

ФГБОУ ВО “Санкт-Петербургский государственный университет”

Направление “Медицина”

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

на тему: Пути и методы улучшения амбулаторно-поликлинического
обслуживания по мнению участковых врачей-терапевтов

Выполнила студентка 15.С01 группы

Черненко Дарья Олеговна

Научный руководитель:

к.м.н., доцент

Добрецова Елена Александровна

Санкт-Петербург, 2021

Оглавление

Перечень условных обозначений и терминов	3
Введение	4
1. Обзор литературы	7
1.1.1 Структура рабочего дня участкового врача-терапевта	8
1.1.2 Нормативно-правовая база приема врачом-терапевтом	10
1.1.3 Финансирование амбулаторно-поликлинической помощи	13
1.2 Оценка качества оказания поликлинической помощи	15
1.3 Что предлагают в России и в мире?	16
2. Материалы и методы	18
3. Результаты	21
Заключение	29
Выводы	33
Список используемой литературы	35
Приложение 1	39

Перечень условных обозначений и терминов

АПУ - амбулаторно-поликлиническое учреждение

ВОЗ - Всемирная Организация Здравоохранения

НИИ – научно-исследовательский институт

ПМСП - первичная медико-санитарная помощь

РФ – Российская Федерация

ТФОМС - территориальный фонд обязательного медицинского страхования

ХОБЛ - хроническая обструктивная болезнь лёгких

Введение

В настоящее время развитие отечественного здравоохранения требует приближения медицинской помощи к населению. Всё более значимыми становятся мероприятия по профилактике, своевременной диагностике и лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию приверженности населения здоровому образу жизни и санитарно-гигиеническому просветительству. Со всеми этими задачами должно справляться амбулаторно-поликлиническое звено отечественной медицины, которое, следует заметить, является самым массовым и доступным видом медицинской помощи. [1].

С начала XXI века внимание организаторов здравоохранения в Российской Федерации (здесь и далее - РФ) стало больше обращаться к амбулаторно-поликлиническому звену. Появилась необходимость в снижении нагрузки на стационарное звено, начался поиск возможностей для сокращения койко-дней в больницах за счет ведения пациентов амбулаторно и в условиях дневного стационара. Пути перераспределения нагрузки между стационарами и амбулаториями стали определяться, как “стационарозамещающие технологии”.

Для создания возможностей поликлиник обслуживать большее количество пациентов, предоставлять им качественную медицинскую помощь, обеспечивать необходимое долечивание пациентов после стационарного лечения необходимы соответствующие методы изучения качества медицинских услуг, методы распределения потоков пациентов - методы логистики.

Для изучения качества медицинской помощи используются положения концепции всеобщего управления качеством (TQM - total quality management), в соответствии с которыми изучения мнения работников - это важная часть общей оценки качества. [2]. Поэтому, кроме сбора данных об удовлетворенности пациентов медицинской помощью, нельзя обходить

стороной сбор мнений работников амбулаторно-поликлинических служб - врачей и медицинских сестер.

Изучение степени качества медицинской помощи и, в частности, амбулаторной помощи большей частью проводится на территории города Москвы. Это может быть связано с широким представительством врачей-исследователей в научных центрах нашей столицы, а также лучшим технологическим оснащением персонала московских учреждений здравоохранения. Внимание к мнениям потребителей медицинских услуг - пациентам - и к мнениям врачей-специалистов также больше уделяется в городе Москве. [3, 4, 5].

Множественно опросы-исследования персонала медицинских учреждений и пациентов проводятся в целом по регионам нашей страны крупными медицинскими и социологическими независимыми, как, например, Левада-Центр (*Иностранное средство массовой информации, выполняющее функции иностранного агента, и (или) российское юридическое лицо, выполняющее функции иностранного агента*) и государственными исследовательскими организациями. [5].

Для того, чтобы предлагать взвешенные, конструктивные решения по улучшению оказания медицинской помощи, идеи для последовательного перехода к более комфортному и более продуктивному труду медицинского персонала, организатор здравоохранения должен широко разбираться и изучать нормативно-правовую базу организации здравоохранения в своей стране и в иностранных государствах, программы развития здравоохранения которых могут являться дополнительной базой решений.

Также организатору здравоохранения необходим широкий кругозор, эмпатия, понимание различий в потребностях отдельных групп населения, чтобы вернее выстраивать организацию лечебного процесса вокруг пациентов.

К примеру, время, отводимое для работы с каждой категорией пациентов, распределяется одинаково, хотя есть группы пациентов, которым следует уделять больше внимания. Это люди старше 50-60 лет, которые имеют повышенный риск возникновения онкологических заболеваний (особенно самых частых в структуре онкологической заболеваемости в России) и могут иметь до нескольких хронических заболеваний.

Чтобы старания медицинского сообщества не проходили зря, нужно стремиться не только прекрасно оперировать и лечить онкологические заболевания, но и выявлять их на ранних стадиях, ведь именно стадия опухоли, с которой начинают работать врачи-онкологи, определяет прогноз выживаемости пациента. Чтобы не перегружать службы неотложной помощи и стационары, необходимо своевременно выявлять риски осложнений хронических заболеваний, регулярно вести пациента для подбора оптимальной терапии и улучшения приверженности пациента лечению, уделять пациентам старшего возраста больше внимания в силу тяжести и мультифакториальности их заболеваний, а также специфики выстраивания доверительного общения с пациентами старшей возрастной группы, с пациентами с хроническим нарушением мозгового кровообращения, в частности.

В связи со всем вышесказанным, **целью** нашей работы является исследование путей и методов улучшения амбулаторно-поликлинического обслуживания на основании мнения участковых врачей терапевтов в городе Санкт-Петербурге.

Для достижения данной цели были сформулированы следующие **задачи**:

1. Изучить нормативно-правовую базу устройства поликлинической помощи и предлагаемые медицинским сообществом методы улучшения поликлинической помощи.
2. Разработать анкету, провести опрос участковых врачей-терапевтов поликлиник города и проанализировать данные анкетирования врачей.
3. Определить главенствующие аспекты, требующие пересмотра и улучшения.
4. Разработать предложения по развитию амбулаторно-поликлинической помощи.

1. Обзор литературы

Каждый гражданин Российской Федерации имеет право на бесплатную медицинскую помощь, которую определяет и регулирует «Программа государственных гарантий», постановления о которой принимаются Правительством РФ в конце каждого календарного года. Определяется Программа на следующий календарный год и на плановый период еще двух последующих лет. В ней затрагиваются все виды бесплатной медицинской помощи в РФ, в том числе помощь, оказываемая участковыми врачами-терапевтами. [6].

Данная профилактическая, диагностическая и лечебная помощь, согласно статье 33 Федерального закона РФ от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 22.12.2020) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", определяется как первичная врачебная медико-санитарная помощь и оказывается в поликлинике и в условиях стационара на дому. Специализированная первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) уже будет оказываться врачами-специалистами. Также участковые

врачи-терапевты должны вести пациентов в условиях дневного стационара, который организуется на территории поликлиники. [7].

Первичная врачебная медико-санитарная помощь построена на принципах доступности, участковости, профилактической направленности, преемственности и взаимосвязи в осуществлении лечебно-профилактической деятельности. [1] Участковый принцип основан на свободе выбора пациентом врача (врача общей практики, участкового врача-терапевта), согласно статье 21 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 30.04.2021) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". [8].

Проблемы качественной первичной врачебной помощи обращают на себя внимание и в мировом сообществе, а особенно они изучаются в развивающихся странах. Всемирная организация здравоохранения (далее - ВОЗ) считает повышение качества медицинской помощи на всех уровнях её организации ключевым пунктом, от которого нужно отталкиваться для усиления, улучшения системы здравоохранения государства. [9].

1.1.1 Структура рабочего дня участкового врача-терапевта

Согласно Приказу Минздравсоцразвития РФ от 07.12.2005 N 765 "Об организации деятельности врача-терапевта участкового", врач-терапевт участковый осуществляет лечебно-диагностическую помощь прикрепленному к его участку населению, направляет пациентов на консультации к специалистам, в том числе на стационарное и санаторно-курортное лечение, осуществляет лечебно-диагностическую помощь и на дому при вызове пациентом. Также в обязанности врача-терапевта участкового входит не только ведение необходимой медицинской документации, но и анализ состояния здоровья прикрепленного населения и деятельности врачебного участка. [10].

Работа участкового врача осуществляется по графику, составленному заведующим отделением и утвержденному руководителем учреждения. Чаще

всего работа терапевтических отделений строится в две смены. На амбулаторный прием обычно отводятся ранние утренние и поздние вечерние часы. Середина дня – обслуживание вызовов на дому.

Работает терапевт в две смены: с 8:00 до 14:00 и с 14:00 до 20:00. Амбулаторный приём у терапевта делится на части: приём по записи - по 15 минут - 4 часа, приём пациентов с листками нетрудоспособности по 8 минут - 1 час и приём повторных пациентов, тоже по 8 минут и тоже 1 час. Всё оставшееся время (2 часа) должно уйти на работу на участке - посещение пациентов на дому.

Норма обслуживания при приеме в поликлинике 5 больных в час, на дому – 30-40 минут на одного больного. При профилактических осмотрах населения норма – 7,5 человек в час.

В 2016 году в одной из городских поликлиник города Москвы было проведено фотохронометражное исследование видов деятельности врача-терапевта во время амбулаторного приема. Исследователями было выявлено, что затраты рабочего времени больше всего приходятся на работу с документацией (47,20%), из них 36,91% - на записи в медицинской документации; 18,62% - на другие виды работ с документацией; 11,08% - на ознакомление с медицинской документацией (из них 52,62% - просмотр результатов лабораторных, инструментальных и др. исследований, консультаций специалистов и 47,38% - на просмотр амбулаторной карты); 10,04% - на работу на компьютере в системе электронной записи).

В работу с системой электронной записи вошли такие затраты рабочего времени, как выписка льготных рецептов - 4,77%, заполнение документации по диспансеризации взрослого населения (ДВН) и немного времени на различные виды работ с документами - 4,30% (например, 1,86% - заполнение посылочного листа для представления в медико-социальную экспертизу; оформление листка нетрудоспособности и пр. - 1,72%).

Только 21,15% затрат рабочего времени участкового врача-терапевта пришлось на основную деятельность, а 4,32% - на служебные разговоры.

Что касается основной лечебно-диагностической деятельности врача, 46,84% времени уходило на сбор анамнеза, опрос и осмотр пациента (из них, 14,46% - на аускультацию, подсчет частоты сердечных сокращений и частоты дыхания; 13,11% - на консультирование больного). [11].

В 2017 году Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения были опубликованы практические рекомендации поликлиникам о том, как организовать внутренний контроль. Данные рекомендации включают в себя системы оценки основных моментов организации работы в поликлинике, отмечают основные пункты, необходимые для проверки. Так, например, в данных рекомендациях утверждается, что значительная часть нагрузки по распределению потоков движения пациентов, структуризации данных приходится на регистратуру. [12]. Но всё же до сих пор для оценки качества оказания медицинской помощи внутри поликлиники по приказу Минздравсоцразвития РФ от 19.04.2007 N 282 "Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового" пользуются оценкой диагностической, лечебно-профилактической и организационной работы, которая проводится при анализе некоторых учетных документов: медицинской карты и талона амбулаторного больного, паспорта врачебного участка и нескольких других. [13].

1.1.2 Нормативно-правовая база приема врачом-терапевтом

Известно, что население Российской Федерации неуклонно «старее», преимущественно это наблюдается в крупных городах и в густо населенных регионах нашей страны. Увеличивается количество людей старше 50-60 лет, то есть той группы населения, которая имеет повышенные риски развития многих онкологических заболеваний и страдает от множества хронических заболеваний, таких, как гипертензивная болезнь, ишемическая болезнь

сердца, хроническая сердечная недостаточность, хроническое нарушение церебрального кровообращения, бронхиальная астма, ХОБЛ, сахарный диабет, хроническая болезнь почек.

В 2015-2017 годах группа исследователей из Санкт-Петербургского экономико-математического института РАН сопоставили демографическую ситуацию в Санкт-Петербурге с таковой по стране. Ими было выявлено преобладание в Санкт-Петербурге населения старше трудоспособного возраста (мужчин 60 лет и старше, а женщин 55 лет и старше), а также гендерный дисбаланс среди пожилых людей: 734,6 тыс. женщин 60 лет и старше против 376,5 тыс. мужчин 60 лет и старше. [14, 15].

Развитие медицины, достижения науки в области лечения онкологических, терапевтических заболеваний, совершенствование хирургических методов лечения даёт огромные возможности для предотвращения гибели старшего поколения от большинства острых, неотложных состояний, будь то инфаркт миокарда, инсульт головного мозга, тромбоэмболические осложнения, и для увеличения выживаемости онкологических больных. Но оптимальной организации стационарной и неотложной помощи недостаточно. Необходимо позаботиться об улучшении доступности и качества амбулаторной помощи для лиц старшей возрастной группы.

В РФ приём участкового врача-терапевта строго регламентирован. Согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ от 2 июня 2015 г. N 290н норма времени первичного приёма участкового врача-терапевта составляет 15 минут на пациента, а норма приема врача общей практики (семейного врача) - на целых три минуты дольше, то есть, 18 минут. Данное время выделяется не только на беседу с пациентом, осмотр, физикальное обследование, но и на выписку направлений (а не все направления сейчас выписывает средний медицинский персонал), назначение немедикаментозной

и медикаментозной терапии и оформление медицинской документации. [16]. Следует ли уточнять, что нормы времени приёма с трудом соблюдаются, а пациентов в подобных условиях невозможно обследовать должным образом.

Следует подчеркнуть, что по вышеназванному приказу норма времени повторного посещения одним пациентом участкового врача-терапевта должна составлять 70-80% от нормы времени первичного приёма. Но ведь адекватное регулярное наблюдение за пациентом в течение амбулаторного лечения и после стационарного лечения обеспечивает риск повторных осложнений и госпитализаций. ВОЗ заметили, что неадекватное наблюдение за состоянием пациента после проведенной диагностики и назначенного лечения приводит к ошибкам в наблюдении, а затем может привести и к серьезным неблагоприятным исходам. [17]. Этому способствует запись о состоянии пациента и на бумажных, и на электронных носителях. Порой записи в электронной системе не дополняются некоторыми наблюдениями, записанными в бумажной карте пациента. Это может произойти в момент вызова врача-специалиста на дом.

Приказ работает: если обратиться к одному из способов записи на приём к участковому врачу-терапевту, можно заметить, что запись осуществляется через каждые 15 минут. В 2009 году вышло распоряжение Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, согласно которому запись к врачам-специалистам может осуществляться всеми доступными способами: в регистратуре в течение всего рабочего дня АПУ, через электронные терминалы, которые располагаются опять же на территории АПУ, по телефону. [18]. На сегодняшний день добавилась запись к врачам-специалистам с помощью интернет-порталов:

- Портала «Здоровье Петербуржца»
- портала Госуслуги.

Приравнивание условий обслуживания (в частности, норм времени приёма, необходимость обращения к большому количеству разных врачей-специалистов, иногда за пределами поликлинического учреждения) пациентов старшего возраста к обслуживанию пациентов возрастной группы моложе 50 лет, мешает регулярному посещению лечащего врача и соответственно может привести к риску несвоевременного выявления заболеваний и обострений хронических состояний. Это ведет к повышению нагрузки в сферах оказания неотложной помощи и стационарной помощи, так как часто обострения хронических заболеваний сопряжены с высокой тяжестью течения патологии и угрозой жизни пациента.

Пациенты старшей возрастной группы, пациенты с длительным анамнезом хронических заболеваний являются и основными потребителями медицинских услуг, и индикатором качества предоставления этих услуг. Так, в Программе государственных гарантий указано, что критериями качества медицинской помощи являются именно показатели раннего выявления онкологических и хронических заболеваний относительно общего количества пациентов с данными заболеваниями, а также доля пациентов с обострениями хронических заболеваний. [6].

1.1.3 Финансирование амбулаторно-поликлинической помощи

В последние годы обозначилась тенденция ускоренного роста финансирования амбулаторной помощи (ПМСП в расширенном понимании). За короткий срок (2010–2015 гг.) доля этого сектора в общих расходах на реализацию программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи (далее – ПГГ) выросла с 20,3% до 33,2%. [19]. Данный прирост может свидетельствовать о некотором повышении приоритетности ПМСП.

Как утверждают эксперты Высшей Школы Экономики, международное сопоставление этого показателя осложняется различиями в структуре расходов по видам помощи в российской статистике и международных базах данных. [20]. Таким образом, возможным становится только соотношение удельного веса амбулаторной и стационарной помощи в общем объеме финансирования здравоохранения. Средняя доля амбулаторной помощи в странах Центральной и Восточной Европы такая же, как стационарной помощи – 33%, в то время как в России на амбулаторную помощь тратится примерно треть государственного финансирования, а на стационарную помощь – 50,3% [19].

Согласно Приказу Минздравсоцразвития РФ от 07.12.2005 N 765 "Об организации деятельности врача-терапевта участкового", оплата труда участкового врача-терапевта рассчитывается в соответствии с законодательством РФ. [10]. Если речь идет об оплате сверхурочной работы, то работодатель, согласно статье 152 Трудового Кодекса РФ, должен произвести оплату сверхурочного труда врача-терапевта за первые два часа работы не менее чем в полуторном размере, за последующие часы - не менее чем в двойном размере. [21].

Согласно Программе государственных гарантий, заработная плата медицинских работников должна индексироваться исходя из отношения средней заработной платы врачей по стране к средней заработной плате в любой профессиональной сфере в определенном субъекте РФ. Приоритетной стоит индексация заработной платы работников скорой медицинской помощи и первичной медико-санитарной, то есть и участковых врачей тоже. [6].

Исходя из Приказа о нормах времени, нормы времени являются основой для расчета норм нагрузки, нормативов численности и иных норм труда врачей [16].

1.2 Оценка качества оказания поликлинической помощи

В оценке качества поликлинической помощи используется и государственный контроль, и ведомственный – контроль собственников медицинских организаций – и контроль внутренний.

Одним из способов осуществления контроля на всех трех уровнях является проведение медико-социологических опросов среди пользователей услуг медицинских учреждений. Так, сотрудниками НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента и дирекции по координации деятельности медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы был проведен анонимный опрос среди пациентов нескольких поликлинических учреждений города Москвы, по результатам которого сформировались предложения по совершенствованию работы поликлиник. Они касались числа узких специалистов (77,5% негативно высказавшихся пациентов), малой доступности диагностических служб (76,2%) и норм времени приёма врача. [4].

Следует заметить, что в остальных регионах России не так часто жаловались на недостаточное время приёма врача, но были так же, как жители Москвы, разочарованы недостаточным количеством узких специалистов (40%). [5].

Из результатов опроса врачей одного крупного стационара города Москвы, можно узнать, что пациенты не всегда поступают на плановое хирургическое лечение с комплексом всех необходимых лабораторных и инструментальных исследований. Поэтому для выбора хирургической тактики и дальнейшего назначения лечения врачам стационара приходится назначать дополнительные обследования внутри больницы, что приводит к нерациональному распределению ресурсов. [3].

Соответствующий труду уровень заработной платы отмечает лишь часть респондентов.

Исследования удовлетворенности участковых врачей в разных регионах РФ приходят к нескольким подобным выводам. Участковые врачи-терапевты сходятся в том, что уровень их заработной платы не соответствует желаемому.

1.3 Что предлагают в России и в мире?

Стратегии развития амбулаторно-поликлинической помощи формулировались различные. Это были и идеи, не получившие своего развития, к примеру, устройство в жилых домах участковых врачебных пунктов (здесь и далее - УВП), функционирующих на средства государственного бюджета. [22]. И успешно согласованные и внедряемые сейчас в регионах проекты, как, например, “Бережливая поликлиника”, реализация которого запланирована на федеральном уровне и который сейчас постепенно внедряется в поликлиниках города Санкт-Петербурга. [23].

В зарубежной литературе широко представлен такой комплексный подход к управлению качеством, как методология Lean. Она подразумевает выяснение потребностей заказчика и улучшение процесса без изменения его стоимости. [24]. Именно к принципам этой методологии обратились разработчики программы “Бережливая поликлиника”, в которой представлены сведения, как разработать проект под каждую задачу в организации амбулаторно-поликлинической помощи, требующую решения.

Отдельное внимание уделяется пациентам старшего возраста. В Москве с 2015 года начала проходить апробацию разработанная там же Программа ведения пациентов с множественными хроническими заболеваниями.

Присоединиться к ней могли пациенты с несколькими хроническими заболеваниями, в возрасте 60 лет и старше, которые были бы привержены к лечению и могли бы самостоятельно посещать поликлинику. [25]. В результате апробации было установлено, что среднее время приема на одного пациента старшего возраста с коморбидной патологией составляет до 40 минут. Повторный прием, после составления плана обследования и лечения, составляет от 20 до 30 минут. В разработке программы использовался персонализированный подход: для работы с данной категорией больных выделялись отдельные врачи-терапевты. В таком случае один врач выделялся всего на 400-500 пациентов, что разительно отличается от рекомендованных Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. N543н нормативов штатного состава поликлиник, согласно которым врач-терапевт участковый должен назначаться на должность в расчете одного врача-специалиста на 1700 человек прикрепленного населения от 18 лет и старше. [26]. Необходимо добавить, что запись пациентов к врачу-терапевту осуществлялась таким образом, чтобы в сутки он мог принять 14 пациентов.

Отмечается, что при данной программе функции врача и медицинской сестры расширились: специалисты следили за регулярным посещением осмотров, успевали общаться с пациентом в необходимом для сбора тщательного анамнеза объеме, разъяснять пациентам свои решения, особенности немедикаментозной и медикаментозной терапии, особенности жизни с данными заболеваниями и режимы приема лекарственных средств. У пациентов, участвующих в Проекте, возросла удовлетворенность качеством медицинского обслуживания. По результатам социологического опроса, до Программы медицинской помощью были удовлетворены 65% респондентов, а через год ее функционирования - 96%. [25]. Авторы отметили также экономическое преимущество данного проекта по сравнению с программой “стационарозамещающих технологий”.

Все это свидетельствует о необходимости тщательного сбора и анализа мнений и предложений по своей работе в амбулаторном звене участковых врачей-терапевтов и разработки направлений по совершенствованию амбулаторно-поликлинической помощи.

2. Материалы и методы

Работа выполнена на базе кафедры организации здравоохранения и медицинского права Санкт-Петербургского государственного университета (зав. кафедрой - д.м.н., профессор И. М. Акулин).

На первом этапе были сформулированы цель и задачи исследования, разработана анкета, как вербально-коммуникативный метод исследования. Анкета представляет собой специально составленный и оформленный на базе электронного ресурса “Google Forms” список вопросов для сбора сведений о практикующих участковых врачах-терапевтах города Санкт-Петербурга, их мнения и выбора путей улучшения амбулаторно-поликлинической помощи в городе. Пример использовавшегося перечня вопросов приводится в Приложении 1 к данной работе.

Второй этап посвящен сбору статистических материалов, их сводке и группировке, вычислению первичных результатов.

В заключительной части проведен анализ полученных результатов, сформулированы выводы и предложения.

Изучение литературных данных отечественных и зарубежных авторов позволили определить актуальность и новизну исследования, определить основную гипотезу, цель и задачи исследования.

Гипотеза исследования заключается в том, что первичная врачебная медико-санитарная помощь имеет резервы для улучшения.

В соответствии с основной гипотезой определена цель исследования:

Для достижения поставленной цели сформулированы соответствующие задачи. Выводы и практические рекомендации соответствуют задачам исследования.

Для достижения цели опрашивали участковых врачей-терапевтов. С помощью данной анкеты было опрошено 102 специалиста (100%) здравоохранения. Следует отметить, что на момент исследования все они являлись практикующими участковыми врачами-терапевтами. Исследование проводилось на базах СПбГБУЗ “Городская поликлиника № 106” (19 опрошенных), СПбГБУЗ “Поликлиническое отделение № 24 городской поликлиники № 106” (4 опрошенных), СПбГБУЗ “Городская поликлиника № 19” (41 опрошенный), СПбГБУЗ “Городская поликлиника № 56” (15 респондентов), СПбГБУЗ “Городская поликлиника № 109” и Поликлиническое отделение № 123 городской поликлиники № 109 (по 9 человек). Из поликлинического отделения № 5 ответило двое человек. Исследование проводилось с марта по май 2021 года.

В анкету включено всего 55 вопросов. Первый блок (вопросы 1-20) включает в себя выбор района и поликлинического учреждения, в которых работает участник-специалист. В процессе анкетирования участник мог ответить максимум на 37 вопросов, так как в зависимости от ответа на вопрос 1, в котором необходимо было выбрать район поликлиники, респондент автоматически при ответе переходил на соответствующий его выбору вопрос, в котором уже предлагалось выбрать поликлиническое учреждение из списка тех, которые относятся к данному району города Санкт-Петербурга.

Так же и в вопросе 42 “Если бы была возможность вернуться назад, Вы бы выбрали ВУЗ по направлению “Медицина”?” респонденты, выбравшие

ответ “да”, переходили к блоку вопросов (43-46) об их идеальном месте работы. Респонденты, выбравшие вариант ответа “нет”, автоматически переходили сразу к вопросу 47.

Так же и в вопросе 49.

Второй блок вопросов (21-36) включает в себя возможность выбора варианта ответа и (или) свободного ответа в вопросах о желаемой структуре рабочего дня и желаемой организации работы в поликлинике.

В третьем блоке (37-39) раскрываются вопросы с множественным вариантом ответа, где необходимо выбрать сложно доступные консультации врачей-специалистов и диагностические процедуры в поликлиническом учреждении.

В последний блок вопросов (52-55) включен сбор информации об участниках исследования.

Полученные данные были сформированы в базу данных и обработаны при помощи лицензионной программы IBM SPSS Statistics 22.0.

Для наглядности результатов использованы круговые и столбчатые диаграммы.

3. Результаты

Распределение респондентов по возрасту составило: до 30 лет - 39 человек (38,2%); в диапазоне от 31 до 40 лет - 31 человек (30,4%); от 41 до 50 - 18 человек (17,6%); 10 человек (9,8%) в возрасте от 51 до 60 лет; старше 60 лет - 4 ответивших (3,9%). Дополнительно описанное распределение представлено на Рисунке 1:

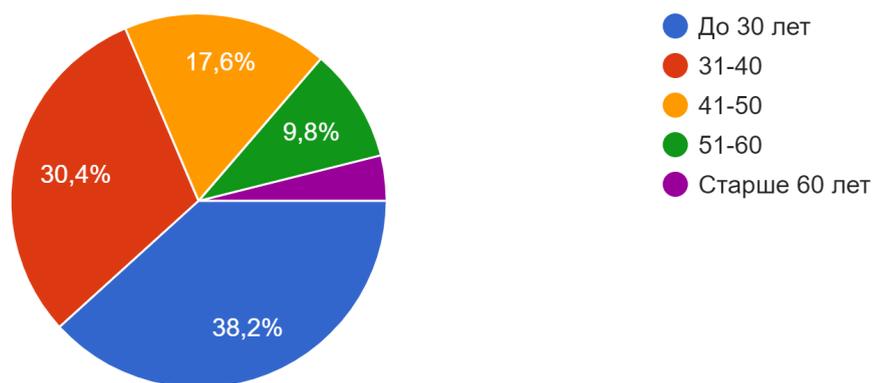


Рисунок 1 - Распределение респондентов по возрасту в процентах.

По стажу работы в поликлиническом учреждении участники распределились таким образом: со стажем до 2-х лет - 25 человек (24,5%), от 2,1 до 5,0 лет - 13 человек (12,7%), от 5,1 до 10,0 лет - 18 человек (17,6%), в диапазоне от 10,1 до 20,0 лет - 31 человек (30,4%), от 20,1 до 30,0 - 11 участников (10,8%); участников со стажем работы более 30 лет - 4 человека (3,9%). Дополнительно описанное распределение представлено на Рисунке 2:

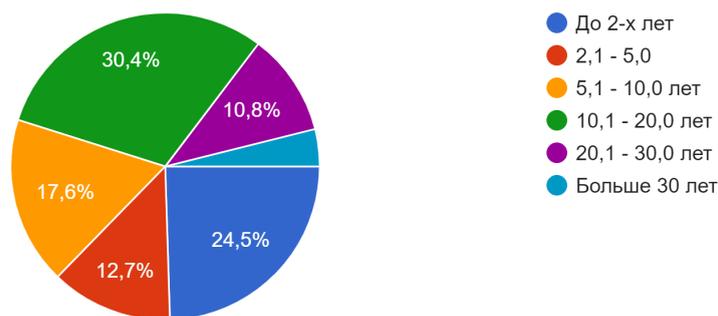


Рисунок 2 - Распределение респондентов по стажу работы участковым врачом-терапевтом в процентах.

Что касается численности терапевтического участка каждого ответившего участкового врача-терапевта, меньше половины человек (47 (46,1%)) ответили, что численность их участка лежит в интервале от 1500 до 2000 человек, а 19 человек (18,6%) выбрали интервал от 2001 до 2500 человек.

На участках с численностью прикрепленного населения более 3500 человек работают 12 человек (11,8%). У еще 10 участников (9,8%) участок меньше всего - до 1500 человек. А у других 10 участников (9,8%) численность участка от 2500 до 3000 человек. Четверо респондентов ответили, что число прикрепленного к их участку населения лежит в интервале от 3001 до 3500 человек. Дополнительно описанное распределение представлено на Рисунке 3:

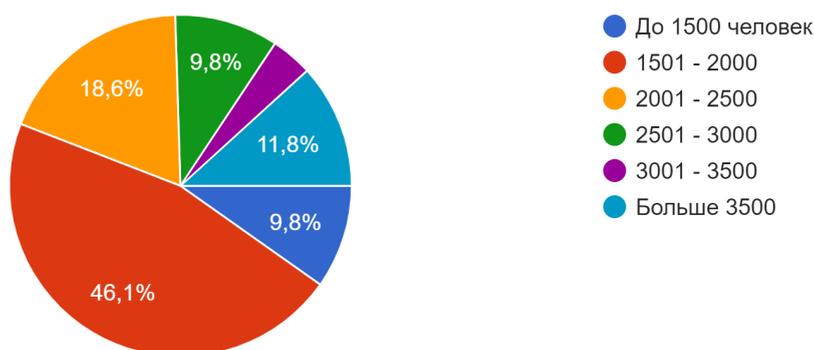


Рисунок 3 - Распределение количества прикрепленного населения на участках в соответствии с ответами респондентов в процентах.

Следует отметить, что из 102 опрошенных (100%) абсолютное большинство (86 человек (84,3%)) работает участковым врачом-терапевтом на ставку. Еще 14 человек (13,7%) совмещают. И двое работают на полставки.

Большинство врачей-терапевтов (43 человека (42,2%)) ответили, что качественно принять в течение рабочего дня они могут от 11 до 15 пациентов. Меньшее количество респондентов (30 человек (29,4%)) сошлись на количестве пациентов от 6 до 10 в день. А 20 человек (19,6%) считают, что могут качественно принять в день до 20 пациентов. Дополнительно описанное распределение представлено на Рисунке 4:

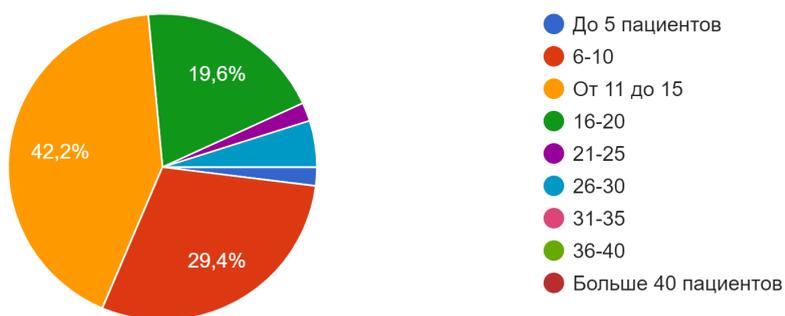


Рисунок 4 - Распределение количества пациентов (в процентах).

Что касается посещения пациентов на дому, 41 человек (40,2 %) ответивших могут посетить в день до 5 пациентов, 33 человека (32,4%) считают, что могут успеть осмотреть от 6 до 10 пациентов. Ещё 19 врачей (18,6%) отказались бы от посещения пациентов на дому. Дополнительно описанное распределение представлено на Рисунке 5:

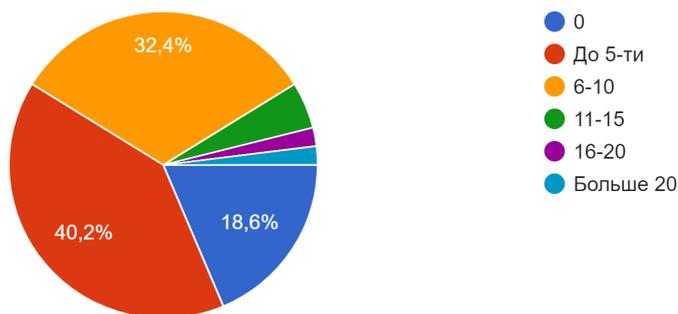


Рисунок 5 - Распределение количества пациентов, которых готовы посетить за день на дому терапевты (в процентах).

Большинство опрошенных (70 человек - 68,6%) считают, что оптимальное время приема на одного пациента должно составлять от 15 до 30 минут. За регламентированный сейчас интервал времени приема - 15 минут на одного пациента - высказались 21 человек (21,6%), а за приём дольше получаса - 11 человек (10,8%). Дополнительно описанное распределение представлено на Рисунке 6:

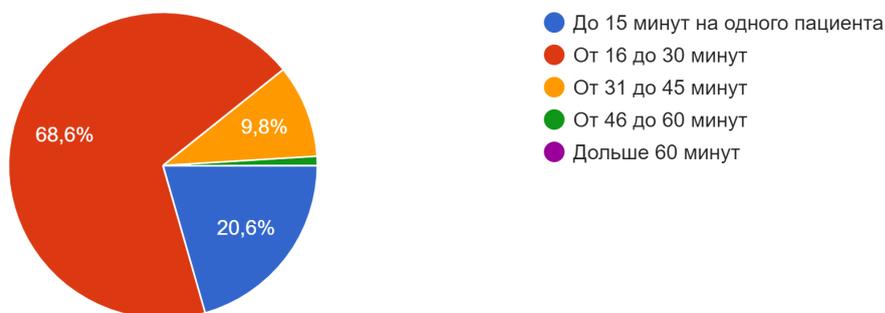


Рисунок 6 - Распределение интервалов времени на приём одного пациента по ответам респондентов (в процентах).

В вопросе максимально допустимого времени ожидания приема пациентом мнения разделились следующим образом: 51 человек (50%) склоняется к тому, что максимально допустимое время ожидания приема

пациентом - от 6 до 15 минут, а 22 респондента (21,6%) считают, что это время может быть в интервале от 16 до 30 минут.

На варианте ожидания приема до 5 минут остановились 16 человек (15,7%). Еще 11 человек (10,8%) решили, что ожидание приема врача должно занимать столько времени, сколько потребуется. Двое (2%) проголосовали за интервал от 31 минуты до часа. Дополнительно описанное распределение представлено на Рисунке 7:

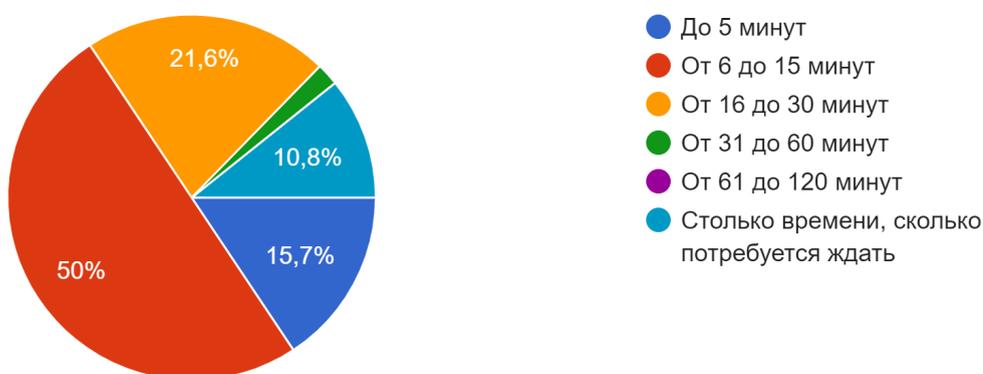


Рисунок 7 - Распределение интервалов времени ожидания пациентом приема в коридоре по мнению респондентов (в процентах)

Следующий вопрос с множественным вариантом ответа касался обратной связи для пациентов. Большинство респондентов (72 человека (70,6%)) в ситуации, в которой у пациента после приема возникли бы вопросы, предпочли бы ответить на них только при повторном посещении пациентом поликлиники. Но всё же 37 врачей-терапевтов (36,3%) могли бы ответить на вопросы пациентов по телефону.

Общались бы с пациентами по вопросам их заболеваний через смс-сообщения 19 респондентов (18,6%) , а по электронной почте - 17 участников (16,7%).

В вопросе с множественным вариантом ответа о возможных нововведениях для пациентов поликлиник больше всего врачей-терапевтов (52 человека (51%)) проголосовало за открытие кабинета доврачебного приема. Большой доступности врачей-специалистов для записи пациентов на ближайшее время хотели бы 48 респондентов (47,1%). За увеличение времени приема пациента проголосовало 42 человека (41,2 %).

В вопросе с множественным вариантом ответа о предложениях по изменению структуры рабочего дня, больше всего участников (77 человек (75,5%)) проголосовало за выделение отдельного промежутка времени только для работы с медицинской документацией. Нежелание работать сверх установленного рабочего дня высказали 52 человека (51%), а вот желание работать лишь на амбулаторном приеме, исключив обслуживание пациентов на дому - 45 человек (44,1%).

Хотели бы выделенного времени на обеденный перерыв 33 врача-терапевта (32,4%), а 31 участник (30,4%) хотел бы выделенного времени от общего времени приёма на работу с пациентами, которые приходят повторно. За сокращение длительности амбулаторного приема в день в условиях кабинета выступило 20 человек (19,6%).

В вопросе с множественным вариантом ответа об изменениях во ведении документации для более эффективной и комфортной работы участковых врачей-терапевтов, ответы распределились следующим образом: 84 человека (82,4%) хотели бы переложить оформление времязатратной документации (оформление инвалидности, направление на санаторно-курортное лечение, направление в специализированные учреждения и т.д.) на отдельно выделенную службу.

Также 80 участников (78,4%) проголосовали за уменьшение количества отчетной документации, а 72 голоса (70,6%) было отдано за упрощение требований оформления документации по посещениям. Хотели бы, чтобы вся документация велась в электронном виде, 52 респондента (51%), а 5 человек

(4,9%) проголосовали, наоборот, за ведение всей документации в бумажном виде. Следующий вопрос с множественным вариантом ответа был о желании врачей-терапевтов отказаться от работы с определенными группами пациентов. С конфликтными пациентами не хотели бы работать 47 человек (46,1%), и ещё 47 человек (46,1%) ответили, что отказались бы от работы с пациентами, которые приходят только для того, чтобы записаться к другому врачу.

С пациентами другого профиля (гинекологического, неврологического и так далее) не хотели бы работать 28 человек (27,5%), а ещё 28 человек (27,5%) - с пациентами с отягощенным психиатрическим анамнезом. При этом 33 респондента (32,4%) выбрали вариант ответа, в котором говорится, что их устраивает работа с любыми группами пациентов.

В вопросе с множественным вариантом ответа об изменениях в движении потоков пациентов, большинство (55 человек (53,9%)) проголосовало за отнесение в обязанности врача только лечебно-диагностической работы с перекладыванием остальных обязанностей на иные службы. Хотели бы организовать пост, за которым средний медперсонал выписывал бы рецепты и направления на обследования, 52 человека (51%).

Больше врачей на прием без предварительной записи выделили бы 45 человек (44,1%), а 40 человек (39,2%) предпочли бы, чтобы в структуре организации работы поликлиники была выделена должность фельдшера, который бы занимался предварительным приемом пациентов для определения направления к определенному специалисту. Хотели бы, чтобы было обеспечено обязательное посещение регистратуры перед приёмом врача, - 37 респондентов (36,3%).

На вопрос с множественным вариантом ответа, каких врачей-специалистов больше всего не хватает в поликлинике, большинство (70 человек (68,6%)) проголосовало за то, что в их поликлиническом

учреждении не хватает гастроэнтеролога. Хотели бы иметь возможность направлять своих пациентов к аллергологу - 59 человек (57,8%), а 50 участников (49%) отметили, что в поликлинике не хватает пульмонолога.

На вопрос с множественным вариантом ответа, какие врачи-специалисты труднодоступны для поликлиники, мнения разделились подобным образом: 62 человека (60,8%) считают, что труднодоступен для пациентов аллерголог, 61 человек (59,8%), что гастроэнтеролог, а 43 человека (42,2%) - пульмонолог.

Участники исследования в целом положительно оценивают качество оказания медицинской помощи в городских поликлиниках, в которых они работают. Скорее посоветовали бы наблюдаться в своей поликлинике своим родственникам и друзьям 85 (83,3%) человек из 102 (100%). При этом 39 из них посоветовали бы без сомнения (ответ “да, конечно”), а 46 скорее бы посоветовали, чем не посоветовали. Вряд ли бы посоветовали наблюдаться в поликлинике, в которой работают, родным и близким - 6 человек (5,9%). А двое (1,96%) категорически бы не советовали родным и близким там наблюдаться. Ещё 11 респондентов (10,78%) затруднились ответить на данный вопрос. Дополнительно описанное распределение представлено на Рисунке 8:



Рисунок 8 - Процентное соотношение результатов опроса врачей об их желании посоветовать поликлинику, в которой они работают, своим родным и близким

Заключение

По результатам проведенного исследования можно говорить о том, что организация амбулаторно-поликлинической помощи имеет резервы для внесения изменений, направленных на улучшение качества оказываемой помощи, снижение ресурсоемкости.

Прослеживается несоблюдение рекомендованных штатных нормативов поликлиник. Только 47 (46,1%) врачей-терапевтов заверили, что численность их участка лежит в интервале от 1500 до 2000 человек, что согласовано с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. N543н. “Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению”, с внесенными изменениями и дополнениями от 18 февраля 2020 г, в котором рекомендуемый данный штатный состав: 1 врач-терапевт участковый на 1700 человек прикрепленного населения. 45 же респондентов (44,1%) засвидетельствовали, что их участок превышает число в 2000 прикрепленного населения.

Выявлены труднодоступные для пациентов врачи-специалисты: гастроэнтеролог (70 человек “за” (68,6%)), аллерголог (59 человек “за” (57,8%)) и пульмонолог (50 участников “за” (49%)).

Учитывая данные по прикрепленному населению к участвующим в опросе поликлиникам, взятые в ТФОМС на момент 1 ноября 2020 года (Городская поликлиника № 19 - 50 298 человек; Городская поликлиника № 56 - 65 641; Городская поликлиника № 109 - 112 767; Городская поликлиника № 106 - 147 346 человек), можно предположить, что на данных специалистов в поликлинике выделяется 1-2 ставки. Ведь согласно Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. N543н. “Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению”, с внесенными изменениями и дополнениями от 18 февраля 2020 г., рекомендуемые штатные нормативы равняются 1 ставке

гастроэнтеролога на 50 000 прикрепленного населения, а 1 ставке аллерголога-иммунолога - на 100 000 населения.

В качестве решения данных проблем предлагается пересмотр и возможное расширение штатного состава поликлиник, повышение престижности профессии участкового врача-терапевта и врача-специалиста, работающего в поликлинике, за счёт перераспределения финансовых затрат на повышение оплаты труда и пересмотра методов начисления заработной платы, разработки системы финансовых стимулов.

Большинство врачей-терапевтов (42,2%) ответили, что качественно принять в течение рабочего дня они могут от 11 до 15 пациентов. 29,4% респондентов сошлись на количестве пациентов от 6 до 10 в день.

Что касается посещения пациентов на дому, 40,2 % ответивших могут посетить в день до 5 пациентов, 32,4% считают, что могут успеть осмотреть от 6 до 10 пациентов. Ещё 18,6% отказались бы от посещения пациентов на дому. При этом в другом вопросе уже 45 человек (44,1%) высказали желание работать лишь на амбулаторном приеме, исключив обслуживание пациентов на дому.

81 человек (79,4%) из 102 опрошенных хотели бы, чтобы на прием одного пациента было регламентировано времени дольше сегодняшних 15-ти минут. Причем большинство опрошенных (70 человек из 102 - 68,6%) считают, что оптимальное время приема на одного пациента должно составлять от 15 до 30 минут.

В вопросе с множественным вариантом ответа о возможных нововведениях для пациентов поликлиник больше всего врачей-терапевтов (52 человека (51%)) проголосовало за открытие кабинета доврачебного приёма, в котором пациенты могли бы получить направления на анализы, необходимые справки, минуя врача-терапевта, к участку которого они прикреплены. 77 человек (75,5%) проголосовало за выделение отдельного

промежутка времени только для работы с медицинской документацией. Что касается документации, то 84 человека (82,4%) хотели бы переложить оформление времязатратной документации (оформление инвалидности, направление на санаторно-курортное лечение, направление в стационары и так далее) на отдельно выделенную службу. Также 80 участников (78,4%) проголосовали за уменьшение количества отчетной документации, а 72 голоса (70,6%) было отдано за упрощение требований оформления документации по посещениям. При этом только 5 человек (4,9%) хотели бы, чтобы вся документация велась в бумажном виде.

Следует отметить, что 55 человек (53,9%) проголосовало за отнесение в обязанности врача только лечебно-диагностической работы, 52 человека (51%) - за то, чтобы средний медперсонал выписывал бы рецепты и направления на обследования, а 40 человек (39,2%) - за то, чтобы предварительным приемом пациентов для определения направления к определенному специалисту занимался бы фельдшер.

В качестве решения данной проблемы предлагается принять к рассмотрению возможности открытия на базе каждого поликлинического учреждения кабинетов доврачебного приёма, в которых велась бы часть работы с отчетной документацией по посещениям, выписывалась бы часть необходимых для пациентов документов, рецепты на получение льготных лекарственных средств, а пациенты перенаправлялись бы к врачам-специалистам, минуя участкового врача-терапевта, а также разрешить среднему медицинскому персоналу работать с данными типами медицинской документации на законодательном уровне.

Превалирующее количество участвующих в исследовании врачей-терапевтов оказалось не готово работать с пациентами, а именно отвечать на возникающие после приема вопросы, сверхурочно. 72 человека (70,6%) предпочли бы ответить на все вопросы только при повторном посещении пациентом поликлиники.

В качестве решения данной проблемы можно предложить участковым врачам-терапевтам отвечать на вопросы пациентов вне амбулаторного приёма за дополнительную оплату труда в рамках соблюдения статьи 36.2 “Особенности медицинской помощи, оказываемой с применением телемедицинских технологий” Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 30.04.2021) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Для этого необходимым является пересмотр распределения финансовых ресурсов внутри поликлиники и расчет возможностей направлять часть средств на оплату работы участковых врачей-терапевтов в области телемедицины.

Выводы

1. В ходе данной исследовательской работы была изучена нормативно-правовая база устройства поликлинической помощи и предлагаемые медицинским сообществом методы улучшения поликлинической помощи.

Было выявлено, что в РФ амбулаторно-поликлиническая помощь законодательно регламентирована, как бесплатная помощь, строящаяся по принципу участковости. При изучении структуры рабочего дня участкового врача-терапевта было подмечено, что время приема одного пациента врачом-терапевтом строго регламентировано и составляет 15 минут, причем были рассмотрены исследования, в которых указывалось, что практически половину времени приема врача-терапевта занимает работа с документацией.

Что касается методов улучшения, во многих регионах РФ зарекомендовала себя и сейчас внедряется в поликлиниках система организации “Бережливая поликлиника”, основанная на непрерывном повышении качества и стремлении к устранению всех видов потерь при организации.

2. В ходе работы над исследованием была разработана анкета из 55 вопросов с целью выявить пожелания участковых врачей-терапевтов по их работе и изучить некоторые условия их труда.

По итогам анкетирования значительная часть респондентов отметили важность открытия кабинета доврачебного приема, уменьшения времени на работу с документацией и снижения требований к медицинской документации, увеличения возможностей для записи к врачам-специалистам на ближайшее время и увеличения времени приема на каждого пациента. Также были выявлены труднодоступные

для пациентов врачи-специалисты и лабораторно-инструментальные исследования.

3. В ходе изучения литературы и результатов проведенного анкетирования была выявлена необходимость в увеличении штатного состава поликлинических учреждений, важность персонализированного подхода к пациентам с увеличением времени приёма, особенно пациентов коморбидных, старше 60 лет. Следует отметить, что существенные затраты времени участковых врачей-терапевтов уходят на работу с медицинской документацией, опираясь на которую впоследствии рассчитывается качество труда врачей.
4. В качестве решения данных проблем были предложены пересмотр нормативно-правовой базы относительно затрудняющих работу аспектов, изменение расчета оплаты труда врача-терапевта, повышение престижности специальности. На базе поликлинических учреждений рекомендовано открытие кабинетов доврачебного приема с возможностью средним медицинским персоналом работать с большим количеством медицинской документации и внедрение в практику врача-терапевта телемедицинских технологий.

Список используемой литературы

1. О.А. Манерова. Организация амбулаторно-поликлинической помощи / О.А. Манерова, М.А. Кубраков, Н.А. Касимовская. ; под ред. В.З. Кучеренко– Учебное - методическое пособие. Первый МГМУ им. И.М. Сеченова. М. : 2012. – 9-11с.
2. Системы здравоохранения. Системы управления обеспечением качества. Доклад Секретариата. — EB120/38 Add.1. Всемирная Организация Здравоохранения. Исполнительный комитет; 2007.
3. Матыцин Н.О., Богачанская Н.Н., Слюсарь И.В., Аверченко Е.А., Баранов А.И., Казакова А.А. - Анализ факторов, определяющих качество медицинской помощи: использование социологического опроса врачей, 2014 год
4. Таджиев И.Я., Белостоцкий А.В., Бударин С.С. Качество медицинской помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Москвы в оценках пациентов и врачей. Социология медицины. 2017; 16(2): 100—106.
5. Современные тенденции в системе здравоохранения Российской Федерации. - М: Издание Государственной Думы, 2019.
6. Постановление Правительства РФ от 28 декабря 2020 г. № 2299 “О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов”. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
7. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 22.12.2020) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2021).
8. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. N543н. Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению. Приложение № 2 : текст с

изм. и доп. на 18 февраля 2020 г. Статья 21. / Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

9. WHO Service Delivery and Safety Department - Improving the quality of health services: tools and resources. World Health Organisation, Geneva, 2018

10. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 07.12.2005 N 765 "Об организации деятельности врача-терапевта участкового" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 18.01.2006 N 7378). Приложение N 1. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

11. Вечорко В.И. Распределение рабочего времени на амбулаторном приеме врача-терапевта участкового с медицинской сестрой в поликлинике города Москвы (фотохронометражное наблюдение). Электр.издание: Социальные аспекты здоровья населения. 2016 г.

12. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике) - Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора. Москва, 2017

13. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 19.04.2007 N 282 "Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового". Приложение. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

14. А. А. Сафарова, Г. Л. Сафарова, Н. Г. Косолапенко, А. В. Арутюнов - Демографические аспекты старения населения Санкт-Петербурга в конце XX - начале XXI в. Часть 1. Традиционные меры старения населения

15. А. А. Сафарова, Г. Л. Сафарова, Н. Г. Косолапенко, А. В. Арутюнов - Демографические аспекты старения населения Санкт-Петербурга в конце XX - начале XXI в. Часть 2. "Перспективные" меры старения населения

16. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 июня 2015 г. N 290н "Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога". Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

17. World Health Organisation - Administrative Errors: Technical Series on Safer Primary Care. 2016

18. Распоряжение Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга (от 30 декабря 2009 года N 829-р) «Об организации работы по предоставлению гражданам медицинских услуг врачами-специалистами в базовых амбулаторно-поликлинических учреждениях, осуществляющих прием взрослого населения, а также оказание амбулаторных медицинских услуг врачами-специалистами в учреждениях здравоохранения, участвующих в реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге». Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

19. Флек В.О. Анализ финансового обеспечения российского здравоохранения по системе счетов. Москва: 2015. 224 с.

20. Шейман И.М. Шевский В.И., Сажина С.В. Приоритет первичной медико-санитарной помощи - декларация или реальность? Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2019; 65(1). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1043/30/lang.ru/>.

21. Трудовой Кодекс РФ. Часть третья. Статья 152. Оплата сверхурочной работы. / Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

22. Мелянченко Н.Б. Общие методологические подходы к стратегии развития здравоохранения РФ (на период 2008-2017). - Москва, 2007

23. Реализация проектов по улучшению с использованием методов бережливого производства в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь - Методические рекомендации Министерства здравоохранения РФ. Москва, 2019

24. Волнухин А.В. Научное обоснование современных направлений развития и повышения конкурентоспособности частных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях : дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.03. Москва, 2018. 37 с.

25. Значкова Е.А., Гришина Н.К., Сердюковский С.М., Соловьева Н.Б., Белостоцкий А.В., Гриднев О.В. Оказание медицинской помощи людям старше 60 лет с множественными хроническими заболеваниями в Москве. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2017; 25 (3): 166.

26. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. N543н. Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению. Приложение № 2 : текст с изм. и доп. на 18 февраля 2020 г. / Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

Опрос-исследование возможностей создания более комфортных условий работы врачей-терапевтов участковых г.Санкт-Петербурга

Если Вы являетесь участковым врачом-терапевтом поликлинического отделения для взрослых пациентов г.Санкт-Петербурга, просим Вас ответить на вопросы данной анкеты. Ваше мнение АНОНИМНО и очень важно для нас. Нам бы хотелось, чтобы Ваша работа в поликлинике была как можно более комфортной.

Прохождение анкеты займет около 10 минут Вашего времени.

**В КОНЦЕ АНКЕТЫ НЕ ЗАБУДЬТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, НАЖАТЬ НА КНОПКУ "ОТПРАВИТЬ", ИНАЧЕ РЕЗУЛЬТАТ НЕ СОХРАНИТСЯ.
СПАСИБО!**

*** Обязательно**

1. Район поликлиники *

Отметьте только один овал.

- Адмиралтейский *Перейдите к*
 вопросу 2. Василеостровский
 Перейдите к вопросу 3.
 Выборгский *Перейдите к вопросу 4.*
 Калининский *Перейдите к вопросу 5.*
- Кировский *Перейдите к вопросу 6.*
 Колпинский *Перейдите к вопросу 7.*
 Красногвардейский *Перейдите к*
 вопросу 8. Красносельский
 Перейдите к вопросу 9.
 Кронштадтский *Перейдите к вопросу 10.*
- Курортный *Перейдите к*
 вопросу 11. Московский
 Перейдите к вопросу
 12. Невский *Перейдите к вопросу*
 13.
 Петроградский *Перейдите к*
 вопросу 14. Петродворцовый
 Перейдите к вопросу
 15. Приморский *Перейдите к вопросу*
 16.
 Пушкинский *Перейдите к вопросу*
 17. Фрунзенский
 Перейдите к вопросу 18.
 Центральный *Перейдите к*
 вопросу 19. Прочие *Перейдите к*
 вопросу 20.

Адмиралтейский район

2. Выберите, пожалуйста, поликлинику, в которой Вы на данный момент работаете. *

Отметьте только один

овал.

Поликлиника №24

Поликлиника №27

СПб ГБУЗ "Поликлиника №28"

Перейдите к вопросу 21.

Василеостровский район

3. Выберите, пожалуйста, поликлинику, в которой Вы на данный момент работаете. *

Отметьте только один овал.

- Поликлиника №3
- Поликлиника №4
- Пол.отд. №2 поликлиники
- №3 Пол.отд. №53
поликлиники №4

Перейдите к вопросу 21.

Выборгский район

4. Поликлиника/поликлиническое отделение *

Отметьте только один овал.

- Детская поликлиника №71
- Пол.отд. №15 поликлиники
- №104 Пол.отд. №29 п-ки
- №117 Поликлиника №104
- Поликлиника №117
- Поликлиника №14
- Поликлиника

№52

Поликлиника

№97

Поликлиника

№99

Отд.врача общ.практики

- Ос.Роща Отд.врача
- общ.практики Выб1
- Поликлиника №116 п-ки №52
- Пол.отд. №13 поликлиники
- №14 Центр врачей
- общ.практики Выб3

Перейдите к вопросу 21.

Калининский район

5. *

Отметьте только один овал.

- Поликлиника №112
- Поликлиника №54
- Поликлиника №86
- Поликлиника №96
- Центр семейной медицины
- МАПООВОП Калинин1 ЦСМ
XX1век

Перейдите к вопросу 21.

Кировский район

6. *

Отметьте только один овал.

- Поликлиника
- №23
- Поликлиника
№43
- Поликлиника
№88

Перейдите к вопросу 21.

Колпинский район

7. *

Отметьте только один овал.

- Пол. отд. №73 п-ки
- №71 Поликлиника
- №22 Поликлиника
- №71 Поликлиника
- №72 Поликлиника
- №95

Перейдите к вопросу 21.

Красногвардейский район

8.

Отметьте только один овал.

Поликлиника

№107

Поликлиника

№120

Поликлиника

№17

Пол.отд. №18

поликлиники №17

Пол.отд. №10

поликлиники №17

Перейдите к вопросу 21.

Красносельский район

9. *

Отметьте только один овал.

Отд.врача

общ.практики Кс1

Отд.врача

общ.практики Кс2

Поликлиника №106

- Поликлиника №91
- Поликлиника №93
- Отд.врача
- общ.практики Кс3
- Пол.отд. №124 п-ки
- №106
- Пол.отд. №50 поликлиники
- №91 Пол.отд. №105
- поликлиники №91

Перейдите к вопросу 21.

Кронштадтский район

10. *

Отметьте только один

овал.

Поликлиника №74

Перейдите к вопросу 21.

Курортный район

11. *

Отметьте только один овал.

Больница №40

Перейдите к вопросу 21.

Московский район

12. *

Отметьте только один овал.

Поликлиника №21

Поликлиника №48

Поликлиника №51

Отд.врача общ.практ.

Моск1

Перейдите к вопросу 21.

Невский район

13. *

Отметьте только один овал.

- Пол.отд. №7
- поликлиники №77
- Поликлиника №100
- Поликлиника №25
- Поликлиника №46
- Поликлиника №6
- Поликлиника №77
- Поликлиника №8
- Поликлиника №87
- Поликлиника №94
- Отд врача общ.практ.ЦСМ
- XX1век ОВОП Невск1 ЦСМ
- XX1век
- ОВОП Невск2 ЦСМ XX1век

Перейдите к вопросу 21.

Петроградский район

14. *

Отметьте только один овал.

- Поликлиника №30
- Поликлиника №31 ГМУ акад.Павл.
-
-

13. *

Отметьте только один овал.

Поликлиника №32

Поликлиника №34

Перейдите к вопросу 21.

Петродворцовый район

15. *

Отметьте только один овал.

- Пол.отд. Николаевской б-
- цы Пол.отд. п-ки №122
- Пол.отд. №64 п-ки №122

Перейдите к вопросу 21.

Приморский район

16. *

Отметьте только один овал.

- Отд врача общ
- практики Пр4 Отд врача
- общ.практики Пр1 Отд
- врача общ.практики
- Пр2 Отд врача
- общ.практики Пр3 Отд
- врача общ.практики
- Пр5 Отд врача
- общ.практики Пр6 Отд
- врача общ.практики
- Пр7 Отд врача
- общ.практики Пр8
- Поликлиника №102
- Поликлиника №111

15. *

Отметьте только один овал.

Поликлиника №114

Поликлиника №49

Поликлиника №98

Пол.отд. №115 п-ки №114

Пол.отд. №121 п-ки №114

Перейдите к вопросу 21.

Пушкинский район

17. *

Отметьте только один овал.

Поликлиника №60

Отд врача общ.практ.в Пушк.

Перейдите к вопросу 21.

Фрунзенский район

18. *

Отметьте только один овал.

Поликлиника №109

Поликлиника №19

Поликлиника №44

Поликлиника №56

Поликлиника №78

Пол.отд. №123 п-ки

№109 Пол.отд.№5 п-ки №109

Перейдите к вопросу 21.

Центральный район

17. *

Отметьте только один овал.

19.

Отметьте только один овал.

Поликлиника

№37

Поликлиника

№38

Поликлиника

№39

Перейдите к вопросу 21.

Прочие

20. *

Отметьте только один овал.

- Иногородняя МО
- ООО "МЦ Эко-
 безопасность" Полик-ка
 №40 (для творч.раб.)
 Поликлиника №1 МСЧ
 МВД Поликлиника №1
 РАН Поликлиника №75
 Поликлиника №76
СПб больница РАН
- ООО "НИЦ Эко-
 безопасность" Конс.-
 диагн.п-ка ЛДЦ ВМА
 Поликлиника №81
 Мед.центр на пл.Стачек
Поликлиника №4 ФТС
- России ЧУЗ "КБ "РЖД-
 Медицина" г.СПб
п-ка №1 ЧУЗ "КБ "РЖД-
 Медицина" СЗОНКЦ им. Л.Г.
Соколова

Перейдите к вопросу 21.

21. Посоветовали бы Вы вашим родственникам и друзьям наблюдаться в данной поликлинике? *

Отметьте все подходящие варианты.

20. *

Отметьте только один овал.

Ни в	Вряд	Не	Скор	Да,
кчем	д	зна	ее	конечно
случае	ли	ю	да	

Выберите один вариант

Если бы Вы были главным врачом поликлиники, то для своих пациентов Вы бы сделали..

20. Выберите обязательно именно 3 варианта, которые Вы считаете наиболее подходящими. *

Отметьте все подходящие варианты.

- парковка
- электронная очередь (талон на прием и
- электронное табло) кафе
- wi-fi
- книги (библиотека)
- игровая площадка для детей и
- воспитатель тихая музыка в коридорах
- отсутствие очереди в
- регистратуру доброе отношение мед. персонала
- удобный вход (ступеньки, пандус, широкие
- двери) обозначение входа в поликлинику и
- указателей кабинетов комфортный гардероб
- большее количество сан.узлов
- большее количество зеркал
- просторный коридор для ожидания больше сидячих мест
- бесплатные бахилы

21. Выберите обязательно именно 3 варианта, которые Вы считаете наиболее подходящими. *

Отметьте все подходящие варианты.

- комплексный прием врача общей практики
- кабинет доврачебного приема (направление на анализы, получение
 справок, ...) запись к специалистам на ближайшее время
- запись на анализы на ближайшее
- время минимальное время ожидания
- приема врача иной режим работы
врачей
- иной режим приема анализов
- изменить систему записи к
врачам
- увеличить длительность приема пациентов
- увеличить количество врачей-специалистов
- расширить перечень врачей-специалистов
- расширить перечень диагностических
мероприятий
- уменьшить численность прикрепленного населения
- на участке возможность быстро выписать рецепт, без
записи

Другое:

24. Что бы Вы изменили в системе записи пациентов на прием (к терапевтам, узким специалистам, на диагностические обследования) *

В каждой строке можно выбрать и один, и два, и все три варианта

22. Выберите обязательно именно 3 варианта, которые Вы считаете наиболее подходящими. *

Отметьте все подходящие варианты.

Отметьте все подходящие варианты.

	К терапевта	К узким специалист ам	На диагностические обследования
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Выделить больше мест на электронную запись	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Убрать возможность электронной записи			
Создать возможность записи, минуя посещение врачей-терапевтов участковых			

25. Если бы не была регламентирована продолжительность приема одного пациента, каково, на Ваш взгляд, было бы оптимальное время на прием одного пациента? *

Выберите ОДИН вариант ответа

Отметьте только один

овал.

- До 15 минут на одного
пациента
 От 16 до 30
минут
 От 31 до 45 минут
 От 46 до 60 минут
 Дольше 60 минут

26. Сколько пациентов Вы можете качественно принять за время амбулаторного приема в течение рабочего дня? *

Выберите ОДИН вариант
ответа

Отметьте только один овал.

- До 5 пациентов
 6-10
 От 11 до 15
 16-20

25. Если бы не была регламентирована продолжительность приема одного пациента, каково, на Ваш взгляд, было бы оптимальное время на прием

21-25

26-30

31-35

36-40

Больше 40 пациентов

27. Какое максимальное количество пациентов Вы можете посетить на дому в день? (если Вы не хотите посещать пациентов на дому, выберите вариант 0) *
- Пожалуйста, выберите ОДИН вариант ответа

Отметьте только один овал.

- 0
- До 5-
- ти 6-
- 10
- 11-15
- 16-20
- Больше 20

28. Какие промежутки времени (в часах) являются для Вас наиболее удобными для работы на амбулаторном приеме? *
- Выберите, пожалуйста, ТРИ варианта ответа

Отметьте все подходящие варианты.

- 8-10
- 10-12
- 12-14
- 14-16
- 16-18

18-20

29. Что бы Вы изменили в структуре своего рабочего дня? *

Выберите столько вариантов ответа, сколько считаете нужным. Если у Вас есть дополнения к ответу, напечатайте их в графе "Другое"

Отметьте все подходящие варианты.

- Выделить время на работу с пациентами, которые приходят повторно
 - Убрать время для работы с пациентами, которые приходят повторно
 - Выделить время перерыва на обед
 - Выделить время для работы с документацией
 - Сократить длительность амбулаторного приема
 - (в день) Не работать сверх установленного рабочего дня
 - Работать лишь на амбулаторном приеме, исключив обслуживание пациентов на дому
 - Обслужить только пациентов на дому, исключив амбулаторный прием
- Другое: _____

30. Что бы Вы изменили во ведении документации для того, чтобы Ваша работа стала более эффективной и комфортной? *

Выберите столько вариантов ответа, сколько считаете нужным. Если у Вас есть дополнения к ответу, напечатайте их в графе "Другое"

Отметьте все подходящие варианты.

- Ведение всей документантации по пациентам только в бумажном виде
- Ведение всей документации по пациентам только в электронном виде
- Упростить требования

оформления документации по посещениям Уменьшить
количество отчетной документации

Переложить оформление времязатратной документации на
отдельновыделенную службу(оформление инвалидности,
направление на сан-курлечение, направление в специализированные
учреждения и т.д.)

Другое:

31. Хотели бы Вы иметь возможность отказаться от работы с определенными группами пациентов? *

Выберите столько вариантов ответа, сколько считаете нужным. Если у Вас есть дополнения к ответу, напечатайте их в графе "Другое"

Отметьте все подходящие варианты.

- От пациентов, которые приходят только для того, чтобы записаться к другому врачу
- От пациентов другого профиля (гинекологических, неврологических и т.д) От работы с конфликтными пациентами
- От работы с пациентами, которые не понимают, что их здоровье - это их ответственность
- От работы с пациентами с отягощенным психиатрическим анамнезом От работы с онкологическими пациентами
- От работы с беременными
- От работы с пожилыми пациентами
- От работы с людьми с ограниченными возможностями Меня устраивает работа с **ЛЮБЫМИ ГРУППАМИ** пациентов

Другое:

32. Что бы Вы изменили в движении потоков пациентов? *

Выберите столько вариантов ответа, сколько считаете нужным. Если у Вас есть дополнения к ответу, напечатайте их в графе "Другое"

- Выделить больше врачей на прием без предварительной записи
- Обеспечить обязательное прохождение через регистратуру перед посещением врача
- Обеспечить предварительный прием фельдшера для определения, к какому специалисту лучше направить
- Организовать пост, на котором средний мед персонал выписывает рецепты и направления на обследования
- Отнести в обязанности врача только лечебно-диагностическую работу, остальные обязанности переложить на других сотрудников
- Другое:
-

33. Пациент пришел на прием и ожидает приема в коридоре. Каково, на Ваш взгляд, максимально допустимое время ожидания приема пациентом? *
- Выберите, пожалуйста, один вариант ответа

Отметьте только один овал.

- До 5 минут
- От 6 до 15 минут
- От 16 до 30 минут
- От 31 до 60 минут
- От 61 до 120 минут
- Столько времени, сколько потребуется ждать

34. 13) Каким должен быть на Ваш взгляд врач-терапевт? *

Отметьте все подходящие варианты.

Переживать за проблемы пациента	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
По возможности решать проблемы пациента без привлечения узких специалистов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Стараться проводить полное диагностическое обследование пациента		
	Да	Нет

35. При общении с пациентом на приеме для Вас важнее всего... *

Выберите, пожалуйста, ТРИ варианта ответа.

Отметьте все подходящие варианты.

- выслушать вопросы и дать на них ответы
- дать доп. информацию по дальнейшему лечению, дообследованию, побочным эффектам
- провести полноценный прием
- внимательно выслушать историю
- заболевания проявить участие к
- проблемам пациента внимательно провести осмотр
- назначить дальнейшие обследования или консультации и провести их в ближайшее время
- комплексно оценить здоровье пациента и
- назначить лечение дать советы по поддержанию здоровья

Другое:

36. У пациента после приема возникают к Вам некоторые вопросы. Как Вам было бы удобнее ответить на них? *

Вы можете выбрать несколько вариантов ответа

Отметьте все подходящие варианты.

по телефону по электронной почтесмс- сообщения

при повторном посещении пациентом поликлиники

 не отвечать, пусть поищет ответы на вопросы сам в интернете

или журналах Другое: _____

Каких врачей-специалистов больше всего не хватает в поликлинике?

37. Каких врачей-специалистов больше всего не хватает в поликлинике? *

Вы можете выбрать несколько вариантов ответа

Отметьте все подходящие варианты.

- Аллерголог
- Гастроэнтеролог
- Гематолог
- Геронтолог
- Гинеколог
- Дерматовенеролог
- Иммунолог
- Инфекционист
- ЛОР
- Кардиолог
- Маммолог
- Невролог
- Нейрохирург
- Нефролог
- Ортопед-
- травматолог
- Онколог
- Офтальмолог
- Проктолог
- Психиатр
- Психолог
- Программист
- Пульмонолог
- Ревматолог
- Сосудистый
- хирург
- Сурдолог
- Терапе
- вт Врач
- УЗИ
- Уролог

37. Каких врачей-специалистов больше всего не хватает в поликлинике? *

Вы можете выбрать несколько вариантов ответа

Отметьте все подходящие варианты.

- Аллерголог
- Гастроэнтеролог
- Гематолог
- Геронтолог
- Гинеколог
- Дерматовенеролог
- Иммунолог
- Физиотерапевт
- Флеболог
- Врач функциональной
- диагностики Хирург
- Эндокринолог

Другое: _____

Какие врачи-специалисты труднодоступны для пациентов?

38. Какие врачи-специалисты труднодоступны для пациентов? *

Вы можете выбрать несколько вариантов ответа

Отметьте все подходящие варианты.

- Аллерголог
- Гастроэнтеролог
- Гематолог
- Геронтолог
- Гинеколог
- Дерматовенеролог
- Иммунолог
- Инфекционист
- ЛОР

- Кардиолог
- Маммолог
- Невролог
- Нейрохирург
- Нефролог

- Ортопед-
- травматолог
- Онколог
- Офтальмолог
- Проктолог

- Психиатр
- Психолог
- Программист
- Пульмонолог
- Ревматолог
- Сосудистый
- хирург
- Сурдолог

- Терапе
- вт Врач
- УЗИ
- Уролог

38. Какие врачи-специалисты труднодоступны для пациентов? *

Вы можете выбрать несколько вариантов ответа

Отметьте все подходящие варианты.

- Аллерголог
- Гастроэнтеролог
- Гематолог
- Геронтолог
- Гинеколог
- Дерматовенеролог
- Иммунолог
- Физиотерапевт
- Флеболог

- Врач функциональной
- диагностики Хирург

- Эндокринолог

Другое: _____

39. Какие обследования труднодоступны для пациентов? *

Вы можете выбрать несколько вариантов ответа

Отметьте все подходящие варианты.

- Бак.исследования
- Биохимический анализ
- крови Велоэргометрия
- Вирусологические исследования
- Дуоденальное зондирование
- Дуплексное сканирование сосудов
- Ирригоскопия
- Компьютерная томография
- Магнитно-резонансная томография
- Маммография
- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- Посевы крови, мочи, мокроты и иных биологических жидкостей
- Рентген
- Спирометрия
- Сцинтиграфия
- Фиброгастродуоденоскопия
- Эндоскопические другие исследования
- ЭХО-КГ
- Холтеровское мониторирование
- Другое: _____

40. Что Вас больше всего радует в Вашей работе? *

39. Какие обследования труднодоступны для пациентов? *

Вы можете выбрать несколько вариантов ответа

Отметьте все подходящие варианты.

Расскажите, пожалуйста, подробно. Количество слов не важно.

41. Что Вас больше всего раздражает в Вашей работе? *

Расскажите, пожалуйста, подробно. Количество слов не важно.

42. Если бы была возможность вернуться назад, Вы бы выбрали мед.вуз?

Отметьте только один овал.

Да *Перейдите к вопросу 43.*

Нет *Перейдите к вопросу 47.*

Не продолжил(а) обучение после школы. *Перейдите к вопросу 47.*

Если бы Вам предложили идеальное место работы, какое бы оно было?

43. Хотели бы Вы работать в стационаре или работать на кафедре? Или оставить всё, как сейчас? Или совмещать? В случае совмещения, ответьте, пожалуйста,

Отметьте только один овал в каждом ряду.

Поликлиника	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
СтационарКафедра	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Да	Нет
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

44. Режим

45. Рабочее место

46. Заработная плата

47. Выбирая место работы, Вы ориентируетесь на. *

Выберите обязательно именно 3 варианта, которые Вы считаете наиболее подходящими.

Отметьте все подходящие варианты.

- хорошая
- должность
- достойная
- зарплата
- современная
- клиника график
- работы близость к
- дому минимум
- пациентов
- минимум отчетов
- работа в согласии с собственной
- совестью хорошее отношение с
-

начальством хорошие отношения в
коллективе

- хорошие условия работы (кабинет,
- оборудование) возможность
- профессионального развития
- престижность места работы
- работа в команде с другими специалистами

48. Ваш стаж работы в должности врача-терапевта? *

Отметьте только один овал.

- До 2-х
- лет 2,1 -
- 5,0
- 5,1 - 10,0 лет
- 10,1 - 20,0 лет
- 20,1 - 30,0 лет
- Больше 30 лет

49. Считаете ли вы работу врача достойной? *

Отметьте только один овал.

Считаю *Перейдите к вопросу 50.*

Не считаю *Перейдите к вопросу 51.*

Объясните, пожалуйста, почему Вы считаете профессию врача достойной?

50. Вы можете выбрать один или несколько вариантов ответа из представленных, а также дополнить свое мнение в строке "Другое" *

Отметьте все подходящие варианты.

Это ответственно и благородно - спасать

чужие жизни
Работа врача - это очень тяжелая работа

Профессия врача дает возможность постоянно

совершенствоваться
Есть возможность хорошо зарабатывать

Другое:

Перейдите к вопросу 52.

Почему Вы не считаете профессию врача достойной? Поясните своё мнение,

пожалуйста.

51. Вы можете выбрать один или несколько вариантов ответа из представленных, а также дополнить свое мнение в строке "Другое" *

Отметьте все подходящие варианты.

Работу врача не

ценят Врача легко

оскорбить Врачу

мало платят

У врача тяжелый график работы

У врача слишком много

обязанностей Другое: _____

Немножечко о Вас

52. Сколько Вам лет? (Выберите, пожалуйста, возрастной диапазон) *

Отметьте только один овал.

До 30 лет

31-40

41-50

51-60

Старше 60 лет

53. Особенности работы *

Отметьте только один овал.

Работа на ставку

Работа на

полставки

Совместительство

54. Численность Вашего терапевтического участка *

Отметьте только один овал.

До 1500 человек

1501 - 2000

2001 - 2500

2501 - 3000

3001 - 3500

Больше 3500

55. Ваша заработная плата (в тысячах рублей, на руки) *

Отметьте только один овал.

<30

30-39

40-49

50-59

60-69

70-79

80-89

90-99

100-149

>150

Теперь, когда Вы ответили на все вопросы, нажмите, пожалуйста, на надпись "Отправить". Так Ваши ответы будут сохранены и получены нами. Спасибо, что приняли участие в исследовании!

Компания Google не имеет никакого отношения к этому контенту.