

К вопросу комплектования и руководства здравпунктов ¹⁾.

Я. А. Кимбаровского (Москва).

Чрезмерная поспешность работы конференции врачей здравпунктов Подмосковского угольного бассейна и Тульского района привела к тому, что 2-й день работы 12/II с. г. конференции прошел без достаточной критики, ясности и четкости работы. Недоговоренность и распыленность такого чрезвычайно важного вопроса, как вопрос о руководстве здравпунктами, не нашло достаточного отражения в резолюции. Последняя была принята на ходу в незаконченной редакции, что и заставило нас специально остановиться в данной статье на этом вопросе, тем более что мы резко разошлись на конференции с принципиальной установкой Зам. Зав. Мособлздравотдела тов. Смирнова.

Здравпункт, по определению руководителя Мособлздравотдела тов. Смирнова, в административном и хозяйственном отношении должен перейти непосредственно в ведение Здравоотдела. Что касается методологического руководства, то последнее осуществляется территориальным единым диспансером или объединением.

Наша точка зрения по этому поводу, высказанная на данной конференции, отражала следующие моменты: Здравпункт в системе здравоохранения является основным звеном всей здравоохраненческой работы, приближающим все элементы борьбы за оздоровление труда и быта вплотную не только непосредственно к предприятию, рабочему станку, но и к самому рабочему. Все это вместе взятое требует от здравпункта такой работы, которая носила бы строго четкий, цельный, определенный характер, без элементов самотека, случайности и „кто во что горазд“. Лозунг тов. Сталина — „по новому работать, по новому руководить“ это значит, что органы здравоохранения, уделяя максимум внимания здравпунктам, одновременно должны ликвидировать обезличку. При руководстве же по административной и хозяйственной линии здравоотделом, а организационно-методологически-территориальным единым диспансером, или объединением получается в жизни здравпункта — неприкрашенная чехарда-обезличка. Обезличка в здравоохраненческой работе — печальная гарантия для бездеятельности и безответственности за порученный участок работы. Вот почему организационно-правильное построение основного звена здравоохранения — верный удар по обезличке и чехарде.

Разве на сегодняшний день так легко и доступно найти ту грань, которой можно было без ущерба для дела отделить методологию от администрации на здравпункте? Эта операция не так проста, как мыслят себе „хирурги“ из Мособлздравотдела. Допустим, что здравоохраненческий „Соломон“ эту грань нашел. А дальше как? Можно ли оторвать слабенькую, не окрепшую организацию здравпунктов от единых диспансеров-здоровьединений на данном отрезке времени? Смогут ли самостоятельно здравпункты выполнить все те боевые задачи сегодняшнего дня, возлагаемые на них, без активной помощи и поддержки тех же единых диспансеров или здоровьединений (там где они имеются)? Безусловно, нет!

Организовывать здравпункты так, как мыслит себе Мособлздрав-отдел, исходя из того, что объединения и здравпункты в одинаковой степени заинтересованы в проведении профилактической работы, является шагом, непродуманным до конца и рассчитанным, опять-таки, на случайность и на „добрые взаимоотношения“. При академических рассуждениях такие „расчеты“ еще могут быть допустимы, но совсем иное положение при хозрасчете, когда происходит контроль рублем. В этих условиях единый диспансер или здравобъединение навряд ли из своего бюджета будут нести расходы за бригады специалистов, прикрепляемых к звеньям производства в помощь здравпункту, и целый ряд других моментов.

Мы считаем, что здравпункт от единого диспансера или здравобъединения отрывать ни в коем случае не следует, а, наоборот, надо еще больше налечь, чтобы между ними была органически неразрывная связь. Здравобъединение или единые диспансеры должны в своей работе переключиться, уделяя максимум внимания здравпунктам, выделив для этой цели твердый бюджет для оперирования здравпунктом, освободив последний одновременно от мелочной опеки. За здравотделами должны остаться лишь более живые и частые контроль и инспекция за выполнение здравобъединениями и здравпунктами очередных задач, помогая им своим авторитетом и силой в необходимых случаях.

Наряду с этим, в работе органов здравоохранения по союзу Медсантруд, ближайшей задачей дня назрела необходимость создать и поднять авторитет врача здравпункта, который должен срастись с рабочей массой. Надо прямо сказать, что до сего времени этому вопросу не уделяли достаточного внимания на местах ни треугольники промпредприятий, ни органы здравоохранения. Этот пробел необходимо ликвидировать в кратчайший срок, ибо в зависимости от правильной расстановки сил медработников и их авторитета на предприятии, зависят результаты мероприятий по борьбе с промтравматизмом и снижением заболеваемости. Для этой цели, в первую очередь, необходимо в корне пресечь несерьезный взгляд некоторых „здроохранителей“, что „на здравпункт можно послать кого угодно“. Раньше чем командировать врача на здравпункт, необходимо хорошенько взвесить, насколько данная кандидатура врача отвечает требованиям для данного предприятия, вот чем в основном должна руководствоваться здравоохраненческая организация. Хозорган должен знать, что у него на предприятии работают лучшие врачи-общественники, и последние всегда должны помнить, что работа медперсонала на здравпункте является делом чести и доблести. Из этого вытекает, что на крупных предприятиях здравпункты должны комплектоваться не „годовалами“ врачами, а достаточно стажированными и знающими, для этой цели, помимо энергии и желания работать, необходима еще квалификация врача, получаемая из опыта работы. При наличии этих данных создается на крупном предприятии авторитет врача, который необходим для проведения оздоровительных мероприятий без лишних дрызг, склок, сутолоки и ведомственных трений.

Необходимой предпосылкой правильного построения всей работы здравпункта и правильного анализа получаемых в результате работки данных является санитарно-гигиеническая компетенция врача здравпункта, гигиеническое мышление его. Следовательно, врач здрав-

пункта должен быть профгигиенистом, работником промсанитарии и, конечно, врачом-общественником.

Для успеха снижения заболеваемости и повышения производительности труда на промпредприятии врач здравпункта должен иметь в центре своего внимания: 1) выполнение промфинплана, 2) брак, 3) заболеваемость и травматизм, 4) прогулы по неуважительным причинам, 5) условия труда, 6) быт, 7) текучесть рабочей силы и переброска рабочих, 8) эффективность лечебно-профилактической помощи. Этот перечень функций лишней раз подчеркивает чрезмерную важность профиля „нового“ врача здравпункта.

В работе врача здравпункта созрела необходимость создать новый кадр специалистов-врачей здравпунктов по отраслевому принципу, хорошо знакомых с рудой, углем, металлом, машиностроением, металлургией, химическим производством и т. д.

С изменением содержания работ здравпункта дается возможность врачу не чувствовать себя запертым в 4-х стенах здравпункта, а переключиться непосредственно на ряд производственно-технологических моментов промпредприятия. В этих новых областях, еще недостаточно изученных медициной, имеются чрезвычайно интересные участки работы для медицинской мысли, которые, естественно, должны повысить заинтересованность врача здравпункта и дать ему возможность проявить на деле инициативу в целом ряде оздоровительных мероприятий труда и производственного быта.

С нашей точки зрения, хозорганы должны быть кровно заинтересованы, чтобы врачи здравпунктов освоили и технологические процессы производства промпредприятия, ибо это тесно связано с максимальным оздоровлением производства, уменьшением профвредностей и профзаболеваний. Следовательно, и хозорган заинтересован, чтобы врач как можно дольше оставался именно на данном предприятии, так как деятельность врача-общественника-производственника неразрывно связана с успешным выполнением промфинплана. А если это так, то, само собой разумеется, что хозорганы должны вместе с органами здравоохранения участвовать в бюджете по оплате врачей здравпунктов. Гораздо лучше было бы, если бы финансирование здравпунктов происходило из одного здравоохраненческого источника, но и при участии промпредприятия все же руководство медперсоналом здравпункта должно исходить исключительно от органов здравоохранения, во избежание двойственности.

Со всей категоричностью необходимо заострить пред общественностью вопрос о необходимости приравнять врачей здравпунктов к работникам ИТР.

На сегодняшний день (и впредь) здравпункт—цех производства, но когда речь доходит до зарплаты медработников, то этот цех превращается по зарплате в уравниловку. Разве можно сравнить работу врача здравпункта с работой лечебника в амбулатории. Между тем разница в тарифных ставках между этими группами не велика. Повышение на 10 или на 20% ставки врача здравпункта против лечебников не дает возможности многим врачам окончательно закрепиться на работе за здравпунктом. Подтянуть свой заработок работой в другом месте, или выходящее из цеха, или в другом месте, чтобы перейти на другую службу.

приводит к тому, что при наличии подобного положения,—создать специального кадра квалифицированных врачей специалистов, т. е. инженеров-медиков на производстве,—на ближайшее время, удастся нам не совсем легко. Прямой выход должен быть найден, не откладывая его в долгий ящик. Одним из 6 условий тов. Сталина является повышение производительности труда и улучшение бытовых условий.

С этой точки зрения зарплата врачей здравпунктов должна быть перестроена, примерно, по следующему принципу:

Врач здравпункта (заведующий) получает в среднем, как заведующий цехом (здравпункт—цех производства), цеховой врач—как мастер цеха и т. д., одновременно пользуясь всеми привилегиями, предусмотренными для ИТР, ибо эта группа медицинских работников и по психологии, и по работе, вращаясь исключительно в гуще рабочей массы на производстве, будет представлять ту же техническо-производственную интеллигенцию, имеющую одинаковые интересы в максимальном выполнении промфинплана предприятия. Все это говорит за то, что здравотделы и хозорганы должны найти общий язык в области правильного финансирования заводских медработников, тем более что на многих предприятиях хозорганы имеют своих врачей или дают незначительную дотацию без воздействия Здравотдела.

При решительном повороте к вопросу правильного комплектования врачей здравпунктов, создав естественные условия для работы врачей здравпунктов, которые перестали бы думать о совместительствах, перелетах и т. д., мы тем самым гарантировали бы, что места на здравпунктах будут заняты не случайными людьми и не гастролерами, а действительно квалифицированными врачами производственниками.

Чтобы еще больше стимулировать здравоохраненческие кадры на производстве, не лишне взять под контроль и работу некоторых научно-исследовательских институтов, нагружающих здравпункты своей „черновой“ работой. И здесь надо внести некоторую ясность и коррективы следующего порядка: всякая исследовательская работа при участии врачей здравпунктов становится достоянием не только сотрудников Института, но одновременно и работников здравпункта. Такая на первый взгляд „мелочь“ всколыхнет энергию врачей здравпункта, чтобы еще больше связать себя с институтами для научного проведения отдельных, конкретных задач самостоятельно. Получится теснейшая увязка теории и практики, от чего опять-таки выиграют и хозорган, здравотдел, институты и, наконец, сами врачи здравпункта, которые тем самым одновременно будут повышать свою дальнейшую квалификацию, не отрываясь от производства.

Мы считаем, что чрезвычайно важным научно-практическим участком у врача здравпункта должно явиться наблюдение и изучение расстановки рабочей силы в цеху и прочих местах работы для установления правильного режима и отдыха работающих на производстве. Проведенная работа послужит реальной помощью заводским организациям в снижении промтравматизма и заболеваемости и повышения производительности труда, а у врача здравпункта при помощи институтов будет конкретная и благодарная задача в стройке социализма.