

винно-каменной кислоты осаждает каталазу из печеночных экстрактов и этот осадок энергично разлагает перекись водорода. Каталазу нельзя удалить из этого осадка ни промыванием, ни диализом; нагревание до 100° как осадка, так и исходного экстракта уничтожает их каталитическую способность. Осадок *Vi* из печеночного экстракта обнаруживает спириллоидные свойства, тогда как осадок куриного белка с *Vi* этой способностью не обладает и не разлагает  $H_2O_2$ <sup>1)</sup>.

### 9. *Vi* при других заболеваниях.

Препараты *Vi* обнаружили несомненное лечебное и превентивное действие при фрамбезии<sup>2)</sup> болезни *Sodoku*<sup>3)</sup>, при болезни *Weill*'я (инфекционная желтуха)<sup>4)</sup>, геморрое<sup>5)</sup>, но они не помогают при сонной болезни<sup>6)</sup> и малярии<sup>7)</sup>.

## Планирование здравоохранения.

### Ф. Г. Мухамедьярова.

11—13 сентября с/г. при НКЗдраве Р.С.Ф.С.Р. состоялось совещание плановых работников и руководителей здравоотделов областей и республик, входящих в состав РСФСР. Открывая совещание, нарком Н. А. Семашко остановился на основных моментах работы органов здравоохранения в периоде социалистического строительства. Он указал на необходимость проведения жесткой плановости в работе, на большое политическое и практическое значение выполнения 5-ти летнего плана здравоохранения и на строгое проведение социально-классового принципа в деле обслуживания населения медико-санитарной помощью. Была подчеркнута необходимость наиболее полного обеспечения медико-санитарным обслуживанием промышленных центров, районов расположения крупных совхозов и колхозов, на что должно быть обращено самое серьезное внимание и выделен максимум средств.

С докладом о контрольных цифрах на 1929/30 г. выступил тов. Коновалов, который указал, что контрольные цифры, как второй годовой отрезок пятилетки, отражают все те установки, которые легли в основу пятилетнего плана. Контрольные цифры составлены с учетом всех тех основных задач, которые стоят перед органами здравоохранения на сегодняшний день. Правда, они не дают возможности широко развернуть наши мероприятия в соответствии с общим темпом развития всего народного хозяйства, но при стопроцентном их выполнении и при соблюдении строгой плановости мы сможем достигнуть крупных результатов, что, главным образом, зависит от правильного проведения нашей политики на местах. Главная наша задача заключается в обеспечении промышленных центров основными видами медико-санитарной помощи, в подтягивании остальных районов (например, горняцких), в обеспечении специальной помощью в городах в первую очередь застрахованных, несмотря на значительный разрыв между обслуживанием города и деревни. Дальнейшее развертывание медико-санитарной сети и новое строительство должны удовлетворять именно этим требованиям. Работа наших учреждений должна быть реорганизована в соответствии со введением 7-ми часового рабочего дня и непрерывной рабочей недели.

<sup>1)</sup> A. Maubert, L. Jaloustre, P. Lemay и G. Andreoly, C. r. 180 539, 1925.

<sup>2)</sup> F. van den Branden и L. van Hoof, Ann. soc. belg. de med. trop. 3, 327, 1924.

<sup>3)</sup> A. T. Salimbeni и R. Sazerac, C. r. 184, 1497, 1927.

<sup>4)</sup> П. П. Маслаковец, Е. Б. Шейнина и Н. С. Иттер, Микробиологический журнал, 7, 190, 1928; Uhlenhuth и Seifert, C. Bakt. I, 110, 47, 1929.

<sup>5)</sup> E. Horwitz, Therap. d. Gegenn. 1926, H. 3. отд. оттиск.

<sup>6)</sup> F. van den Branden L. van Hoof, Bull. Soc. pathol. expt. 1922, 692.

<sup>7)</sup> O. Fischer, Münch. med. Ws. 74, 483, 1927.

Обеспечение обобщественного сектора сельского хозяйства, представляющее вторую важную задачу, также предусмотрено в контрольных цифрах. Правда, окончательное разрешение этого вопроса требует еще много сил и средств и, главным образом, оно упирается на новое строительство, но пока мы можем и должны осуществить те мероприятия, которые этого не требуют: организация пунктов первой помощи, амбулаторий с приемным покоем, яслей и друг.

В отношении обслуживания колхозов и совхозов стационарной помощью и специальными видами медпомощи они должны быть прикреплены к ближайшим лечебным учреждениям. Далее в контрольных цифрах предусмотрено подтягивание отсталых частей здравоохранения, как-то: ОЗД и др.; уделено большее место профилактическим мероприятиям, как основе всего Советского здравоохранения; так как некоторые районы РСФСР весьма неустойчивы в отношении эпидемических заболеваний, то этот момент, т. е. снижение эпидемичности отдельных районов, также отражены в контрольных цифрах. Таким образом контрольные цифры отражают все основные моменты, которые должны быть конкретизированы в районном разрезе при составлении оперативных планов. Самое главное внимание должно быть обращено на эффективное использование средств и проведение рационализаторских мероприятий с тем, чтобы удешевить нашу продукцию хотя бы на 5%. Этот последний момент обращает на себя внимание еще потому, что темп развития дела здравоохранения в общем отстает от всего народного хозяйства; имеется серьезная угроза разрыва. Для того, чтобы несколько смягчить этот разрыв и улучшить обслуживание промышленного пролетариата и строителей социализма в деревне, должно быть обращено большее внимание на мобилизацию внутренних ресурсов путем проведения широких рационализаторских мероприятий.

Вторым вопросом повестки дня стоял доклад планового отдела о методологии составления пятилетнего плана в социально-классовом разрезе. Докладчик тов. Гинсбург указал, что этот вопрос является дальнейшим уточнением пятилетнего плана и представляет вторую стадию плановой работы. Первый этап плановой работы выявил в пределах финансовых лимитов перспективу развертывания сети и мероприятий, а вторая стадия работы должна заключаться в выявлении продукции намеченной сети и в ее распределении между отдельными группами населения соответственно задачам, поставленным пятилетним планом развития всего народного хозяйства. Таким образом, задачи социально-классового подхода по медобслуживанию различных групп населения должны быть более четко сформулированы, а именно: а) наиболее полное обеспечение медицинской помощью промышленного пролетариата, б) расширение и улучшение медпомощи село-хозяйственным рабочим совхозов, в) улучшение медицинского обслуживания обобщественного сектора сельского населения: трудящихся колхозов и г) улучшение, по мере возможности, медпомощи остальному сельскому населению. Все это нужно выявить в виде развернутого цифрового материала.

Запроектированный бюджет здравоохранения не дает возможности развернуть сети медико-санитарных учреждений для полного обслуживания указанных групп. Рост больничных коек в городах на 32% отстает от роста застрахованных (40%). Поэтому для осуществления указанных выше задач требуется наиболее рациональное использование существующей и вновь запроектированной сети, как по линии повышения ее продукции, так и по линии очередности в обслуживании этой сетью различных групп населения. В отношении повышения продукции сети необходимо уменьшение прогула коек, который по предварительным сведениям доходил в 1927/28 году до 20% в городах, до 28% в сельских местностях. Плановый отдел считает необходимым снизить недогрузку коек в городах к концу 5-ти летия до 11%, и в сельских местностях до 15%, исходя из оборота городской койки в 17, а сельской в 16 раз. Такое уменьшение прогула коек возможно при условиях: а) сокращения времени, затрачиваемого на ремонт б-ц до 3-х недель в городах и до 1 м-ца в сельских местностях, и вообще, рационализации ремонта учреждений путем своевременного отпуска средств, заблаговременного заготовления материалов и проч.; б) полного обеспечения б-ц необходимым количеством медперсонала и прекращения наблюдающегося на местах частичного свертывания коек во время летних отпусков; в) широкого применения системы боксов в заразных корпусах, дабы избежать высокого % прогула коек; г) решительного улучшения больниц в сельских местностях; д) проведения рационализации деятельности учреждений на основе циркуляра НКЗ за № 126; е) проведения социалистического соревнования между здравоохранителями и отдельными учреждениями.

Доведение нагрузки коек до нормальных размеров позволит увеличить количество койко-дней в больницах городов и промышленных центров к концу 5 летия на 51,9% при росте числа коек на 32,0%, т. е. получить лишних 4703 тысячи койко-дней, а в сельских местностях на 71,7% при росте числа коек на 47,5%, т. е. получить лишних 2620 т. койко-дней. В психиатрических больницах эта рационализация должна сводиться к разгрузке этих учреждений, ввиду чего рост продукции психобольниц на 12% отстает от роста числа коек на 50,2%. Введение вечерних приемов в амбулаториях городов и промышленных центров увеличит число посещений в 1932/33 г. на 52,4% при росте амбулаторных кабинетов (включая зубо врачебные) на 37,3%, а введение второго врача на участке повысит число посещений на 35,3%, т. е. даст слишком 24 миллиона посещений. Такое повышение продукции несколько смягчит острую потребность в новом строительстве и даст возможность снизить стоимость единиц медицинской помощи, что позволит примерно на 200 миллионов сократить дефицит по бюджету здравоохранения, исчисленный ориентировочно в 350—400 миллионов рублей. Ввиду общей недостаточности развития дела здравоохранения, обслуживание должно производиться в порядке очередности с учетом значения каждой группы населения в деле социалистического строительства. По предварительным подсчетам планового отдела, из всего прироста продукции городских больниц (без психиатрических), к концу пятилетия в 16.073 т. койко-дней, для обслуживания застрахованных намечается 14998 т. койко-дней или 93,3%. Общий процент использования застрахованными городской квалифицированной коечной помощи повысится до 73,8% вместо 63,6% в 1927—28 г.

Незастрахованные, т. е. крестьяне, при общем росте продукции городских больниц на 51,9% получают из нее 12350 т. койко-дней вместо 11 275 т. койко-дней в 1927/28 г., т. е. более всего лишь на 0,9%. Такое использование городской коечной сети даст возможность поднять норму коечного обслуживания застрахованных в среднем до двух койко-дней на одного застрахованного жителя вместо 1,61 койко-дней в 1927—28 г., т. е. на 24,2%. При этом норма для застрахованных, живущих в городах и промцентрах, т. е. главным образом для промышленного пролетариата, повышается более значительно с 1,63 до 2,03 койко-дней, т. е. на 24,5%, а для застрахованных в сельских местностях, т. е. главным образом для рабочих совхозов, с 1,43 до 1,65 койко-дней или на 15,4%.

По амбулаторной помощи показатель обслуживания одного застрахованного повышается в среднем до 8-ми посещений вместо 6,91 за 1927—28 г., т. е. на 15,8%, причем такое усиленное обслуживание застрахованных амбулаторной помощью может быть осуществлено только за счет некоторого сокращения приема в городских амбулаториях незастрахованных, т. е. главным образом сельских жителей. Если в 1927/28 г. приходилось на незастрахованных около 25 миллионов посещений в городах, то в 1932/33 г. для них запроектировано только 20 мил. посещений.

При указанной проектировке общее использование застрахованными больницы помощи повышается с 44,8% до 52,5%, а амбулаторной с 50% до 56% при росте удельного веса застрахованных в общем населении с 14% до 17%.

Наряду с улучшением медпомощи промышленному пролетариату и рабочим совхозов необходимо решительное улучшение медпомощи населению социалистического сектора на селе. Для этого значительная часть прироста сельских коек должна быть обращена на обслуживание колхозов. Из всего прироста продукции сельских б-ц в 8,047 тысяч койко-дней предполагается использовать на обслуживание колхозников 3,646 т. койко-дней или 45,3%. Кроме того, весь прирост по участковым больницам в городах также обратить на обслуживание колхозов. Все это даст возможность повысить норму коечного обеспечения для 1-го жителя колхозов с 0,35 до 0,67 (по линии сельской сети с 0,12 до 0,32 койко-дней, по городской с 0,14 до 0,25, с.) т. е. на 86%. По амбулаторной помощи показатель на одного жителя колхозов повышается с 1,3 до 2,0 т. е. на 58,8% (по линии сельских амбулаторий с 1,0 до 1,58 и городских с 0,3 до 0,42). В силу ограниченности средств для неорганизованного сельского населения коечный показатель может быть повышен на 1,7% т. е. с 0,35 до 0,356 койко-дней, а амбулаторный на 4,2% т. е. с 1,2 до 1,25 посещений.

По остальным медико-санитарным учреждениям вопрос о распределении продукции еще не проработан, но в основу этой проработки будут положены выше изложенные принципы. Так, показатель обслуживания постоянными яслями застрахованных должен повыситься с 0,42 до 0,77 дето-дней на 1-го застрахо-

ванного или на 83,3%. Ясельный показатель для 1-го жителя обобщественного сектора увеличивается с 0,025 до 0,71, а для остальных сельских жителей с 0,025 до 0,081.

В результате такого распределения продукции медико-санитарной сети получается некоторое перераспределение средств по бюджету здравоохранения.

Если в 1926/27 году на обслуживание застрахованных из всех средств затрачено 63,3%, то в 1932/33 году 67%, причем это повышение производится, главным образом, за счет бюджетных и прочих средств, из которых в 1926/27 г. выделялось на застрахованных 37,7%, а в 1932/33 г. 47,6%.

Стоимость медпомощи для одного активно-застрахованного повышается в среднем до 64 р. 17 к., вместо 37 р. 15 к., причем расход из фонда медпомощи возрастает всего лишь на 36,5% (с 25 р. 77 к. и до 35 руб.) тогда как расход из бюджетных средств увеличивается на 155% (с 11 р. 38 к. до 29 р.). Таким образом, по линии бюджетных и др. средств в первую очередь акцентуируется медпомощь застрахованным, т. е. главным образом промышленному пролетариату и рабочим совхозов. При среднем расходе на одного жителя из этих средств (без фонда медпомощи) в 4 р. 41 к., на душу застрахованного населения предполагается израсходовать 11 р. 60 коп. т. е. более на 7 р. 19 к. Во вторую очередь за счет бюджетных и прочих средств акцентуируется медпомощь социалистическому сектору на селе. Стоимость медпомощи для одного жителя колхозов к концу пятилетия повысится до 5 руб. 18 коп. вместо 1 р. 37 коп., израсходованных в 1926/27 г. на них как на сельских жителей. Стоимость медпомощи для остальных сельских жителей возрастает до 2 р. 50 коп. на душу, вместо 1 р. 37 к. за 1926/27 год.

Этот проект обслуживания медпомощью населения в социально-классовом разрезе является первой наметкой, исчисленной в масштабе РСФСР, и потому нуждается в более углубленной проработке по отдельным районам.

По вопросу о переводе лечебной работы на диспансерный метод сообщение сделал тов. Нейштадт. Хотя этот вопрос на повестке дня не стоял, но в связи с постановлением Совнаркома РСФСР о разработке плана снижения заболеваемости и об уменьшении количества дней временной утраты трудоспособности среди рабочих, вопрос о диспансерном методе перестает быть только предметом дискуссии, а приобретает большое практическое значение. В кратком своем сообщении тов. Нейштадт указал, что Наркомздрав предполагает перевести работу лечебных учреждений на диспансерный метод, как единственный метод, отвечающий задачам советского здравоохранения и дающий возможность поставить учет заболеваемости среди отдельных производственных групп, изучения причин повышения заболеваемости и принятия практических мер к ее снижению. Само собой разумеется, что с введением диспансерного метода в лечебных учреждениях необходимости в существовании отдельных туберкулезных и венерологических диспансеров не будет. Таким образом мы перейдем на единую диспансерную систему, что, несомненно, обеспечит более эффективное и рациональное использование наших сил и средств и облегчит планирование наших мероприятий с точки зрения их хозяйственной значимости — воспроизводства и восстановления рабочей силы.

По вопросу о санитарном оздоровлении Республики, тоже не включенному в повестку дня, совещание выслушало сообщения т.т. Сысына и Добрейцера. В связи с докладом НКЗдрава в Совнарком РСФСР о санитарном состоянии Республики последний вынес ряд весьма важных, имеющих большое практическое значение, постановлений, касающихся санитарного оздоровления Республики. НКЗдраву РСФСР предложено разработать 4-х летний план проведения санитарно-оздоровительных мероприятий, который должен охватить все стороны санитарной жизни, а также включить мероприятия, проводимые другими ведомствами в области санитарного оздоровления. В свою очередь НКЗдравом предложено всем областным и краевым Здравоотделам и НКЗдравам автономных республик и областей немедленно приступить к разработке плана в краевом и областном масштабе согласно инструкции НКЗдрава, и по согласовании и утверждении в местных плановых комиссиях представить в НКЗдрав РСФСР не позднее 15 октября с/г.

Далее была заслушана краткая информация тов. Кульвановского о социалистическом соревновании между Здравоотделами. Наиболее актуальными задачами, которые стоят перед органами Здравоохранения и могут служить предметом соревнования, НКЗдрав считает след. вопросы: 1) проработка 5-ти летнего плана в социально-классовом разрезе, 2) осуществление контрольных цифр на 1929/30 год, 3) наибольшая мобилизация внутренних ресурсов, 4) снижение прогула коек, 5) установление связи с производственными союзами.



Все эти вопросы, имеющие большое политическое и практическое значение, ни в коем случае не могут оставаться только предметами обсуждения на совещаниях и заседаниях ответственных работников, а должны привлечь внимание всех работников Здравоохранения, в особенности врачей, которые должны принимать активное участие в проработке этих вопросов на местах и усвоить их политическое и экономическое значение с точки зрения социалистического строительства.

**Контрольные цифры по здравоохранению в РСФСР на 1929/30 г.**  
(К докладу тов. К о н о в а л о в а).

Лечебно-профилактическая сеть (без транспорта)

Табл. 1.

Наименование	1927/28	1928/29	1929/30	Рост по отношению к предыдущ. году принятому за сто	
				1928/29	1929/30
Больничные койки . . . . .	175630	184019	198889	104,8	108,1
В том числе:					
а) городские . . . . .	111456	114653	121743	102,9	106,2
б) сельские . . . . .	42618	45915	50259	107,7	109,5
в) психиатрические. . . . .	21556	23451	26887	108,0	114,6
г) амбулат. кабин., включая приболн. в городах . . .	7245	7915	8664	109,2	109,5
Зубоврач. кресла . . . . .	2670	2886	3207	108,0	108,0
Врачи помощи на дому . . . .	1406	1705	1912	121,3	112,1
Пункты пер. пом. на предпр. .	1163	1463	1721	125,8	117,6
Нервно-псих. диспансеры . . .	8	11	24	137,5	218,1
Хозрасч. аптеки . . . . .	2002	2159	2377	107,8	110,1
Сельские врач. уч. . . . .	4781	5084	5498	106,3	108,1
В том числе больниц . . . . .	2791	2920	3073	104,6	105,2
Самост. фельдш. пункты. . . .	3525	3457	3212	98,1	92,9

Санитарно-профилактическая сеть (без транспорта).

Табл. 2.

Бактер. институты . . . . .	35	35	35	100,0	100,0
Лаборатории . . . . .	214	243	289	113,5	118,9
Дезстанции. . . . .	14	16	35	114,3	218,0
Дезпункты . . . . .	194	212	271	109,2	127,8
Маляр. станции. . . . .	107	110	116	102,8	105,4
Пастеровск. станции . . . . .	52	61	62	117,3	101,6
Санврачи . . . . .	1299	1446	1649	111,3	114,0
Тубдиспансеры . . . . .	275	291	314	106,0	108,0
Койки:					
а) Вспом. . . . .	7485	8231	8927	110,0	108,0
б) Санаторные . . . . .	7670	8277	9065	108,0	109,5
Тубпункты . . . . .	47	63	99	134,0	157,0
Вендиспансеры . . . . .	210	231	247	110,0	106,9
Вен. пункты . . . . .	242	295	386	121,5	138,0
Проф. институты . . . . .	4	7	7	175,0	100,0

Санитарно-профилактическая сеть (без транспорта).

Таб. 2.

Наименование учреждений	1927/28	1928/29	1929/30	Рост по отношению к предыдущ. году принятому за 100	
				1928/29	1929/30
Проф. диспансеры . . . . .	20	29	36	145,0	124,1
Дома санпросвета . . . . .	100	112	135	112,0	120,5
Детпрофамбулатории . . . . .	124	145	171	116,9	117,8
Койки:					
а) Вспом. при ДПА . . . . .	1623	2015	2415	124,1	119,8
б) Невро-психо-аномалии . .	1360	1630	1960	119,8	120,2
в) Физ. аномалии . . . . .	1525	1925	2300	126,2	119,4
г) В сан. для раб. под. . . . .	829	1300	1825	156,8	140,0
д) В сан. лаг. для юных пион.	675	1420	1915	210,3	134,8
Врачи ОЗД . . . . .	1320	1530	1716	115,9	112,1
Первич. пун. ОЗД . . . . .	59	106	161	179,9	151,8
Детск. консульт.:					
а) городские . . . . .	589	643	772	109,1	120,0
в) сельские . . . . .	365	492	650	134,7	132,1
Постоян. ясли . . . . .	858	978	1122	113,9	114,7
Мест в них . . . . .	32002	38543	44769	120,4	116,1
Летние ясли . . . . .	5424	6360	7448	117,2	117,1

Персоналы и зарплата.

Табл. 3.

	28/29 г.	29/30 г.
<b>Контингент:</b>		
Врачи . . . . .	39525	43171
Средний персонал . . . . .	81525	88960
Проч. персонал. . . . .	141546	154167
<b>Сред. месячн. ставки:</b>		
Врачей . . . . .	126 р.	150 р.
Средн. персонала . . . . .	55 »	62 »
Пр. персонала . . . . .	41 »	45 »
<b>Сумма годовой зарпл.:</b>		
Врачей . . . . .	59761800	77707800
Средн. персонала . . . . .	53837520	66186240
Проч. персонала . . . . .	70624632	83250180
<b>Всего по всем гр.</b>		
Количество персонала . . . . .	264643	286298
Общая сумма зарплаты. . . . .	184225952	227144220
Начисл. в соц. стр. и местком . . . . .	27633892	36343075
Периодич. прибавки . . . . .	3500000	6000000
Итого с начисл. в соцстр. с период. прибавкой . .	215357844	269487295

**Сводный бюджет органов Здравоохранения**  
включая автоном. республики (в мил. руб.)

Источники финансирования	27/28	28/29	29/30
<b>С в о д н ы й   б ю д ж е т</b>			
1) Госбюджет (включая ссуду ЦКБ) . . . . .	36,3	40,0	42,9
2) Местный бюджет . . . . .	176,8	212,7	264,5
3) Фонд медпомощи . . . . .	182,9	191,0	220,5
4) В том числе:			
а) территориальный . . . . .	147,9	156,0	182,5
б) транспортный . . . . .	35,0	35,0	35,0
5) Спецсредства и пр. поступления . . . . .	31,2	33,9	50,5
6) В том числе отчислений от промышл. и зернотрест. .	—	—	10,9
<b>И т о г о . . . . .</b>	<b>427,2</b>	<b>477,6</b>	<b>578,4</b>
В том числе по АССР . . . . .	35,6	41,4	51,4

**Соотношение в бюджете здравоохранения основных расходов**  
(в миллионах руб.)

Статьи расходов	27/28	28/29	29/30	Удельн. вес по всем бюдж. в %.		
				27/28	28/29	29/30
1) Капитальные вложения . . . . .	64,0	72,8	102,9	15,0	15,2	17,8
2) Фонд зарплаты . . . . .	186,0	213,5	255,9	43,5	44,7	44,2
3) Хоз. операт. расходы . . . . .	177,1	191,3	219,6	41,5	40,1	38
<b>Итого . . . . .</b>	<b>427,2</b>	<b>477,6</b>	<b>578,4</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

## Библиография и рецензии.

Директор Поликлиники проф. Д. М. Российский. *Труды Поликлиники внутренних болезней I* Московского государственного университета, М., 1929.

В огромном большинстве случаев о жизни и творческой работе наших научных учреждений мы судим лишь по отдельным работам их сотрудников, разбросанным в различных периодических журналах. Благодаря этому составить себе ясное представление о научном направлении данного учреждения, ценности руководства и масштабе работы представляется очень затруднительным.

Чрезвычайно ценным в этом отношении является рецензируемый нами сборник Трудов Поликлиники внутренних болезней I МГУ, объемистый том, в 422 стр., обнимающий 26 работ директора и сотрудников этого учреждения. Выход в свет этого сборника должен быть отмечен.

По своей организационной структуре Поликлиника значительно отличается от структуры клиники. В последней материал главным образом стационарный, оборудование клиники несравненно выше поликлинического оборудования, в то время как в первой, поликлинике, материал текучий, оборудование обычно неудовлетворительно, что в значительной степени затрудняет изучение проходящего через нее материала. Несмотря на все эти трудности, руководитель Поликлиники