

К вопросу о недочетах по „освобождаемости“ и о заболеваемости застрахованных Московско-окского водного района.

И. Куденко (Москва).

В последнее время все чаще и чаще привлекает внимание советской общественности и правительственных органов вопрос о борьбе с прогулами и освобождаемостью по временной нетрудоспособности.

При продолжающихся спорах между страховыми органами и Наркомздравом нет единого мнения в области контроля по освобождаемости застрахованных. А между тем число оплаченных дней по больничным листкам с каждым годом растет и, хотя увеличивается и количество застрахованных, все же рост оплаты по больничным листкам резко увеличивается. Если в 1925/26 г. по всему СССР было выплачено 196,8 мил. руб., то в 1926/27 г.—215,2 мил. руб., в 1927/28 г.—295 мил. руб. и в 1928/29 г.—320 мил. руб. Что покажет 1929/30 г., еще пока неизвестно, но Цусстраху уже пришлось перебросить средства из лечебного фонда „Г“ для оплаты по временной нетрудоспособности, дабы удержать социальное страхование, одно из ценнейших завоеваний Октябрьской революции.

Чем же можно объяснить такой рост числа оплачиваемых дней болезни? Можно указать на целый ряд отрицательных факторов: неблагоприятные санитарно-гигиенические условия на предприятиях и в учреждениях, жилищно-бытовые условия; не малую роль играет алкоголизм, эпидемии (особенно грипп), недостаточность лечебных учреждений, громадный рост очередей при приеме в них, недостаточность стационарной помощи, ограниченное количество стационарной экспертизы, малосознательность и некультурность застрахованных, которые зачастую добиваются получения больничных листов для устройства своих делишек, будучи здоровы, а некоторые умышленно стараются затянуть лечение на более длительные сроки, искусственно растравляя свои раны, которые при наложении особых повязок с печатами очень скоро заживают. Известны и такие случаи, когда в амбулаторию вдруг сразу хлынет масса больных с поносами, особенно много сезонных грузчиков, и достаточно Врачебной комиссии посадить 2-3-х человек на судно для проверки, как у остальных без всякого врачебного вмешательства проходят все эти поносы.

Кроме того, лечащие врачи в большинстве своем не знакомы с производством, в условиях которого работают застрахованные, а также не знакомы со страховыми правилами, хотя, правда, страховые законы весьма часто меняются и самый правоверный страховик, если он отсутствует в течение месяца, должен потом много догонять, изучая новые законоположения. Кстати сказать, законодательство по социальному страхованию требует пересмотра: объединения действующих законоположений и уничтожения потерявших свою силу. Невсегда осторожно относятся лечащие врачи к выдаче больничных листов, очень часто поддаваясь напору и угрозам буйствующих минимобольных, некоторые врачи в угоду им безотчетно выдают больничные листки, подчас не имея на то ника-

ких оснований. Так, по заключению клиники и авторитетных специалистов гр. С. страдает эпилепсией и понятно, что должен быть инвалидом, но все же он освобождается по больничному листку на довольно продолжительное время, и только после вмешательства страховых органов он направляется в Бюро врачебной экспертизы, где признается инвалидом I-ой группы.

Колоссальную роль играет при освобождении отдаленность лечебной помощи от застрахованных. Например, застрахованные теряют по 2-3 дня для подбора очков и Страховые кассы выплачивают по 10-15 рублей по временной нетрудоспособности, в то время как эти очки на вольном рынке стоят 2 р. 50 к. То же можно сказать и относительно исследования желудочного сока, крови, мочи, зубо-врачебной помощи и проч. Кроме того, на освобождаемость влияет еще и то обстоятельство, что недостаточно оборудованы лечебные учреждения, а также невероятно перегружены лечебники, особенно в послепраздничные дни. Может быть, пятидневка это изживет. Не везде переведены застрахованные на вечерний прием. Не малую роль также играет и гастролерство больных с листком из одной амбулатории в другую, особенно на водном транспорте, а также частая сменяемость врачей в амбулаториях. Кроме того существующая недоговоренность между органами Цусстраха и Наркомздрава также способствует росту „заболеваемости“ и создает ненужные трения на местах.

Необходимо указать, что врачебная масса в борьбе с симуляцией, агравацией и вымогательством больничных листов и дебоширством не имеет достаточной поддержки со стороны общественных организаций. Каждый врач выслушивает оскорбления от бюллетенщиков и не жалуется на симулянтов, но каждый симулянт идет с жалобой в Союз, лжет, третирует врача и, конечно, не зато, что врач не дает больничного листка, а находит другие причины и зачастую вокруг этого „обиженного человека“ группируются другие такие же бессознательные, а иногда и преступные, лица. Вот такой пример: в спецамбулаторию водников является грузчик-дебошир, которому врач отказывает в больничном листке; он моментально отправляется на базар, покупает пугач с патронами в надежде запугать, да кроме того еще выпил немного „для храбрости“. Придя в амбулаторию, открывает стрельбу, от которой больные в испуге прыгают в окна. Во время суда этот дебошир сумел подобрать среди своих односельчан и землячков очень много защитников для своего оправдания, но это ему не помогло, он был наказан, а по отбытии наказания стал совсем иначе вести себя.

Нельзя, однако, забывать и того, что прошедшие годы войны, эпидемий, голода и проч.— все это наложило определенный отпечаток на состояние здоровья населения. Кроме того, с каждым годом все больше разворачивается курортно-санаторная помощь, для которой также дается освобождение, а в большинстве случаев на курорт отправляют и с профилактической целью. Наконец, с изданием законов об освобождении по болезни по профессиональным признакам, как-то: пищевики, медики и проч. также увеличилась освобождаемость. Все вышесказанное, без сомнения, составляет основные причины роста освобождаемости по болезни.

В настоящее время все стремятся выяснить загадку роста заболеваемости и освобождаемости застрахованных, как органы Цусстраха, так

Наркомздрава. Все они изучают заболеваемость, но каждый по своему; нет согласованности и единообразия постановки статистики. Накопившиеся ценные материалы совершенно не используются. Так, по водному транспорту (в Союзном масштабе) имеется более двухсот тысяч работников с особо специфическими условиями труда и быта, и в то же время никто не интересуется этой категорией рабочих, и даже Цусстрах не производит разработки по заболеваемости, а казалось бы нужно было учесть хотя бы самое необходимое: количество случаев, диагнозы, дни освобождения и профессии. Особенно это было бы ценно в связи с поставленной проблемой изучения ревматических, желудочных и раковых заболеваний в СССР, учитывая, что водники, особенно речники подвижного состава, имеют дело с водой, нефтяными, маслянистыми веществами, а также и с резкой переменной температуры от тепла к холоду и обратно, с большим выделением в маслах накапливающихся производственных газов и тем самым отмечается повышение роста легочных и желудочно-кишечных заболеваний, которые, пожалуй, преобладают у промышленных и транспортных рабочих; по нашим данным на 100 застрахованных по желудочным болезням отмечено 93,7 амбулаторных посещений.

Нами разработан материал Московско-окской Райводстрахкасы всего в количестве 10329 окончанных первичных больничных листов по диагнозам и по продолжительности каждого случая освобождения, с оплатой 117.416 дней по временной нетрудоспособности. Разработкой охвачены случаи от одного дня до 8 недель болезни, в порядке нумерации. Разработанный материал, правда, не так велик, но представляет известный интерес и дает следующую картину.

На первую неделю освобождений по дням приходится 5987 случаев и 23,811 дней, что составляет 57,9% всех случаев освобождений и 20% всех дней в отношении к общему количеству дней, а на более длительные отпуска по временной нетрудоспособности приходится 42,1% случаев.

По группам диагнозов освобождения распределены в следующем порядке: грипп, болезни органов пищеварения, болезни кожи и подкожной клетчатки, остр. и хрон. сугр. ревмат., малярия, болезни органов дыхания, болезни нервной системы, болезни органов кровообращения, туберкулез легких, бол. обмена и питания, ушные болезни, венерические болезни, сифилис и костный туберкулез. По этим диагнозам болели, освобождались и закончены больничные листки так: по одному дню болели 5,2% (из общего числа всех случаев освобождений), по два—8,9%, по три—11,7%, по четыре—9,2%, по пяти—8,4%, по шести—8%, по семи—6,5%, а всего—57,9%. Эти цифры наглядно показывают, к чему сводится врачебный контроль Страхкасы вообще и как строить его в дальнейшем. А может быть требуется изменение законоположений социального страхования. Кроме того, эти же цифры сигнализируют о том, что, конечно, бывают у лечащих врачей всякие случайности при освобождении застрахованных, но совершенно недопустимо, чтобы лечащие врачи легкомысленно ставили диагнозы, чтобы разбрасывали больничные листки так, как они иногда это делают не в интересах больных, Страхкасы и врачей. Кто может поверить, чтобы туберкулез легких, костей, болезни кровообращения, малярия, грипп, малокровие, болезни

нервной системы и проч. могли исцелиться в один день, что больной в течение одного дня смог заболеть, выздороветь, выйти на следующий день на производство, а ведь такие случаи составляют 5,2% всех случаев освобождения. Можно сомневаться и в том, чтобы вышеупомянутые болезни также прошли в течение двух-трех дней освобождения, а по 3 дня 11,7%. Это наводит на многие размышления: отсутствие достаточной подготовки у некоторых врачей, несерьезное отношение к больному и к выдаче больничного листка (дать, лишь бы отвязаться), или же плохая постановка лечебной помощи, отсутствие на местах специалистов, зубкабинетов, лабораторий и проч. и проч.

Освобождаемость от 8 до 14 дней дает 19% общего количества случаев, освобождаемость от 15 до 21 дня составляет 8,5%, освобождаемость от 22 до 28 дней составляет только 4,2% общего количества случаев и освобождаемость от 4 до 8 недель дает 10,4% всех случаев.

Число случаев освобождения до 4 х недель составляет 89,6% и от 4-х до 8 недель, т. е. наиболее продолжительные заболевания, составляют 10,4%. Это те серьезные случаи, при которых больные в большинстве своем находились в стационарных лечебных заведениях или же находились в домашней обстановке, но требовался за ними посторонний уход. В эту же рубрику отнесены все больные, которые были направлены на курортное лечение.

В процентном отношении случаи освобождения по диагнозам дают следующую картину:

	1-я неде- ля освоб.	2-я неде- ля освоб.	3-я неде- ля освоб.	4-я неде- ля освоб.	5-я неде- ля освоб.
Грипп	24,5	11,1	6,5	5,5	2,3
Болезни органов пищеварения	22,6	14,7	14,0	18,0	12,9
" кожи	19,1	25,3	17,6	12,0	3,5
Остр. и хрон. сустав. ревмат.	9,6	8,4	9,2	8,1	7,5
Малярия	8,2	9,1	9,9	5,3	4,0
Болезни органов дыхания	4	6,0	8,8	10,0	6,5
" нервной системы	2,8	8,0	11,2	11,3	13,1
Глазные болезни	2,2	1,5	1,5	2,5	1,0
Болезни органов кровообращ.	1,8	3,3	4,1	6,2	9,8
Туберкулез легких	1,8	4,9	8,8	11,6	30,0
Обмен питания и веществ	1,4	3,8	2,4	0,9	3,2
Ушные	1	1,3	2,4	2,0	1,2
Венерические	0,4	1,4	1,8	3,0	1,0
Сифилис	0,12	0,5	0,3	1,8	1,5
Костный туберкулез	0,04	0,15	0,01	0,5	0,9

Переходя к заболеваемости по учреждениям, необходимо остановиться на том, какой же процент составляет каждое учреждение к общему количеству застрахованных. Так: Госпароходство составляет 37,1% общего количества застрахованных и дает 48,1% всех случаев освобождаемости

и 57,9% всех случаев болезней при средней продолжительности одного случая 13,7 дн.; Управление Водпути составляет 31,1% всех застрахованных и дает 21,6% всех случаев и 13,3% всех дней болезни при средней продолжительности одного случая 7,1 дн. Грузчики составляют 16% общего количества застрахованных, дают 16,4% всех случаев, 13,3% всех дней, средняя продолжительность одного случая 9,3 дня. Остальные небольшие объединенные группы: Нефтесклад, Регистр и проч. 3,9% общего количества застрахованных, 1,5% всех случаев и 1,5% всех дней, средняя продолжительность одного случая 11,4 дн. ЦК Годников, Райкомвод и Затонкомвод и друг. профорганизации составляют 3,3% общего количества застрахованных, 4,6% всех случаев, 5,2% всех дней и дают средн. продолжительность одного случая 13,1 дня. Совторгфлот и Доброфлот составляют 2,9% всего количества застрахованных, 3,6% всех случаев, 4% всех дней, средняя продолжительность 12 дней. Лечебно-санитарные учреждения составляют 1,7 общего количества застрахованных, 2,5% всех случаев, 2,9% всех дней и средняя продолжительность одного случая 13,1 дня. Учебная часть и ФЗУ дают 2,9% общего количества застрахованных, 6,9% всех случаев, 1% всех дней и 14 дн. средн. продолжительности заболевания. Рускапа составляет 1,1% общего количества застрахованных, 0,8% всех случаев и 0,6% всех дней, средняя продолжительность 8 дней.

Как видно из приведенных данных, наибольший процент случаев и дней освобождения дает Госпароходство, затем следует Водпуть и грузчики. Рассматривая эти наиболее крупные учреждения водного транспорта по количеству случаев и дней освобождения застрахованных, мы видим следующую картину:

Диагнозы	Госпаро- ходство		Водпуть		Грузчики		Общая средняя для всех застр. в/тр.	
	сл.	дни	сл.	дни	сл.	дни	сл.	дни
Грипп	9	4	3,2	1,5	3,1	1,9	17,3	9
Пищеварение	8,2	8,9	6	3	2,9	2,1	19,3	15
Болезни кожи и подк. кл.	8	6,6	4,6	2,4	4,7	3,8	18,2	13,45
Остр. и хрон. суст. ревмат.	4	4,7	1,7	1	2,4	1,7	9,1	8,1
Малария	3,6	3,6	2,2	1,2	1,1	1	8	6,5
Туберк. легк.	3,5	11,3	0,7	1,6	0,1	0,5	6,4	16,5
Болезни орг. дыхания . .	2,8	4,2	0,8	0,8	0,7	0,9	5,3	6,9
Нервные бол.	2,5	4,6	0,9	0,8	0,3	0,7	5,9	9,5
Болезни орг. кровообращ.	1,7	3,5	0,3	0,3	0,2	0,3	3,3	5,9
Болезни обм. пит. и вещ.	1,4	1,1	0,2	0,2	—	—	8	6,5
Сифилис и венерич. бол.	0,9	1,8	0,1	0,1	—	—	1,4	2,4
Глазные бол.	1,2	1,1	0,4	0,4	0,2	0,2	2	1,8
Ушные „	0,9	1,3	—	—	0,1	0,1	1,2	1,5

Как видно из данной таблицы, наибольший процент случаев заболевания и дней освобождения дает Госпароходство, что можно объяс-

нить тяжелыми условиями труда и быта подвижного состава, особенно нижней команды, которой приходится работать в переменной высокой и низкой температуре, при ночных сменах, с большим напряжением сил, недостаточным и нерациональным питанием, а также в испарениях вредных газов, выделяемых в машинных отделениях пароходов. Кроме того, водники имеют кочующий образ жизни, оторваны от семьи, что без сомнения способствует росту венерических заболеваний, а влажность и постоянная перемена высокой температуры в машинных отделениях с резкими сквозняками способствует развитию туберкулеза и ревматизма.

Для наглядности наших данных, нами взяты для сравнения наиболее крупные и однообразные группы болезней по освобождению застрахованных других отраслей промышленности и транспорта, которые распределены в проценты, отношении по случаям, дням и формам болезни и представляют следующую картину:

Диагнозы	Добывающая и обработ. промышлен.			Железно-дор. транспорт			Вод. транспорт Моск.-окск. район.		
	сл.	дни	сред. прод.	сл.	дни	сред. прод.	сл.	дни	сред. прод.
Бол. орг. пищеварения	15	11,9	9,7	15,4	13	9,7	19,3	15	8,8
Бол. кожи и подк. клет.	13,5	11,5	10,5	12,6	10,8	10,0	18,2	13,45	8,3
Грипп	12,5	7,3	6,7	11,9	6,6	6,4	17,3	9,2	5,8
Остр. и хрон. сус. ревмат.	1,7	2,5	11,8	2,1	3	11,7	9,1	8,1	10,1
Малария	4,3	3,4	9,3	9	6,7	8,4	8	6,5	9,2
Туберкулез	4,7	11,4	29,7	4	9,2	26,4	6,4	16,5	29,2
Бол. нервн. системы	3,4	4,9	17,9	4,7	6,9	16,7	5,9	9,5	18,1
Бол. орг. дыхания	5,6	6,2	13,2	6	7,1	13,4	5,3	6,9	14,6
Бол. орг. кровообращен.	2,3	3,1	16,2	2,4	3,5	17,4	3,3	5,9	19,9
Бол. обм. пит. и веществ	2,2	2,3	13,5	1,2	1,6	13,4	2,2	2,8	14,4
Глазные бол.	2	1,7	10,1	2,1	1,7	9,7	2	1,8	10,3
Ушные бол.	0,5	0,5	11,9	0,7	0,7	10,4	1,2	1,5	14,5
Сифилис и венерич. бол.	0,5	1	21,3	1	1,8	20,9	1,4	2,4	24,5

Как видно из приведенной сравнительной таблицы по заболеваемости застрахованных водного транспорта и других отраслей промышленности, водники дают более высокий процент заболеваемости и в дальнейшем требуют более глубокого и детального изучения на большом материале по отдельности моряков и речников, т. к. условия речников значительно хуже, чем моряков вследствие того, что речные суда значительно меньшего объема, мало приспособлены к возможности лучшего размещения команды, устройства вентиляции и перестройки машинных отделений. Изучение должно коснуться детального изучения условий труда и быта каждой профессии посредством выяснения амбулаторной посещаемости, диспансерных обследований освобождаемости по временной нетрудоспособности, стационарного лечения и учета результатов врачебной экспертизы. По нашим данным верхняя команда больше всего страдает болезнями органов

кровообращения, нервной системы, зрения, слуха и пищеварения и в незначительной мере болезнями органов дыхания. Нижняя команда более подвержена болезням органов дыхания, туберкулезу легких, болезням органов пищеварения, ревматизму, болезням органов зрения и слуха; венерическими болезнями как верхняя, так и нижняя команда заболевают в одинаковой мере.

Что касается непарового флота, то там наблюдается наибольшее распространение желудочных болезней, ревматизма, болезней кожи, туберкулеза и малярии.

О медицинских кадрах.

Проф. Е. М. Лепского (Казань).

Кадры медицинских работников давно составляют одно из слабых мест нашей медицинской организации; недостаточное количество их, неравномерное распределение по стране, несоответствие их подготовки тем требованиям, какие предъявляет жизнь, неоднократно обсуждались на съездах и в печати. Но в настоящее время, когда культурный рост населения и социалистическая перестройка экономики и быта еще более повысили потребность в медицинском обслуживании и предъявили спрос на медицинского работника новой формации, наша старая нужда приобрела особую остроту. Декабрьское постановление ЦК ВКП(б) о медицинском обслуживании рабочих и крестьян, решение СНК РСФСР от 28 января 1930 г., распоряжения НКЗ, изданные в развитие этих решений, наконец, постановления, принятые в марте с. г. на Всероссийском съезде здраводелов и на методическом совещании при Главпрофобре сильно подвинули реорганизацию здравоохранения и вместе с тем не только поставили в порядок дня вопрос о медицинских кадрах, но и в значительной мере определили пути его решения.

Остановимся сначала на количественной стороне вопроса. По данным, опубликованным В. М. Броннером¹⁾, к концу текущей пятилетки потребуется 64.963 врача, причем не хватит 21.250 врачей; а в следующую пятилетку потребуется еще 56.200 врачей. Эти цифры, конечно, не могут быть очень точны; но если они нуждаются в поправке, то скорее в смысле увеличения, чем в смысле уменьшения; по мере того, как выясняется размах происходящего социалистического строительства и уточняются планы развертывания медицинских учреждений, потребное количество врачей будет все более возрастать. Между тем существующие медвузы при нынешнем темпе подготовки врачей смогли бы выпустить только 15% требуемого количества. Правда, намечаемые согласно решению СНК меры — установление двух приемов в год или занятия в 2 смены, открытие в ближайшие годы ряда новых медицинских институтов (в Иванове-Вознесенске, Самаре, Хабаровске, Алма-Ате, Свердловске и Симферополе), учреждение при некоторых медвузах парал-

¹⁾ Основные принципы реорганизации высшей медицинской школы „На фронте здравоохранения“ № 4, 1930 г.