

животными хорошо. Никаких объективных признаков вредного влияния их отметить не удалось. Все кролики находились на обычном общем для них питании.

После 10 инъекций всем кроликам как контрольным, так и получавшим инъекции рыбьего жира с тимолом, было введено под конъюнктиву верхнего века по 0,2 см³ нормальной лошадиной сыворотки. Контрольные кролики реагировали на введение сыворотки, как и обычно, развитием типичного феномена Артюса. У 4 кроликов, получавших внутримышечные инъекции тимола с рыбьим жиром, в ответ на введение под конъюнктиву нормальной лошадиной сыворотки не было никакой реакции, у одного на следующий день можно было констатировать только небольшое раздражение конъюнктивы, которое можно объяснить чисто механическими причинами. Раздражение прошло через 2 дня. При повторной (через 20 дней) субконъюнктивальной инъекции 0,2 см³ нормальной лошадиной сыворотки у контрольных был по-прежнему типичный феномен Артюса, у получавших же тимол с рыбьим жиром — только небольшой отек и раздражение, которые через несколько дней полностью исчезли. Через 3-мя повторная инъекция 0,2 см³ нормальной лошадиной сыворотки вызвала у всех 8 кроликов развитие феномена Артюса средней тяжести. Однако мы могли отметить, что у кроликов, получавших инъекции тимола в рыбьем жире, исчезновение феномена Артюса происходит несколько скорее, чем у контрольных.

В ы в о д ы

1. Внутримышечные инъекции 10% тимола в рыбьем жире с промежутками в 3—4 дня безболезненны и хорошо переносятся.
2. Эти инъекции в дозах начиная с 0,025 см³ на кило веса животного являются хорошим неспецифическим десенсибилизатором.
3. Дезаллергизация, вызываемая инъекциями 10% тимола в рыбьем жире, является относительно стойкой — держится до 3-х недель, и еще через 3 месяца можно отметить заметную разницу в развитии типичного феномена Артюса у кроликов контрольных и кроликов, получивших 10 инъекций тимола.

Москва, Садово-Каретная, 20, кв. 31.

Организация здравоохранения

Проф. Ф. Г. МУХАМЕДЬЯРОВ

О составлении оперативно-финансового плана медико-санитарных учреждений

Из кафедры Социальной гигиены (зав. кафедрой проф. Ф. Г. Мухамедьяров)
Казанского гос. мед. института

Одним из важнейших условий правильного медико-санитарного обслуживания населения является планирование деятельности каждого учреждения и оперативное руководство его работой, согласно утвержденному плану. Однако правильное построение плана работы учреждения является достаточно сложной задачей, требующей согласования и учета ряда моментов. Прежде всего, необходимо определить и выразить в соответствующих количественных и качественных показателях объем и содержание работы учреждения на планируемый отрезок времени с учетом специфики данного учреждения и потребностей обслуживаемого контингента. При этом обязательно

нужно учесть выполнение плана предыдущего года, как производственного, так и финансового, и перспективы на планируемый год. Составленный с учетом всех этих моментов оперативно-производственный и финансовый план учреждения, утвержденный соответствующим здравотделом должен стать программой действия для данного учреждения и служить официальным документом, на основании которого проверяется и контролируется его работа.

До настоящего времени низовые учреждения не имели своих планов, до них доходили только сметы расходов. Учреждение не знало, какие конкретные мероприятия и задания падают на его долю. Составляемые иногда здравотделами далеко не полные производственные планы, с попыткой некоторой конкретизации подлежащих проведению мероприятий, в большинстве случаев не имели финансовой базы, и выполнение их носило чисто случайный характер. Здравотделы, как правило, не считают своей обязанностью рассматривать и утверждать конкретные планы деятельности учреждения, выполнение которых можно было бы требовать и систематически контролировать. Руководители низовых учреждений в лучшем случае получают от здравотделов указания лишь в общей форме, но не имеют конкретных заданий в порядке выполнения государственного плана здравоохранения.

Такое ненормальное положение должно быть изжито и чем скорее, тем лучше. Все учреждения здравоохранения: (больница, сельский врачебный участок, поликлиника, ясли, санитарно-эпидемиологические станции, фельдшерский пункт и т. д.) должны быть вооружены конкретным планом своей деятельности и по всем отраслям работы. План каждого учреждения должен быть составлен самим учреждением с учетом всех вышеуказанных факторов и утвержден соответствующим здравотделом. Чем конкретнее, яснее план, чем он понятнее коллективу учреждения, тем он полнее и лучше будет выполнен. Проверенные и утвержденные планы низовых учреждений должны лечь в основу сводного плана здравотделов.

Для устранения имеющихся в планировании организационных дефектов Наркомздравом Союза разработана единая система и методика составления оперативно-производственных и финансовых планов, и приказом по Наркомату от 4-го октября 1939 г. за № 711 утверждены и введены в действие с 1940 г. единые формы типовых оперативно-финансовых планов для учреждений и для органов здравоохранения.

Согласно этому приказу каждое учреждение по установленной форме составляет свой оперативно-финансовый план, который по утверждению здравотделом является обязательным для выполнения. Оперативное руководство и контроль за деятельностью учреждения строится только на основе показателей этого плана. Всего введено девять форм: 1) для городских стационарных учреждений, 2) для сельских стационарных учреждений, 3) для городских амбулаторно-поликлинических учреждений, 4) для сельских уч-амбулаторий и поликлиник, а также спец. врачебных пунктов, 5) для фельдшерских, фельдшерско-акушерских и акушерских пунктов, 6) для яслей, 7) для санитарно-противоэпидемических учреждений, 8) для противомаларийных учреждений, 9) для прочих мероприятий. Кроме этих девяти форм имеются еще формы сводных планов для районных и городских здравотделов по типам учреждений.

Утвержденные формы планов содержат: а) основные показатели работы и технического оснащения учреждения, б) показатели, характеризующие структуру и специализацию учреждения, в) штаты и фонд заработной платы, г) свод расходов, д) свод доходов, е) расчеты и обоснования бюджетных расходов учреждения и ж) штатную ведомость. По каждому показателю приводятся три цифры: первая из них представляет утвержденную предыдущим планом цифру, вторая показывает его выполнение, третья цифра — то, что планируется на будущее.

Приведенные в каждой форме показатели почти полностью охватывают все стороны производственной деятельности соответствующего учреждения, и при условии тщательного их определения весь комплекс этих показателей вполне может служить оперативно-производственным планом учреждения. Поэтому исчисление этих показателей и заполнение соответствующих граф достаточно доброкачественными и обоснованными цифрами, а также уточнение структуры и специализации учреждения, с учетом наличного и потребного количества штатных единиц по группам работников, являются наиболее существенной и весьма ответственной частью составления оперативно-финансового плана. Для этого требуется тщательный анализ работы учреждения, его соответствия поставленным задачам, а также использования мощности учреждения. На основании анализа работы учреждения за предплановый период, учета потребностей обслуживаемого населения на планируемый отрезок времени и возможностей их удовлетворения намечаются показатели проектируемого плана. В этой аналитической работе должны принимать участие руководители учреждений и специалисты с учетом всех указаний НКЗдрава СССР по составлению оперативно-финансового плана. Свод расходов и доходов составляется при непосредственном участии счетных работников, но под руководством заведующего учреждением.

К сожалению все это еще не дошло до сознания всех работников здравоохранения и руководителей учреждений, не всеми еще учитывается огромное значение установления единой системы построения планов периферийных учреждений.

Многие работники здравоохранения, повидимому, склонны думать, что составление оперативно-финансового плана является работой чисто технического характера, выполняемой исключительно работниками счетного аппарата без участия руководителей учреждений и специалистов. Руководители областных, краевых здравотделов и Наркомздравов автономных республик, а также руководители рай-и гор. здравов не уделяют еще достаточного внимания этому вопросу, не стремятся к популяризации идеи составления оперативно-финансовых планов среди руководителей учреждений и широких слоев врачебной массы и среднего медперсонала и не принимают мер к ознакомлению их с методикой и техникой построения плана. В результате недооценки плановой работы низовых учреждений, это весьма важное начинание НКЗдрава СССР может не дать в ряде случаев ожидаемого эффекта. Об этом свидетельствуют имеющиеся материалы, могущие вызвать большие опасения.

Знакомство со сводным планом здравоохранения по одному из районов Татарии, с оперативно-финансовыми планами одной больницы, одной амбулатории, пяти фельдшерских пунктов произвело на меня удручающее впечатление и вызвало большое огорчение и разочаро-

вание. Многие и весьма существенные показатели оставлены без цифрового освещения. Объяснить ли это неполноценностью учреждения, которое не проводит целого ряда мероприятий, или отсутствием учета работы, или просто невнимательным отношением к выполнению такой важной и ответственной работы, как составление плана,—мы затрудняемся. Например, в плане амбулатории не предусмотрено никаких профилактических прививок и не видно проведения этой работы и в прошлом. Не предусмотрено никаких подворных санитарных осмотров, и нет ни одного колодца, состоящего под наблюдением амбулатории. Не предусмотрено никаких патронажных и санитарно-просветительных работ. Только в одном из пяти планов фельдшерских пунктов предусматривается проведение 20 прививок против брюшного тифа и 200 прививок против дизентерии при 140 фактически выполненных в прошлом году. Один из фельдшерских пунктов даже не показывает числа годовых посещений. Не видно, что фельдшерские пункты, как правило, занимаются оказанием помощи на дому и родовспоможением, санпросветработой, ведут наблюдение за санитарным состоянием дворов и источников водоснабжения и т. д. Хотя против некоторых показателей стоят цифры, но они не внушают большого доверия, повидимому, являются чисто случайными, и многие из них явно не соответствуют действительности. По плану врачебной амбулатории на пол-врачебной единицы посещениях прошлого года против 13200 утвержденных по плану. В истекшем году было сделано 36 врачебных посещений на дому и 1094 посещения средним медперсоналом, хотя планом это не было предусмотрено, но почему то на следующий год в проектируемом плане оказание помощи на дому совсем не намечается. По санпросвету в прошлом году было проведено 6 лекций и бесед, было осмотрено 562 учащихся, а на планируемый год по этим разделам ничего не предусматривается. Гораздо хуже обстоит дело с числом посещений на фельдшерских пунктах: на одном из фельдшерских пунктов не проектируется никаких посещений, их не было и в прошлом. Другой фельдшерский пункт показывает, что предыдущим планом было предусмотрено 287 посещений на пункте, 232 на дому, сколько из них было выполнено и какое количество проектируется на будущее неизвестно. Третий пункт показывает, что в прошлом году фактически было сделано 380 посещений на пункте, 65 на дому; сколько было предусмотрено планом и сколько намечается на планируемый год неизвестно. Четвертый фельдшерский пункт показывает 300 посещений на пункте, каковая цифра, предусмотренная предыдущим планом, была выполнена, переносится без изменения и в проектируемый план. Кроме того, предусматривается 340 посещений на дому при 253 фактических в истекшем году против 278 утвержденных планом. Пятый пункт намечает 4300 посещений против 4248 фактически выполненных в истекшем, сколько было спроектировано — неизвестно. Кроме того, предусматривается 100 посещений на дому против 113 фактических в прошлом. Такие же неполноценные цифры фигурируют и по оказанию родовспоможения, по санпросветработе, по числу подворных санитарных осмотров и количеству состоящих под наблюдением колодцев. Из трех фельдшерских пунктов, включивших сведения о численности обслуживаемого населения, один показывает, что число обслуживаемого населения в

прошлом выражалось цифрой 42, а на планируемый отрезок времени эта цифра почему то снизилась до 34.

Такие же дефекты встречаются и в плане больницы: большое сомнение вызывают цифры, характеризующие средне-годовое число коек, а именно: 1000, 648 и 1033 соответственно трем графам: „утверждено“, „выполнено“ и „план“ из них первая исправлена в 33, вторая в 23, а третья осталась в том же виде. Эти же цифры, т. е. 1000, 648 и 1033 фигурируют и в сводном плане. Это обстоятельство заставляет нас думать, что составители плана не имеют представления о вычислении среднегодовых коек. Среднее число дней работы одной койки в году показано соответственно трем графам цифрами 365, 359 и 366, что также не соответствуют действительности. Число койко-дней за год, представленное цифрами 12000, 8217 и 12400 (утверждено, выполнено, план) не соответствует ни количеству коек, ни числу дней работы больницы в год. Эти же цифры перешли и в сводный план района. Против двух показателей, а именно: числа поступающих больных за год и среднего числа дней пребывания больного на койке никаких цифр не проставлено, что сильно снижает качество плана, лишая возможности судить о характере и качестве работы стационара. Неправильно включена в план больницы работа амбулатории, которая имеет свой отдельный план, где приводятся те же цифры.

Несколько лучше представлены последующие разделы плана, включающие фонд зарплаты, свод расходов, расчеты и обоснования по расходным статьям. Но основным в плане является производство, финансовые расчеты и распределение расходов играют только подчиненную роль.

Таким образом, ни один из разобранных нами планов не содержит полноценных показателей, всесторонне характеризующих деятельность данного учреждения и позволяющих оперативно руководить его работой и контролировать ее. Их нельзя рассматривать как официальные документы, могущие служить программой действия для этих учреждений, несмотря на их утверждение заведующим здравотделом в установленном порядке.

На основании всего вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

1) Введение единой системы и методики составления оперативно-финансового плана медико-санитарных учреждений является крупным организационным мероприятием по внедрению плановости в работе учреждений и органов здравоохранения с целью улучшения качества работы последних и облегчения оперативного руководства и контроля за их деятельностью.

2) Ценность этого нововведения заключается в том, что составленный по новому оперативно-финансовый план включает почти все производственные показатели учреждения по разделам работы и предусмотренные планом мероприятия со сл суются со штатом и подкрепляются соответствующей финансовой базой, что гарантирует реальность плана.

3) Некоторые руководители органов здравоохранения и учреждений еще недооценивают значение этого мероприятия; всю работу по составлению оперативно-финансового плана они возлагают исключительно на счетных работников, вследствие чего эти планы страдают весьма крупными дефектами, особенно в производственной своей

части, и ни в какой мере не могут считаться полноценными документами.

4) В составлении оперативно-финансового плана должны принимать участие в первую очередь руководители учреждений и специалисты, которые должны тщательно разрабатывать и обосновывать производственную часть плана; расходная часть плана, а также расчеты и обоснования бюджетных расходов должны быть выполнены при участии работников счетного аппарата, но под руководством заведующих учреждений.

Казань, Тукаевская ул., д. 82.

Наблюдения из практики и краткие сообщения

Л. Н. ПАХОМОВА

Наблюдения над действием некоторых отхаркивающих средств

Из госпитальной терапевтической клиники Куйбышевского ГМИ (директор проф. В. Р. Гайворонский)

Некоторые лекарственные средства, в частности ипекакуана и сенега, до сих пор ввозятся из-за границы, в то время как богатейшая флора нашего Союза с его огромным разнообразием климатических условий изучена еще совершенно недостаточно, а среди наших растений несомненно имеются такие, которые вполне могут заменить импортные растения. Для замены дефицитной импортной ипекакуаны в 1932 г. предложена была трава термопсис (*Thermopsis lanceolata*).

Богатейшие заросли травы термопсис были обнаружены в Восточном Забайкалье Варлаковым в 1930 г. Местными врачами эта трава в виде порошков и отваров применялась для лечения катаров верхних дыхательных путей, крупозной и гриппозной пневмонии и грипа. Исследования Варлакова показали, что трава термопсис содержит алкалоиды, термопсин и термопсидин. Настой и экстракты из травы термопсис, равно как и выделенный из них термопсин, действуют на рвотный центр непосредственно и рефлекторно, через раздражение периферических окончаний п. vagi в слизистой оболочке желудка.

С прямым и рефлекторным влиянием травы термопсис на рвотный центр связана усиленная секреция слизистой оболочки дыхательных путей, способствующая отделению мокроты (Вершинин). После проверки травы термопсис в Гомской фармакологической лаборатории проф. Вершининим, она была предложена для клинического испытания, как отхаркивающее средство.

Первые наблюдения над действием травы термопсис проведены Щербаковым и Сибирцевой на 400 туберкулезных б-ных. Авторы пришли к выводу, что термопсис является вполне надежным отхаркивающим средством, даже более эффективным, чем ипекакуана.

Наши наблюдения проведены на 42 стационарных больных. Из них мужчин 11, женщин—31. Возраст от 19 до 57 лет. По характеру заболевания больные распределялись таким образом: бронхопневмония—11 ч., эмфизема легких и хронический бронхит—10 ч., затянувшаяся крупозная пневмония—7 ч., грипп—5 ч., декомпенсированные пороки сердца—4 ч., туберкулез легких—2 ч., экссудативный плеврит—2 ч., и абсцесс легкого—1 ч.

Трава термопсис назначалась больным в виде настоя из 1,0—200,0 по столовой ложке 3—4 раза в день. Почти все больные с первых же дней лечения травой термопсис отмечают ясный отхаркивающий эффект и, кроме того, уменьшение кашля (92,9%) лишь в двух случаях гриппа и в 1 случае бронхопневмонии отмечено усиление кашля. Ясного отхаркивающего эффекта не было в одном случае туберкулеза легких.

Даже в случаях экссудативного плеврита, где кашель являлся главным образом результатом рефлекторного раздражения, идущего от плевры, и где за несколько дней в основном заболевании не произошло заметных изменений, после нескольких приемов