-16-25.

* **Corresponding author:** Nataliya N. Zubareva, Belgorod State National Research University, 85, Pobeda str., Belgorod, the Belgorod region, 308015, Russia. E-mail: nzubareva73@mail.ru.

ВВЕДЕНИЕ

Проектное управление в социальной сфере используется на современном этапе как ключевой инструмент ее развития и обеспечивает достижение стратегических целей оптимальным образом. Глобальный региональный проект «Управление здоровьем» направлен на совершенствование условий, содержания и результатов оказания первичной медико-санитарной помощи, на формирование у жителей региона ответственного подхода к собственному здоровью. Стратегической целью проекта «Управление здоровьем» является увеличение средней продолжительности жизни до 74 лет к 2020 г. Определена тактическая цель проекта — смена парадигмы работы специалистов первичного звена: «от лечения обострений к их предупреждению». Проект реализуется с 2016 г. В рамках данного проекта используются инновационные модели управления системой оказания первичной медико-санитарной помощи. Выделение разных моделей обусловлено демографическими особенностями и, в первую очередь, превышением плотности взрослого населения по отношению к детскому в сельской местности в 5 раз.

Цель использования управленческих моделей оказания первичной медико-санитарной помощи — улучшение качества оказания медицинской помощи городскому и сельскому населению [1, 2].

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ЧАСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Учитывая нормативы и порядки оказания медицинской помощи населению, предложено функционирование трех моделей организации первичной медико-санитарной помощи на территории области в рамках проекта «Управление здоровьем» (рис. 1).

Первая модель — «Село» — для территорий с населением до 35 тысяч человек. Оказание медицинской помощи осуществляется только семейным врачом на базе Центров семейной медицины центральных районных больниц (на территориях Борисовского, Волоконовского, Вейделевского, Ивнянского, Краснояружского, Красненского, Корочанского, Прохоровского, Ровеньского, Красногвардейского, Грайворонского, Ракитянского, Белгородского, Чернянского районов). Медицинскую помощь прикрепленному детскому и взрослому сельскому населению оказывает семейный врач. Для улучшения качества оказания медицинской помощи детскому населению в клинко-диагностическом центре центральной районной больницы вводится должность врача-педиатра без прикрепленного населения, работающего по мобильному принципу, из расчета 1 ставка врача на 3000 детского населения (не менее 2 специалистов в районе) [3, 4].

Функциональные обязанности врача-педиатра: — оказание консультативной помощи семейным врачам по диагностике, лечению и наблюдению больных детей;



Рис. 1. Модели организации первичной медико-санитарной помощи на территории Белгородской области в рамках проекта «Управление здоровьем»

Fig. 1. Models of primary health care organization in Belgorod region in the frameworks of «The Health Management» project

- динамическое наблюдение детей диспансерной группы, имеющих хронические заболевания;
- координация и курация организации и оказания медицинской помощи в организованных коллективах;

- проведение Дней здорового ребенка, динамическое наблюдение детей до года.

Должность районного врача-педиатра также сохраняется.

Функциональные обязанности районного врача-педиатра:

- анализ и контроль состояния здоровья детского населения района в целом;

- разработка рекомендаций по оздоровлению детей и улучшению качества оказания медицинской помощи;

- контроль за организацией и проведением профилактических мероприятий (иммунизации, диспансеризации и др.);

- контроль за обеспечением льготных категорий детского населения питанием, лекарственными препаратами и др.;

- проведение ежедневных в режиме видеоконференцсвязи с семейными врачами и врачами – педиатрами-консультантами.

Вторая модель – «Город» – используется в городской местности в населенных пунктах с населением свыше 120 тысяч человек: медицинскую помощь оказывают семейный врач и врач – педиатр участковый. В данной модели сохранены детские и взрослые поликлиники.

Для оказания медицинской помощи детскому населению сохраняются самостоятельные педиатрические участки и должность врача – педиатра участкового. Взрослому населению оказывают помощь врачи общей практики (семейные врачи) в Центре семейной медицины, функционирующем на базе медицинских организаций [5, 6].

В рамках проекта «Управление здоровьем» формируются комплексные бригады (семейный врач и врач – педиатр участковый).

Функционалом комплексной бригады является:

- проведение подворных обходов;

- совместная отработка вопросов по организации профилактических и противоэпидемических мероприятий в семье для предупреждения распространения инфекционных заболеваний;

- решение вопросов о мерах профилактики неинфекционных заболеваний, выявление факторов риска и их коррекция;

- проведение профилактической работы по формированию у населения приверженности к здоровому образу жизни; профилактике пагубного воздействия табачного дыма и потребления спиртосодержащих напитков;

- профилактика семейного неблагополучия, привлечение психологической и социальной служб;

- формирование приверженности матерей к грудному вскармливанию;

- контроль за выполнением индивидуальных программ оздоровления.

Третья модель – «Городской округ» – для территорий с населением свыше 35 тысяч человек, подразумевает организацию оказания медицинской помощи и по первой, и по второй моделям: семейный врач и врач-педиатр в качестве узкого специалиста в сельской местности; комплексные бригады в составе семейного врача и врача – педиатра участкового на базе Центра семейной медицины в составе клинко-диагностических центров (КДЦ) в структуре центральных районных больниц (на территории Алексеевского, Валуйского, Новосколького, Шебекинского, Яковлевского районов). Сравнительная характеристика моделей приведена в таблице.

Общим для всех моделей является внедрение принципов «бережливого производства», создание школ «семейного здоровья», формирование спортивной семьи (физическая активность, ГТО), в том числе организация психологического консультирования, мониторинг состояния здоровья семьи [7].

Определение главной роли врача общей практики (семейного врача) в оказании первичной медико-санитарной помощи не означает недооценки роли врачей-специалистов в предоставлении медицинской помощи на этом уровне.

Профессиональная компетентность семейного врача принципиально отличается и перекрывает компетентность участкового врача-терапевта. Одной из задач становления семейной медицины является формирование механизмов взаимодействия или разграничения полномочий врачей общей практики (семейных врачей) с врачами-специалистами поликлиники и стационара. Организация взаимодействия принадлежит главным внештатным специалистам.

Кадровый потенциал медицинских работников – основа поступательного развития отрасли. Все меры по совершенствованию здравоохранения должны базироваться на создании профессиональной среды, комфортной для работы медиков. При этом необходима адаптация всего врачебного сообщества к единым требованиям к качеству медицинской помощи. И здесь свою роль играет институт главных внештатных специалистов, в том числе и по вовлеченности в проектную деятельность, так как проектно-целевое управление на практике доказало свою эффективность.

Главные внештатные специалисты участвуют:

- в проектной деятельности;

- в актуализации планов, порядков, маршрутизации пациентов;

- в разработке нормативно-правовых документов;

- в организации «бережливого управления» в медицинских организациях области;

- в проведении ТВИ-обучения на рабочем месте;

- в проведении еженедельных совещаний в режиме видеоконференц-связи с врачами общей

Характеристика модели оказания первичной медико-санитарной помощи

Characteristics of primary health care model

Модель	I модель – «Село» (медицинские округа)	II модель – «Город» (медицинские округа)	III модель – «Городской округ» (сельские и преимущественно городские округа)
Характеристика территории	Белгородский, Борисовский, Волоконовский, Вейделевский, Грайворонский, Ивнянский, Красногвардейский, Красноярский, Красненский, Корочанский, Прохоровский, Ракитянский, Чернянский районы	Город Белгород, Губкинский городской округ, Старооскольский городской округ	Алексеевский, Валуйский, Новооскольский, Шебекинский, Яковлевский районы
Оказание медицинской помощи	Только семейным врачом на базе офисов семейного врача ЦРБ	Семейным врачом и врачом – педиатром участковым	Семейным врачом и врачом-педиатром в качестве узкого специалиста в сельской местности, созданными комплексными бригадами в составе семейного врача и врача – педиатра участкового на базе офиса семейного врача в составе поликлиник ЦРБ
Организация клиничко-диагностического центра (КДЦ) на базе поликлиники	+	+	+
Вводится должность врача – педиатра консультанта, из расчета 1 ставка врача на 3000 детского населения, но не менее 2 специалистов в районе	+	–	+ / –
Функционирование самостоятельных педиатрических участков и должность врача – педиатра участкового в поликлинике ЦРБ	–	+	+ / –
Наличие районного врача-педиатра	+	+	+
Формирование комплексных бригад (семейный врач и врач – педиатр участковый)	–	+	+
Организация выездных форм обслуживания населения медицинскими организациями 2-го и 3-го уровней	+	+	+
Внедрение принципов «бережливого производства»	+	+	+
Создание школ «семейного здоровья», формирование спортивной семьи, организация психологического консультирования	+	+	+
Мониторинг состояния здоровья семьи	+	+	+

практики (семейными врачами) и врачами-специалистами;

- в проведении обучающих мероприятий для врачей общей практики (семейных врачей) об особенностях ведения пациентов с той или иной патологией;

- в разработке плановых прогнозных показателей объемов предоставления врачами общей практики (семейными врачами) специализированных видов помощи и координации работы по их выполнению;

- в методическом сопровождении внедрения принципов семейной медицины;

- в организации непрерывной учебы медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;

- в осуществлении контроля за качеством и эффективностью предоставления медицинской помощи;

- во взаимодействии со средствами массовой информации;

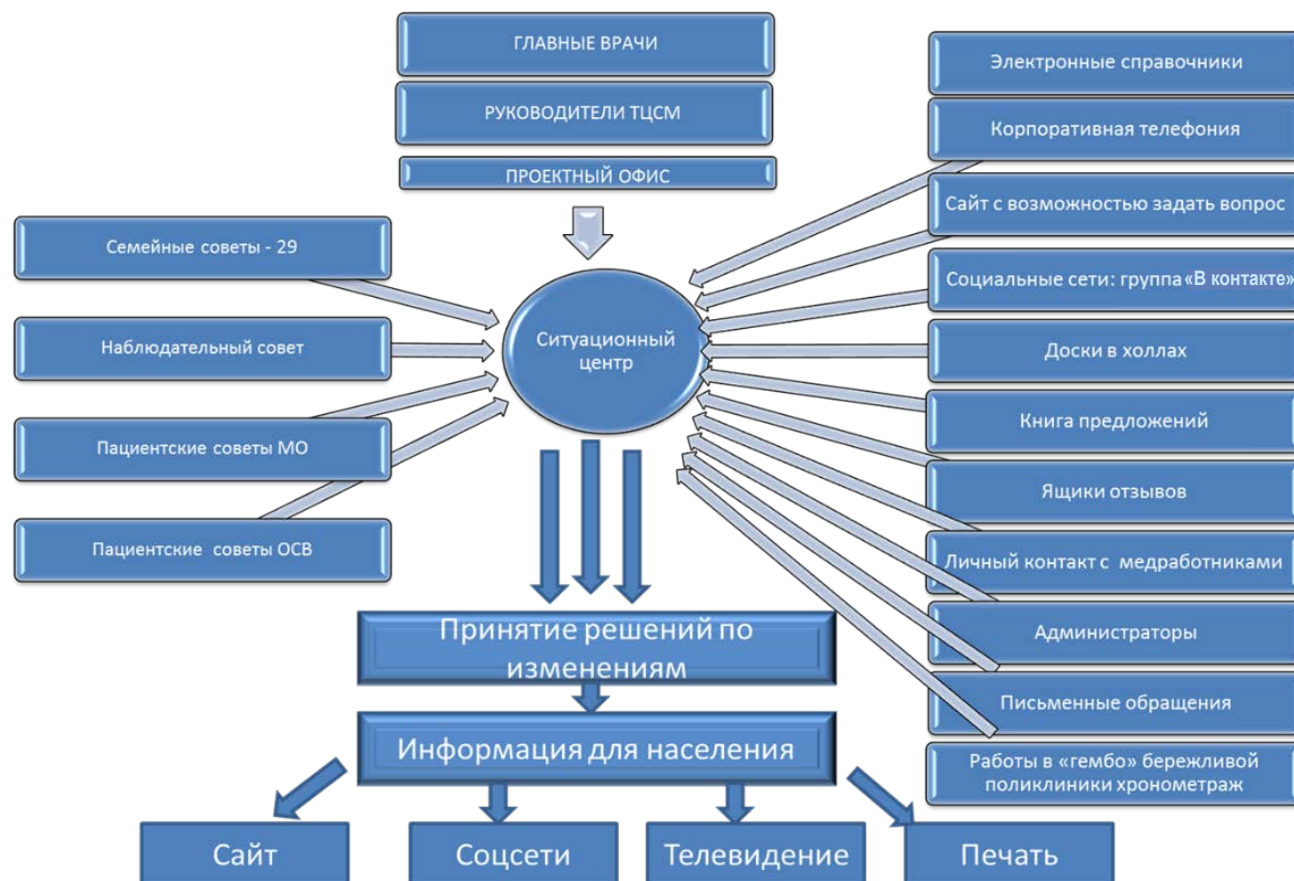


Рис. 2. Коммуникации медицинского персонала с населением
 Fig. 2. Communication of medical staff with people

- в осуществлении кураторских выездов в муниципальные районы и городские округа области;
- в становлении системы внутреннего контроля качества в медицинских организациях области;
- в осуществлении контроля за правильностью кодирования свидетельств о смерти посредством проведения разборов летальных случаев;
- в организации проведения научно-практических и клинических конференций;
- в становлении системы внутреннего контроля качества в медицинских организациях области.

Перенаправление врачам общей практики (семейным врачам) части объемов амбулаторной специализированной помощи изменяет профессиональный статус врачей-специалистов — они становятся, в первую очередь, консультантами для семейных врачей.

Эффективное взаимодействие врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-специалистов является гарантом качества медицинской помощи. Для пациента лучше, когда врач общей практики (семейный врач) и врач-специалист взаимодействуют, а не конкурируют и работают независимо.

Взаимодействие врача общей практики и врачей-специалистов включает в себя:

- консультирование врачей общей практики (семейных врачей);

- предоставление врачам общей практики (семейным врачам) методической и практической помощи (разрабатываются стандартные операционные процедуры);

- обучение на рабочем месте работе с новым оборудованием (офтальмология, отоларингология, лабораторное оборудование, сердечно-легочная реанимация) специалистов центральных районных больниц и областных специалистов в рамках возрожденного института наставничества;

- проведение мастер-классов по обучению, что оказалось весьма полезно в отношении тактики ведения пациента.

Консультация врача-специалиста проводится во взаимосвязи с врачом общей практики (семейным врачом), который сократит время и дублирование при обследовании пациента. Для того, чтобы врачи-специалисты и врачи общей практики (семейные врачи) знали технологию работы друг друга и видели в ней преимущество каждый сам для себя, организованы обучающие мероприятия по практическим навыкам оказания медицинской помощи по профилям «Офтальмология», «Отоларингология», «Кардиология», «Хирургия», «Акушерство и гинекология», «Неврология», «Функциональная диагностика», а также проводятся клинические конференции с рассмотрением сложных в диагностическом и клиническом плане случаев.

РЕГИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩЬЮ



Рис. 3. Управленческая модель организации медицинской помощи
Fig. 3. Management model of medical care organization

В медицинских организациях области введено в практику направление пациентов к врачам-специалистам поликлиник и стационаров преимущественно по направлениям врача общей практики (семейного врача), за исключением особых показаний (неотложные состояния, которые нуждаются в предоставлении помощи врачами-специалистами).

На территории региона в полной мере обеспечена шаговая и минимальная транспортная доступность при оказании первичной медицинской помощи населению и проработаны:

- индивидуальный территориальный подход при организации работы центров врачей общей практики (семейной медицины) и фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП);

- вопросы взаимодействия специалистов первичного звена с врачами-специалистами районных поликлиник, профильных областных учреждений здравоохранения;

- организация дневных стационаров – современный семейный врач стал специалистом высокой квалификации, который обеспечивает непрерывную медицинскую помощь населению (в том числе в условиях дневного стационара) независимо от пола и возраста с достижением высокого уровня качества жизни наблюдаемых пациентов;

- модели адресного взаимодействия «семейный врач – пациенты (члены одной семьи)», практики личных приглашений на прием (диспансеризацию), гибкие графики работы Центров врачей общей (семейной) практики (с 8.00 до 18.00, а также работа в выходные дни по дополнительному графику);

- изменение структуры взаимодействия врача с населением (смещение приоритетов в сторону профилактики);

- профилактика как абсолютный приоритет российского здравоохранения и система популяционных и индивидуальных мер, связанных с формированием здорового образа жизни, борьбой с деструктивным поведением, реализацией стратегии «высокого риска». Активные популяционные меры позволили значительно снизить потребление табака и алкоголя, увеличить число людей, активно занимающихся физической культурой, правильно питающихся, расширилась вакцинация в рамках Национального календаря прививок;

- проведение первого (скринингового) этапа диспансеризации семейным врачом с возможностью использования тестов, экспресс-анализаторов и диагностических методов, что дает возможность выявлять заболевания на ранних стадиях их развития, пример тому – онкопатология, выявленная в 61,6 % случаев на ранней стадии (целевое значение по РФ – не менее 60,0 %), 1-годичная летальность онкобольных снизилась до 19,8 %, 5-летняя выживаемость онкобольных увеличилась на 0,4 % и составила 55,2 %;

- широкое использование формы организации профилактической работы Центрами и отделениями медицинской профилактики в помощь врачу первичного звена – «Мобильная школа здоровья» и «Выездная поликлиника», представляющие собой выездную форму работы непосредственно в зоне ответственности семейного врача.

В целях профилактики неинфекционных заболеваний в рамках проекта «Управление здоровьем» реализуется комплексная программа мотивирования граждан к здоровому образу жизни, где от эффективной работы с факторами риска зависит реальное снижение показателей смертности, при этом расходы, по предварительной оценке, не превысят

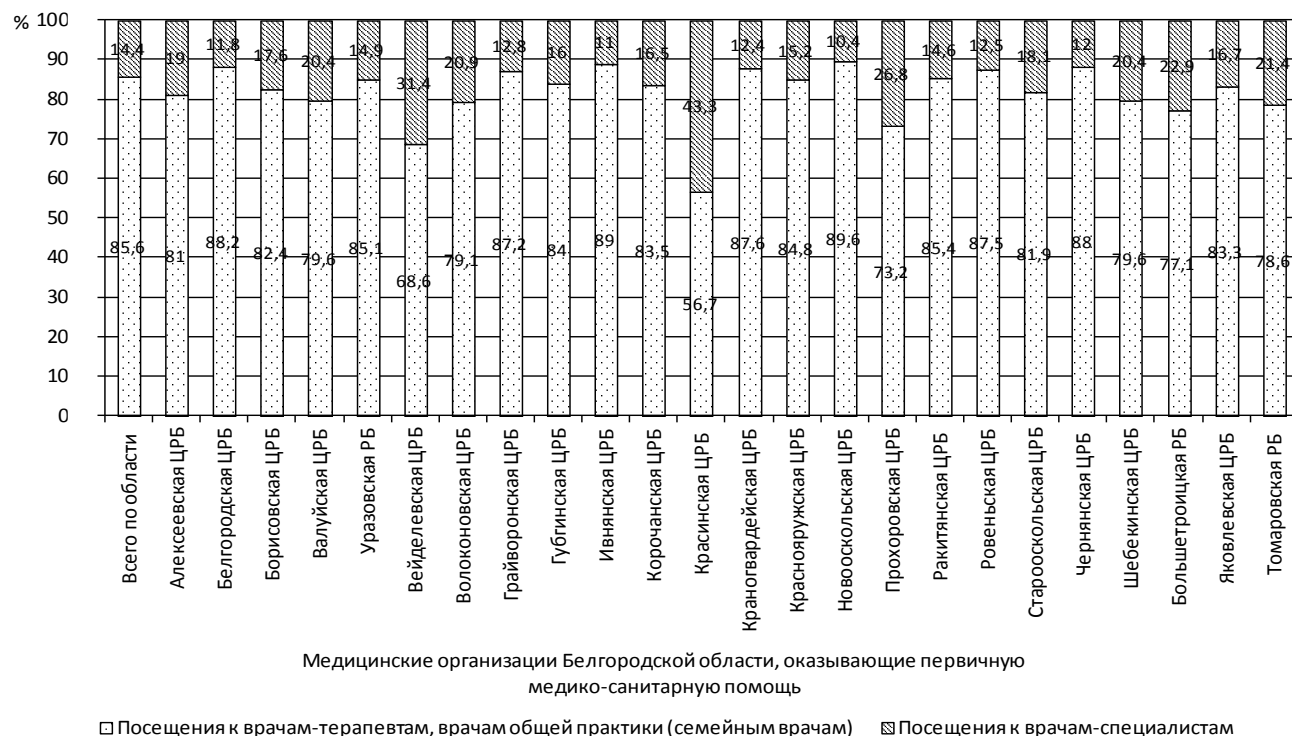


Рис. 4. Динамика посещений

Fig. 4. Dynamics of visits

3 % от общего объема финансирования по отрасли. Региональная модель профилактики, направленная на создание единой профилактической среды, должна обеспечиваться тесным взаимодействием между основными стейкхолдерами.

Особое внимание при этом в проекте уделено коммуникации медицинского персонала с населением посредством создания ситуационного центра (рис. 2).

Пересмотрены подходы к организации модели управления медицинской организацией. В рамках реализации второго этапа проекта «Управление здоровьем» в городских муниципальных образованиях области принято решение о необходимости создания самостоятельных юридических организаций — амбулаторно-поликлинических центров, в которых планируется сконцентрировать административные, технические и кадровые ресурсы, имеющие в своем составе обособленные структурные подразделения, которые при оказании медицинской помощи прикрепленному населению взаимосвязаны организационно и функционально. Данный процесс преобразования позволит прийти к более эффективной работе, установлению преемственности между лечебными учреждениями, внедрению эффективных и экономически обоснованных вертикальных технологий организации и оказания всех видов медицинской помощи в соответствии с потребностями жителей области [8, 9].

В ходе существующих преобразований в городской местности пересмотрена концепция организационной структуры в районных центрах. В структуре всех медицинских организаций области создаются амбулаторно-поликлинические центры как в горо-

дах, так и в районных центрах, на функциональной основе по принципу модульности (зонирования): Центр семейной медицины, дневной стационар, клиничко-диагностический центр (кабинеты врачей-специалистов), платные услуги и пр.

Оказание первичной медико-санитарной помощи осуществляется специалистами амбулаторно-поликлинического центра на базе центральных районных больниц. Амбулаторно-поликлинический центр (АПЦ) состоит из центра семейной медицины (ЦСМ) и консультативно-диагностического центра (КДЦ). В структуру центра семейной медицины входит модуль офисов семейных врачей со вспомогательными кабинетами (процедурный, прививочный, манипуляционный, смотровой кабинет и др.) и дневной стационар [10].

Клиничко-диагностический центр представлен кабинетами врачей-специалистов, клиничко-диагностическим подразделением (клиничко-диагностическая лаборатория, рентген-кабинет, эндоскопический кабинет, кабинет ультразвуковой диагностики, кабинет функциональной диагностики), физиотерапии, дневным стационаром. Кабинеты клиничко-диагностического подразделения дополнительно будут обслуживать офисы семейного врача и пациентов, находящихся на лечении в круглосуточном и дневном стационарах.

Дополнительно в структуру центральных районных больниц входит круглосуточный стационар и административно-управляющий персонал (АУП).

Для соблюдения принципа доступности медицины выстроена система управления: «семейный врач — руководитель территориального центра

семейной медицины — департамент здравоохранения — ведущие областные медицинские организации, органы местного самоуправления» (рис. 3).

Территориальный центр семейной медицины организован на функциональной основе в структуре медицинских организаций области, где руководителем является заместитель главного врача по медицинскому обслуживанию населения района, а весь функционал и обязанности прописаны в «Положении» о его создании [10].

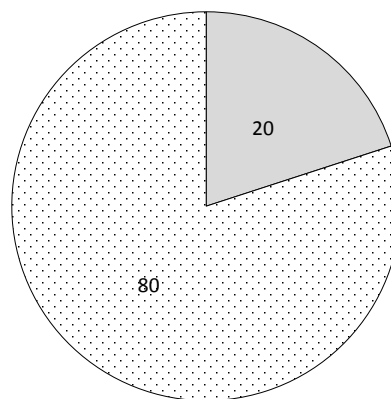
В медицинской организации главный врач, руководитель Территориального центра семейной медицины размещают номер мобильного корпоративного телефона в доступных для посетителей местах с просьбой обращаться по всем интересующим вопросам, организованы места сбора предложений от пациентов (пользуется популярностью у пациентов и помогает в работе администрации медучреждения). На муниципальном уровне, на сайтах администраций муниципальных образований, размещены номера телефонов «горячей линии» членов наблюдательного совета, куда входят представители администраций, медицинских организаций, общественности, коммерческих организаций и т. д., по вопросам здравоохранения.

Организовано проведение еженедельного мониторинга реализации мероприятий проекта «Управление здоровьем» в муниципальных образованиях области в части содержания работы медицинских работников посредством проведения ежедневных совещаний в режиме видеоконференц-связи, в котором предусмотрены анализ направлений врачами общей практики (семейными врачами) пациентов к врачам-специалистам, обращений к врачам-специалистам без направления пациентов врачей общей практики (семейных врачей) к врачам-специалистам, состоящих на диспансерном учете.

По результатам проведенного анализа структуры приема врачом общей практики (семейным врачом) отмечено следующее. В период с 2016 по 2019 г.:

- увеличилась доля лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, в среднем на 13 %;
- снизилась нагрузка на скорую медицинскую помощь на 3,3 %;
- на 3,2 % сократилось число выданных листов нетрудоспособности;
- на 14 % снизилось число обращений по заболеваниям;
- на 4 % выросло число обращений с профилактической целью;
- увеличилось число законченных случаев лечения у семейных врачей, при сокращении объема численности специализированной амбулаторно-поликлинической помощи на 18 %;
- увеличилась продолжительность жизни до 74 лет.

Кроме того, после внедрения проекта «Управление здоровьем» за период с 2016 по 2019 г. выросло



□ Терапевтическая помощь
(врач – терапевт участковый)

□ Врачи-специалисты

Рис. 5. Структура приема врача первичного звена до реализации проекта «Управление здоровьем», %
Fig. 5. Structure of primary care doctor's appointment before «The Health Management» project, %

на 27,3 % число посещений к семейным врачам и врачам-терапевтам (участковым) в сравнении с посещениями к врачам-специалистам (рис. 4).

С целью осуществления преемственности в работе врачей первичного звена и усиления профилактической работы с населением в концепции проекта «Управление здоровьем» выработан единый подход к осуществлению записи пациентов на прием к врачам-специалистам. Запись осуществляется:

- через семейного врача, если необходима дополнительная консультация врача-специалиста для корректировки дальнейшей тактики лечения пациента в случае тяжелого течения заболевания;
- через регистратуру, инфоматы, call-центр, сайт Госуслуг (в том числе мобильное приложение) при условии, что пациент состоит на диспансерном наблюдении по заболеванию у врача-специалиста, при этом пациенту разъясняются преимущества записи через семейного врача, учитывая, в том числе, соблюдение преемственности в ведение пациента.

До момента реализации проекта (до 2015 г.) структура приема врача первичного звена в государственных медицинских учреждениях складывалась исключительно из оказания медицинской помощи по терапевтическому профилю. Врач-терапевт (участковый) выполнял функции «диспетчера» между пациентом и врачами-специалистами (рис. 5).

После закрепления населения за конкретными медицинскими округами и прохождения профессиональной переподготовки по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» врачами — терапевтами участковыми и освоения ими мультидисциплинарных модулей по смежным специальностям, проведения реорганизации поликлиник и создания модулей «Центр семейной медицины» и «Клинико-диагностический центр» структура приема теперь уже семейного врача претерпела ряд изменений (рис. 6).

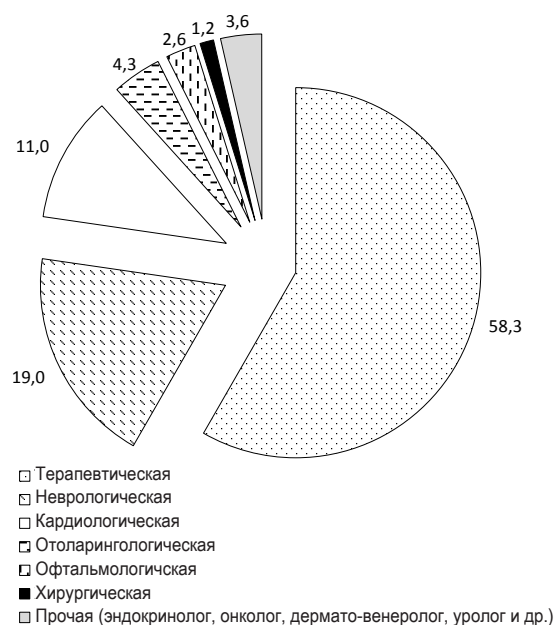


Рис. 6. Структура приема врача общей практики (семейного врача) после реализации проекта «Управление здоровьем», %

Fig. 6. Structure of general practitioner's (family doctor's) appointment after «The Health Management» project, %

Семейные врачи осуществляют смешанный прием в сельской местности (взрослое и детское население). Доля посещений врача взрослым населением пропорциональна структуре прикрепленного населения и составляет, приблизительно, 79–81 %, детского – соответственно 19–21 %.

В городской местности функционирование педиатрической службы осталось без изменений, однако выстроена логистика взаимодействия семейного врача и врача-педиатра.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в рамках проекта «Управление здоровьем» в регионе функционируют три модели организации первичной медико-санитарной помощи, разработанные с учетом демографических особенностей городской и сельской местности населенных пунктов Белгородской области. Это модели «Село», «Город», «Городской округ». Изменена также структура управления медицинской помощью. Целесообразность такого подхода подтверждается наличием организационных и медико-демографических эффектов. Эффективное взаимодействие врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-специалистов обеспечивает высокое качество медицинской помощи [11, 12]. Главенствующая роль в общей структуре профилактической работы, строящейся на принципах семейной медицины, отводится семейному врачу, задачами которого являются раннее выявление заболеваемости, формирование у пациентов нового подхода к собственному здоровью, сохранение трудового потенциала региона, увеличение продолжительности жизни. Использование инновационного моделирования способствовало завершению форми-

рования в Белгородской области сети медицинских организаций первичного звена здравоохранения, основанной на принципах оптимальной доступности для населения; формированию терапевтических участков (медицинских округов) во всех 22 муниципальных образованиях области, функционирующих по принципу адресного взаимодействия «семейный врач – пациенты (члены одной семьи)»; пересмотру концепции организационной структуры всех медицинских учреждений области; оптимизации работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь [13, 14].

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов.

Conflict of interest

Authors declare no conflict of interest.

Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зубарева Н. Н., Говорун Н. И., Пономарева И. П. Проектное управление в системе развития паллиативной помощи населению Белгородской области // Паллиатив. медицина и реабилитация. – 2018. – № 3. – С. 10–14.
2. Ананьин С. А. Перспективы национального проекта «Здравоохранение» // Актуал. проблемы управления здоровьем населения. – 2019. – Т. I. Вып. XII. – С. 22–27.
3. Агарков Н. М., Гонтарев С. Н., Зубарева Н. Н. и др. Общественное здоровье и здравоохранение. – Белгород: Эпицентр, 2018. – 169 с.
4. Аничин В. Л., Середина О. А. Проектное управление в Белгородской области: теория и практика // Вестн. Курской гос. с.-х. акад. – 2012. – № 6. – С. 14–16.
5. Об утверждении профессионального стандарта «врач-педиатр участковый» приказ М-ва труда и соц. защиты РФ от 27.03.2017 № 306н // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство». Информ. банк «Эксперт-приложение». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_215685/ (дата обращения: 15.01.2020).
6. Зубарева Н. Н. Организация стратегического управления в медицинских организациях области // Науч. вед. БелГ У. Сер. Медицина. Фармация. – 2018. – Т. 41, № 4. – С. 591–599.
7. Об утверждении профессионального стандарта «врач-терапевт участковый» приказ М-ва труда и соц. защиты РФ от 21.03.2017 № 293н. // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство». Информ. банк «Эксперт-приложение». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_215436/ (дата обращения: 15.01.2020).
8. Лаврищева Г. А., Черниенко Е. И. Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» в первичном

звене здравоохранения // *Здравоохранение*. – 2011. – № 3. – С. 163–172.

9. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: постановление Правительства РФ от 26.12.2017 № 1640 // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство». Информ. банк «Эксперт-приложение». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_286834/ (дата обращения: 15.01.2020).

10. О создании Территориальных центров семейной медицины на территории муниципальных районов и городских округов: приказ Департамента здравоохранения и соц. защиты населения Белгор. обл. от 22.03.2018 № 328 // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство». Информ. банк «Эксперт-приложение». URL: <http://www.consultant.ru/regbase/cgi/online.cgi?base=RLAW404&dst=100001&n=61673&req=doc#041622983575230643> (дата обращения: 15.01.2020).

11. Паспорт приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь / утв. президентом Совета при Президенте РФ по стратег. развитию и приоритет. проектам (протокол от 26.07.2017 № 8) // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство». Информ. банк «Эксперт-приложение». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_222124/ (дата обращения: 15.01.2020).

12. *Габеева Л. А., Павлова Н. Ф., Зубарева Н. Н.* Ведомственные и корпоративные управленческие технологии поддержания здоровья трудоспособного населения – как основа формирования человеческого капитала // *Финансовая экономика*. – 2018. – № 6. – С. 1054–1058.

13. *Зубарева Н. Н., Полухин О. Н.* Региональная практика управления проектами в процессе совершенствования первичной медико-санитарной помощи с использованием стратегии цепочки поставок // *Международ. журн. управления цепочками поставок*. – 2019. – № 3. – С. 8.

14. В Белгородской области прошли выездные парламентские слушания на тему «Проектное управление как инструмент повышения качества и доступности первичной медико-санитарной помощи в сельской местности» // *Обязательное мед. страхование в Рос. Федерации*. – 2018. – № 1. – С. 16–17.

REFERENCES

- Zubareva N. N., Govorun N. I., Ponomareva I. P. *Proektnoe upravlenie v sisteme razvitiya palliativnoj pomoshchi naseleniyu Belgorodskoj oblasti* [Project management in the system of developing palliative care for the population of Belgorod region]. *Palliativnaya medicina i reabilitatsiya* [Palliative medicine and rehabilitation]. 2018;3:10–14. (In Russ.).
- Ananyin S. A. *Perspektivy natsionalnogo proekta «Zdravookhraneniye»* [Prospects of the “Healthcare” national project]. *Aktualnye problemy upravleniya zdorovьем naseleniya* [Contemporary issues of population health management]. 2019; I. XII :22–27. (In Russ.).
- Agarkov N. M., Gontarev S. N., Zubareva N. N. et al. *Obshchestvennoe zdorovye i zdravookhranenie* [Public health and healthcare]. Belgorod, Epicentr, 2018:169. (In Russ.).
- Anichin V. L., Seredina O. A. *Proektnoe upravlenie v Belgorodskoj oblasti: teoriya i praktika* [Project management in Belgorod region: theory and practice]. *Vestnik Kurskoj gosudarstvennoj selskohozyajstvennoj akademii*. [Kursk State Agricultural Academy Bulletin]. 2012;6:14–16. (In Russ.).

5. The approval of professional standard «District Pediatrician»: order of the Ministry of Labor and Social Services Protection of the Russian Federation from 27.03.2017 No. 306n. Reference and legal system «Consultant Plus». Section «Legislation». Information Bank «Application expert». Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_215685/ (accessed: 15.01.2020).

6. Zubareva N. N. *Organizatsiya strategicheskogo upravleniya v meditsinskih organizatsiyah oblasti* [Strategic management organization in the region’s healthcare institutions]. *Belgorod State University Scientific Bulletin. «Medicine. Pharmaceutics» series*. 2018;41(4):591–599. (In Russ.).

7. The approval of professional standard «Doctor Physician (district physician)»: order of the Ministry of Labor and Social Services Protection of the Russian Federation from 21.03.2017 № 293. Reference and legal system «Consultant Plus». Section «Legislation». Information Bank «Application expert». Available at: URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_215436/ (accessed: 15.01.2020).

8. Lavrishcheva G. A., Chernienko E. I. *Realizatsiya prioritnogo natsionalnogo proekta «Zdorovye» v pervichnom zvene zdavookhraneniya* [The implementation of «Health» national priority project. *Zdravookhranenie* [Healthcare]. 2011;3:163–172. (In Russ.).

9. The approval of state program of the Russian Federation «Health development»: Government Decree No. 1640 from 26.12.2017. Reference and legal system «Consultant Plus». Section «Legislation». Information Bank «Application expert». Available at: URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_286834/ (accessed: 15.01.2020).

10. The creation of territorial family medicine centers in municipal and city districts: order of the Department of Health and social protection of the population of Belgorod region No. 328 from 22.03.2018. Reference and legal system «Consultant Plus». Section «Legislation». Information Bank «Application expert». Available at: URL: <http://www.consultant.ru/regbase/cgi/online.cgi?base=RLAW404&dst=100001&n=61673&req=doc#041622983575230643> (accessed: 15.01.2020).

11. The registration certificate of priority project «Creating a new model of a medical organization which provides primary health care»: approved by the Presidium of the Presidential Council for Strategic Development and Priority Projects (Protocol No. 8 from 26.07.2017). Reference and legal system «Consultant Plus». Section «Legislation». Information Bank «Application expert». Available at: URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_222124/ (accessed: 15.01.2020).

12. *Gabueva L. A., Pavlova N. F., Zubareva N. N.* Departmental and corporate management technologies for maintaining the health of the working age population – as the basis for the formation of human capital. *Financial Economics*. 2018;6:1054–1058. (In Russ.).

13. *Zubareva N. N., Polukhin O. N.* Regional Practice of Project Management in the Process of Primary Health Care Improvement by using Supply Chain Strategy. *International Journal of Supply Chain Management*. 2019;3:8. (In Russ.).

14. В Белгородской области прошли выездные парламентские слушания на тему «Проектное управление как инструмент повышения качества и доступности первичной медико-санитарной помощи в сельской местности» [Field parliamentary hearing on «Project management as a tool of improving the standard and accessibility of primary medical and sanitary care in rural areas»]. *Obyazatelnoe meditsinskoe strakhovanie v Rossijskoj Federatsii* [Compulsory medical insurance in the Russian Federation]. 2018;1:16–17. (In Russ.).

Информация об авторе

Зубарева Наталия Николаевна, кандидат педагогических наук, доцент, зав. базовой кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья, Белгородский государственный национальный исследовательский университет (г. Белгород, Россия), ORCID: 0000-0002-4872-3377.

Information about authors

Zubareva Nataliya N., Cand. of Sci. (Ped.), associate Professor, Head of the Department of Health Organization and Public Health (basic), Belgorod State National Research University (Belgorod, Russia), ORCID: 0000-0002-4872-3377.