

**Гаджиев Р. С., Агаларова Л. С., Рагимов Г. Г.**

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКИХ ПУНКТАХ

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 367016, г. Махачкала

*В оказании первичной медико-санитарной помощи сельскому населению велика роль фельдшерско-акушерских пунктов. Цель исследования — разработка системы мероприятий, направленных на повышение качества медицинской помощи, оказываемой в фельдшерско-акушерских пунктах.*

*Исследование проводилось в 2019—2020 гг. на базе 26 фельдшерско-акушерских пунктов 12 центральных районных больниц Республики Дагестан. Методом хронометражного наблюдения изучена организация труда 26 фельдшеров и 26 акушерок в течение 1740 ч, проанализировано содержание 16 511 посещений пунктов населением. Методом экспертной оценки изучено качество оказания медицинской помощи 445 больным в семи из них. На основную работу у фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов приходится 74,5%, у акушерок — 76,3% всех трудовых затрат. Значительный удельный вес в структуре затрат занимает профилактическая (22,9% у фельдшеров и 27,8% у акушерок) и лечебно-диагностическая (17 и 15,6%) деятельность. Велики затраты на переходы и переезды (17,3 и 14,1% соответственно) и на работу с документацией (13,7 и 14,5% соответственно).*

*В структуре посещений населением фельдшеров и акушерок по причинам посещения с лечебно-диагностической целью составляют 37%, для выполнения врачебных назначений — 32,8%, профилактические — 23,9%.*

*Качество оказания медицинской помощи фельдшерами больным с терапевтическими заболеваниями в 23,8% случаев было неполноценным. 35,7% больных лечились на фельдшерско-акушерском пункте необоснованно. Из общего числа больных, которые лечились необоснованно, по заключению экспертов, 62,5% должны были лечиться в центральной районной больнице, 34,8% — в участковой больнице (амбулатории).*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** доврачебная помощь; организация труда; хронометраж; экспертная оценка; качество медицинской помощи.

**Для цитирования:** Гаджиев Р. С., Агаларова Л. С., Рагимов Г. Г. Совершенствование организации труда и качества медицинской помощи на фельдшерско-акушерских пунктах. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2022;30(5):859—864. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-5-859-864>

**Для корреспонденции:** Агаларова Луиза Саидакмедовна, д-р мед. наук, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Дагестанского государственного медицинского университета, e-mail: [luiza\\_agalarova@mail.ru](mailto:luiza_agalarova@mail.ru)

**Gadzhiev R. S., Agalarova L. S., Ragimov G. G.**

## IMPROVING THE ORGANIZATION OF LABOR AND THE QUALITY OF MEDICAL CARE AT PARAMEDIC AND OBSTETRIC STATIONS

Dagestan State Medical University of Minzdrav of Russia, 367016, Makhachkala, Russia

*In the provision of primary health care to the rural population, the role of paramedic and obstetric stations (FAP) is great. The purpose of the study is to develop a system of measures aimed at improving the quality of medical care provided at paramedic and obstetric stations. The study was conducted in 2019-2020 on the basis of 26 FAP of 12 central district hospitals (CRH) of the Republic of Dagestan. The organization of labor of 26 paramedics and 26 midwives during 1740 hours was studied by the method of time-lapse observation. The content of 16511 visits by the FAP population was analyzed. The expert evaluation method studied the quality of medical care to 445 patients on 7 FAP. The main work of FAP paramedics accounts for 74.5%, and for midwives — 76.3% of all labor costs. A significant share in the cost structure is occupied by preventive (22.9% for paramedics and 27.8% for midwives) and diagnostic and therapeutic activities (17% and 15.6%). There are high costs for transitions and relocations (17.3% and 14.1%) and for working with documentation (13.7% and 14.5%). In the structure of visits by the population of paramedics and midwives of FAP, for reasons of the greatest proportion are visits with therapeutic and diagnostic purposes (37%), followed by visits for medical appointments (32.8%) and preventive (23.9%). The quality of medical care provided by paramedics to patients with therapeutic diseases was inadequate in 23.8% of cases. Every third (35.7%) patient was treated with FAP unreasonably. Out of the total number of patients who were treated unreasonably on FAP, according to experts, 62.5% had to be treated in the CRH, 34.8% — in the district hospital (outpatient clinic).*

**К e y w o r d s :** pre-medical care; labor organization; timing; expert assessment; quality of medical care.

**For citation:** Gadzhiev R. S., Agalarova L. S., Ragimov G. G. Improving the organization of labor and quality of medical care at paramedic-obstetric stations. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini.* 2022;30(5):859—864 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-5-859-864>

**For correspondence:** Louise Saidakhmedovna Agalarova, MD, Head of the Department of Public Health and Healthcare of Dagestan State Medical University. e-mail: [luiza\\_agalarova@mail.ru](mailto:luiza_agalarova@mail.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare that there is no conflict of interest.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support

Received 18.02.2022  
Accepted 06.04.2022

### Введение

Одним из главных направлений реформы здравоохранения, проводимой в целях выполнения конституционных гарантий населению в области охраны здоровья, является реформа первичной меди-

цинской помощи — основного звена при оказании населению медицинской помощи.

От состояния амбулаторно-поликлинической помощи зависят эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения, сохранение

трудового потенциала страны, а также решение большинства медико-социальных проблем, возникающих на уровне семьи, особенно у социально незащищенных групп населения: детей, пожилых людей, инвалидов [1, 2].

Фельдшера и акушерки фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) принимают активное участие в организации и проведении профилактических осмотров, диспансеризации, повышении санитарной грамотности и привитии гигиенических навыков населению. От организации их труда, уровня знаний, культуры обслуживания в значительной степени зависит качество оказания медицинской помощи на ФАП [3, 4].

Велика роль ФАП в оказании первичной медико-санитарной помощи сельскому населению. Если городской житель обращается за медицинской помощью к врачу, то сельский в большей части случаев — к средним медицинским работникам. Таким образом, значительна доля их участия в самостоятельной лечебной деятельности на селе [5].

Цель исследования — разработка системы мероприятий, направленных на повышение качества медицинской помощи, оказываемой на ФАП.

#### Материалы и методы

Исследование проведено в 2019—2020 гг. на базе 26 ФАП 12 центральных районных больниц (ЦРБ) Республики Дагестан. Методом хронометражного наблюдения изучены содержание и организация труда 26 фельдшеров и 26 акушерок в течение 1740 ч. Для сбора статистического материала были разработаны «Хронокарта учета затрат рабочего времени фельдшера (акушерки) на амбулаторном приеме» и «Хронокарта затрат рабочего времени фельдшера (акушерки) при обслуживании больных на дому». Проанализировано содержание 16 511 посещений населением ФАП.

Методом экспертной оценки по данным записей «Журнала регистрации амбулаторных больных» (ф. 074/у) изучено качество оказания медицинской помощи 445 больным на 7 ФАП. Экспертизу качества оказания медицинской помощи осуществляли главные внештатные специалисты и заведующие отделениями ЦРБ.

Оценку качества медицинской помощи эксперты давали на основе стандартов доврачебной и амбулаторной помощи. Критериями оценки качества были своевременность, полнота и обоснованность обследования, диагностики, качество оказания медицинской помощи на ФАП. Заключение экспертов были положены в основу оценки качества медицинской помощи.

Расчет необходимого числа единиц наблюдения (карт амбулаторных больных) при проведении экспертной оценки качества оказания медицинской помощи на ФАП проведен по формуле А. М. Меркова, Л. Е. Полякова [6] и составил примерно 360 карт амбулаторных больных. Для сбора материала была разработана «Карта экспертной оценки качества оказания медицинской помощи фельдшером (акушеркой) на ФАП».

Анализ материалов исследования показал, что среди респондентов, обратившихся за помощью на ФАП, 59,7%, составили женщины и 40,3% мужчины. По образованию они распределялись следующим образом: начальное (9,3%), среднее (74%) и высшее (16,7%). Среди пациентов преобладали лица пожилого и старческого возрастов (29,1%), лица от 50 до 59 лет составили 20%, 40—49 лет — 13,3%, 30—39 лет — 9,3% и от 20 до 29 лет — 6%.

#### Результаты исследования

Для выявления резервов в организации труда фельдшеров и акушерок ФАП и определения приоритетных направлений была изучена структура затрат рабочего времени (табл. 1). На основную работу (организационно-аналитическую деятельность, лечебно-диагностическую работу, выполнение врачебных назначений, работу с документацией, оказание неотложной медицинской помощи, профилактическую и медико-социальную деятельность) у фельдшеров приходится 74,5%, а у акушерок — 76,3% всех трудовых затрат.

Установлено, что медицинский персонал ФАП недостаточно внимания уделяет профилактической деятельности (от 22,9% у фельдшеров до 27,8% у акушерок): участию в организации и проведении профилактических осмотров и диспансеризации, патронажу беременных и детей, санитарно-противоэпидемической работе, санитарно-гигиеническому просвещению, проведению профилактических прививок, подворным обходам, мероприятиям по формированию ЗОЖ у населения. Между тем указанные виды деятельности в их работе должны занимать ведущее место. Обращает на себя внимание большой удельный вес затрат времени на оформление медицинской документации от 13,7 до 14,5%.

На организационно-аналитическую деятельность медицинского персонала ФАП (организацию деятельности медицинского персонала, планирование работы ФАП, повышение квалификации, внедрение прогрессивных форм работы и передового опыта, контроль, анализ деятельности ФАП) приходится от 8,2% (у акушерок) до 10,5% (у фельдшеров) временных затрат.

В сложившихся условиях в структуре затрат рабочего времени медицинского персонала ФАП значительный удельный вес (у акушерок — 15,6%, у фельдшеров — 17%) занимает лечебно-диагностическая работа: самостоятельный прием больных на ФАП, оказание медицинской помощи на дому, выполнение врачебных назначений, манипуляции, перевязки, процедуры, измерения АД, температуры и пр.

Важным разделом работы медицинского персонала ФАП является медико-социальная деятельность: медико-социальный патронаж, оказание паллиативной помощи, медико-социальная реабилитация одиноких лиц и лиц группы социального риска.

Значительную долю времени в структуре рабочего дня медицинского персонала ФАП занимают

Структура затрат рабочего времени фельдшеров и акушерок ФАП по видам деятельности

Вид деятельности	Фельдшеры		Акушерки	
	абс. число	%	абс. число	%
Подготовительная работа	12	2,8	14	3,3
Организационно-аналитическая деятельность				
В том числе:	46	10,5	35	8,2
организация деятельности медицинского персонала	13	3,0	8	1,7
планирование работы ФАП	6	1,4	5	1,3
повышение квалификации	13	3,1	10	2,4
внедрение прогрессивных форм работы и передового опыта	4	0,9	5	1,2
контроль, анализ деятельности ФАП	10	2,1	7	1,4
Лечебно-диагностическая работа				
В том числе:	74	17,0	67	15,6
прием больных на ФАП	41	9,4	29	6,7
оказание медицинской помощи на дому	19	4,3	16	3,8
манипуляции, перевязки, процедуры, измерение АД, температуры	14	3,3	22	5,1
Работа с медицинской документацией	60	13,7	63	14,5
Организация и оказание неотложной медицинской помощи	14	3,2	16	3,8
Профилактическая деятельность				
В том числе:	101	22,9	120	27,8
участие в организации и проведении профилактических осмотров и диспансеризации	19	4,2	28	6,4
патронаж беременных и детей	14	3,2	20	4,7
санитарно-противоэпидемическая работа	27	6,1	22	5,1
санитарно-гигиеническое просвещение населения	10	2,3	15	3,4
организация и проведение профилактических прививок	8	1,9	12	2,7
подворные обходы	11	2,6	15	3,4
текущий санитарный надзор	5	1,1	2	0,8
мероприятия по формированию ЗОЖ населения	7	1,5	6	1,3
Медико-социальная деятельность				
В том числе	31	7,2	28	6,4
медико-социальный патронаж	11	2,6	9	2,1
медицинская реабилитация пациентов с различной патологией	3	0,7	5	1,1
оказание паллиативной помощи	10	2,3	9	2,0
медико-социальная реабилитация инвалидов, одиноких лиц и лиц из группы социального риска	7	1,6	5	1,2
Переходы, переезды	76	17,3	61	14,1
Прочие виды деятельности	24	5,4	28	6,3
<b>И т о г о...</b>	<b>438 ч</b>	<b>100,0</b>	<b>432 ч</b>	<b>100,0</b>

П р и м е ч а н и е. АД — артериальное давление, ЗОЖ — здоровый образ жизни.

«прочие виды деятельности»: организационно-хозяйственная работа, выполнение общественных поручений в рабочее время, беседы с посетителями, разговоры по телефону, также велики затраты времени на переходы и переезды (от 14,1 до 17,3%).

Таким образом, наиболее реальными резервами у медицинского персонала ФАП являются сокращение затрат времени на «работу с документацией», «переходы, переезды» и «прочие виды работы». На эти виды деятельности медицинским персоналом ФАП расходуется от 34,9% (у акушерок) до 36,4% (у фельдшеров) всего бюджета времени. Высвободившееся время может быть направлено на совершенствование и расширение профилактической деятельности.

При изучении средних затрат времени фельдшера на одно посещение по причинам установлено, что на лечебно-диагностическое посещение он затрачивает 12,8±0,2 мин, на профилактическое — 9,2±0,2 мин, на оформление медицинской документации — 2,6±0,03 мин, на выполнение врачебных назначений — 7,3±0,1 мин. Это необходимо учитывать при организации и планировании объема работы медицинского персонала ФАП.

Одним из важных разделов деятельности медицинского персонала ФАП является оказание меди-

цинской помощи больным на дому. На организацию помощи на дому влияет ряд факторов. Один из них — сезонное колебание числа вызовов, которое более выражено, чем при амбулаторных посещениях. Число посещений на дому резко возрастает в ноябре (10,8%), декабре (13,1%) и январе (14%) и значительно падает в июле (5%) и августе (4,3%).

Обращаемость сельского населения за медицинской помощью на дому также зависит от возрастной структуры населения. Максимальное число посещений на дому больных с хроническими заболеваниями приходится на возраст 60—79 лет (61,3%). В общей структуре посещений визиты на дом у фельдшеров составляют 26,8%. На одно первичное посещение на дому приходится в среднем 2,5 повторного посещения, причем этот показатель в значительной мере зависит от заболевания.

Анализ структуры затрат рабочего времени медицинского персонала ФАП при обслуживании больных на дому (табл. 2) показал, что на оказание медицинской помощи приходится от 49% (у фельдшеров) до 54,2% (у акушерок), значительны затраты на переходы, переезды (33,4 и 24,2%, соответственно) и оформление медицинской документации (от 7,1 до 9,1%). Доля посещений по поводу заболеваний, диагностики и лечения, которые фельдшеры

Таблица 2

Структура затрат рабочего времени фельдшеров и акушерок  
ФАП при обслуживании больных на дому

Вид деятельности	Фельдшеры		Акушерки	
	абс. число	%	абс. число	%
Подготовительная работа	26	8,3	32	10,4
Оказание медицинской помощи (опрос, осмотр и оказание помощи)	154	49,0	168	54,2
Оформление медицинской документации, выписка справок, направлений	22	7,1	28	9,1
Переходы, переезды	99	31,4	75	24,2
Прочие виды деятельности	14	4,2	7	2,1
Итого...	315 ч	100,0	310 ч	100,0

осуществляют самостоятельно, на разных ФАП колеблется от 27,9 до 51,4%.

Изучена структура посещений населением ФАП по классам болезней (табл. 3). Из общего числа посещений около 70% приходится на больных с заболеваниями органов дыхания, системы кровообращения, органов пищеварения, нервной системы, а также с травмами и отравлениями.

Половину (50,3%) заболеваний органов дыхания составляют острые респираторные инфекции, 18% — бронхиты, 13,1% — грипп и 2,6% — пневмония. Среди заболеваний системы кровообращения  $\frac{2}{3}$  приходится на гипертоническую болезнь (54,7%) и ишемическую болезнь сердца (11,6%), 14,2% — на атеросклероз и 8,9% — на ревматоидный артрит. В структуре заболеваний органов пищеварения наибольший удельный вес (35,2%) занимают больные с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, 23,9% — с гастритами, дуоденитами, колитами, 23,5% — с холециститами.

На каждый ФАП приходится в среднем три населенных пункта с радиусом обслуживания до 7 км и численностью обслуживаемого населения в среднем 925 человек. За год к фельдшеру обращаются от 2,5 тыс. до 3 тыс. человек, из них 750—900 детей и подростков.

Анализ структуры посещений населением фельдшеров и акушерок ФАП по причинам показал, что 37% составляют посещения с лечебно-диагностической целью, 32,8% — посещения для выполнения врачебных назначений, 23,9% — профилактические посещения, а на посещения с целью оформления медицинской документации приходится 6,3%.

При анализе объема работы фельдшеров и акушерок на амбулаторном приеме и при обслуживании больных на дому (учитывали все посещения больных и патронажные посещения детей и беременных, манипуляции) установлено, что средняя нагрузка у фельдшера на амбулаторном приеме за час составляет 2,5 посещения (среднедневная нагрузка — 8,6), при обслуживании больных на дому — 1,3, а у акушерки — 2,7 и 1,2 посещения соответственно.

Другим важным направлением нашего исследования было изучение качества медицинской помощи, оказываемой на ФАП. Данные экспертной

оценки позволяют сделать заключение, что на ФАП допускается множество недочетов в организации медицинской помощи сельскому населению. Так, по данным экспертов, качество оказания медицинской помощи фельдшерами (акушерками) детям в 35,7% случаев, больным с терапевтическими заболеваниями в 23,8% случаев было неполноценным. Причинами неполноценной помощи в 53,1% случаев, по мнению экспертов, была недостаточная квалификация фельдшеров, в 20,3% — отсутствие необходимых лекарственных средств, в 34,7% — отсутствие контроля за работой ФАП со стороны врачей участковой больницы (амбулатории) и ЦРБ, в 15,2% не указывались дозы лекарственных средств. По мнению экспертов, неотложная медицинская помощь при острых заболеваниях и несчастных случаях в 23,4% случаев была оказана неполноценно, особенно при судорожных синдромах, лихорадочных состояниях, травмах и острых хирургических заболеваниях.

Одним из важных показателей работы фельдшеров, как известно, является правильное установление диагноза. При экспертной оценке качества диагностики на ФАП установлено расхождение диагнозов по основным заболеваниям в 17,5% случаев. Причинами ошибочной диагностики, по мнению экспертов, в 48,7% случаев был недостаточный контроль за работой фельдшеров, в 33,4% — недостаточная квалификация фельдшеров; в 16,1% случаев не были проведены консультации с врачами сельского врачебного участка и ЦРБ.

По данным экспертов, 35,7% больных лечились на ФАП необоснованно. Из общего числа таких больных, по заключению экспертов, 62,5% должны были лечиться в ЦРБ, 34,8% — в участковых больницах (амбулаториях) и 2,7% — в республиканских медицинских организациях.

Таблица 3

## Структура посещений населением ФАП по классам болезней

Класс болезней	Абс. число	%
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	677	4,1
Новообразования	66	0,4
Болезни крови, кровеносных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	644	3,9
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушение обмена веществ	99	1,4
Психические расстройства и расстройства поведения	231	0,6
Болезни нервной системы	941	5,7
Болезни глаза и его придаточного аппарата	330	2,0
Болезни уха и сосцевидного отростка	379	2,3
Болезни системы кровообращения	3 088	18,7
Болезни органов дыхания	4 294	26,0
Болезни органов пищеварения	1 519	9,2
Болезни кожи и подкожной клетчатки	627	3,8
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	1403	8,5
Болезни мочеполовой системы	710	4,3
Беременность, роды и послеродовой период	281	1,7
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	50	0,3
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействий внешних причин	1 172	7,1
Всего...	16 511	100,0

## Реформы здравоохранения

По мнению экспертов, в 32,5% случаев причинами необоснованного лечения больных на ФАП явилось недобросовестное отношение медицинских работников к своим обязанностям, в 21,4% — нежелание больных лечиться в участковой больнице (амбулатории), ЦРБ из-за отдаленности и плохого транспортного сообщения. Экспертная оценка показала, что в 33,4% случаев больные были направлены на консультацию к врачам-специалистам несвоевременно, а в 17,1% случаев тактика фельдшеров при обращении инфекционных больных на ФАП была неправильной, больные лечились на ФАП, но на них не подавались экстренные извещения.

Материалы исследования позволили нам определить основные направления совершенствования организации и качества медицинской помощи на ФАП: укрепление материально-технической базы сельских врачебных амбулаторий, ФАП, непрерывное повышение квалификации медицинского персонала, овладение смежными специальностями, широкое использование экспресс-методов диагностики и телемедицинских технологий, обеспечение транспортом медицинского персонала ФАП, подготовка медицинского персонала ФАП в области гериатрии, физиотерапии, совершенствование медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста. Все это способствует повышению доступности и качества первичной медико-санитарной помощи сельскому населению.

### Обсуждение

Вопрос о роли и месте ФАП в системе сельского здравоохранения имеет актуальное значение. Ряд авторов [7—10], используя результаты проведенных исследований, пришли к выводу, что сеть ФАП на селе должна сокращаться, их место должны занимать врачебные амбулатории. Фельдшеры, по мнению этих исследователей, должны проводить преимущественно профилактическую и санитарно-просветительную работу. Другие авторы [11—13] указывают на дальнейшее расширение роли ФАП, необходимость укрепления их материально-технической базы, установления категоричности этих учреждений в зависимости от численности обслуживаемого населения.

По нашему мнению, фельдшерско-акушерская помощь должна перестраиваться с учетом демографических и социальных сдвигов на селе: «постарения» населения, увеличения числа одиноких престарелых и лиц пожилого возраста, чьи потребности в медицинской помощи и социальной защищенности выше, чем у остальных групп населения. В ближайшие годы следует сосредоточить деятельность ФАП на осуществлении профилактических мероприятий, выполнении назначений врачей и оказании неотложной медицинской помощи.

Изучение структуры затрат рабочего времени медицинского персонала ФАП показало, что на основную работу у фельдшеров приходится 74,5%, у акушерок — 76,3% всех трудовых затрат, а по данным Т. В. Рыжониной — 62 и 66,1% соответственно [14].

По данным нашего исследования, на профилактическую работу у фельдшеров приходится 22,9% рабочего времени, у акушерок — 27,8%, а по данным В. А. Угарова — 14,6 и 17,5% соответственно [15]. Эти затраты, по нашему мнению, у медицинского персонала ФАП на перспективу должны составлять 50—60% общего бюджета рабочего времени.

Изучение мнения населения показало, что 16,2% опрошенных не удовлетворены работой ФАП. В связи с этим важное значение имеет усиление контроля со стороны врачей участковой больницы (амбулатории) и ЦРБ за качеством медицинской помощи на ФАП. Контролировать его невозможно без критериев. Ими должны быть стандарты доврачебной медицинской помощи, объективно отражающие условия деятельности ФАП, практически выполнимые, динамичные, обеспечивающие преемственность лечебно-профилактических мероприятий.

При изучении объема медицинской помощи, оказываемой медицинским персоналом ФАП на амбулаторном приеме и при обслуживании больных на дому, установлено, что у фельдшера средняя дневная нагрузка составила 8,6 человека, по данным В. С. Боева, Л. В. Ушаковой — 9,8, Т. В. Рыжониной — 11,3.

Нами изучена удовлетворенность медицинского персонала ФАП условиями труда. Установлено, что условиями труда полностью удовлетворены 17,9% опрошенных, частично — 61,2%, не удовлетворены — 18,3%, а по данным В. А. Угарова — 9,3; 68,6 и 22,1% соответственно [15]. Основными причинами неудовлетворенности медицинского персонала ФАП условиями труда являются низкая заработная плата, отсутствие транспорта, недостаточное обеспечение оборудованием и медикаментами.

В настоящее время сельское здравоохранение нуждается в универсально подготовленном специалисте со средним медицинским образованием для работы на ФАП (фельдшер общей практики), который мог бы оказывать доврачебную медицинскую помощь сельскому населению по семейному принципу и по всем видам проблем — медицинским, социальным, психологическим и правовым. Необходимо изменить программу подготовки среднего медицинского персонала для ФАП и систему оплаты труда с учетом сложности условий, в которых осуществляется их профессиональная деятельность.

Результаты проведенного исследования обосновывают необходимость сохранения и развития ФАП в системе первичной медико-санитарной помощи сельскому населению, особенно на территориях с низкой плотностью населения.

### Выводы

1. В сложившихся условиях на основную работу у фельдшеров ФАП приходится 74,5%, а у акушерок — 76,3% всех трудовых затрат. Значительный удельный вес в структуре затрат занимает профилактическая деятельность (22,9% у фельдшеров и 27,8% у акушерок) и лечебно-диагностическая работа (17 и 15,6%). Велики затраты на переходы и пере-

езды (17,3 и 14,1%) и на работу с документацией (13,7 и 14,5%).

2. В структуре посещений населением фельдшеров и акушерок ФАП по причинам наибольший удельный вес составляют посещения с лечебно-диагностической целью (37%), посещения для выполнения врачебных назначений составляют 32,8%, профилактические — 23,9%, а на посещения с целью оформления медицинской документации приходится 6,3%.

3. Данные экспертной оценки позволяют сделать заключение, что на ФАП допускается множество недочетов в организации медицинской помощи сельскому населению. Качество оказания медицинской помощи фельдшерами больным с терапевтическими заболеваниями, по данным экспертов, в 23,8% случаев было неполноценным, 35,7% больных лечились на ФАП необоснованно. Из общего числа лечившихся на ФАП необоснованно, по заключению экспертов, 62,5% должны были лечиться в ЦРБ, 34,8% — в участковой больнице (врачебной амбулатории), 2,7% — в республиканских медицинских организациях. В 33,4% случаев больные были направлены на консультацию к врачам-специалистам несвоевременно, в 17,1% случаев тактика фельдшеров при обращении инфекционных больных на ФАП была неправильной.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Мурашко М. А., Шаронов А. А., Ковалев Н. О., Матыцин Н. О. Контроль качества оказания первичной медико-санитарной помощи. *Управление качеством в здравоохранении*. 2018;(1):8—13.
2. Гаджиев Р. С. Фельдшерско-акушерский пункт. М.: Издательство «Шико»; 2021.
3. Линденбрaten А. Л. Методические подходы к оценке качества медицинской помощи. *Здравоохранение*. 2015;(1):27—9.
4. Стрючков В. В., Сапрыкина А. Г. Повышение доступности медицинской помощи сельским жителям. *Здравоохранение*. 2008;(6):47—50.
5. Калининская А. А., Баянова Н. А. Территориальная доступность первичной доврачебной медико-санитарной помощи сельскому населению. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2018;(5):328—32.
6. Мерков А. М., Поляков Л. Е. Санитарная статистика. Пособие для врачей. Л.: Медицина; 1974.
7. Боев В. С., Ушакова Л. В. Деятельность фельдшерско-акушерских пунктов. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2012;(3):41—4.
8. Тестемитчану Н. А., Тинтук Д. В. Пути сближения уровней стационарной помощи городскому и сельскому населению. Кишинев: Штинца; 1984.
9. Кальченко Е. И. Профилактическая работа на фельдшерско-акушерском пункте Л.: Медицина; 1983.
10. Фофанов В. П., Дмитриева Н. В. Основные направления развития медицинской помощи сельскому населению. М.; 1983.
11. Григорьев Ф. Г. Сельское здравоохранение. Чебоксары: Чувашское книжное изд-во; 1983.
12. Хачикьян А. С. Организация учета и снижения травматизма в сельском районе. *Фельдшер и акушерка*. 1974;(1):16—22.
13. Гаджиев Р. С., Агаларова Л. С. Объем и характер амбулаторной помощи сельскому населению и пути ее оптимизации. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2018;3(59):71—7.
14. Рыжонина Т. В., Стрючков В. В., Тюгаева Н. Ю. Оптимизация работы с сестринским персоналом первичного звена здравоохранения, как фактор повышения качества оказания медицинской помощи сельским жителям. В сб.: Организация и управление в сестринском деле: Материалы всероссийской конференции. Новосибирск; 2008. С. 26—30.
15. Угаров В. А., Черниенко Е. И., Коротков Ю. А. Дальнейшее развитие первичной медико-санитарной помощи России. В сб.: Материалы научно-практической конференции 30—31 мая 1995 г. М.; 1995. С. 215—7.

Поступила 18.02.2022  
Принята в печать 06.04.2022

#### REFERENCES

1. Murashko M. A., Sharonov A. A., Kovalev N. O., Matytsin N. O. Quality control of primary health care. *Upravleniye kachestvom v zdavookhraneni* = *Quality Management in Healthcare*. 2018;(1):8—13 (in Russian).
2. Gadzhiev R. S. Paramedic-obstetric point [*Fel'dshersko-akusherskiy punkt*]. Moscow: Publishing House "Shiko"; 2021 (in Russian).
3. Lindenbraten A. L. Methodological approaches to assessing the quality of medical care. *Zdavookhraneniye = Healthcare*. 2015;(1):27—9 (in Russian).
4. Stryuchkov V. V., Saprykina A. G. Increasing the availability of medical care to rural residents. *Zdavookhraneniye = Healthcare*. 2008;(6):47—50 (in Russian).
5. Kalininskaya A. A., Bayanova N. A. Territorial accessibility of primary pre-medical health care to the rural population. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny = Problems of Social Hygiene, Health Care and the History of Medicine*. 2018;(5):328—32 (in Russian).
6. Merkov A. M., Polyakov L. E. Sanitary statistics. Manual for doctors [*Sanitarnaya statistika. Posobiye dlya vrachey*]. Leningrad: Medicine; 1974 (in Russian).
7. Boev V. S., Ushakova L. V. Activity of paramedic-obstetric stations. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny = Problems of Social Hygiene, Health Care and the History of Medicine*. 2012;(3):41—4 (in Russian).
8. Testemitsanu N. A., Tintyuk D. V. Ways of convergence of levels of inpatient care for urban and rural populations [*Puti sblizheniya urovney stacionarnoy pomoshchi gorodskomu i sel'skomu naseleniyu*]. Chisinau: Shtintsa; 1984.
9. Kalchenko E. I. Preventive work at the paramedic-obstetric point [*Profilakticheskaya rabota na fel'dshersko-akusherskom punkte*]. Leningrad: Medicine; 1983 (in Russian).
10. Fofanov V. P., Dmitrieva N. V. The main directions of development of medical care to rural population [*Osnovnyye napravleniya razvitiya meditsinskoy pomoshchi sel'skomu naseleniyu*]. Moscow; 1983 (in Russian).
11. Grigoriev F. G. Rural health care [*Sel'skoye zdavookhraneniye*]. Cheboksary: Chuvash Book Publishing House; 1983 (in Russian).
12. Khachikyan A. S. Organization of accounting and reduction of injuries in rural areas. *Fel'dsher i akusherka = Paramedic and Midwife*. 1974;(1):16—22 (in Russian).
13. Gadzhiev R. S., Agalarova L. S. The volume and nature of outpatient care for rural populations and ways to optimize it. *Obshchestvennoye zdorov'ye i zdavookhraneniye = Public Health and Healthcare*. 2018;3(59):71—7 (in Russian).
14. Ryzhonina T. V., Stryuchkov V. V., Tyugaeva N. Yu. Optimization of work with nursing staff of primary health care as a factor in improving the quality of medical care to rural residents. In: Organization and management in nursing: Material of All-Russian conference [*Organizatsiya i upravleniye v sestriiskom dele: Materialy vserossiyskoy konferentsii*]. Novosibirsk; 2008. P. 26—30 (in Russian).
15. Ugarov V. A., Cherniyenko E. I., Korotkov Yu. A. Further development of primary health care in Russia. In: Materials of the scientific and practical conference, May 30—31, 1995 [*Materialy nauchno-prakticheskoy konferentsii 30—31 maya 1995 g.*]. Moscow; 1995. P. 215—7 (in Russian).