

ных групп населения с целью выяснения сифилизации тесно связано с серологическим контролем.

Мы видим, что WR завоевала себе прочное место в клиниках различных специальностей, но она не является, как говорит Воас, чудесным средством (Wundermittel), разрешающим всю сложную проблему сифилиса; это только вспомогательный клинический метод, который в целом ряде случаев, где все остальные пути отрезаны, дает нам свое заключение.

Советское здравоохранение на новом этапе.

А. Я. Плещицер.

Постановление ЦК ВКП(б) о медицинском обслуживании рабочих и крестьян открывает новую страницу и дает начало новому направлению советского здравоохранения. ЦК считает, что новые задачи реконструктивного периода требуют коренной перестройки работы Наркомздравов союзных Республик. ЦК отмечает, что нынешнее состояние работы Наркомздравов на практике не обеспечивает проведение в жизнь директив партии. Темп развития дела здравоохранения *значительно* отстает от роста всего народного хозяйства страны и потребностей рабочего класса и крестьянства“...

Основные установки партии на ускорение темпа индустриализации и разветвление социалистических форм сельского хозяйства—получили свое реальное осуществление в течение первого года пятилетки, значительно опередив намеченный пятилетний план, принятый на XVI-й партконференции в апреле 1929 года.

Коренная перестройка работы Наркомздравов должна обеспечить в первую очередь медпомощью развивающийся быстрым темпом социалистический сектор города и деревни. Ноябрьский Пленум ЦК предусматривает следующий конкретный план народно-хозяйственного развития на 1929/30 г. Капитальные вложения в народное хозяйство должны составить около 13 млрд. (против 10,2 млрд. по пятилетнему плану), в том числе в планируемую промышленность: в электрификацию—4 млрд. руб. (против 2,8 млрд. по пятилетнему плану), в транспорт—1,9 млрд. руб. (против 1,5 млрд. руб. по пятилетнему плану) и в сельское хозяйство—4,3 млрд. руб. (против 3,5 млрд. руб. по пятилетнему плану). Вложения в просвещение и здравоохранение должны составить 646 млн. руб. против 336 млн. руб. истекшего года. Основные фонды народного хозяйства должны возрасти с 74,5 млрд. руб. в 1928/29 г. до 85,2 млрд. руб. в 1929/30 г. или на 14,42% (против 7,2% прироста основных фондов в 1928/29 г.). Валовая продукция планируемой промышленности должна вырасти с 13,7 млрд. руб. в 1928/29 г. до 18,1 млрд. в 1929/30 г., или на 32,12% (против 21,5% по пятилетнему плану). Валовая продукция сельского хозяйства в 1930 г., по сравнению с 1929 г. должна возрасти на 13%. Народный доход в неизменных ценах должен будет возрасти с 28534 млн. руб. в 1928/29 г. до 34363 млн. руб. в 1929/30 г. или на 20,4%. Численность лиц, занимаемых трудом должна возрасти с 12,2 млн. чел. в 1928/29 г. до 13,3 млн. чел. в 1929/30 г., или на 9,4%, в том числе индустриального и транспортного пролетариата—с 5,9 млн. чел. до 6,5 млн. чел., или на 10,2% и сельско-хозяйственных рабочих—с 2,1 млн. чел. до 2,3 млн. человек.

Эти темпы ставят по новому задачи в области здравоохранения. По пятилетке по РСФСР предполагается рост числа застрахованных минимум на 40%, между тем по пятилетке здравоохранения рост числа городских коек предположен лишь в 32%.

Н. А. Семашко указывает, что если сделать перераспределение внутренних ресурсов и провести хотя бы минимальные мероприятия по рационализации, тогда рост коек для застрахованных в пятилетке будет не 32%, а 58%, т. е. он значительно обгонит рост числа застрахованных (40%); обеспечение социалистического сектора сельского хозяйства значительно поднимется: вместо 0,6 коек на тысячу человек для всего сельского населения, мы будем иметь для социалистического сектора 1,1 на тысячу. Предполагаемые ассигнования на больничное строительство в совхозах и колхозах еще более повысят эти коэффициенты“.

Развивающаяся городская промышленность и мощный рост коллективизации сельского хозяйства значительно изменяют быт городов и деревень. В городах одна лечебно-санитарная единица будет обеспечивать более мощные коллективы рабочих и их семей, чем это было до сих пор. Новое строительство городов, поселков, фабрик и заводов выдвигает на передовые позиции санитарно-гигиенические мероприятия, и они становятся руководящим фактором в деле построения здравоохранения. На селе тоже одна лечебно-санитарная единица получает возможность лучше обслуживать более мощные коллективы, чем обслуживание индивидуальных хозяйств.

В этом же постановлении указывается, что «Наркомздравы Союзных Республик должны коренным образом перестроить всю практическую работу в области здравоохранения, более четко отражая в ней классовую пролетарскую линию. Улучшить лечебную и профилактическую помощь в промышленных центрах, выделяя в особую группу основные индустриальные районы (горная, металлургическая промышленность и т. п.). В пятилетнем плане здравоохранения особо обеспечить медицинское обслуживание застрахованных. В связи с переходом на 7-ми часовой рабочий день и на непрерывную производственную неделю—перестроить работу лечебно-санитарных учреждений, обслуживающих нужды рабочих..» В виду особого тяжелого санитарного состояния Донбасса, Кузбасса и Урала „провести ряд широких мероприятий по санитарному оздоровлению этих районов“.

В какой мере классово-пролетарская линия здравоохранения получала отражение до сих пор? Директивы Наркомздрава определяют, что в переходную эпоху народного хозяйства, здравоохранение не может быть безклассовым, здравоохранительские мероприятия должны строиться таким образом, с таким расчетом, чтобы пролетарские массы были лучше обслужены, чем все остальное население. Коновалов (НКЗдрав Р.С.Ф.С.Р.) приводит следующие цифры, доказывающие, что эти установки осуществлялись. Из общей суммы затрат всех источников средств здравоохранения тратилось в 1926—27 г. на застрахованных 186.253,4 тыс. руб., на незастрахованных 107,980,3 тыс. руб. В 1927/28 г. тратилось на застрахованных 293,427,6 тыс. руб., на незастрахованных 127,991,9 тыс. руб. В то же время автор подчеркивает, что уменьшение поступлений по фонду медпомощи застрахованных в 1927/28 г. повело к ухудшению медико-санитарного дела в промышленных районах и задержало его дальнейшее развитие (уменьшение отчислений по фонду медпомощи на одного активно-застрахованного с 26 руб. 18 коп. за 1926—27 г. до 25 руб. 24 коп. в 1927—28 г.), также изъятие 10.746 тыс. руб. на покрытие дефицита по бюджету социального страхования привело к значительному снижению удельного веса фонда медпомощи в общем бюджете здравоохранения с 48,8% до 45,2%. Застрахованное население в значительно большей мере использует медпомощь по сравнению с остальными жителями, составляя в РСФСР вместе с семьями 16,1% от общей массы населения в 1927—28 году, больничных койко-дней приходится на застрахованных 48,2%, амбулаторных посещений 49,8%. Расход на оказание медпомощи для одного активно застрахованного равняется 36 р. 59 коп., на одного застрахованного жителя—14 руб. 36 коп. и на одного незастрахованного жителя—1 руб. 77 коп.

Директивы партии о более четком отражении в деле здравоохранения классово-пролетарской линии ставят перед органами здравоохранения задачи улучшения обслуживания медпомощью застрахованных, требуют не успокаиваться на достигнутых результатах и намечают более высокие коэффициенты. В контрольных цифрах здравоохранения по РСФСР за 1929—30 г. имеется уже определенный сдвиг в смысле повышения затрат на обслуживание медпомощью застрахованных и промышленных рабочих. Фонд медпомощи увеличивается до 220,5 млн. руб. в 1929/30 г. вместо 191,0 млн. руб. в 1928—1929 г.

Постановление ЦК ВКП(б) уделяет особое внимание вопросу постановки медицинской помощи в деревне. Учитывая резкую недостаточность медицинской помощи в деревне, особенно в обслуживании бедняцко-батрацких масс, ЦК предлагает Наркомздравам Союзных Республик наметить план систематического расширения сельской лечебной сети.

«Развертывание работы в деревне должно быть увязано с колхозным и совхозным строительством, охватывающим широкие массы батраков, бедняков и середняков».

Пригодны ли те организационные формы на селе, которые получены советской медициной от земства и которые до настоящего времени развивались, не подвергаясь коренному пересмотру?—ставит вопрос тов. Коновалов и отвечает, что нет.

Когда усиленным темпом идет развитие колхозов, совхозов, коммун, когда деревня индустриализуется и растут кадры пролетариата на селе, обслуживание медпомощью социалистического сектора села не может находиться на цифрах и показателях 1927—28 года. Разрыв в медобслуживании застрахованного и сельского жителя, выраженный в отношениях 11:1, должен быть значительно уменьшен. Пятилетка Наркомздрава РСФСР намечает следующие отношения застрахованного и жителя общественного сектора сельского хозяйства 11:5 (в абсолютных цифрах вместо 1 руб. 37 коп.—около 5 р. 18 к. на одного жителя колхозов). Развитие социалистического сектора на селе ставит перед органами здравоохранения новые задачи и новые возможности в деле организации санитарно-гигиенических мероприятий. Распыленность сельского населения, карликовое натуральное хозяйство крестьян и его ничтожный бюджет—ставили почти непреодолимую преграду санитарным мероприятиям в деревне... Совхозы и колхозы, как укрепленные хозяйственные организации, имеют большие возможности и средства, и вполне реальные крупные санитарные мероприятия (Сыснин). В контрольных цифрах по здравоохранению в РСФСР на 1929/30 г. имеется небольшой сдвиг в увеличении расширения сельской лечебной сети. Число больничных коек села намечено увеличить до 50250 вместо 45915 в 1929/30 году; сельские врачебные участки намечено увеличить до 5498 вместо 5084 в 1928/29 г. и в том числе больниц увеличить до 3073 вместо 2920 в 1928/29 году.

Директива ЦК ВКП(б) о систематическом расширении сельской лечебной сети не есть только проблема количественная. Во всей полноте и впервые ставится вопрос диспансерного обслуживания социалистического сектора деревни. Очередной задачей является изучение производственных и бытовых вредностей рабочих совхозов и колхозов, изучение профессиональных и бытовых болезней и борьба за оздоровление труда и быта в сельском хозяйстве. Курортную помощь рабочие совхозов должны получать наравне с промышленными рабочими, а батраки и активные участки колхозов за счет крестьянских мест в первую очередь (Нейштадт³).

Диспансерный метод работы—вот основная установка, по которой должна строиться наша работа в колхозах и совхозах. Взятие на учет всего населения, систематическое диспансерное наблюдение, постоянный охват профилактическими мероприятиями—вот те вехи, по которым должна идти работа медперсонала в обслуживании колхозов (Алексеев⁴).

«Признавая неотложной задачей коренное улучшение в составе кадров народного здравоохранения, ЦК ВКП(б) считает необходимым:

а) Взять решительный курс на оработку аппаратов, путем выдвижения в органы здравоохранения рабочего и крестьянского актива». Именно, небольшая прослойка пролетариата в наших лечсанучреждениях является характерной чертой.

Соотношение отдельных групп медработников весьма своеобразное, отличающееся их от соотношения разных групп на фабриках и заводах. В среднем 1 врач на 10 человек среднего и младшего медперсонала. На фабрике или на заводе приходится один инженер на несколько сот рабочих.

По своему социальному происхождению врачебный и средний медперсонал весьма близки,—выходцев из рабочих и беднейших крестьян в этих двух группах не больше 5—10%. Младший медперсонал в большинстве выходцы из крестьян, возможно из бедняцких его слоев, но никогда не бывавшие на фабрике или заводе, многие женщины-санитарки малограмотны, некоторые религиозны и т. д. В то время как инженер на фабрике изо дня в день имеет самое близкое общение с широкими рабочими массами и последние влияют на инженера, втягивая его активно в социалистическое строительство,—в лечебно-санитарных учреждениях врач не имеет ничего подобного,—врач стремится оказать большое влияние на остальных медработников.

Директива партии о коренном улучшении в составе кадров народного здравоохранения ставит себе задачей улучшить работу аппаратов управления органов здравоохранения, также и лечебно-санитарных единиц. Обычные разговоры среди врачей, в чем они всегда были убеждены, что только врачи могут управлять делом здравоохранения и стоять во главе лечсанучреждений, стали реже за последние годы. Многие врачи мирятся с тем, что во главе аппаратов управления здравоохранения или его отделов (отд. медпомощи застрахованным), могут быть рабочие, но в их сознании не укладывалась целесообразность выдвижения рабочих на командные должности в качестве Главврачей. Упрощая этот вопрос, некоторые врачи полагают, что раз во главе лечучреждения будет рабочий, то он не может

отвечать за постановку медицинского дела, что он только может администрировать и распоряжаться финансами и хозяйственными делами. Другие просто говорят, что это будет не Главврач, а Главхоз над Завхозом. Некоторые полагают, что нужно выдвигать осторожно, раньше в пом. главврачей, потом, как освоится можно и в Главврачи: тов. Мих.⁵ считает, что: «нужно, чтобы заведующий был хорошим администратором и организатором, политически развитым, чтобы он уметь создать хорошие взаимоотношения с врачами, со всем персоналом, наладить общественностью и т. д. К нему необходимо предъявить те же требования, что и к директору фабрики. Это должен быть ответственный политический работник, а не тип настоящего завхоза (должность которого при Директоре, конечно, сохраняется).

«Что из того, что подобных ответственных товарищей у нас и так нехваток»—возражает тов. Юзефсон⁶ и продолжает „что каждая новая фабрика, каждый завод, каждый вновь разворачиваемый зерносовхоз, каждый район сплошной коллективизации... требует все новых и новых кадров администраторов-организаторов, хороших общественных и политических работников... Советская медицина имеет достаточные кадры врачей для перестройки здравоохранения на новые, не потребительские рельсы, достаточно благодарный материал, поработавши над которыми можно пойти в ногу со всей переустраивающейся народно-хозяйственной жизнью, не теряя перспективы“.

Постановление ЦК партии разрешает этот вопрос в целом. Не в том дело, кто как и лучше справится. Рабочий во главе лечучреждения и врач администратор не противопоставляются друг другу. Коренное улучшение в составе кадров органов здравоохранения, выдвижение рабочих на командные должности должно способствовать еще большему улучшению работы лечсанучреждений и органов управления и должно обеспечить более четкое отражение классовой пролетарской линии в деле здравоохранения. Это постановление партии констатирует, „значительное скопление медицинских работников и оканчивающих медвузы в крупных городских центрах при резком недостатке таковых в деревне и фабрично-заводских поселках. ЦК считает необходимым, чтобы Наркомтруд СССР совместно с Наркомздравами Союзных Республик и ЦК Союза Медсантруд провели в месячный срок мероприятия, обеспечивающие использование этих работников в деревне“.

Этот вопрос приобретает первостепенное значение в настоящее время, когда перед органами здравоохранения ставится задача количественного и качественного улучшения медпомощи социалистическому сектору деревни. Наша страна не настолько богата медицинскими врачами, чтобы позволить себе роскошь иметь резерв врачей в несколько тысяч человек, неиспользованных на практической работе.

Это постановление партии должно быть категорически выполнено без всяких ослаблений. Это резкое несоответствие и численное соотношение—один врач в городе на несколько сот человек, а на селе один врач на 2—3 десятка тысяч крестьянского населения—должно быть уменьшено.

В этой статье нами охвачены только некоторые пункты этого постановления. Остальные вопросы этого постановления не менее важны. Эта соплоупность мероприятий определяет новое направление в построении лечебно-санитарного дела, коренная перестройка работы, наиболее четкое выявление классовой пролетарской линии, усиление темпа развития дела здравоохранения в соответствии с темпом роста всего народного хозяйства.

Литература. ¹ Вопросы здравоохранения, № 20, 1929.—² Ibid. № 18.—³ Ibid.—⁴ Ibid. № 22.—⁵ Ibid. № 19.—⁶ Ibid. № 22.

Медицина и здравоохранение на путях социалистического соревнования.

Проф. М. Гран.

Для партийного и беспартийного объективного наблюдателя современной текущей жизни непреложно устанавливается, что мы переживаем исключительный исторический период. Это бьет в глаза при наблюдении процесса социалистического строительства в нашей стране, темпа его и форм, в которых это строи-