

на пастбище, обладает большим количеством антирахитического витамина, чем молоко коровы, содержащейся в закрытом помещении.

В виду того, что так наз. искусственное горное солнце или кварцевая лампа по действию своих лучей близко подходит к действию солнечных лучей, то V. Bruck'ом, C. Pirquet и R. Wagner'ом были поставлены опыты для выяснения антирахитического действия молока от облученных кварцевой лампой коров. Целый ряд наблюдений над младенцами и параллельно проведенные эксперименты на животных показали, что это молоко обладает антирахитическими свойствами. Наиболее распространенный в настоящее время способ сообщения пищевым веществам антирахитических свойств заключается в непосредственном облучении их кварцевой лампой. Наблюдениями целого ряда авторов выяснилось, что во всех пищевых веществах стерилин, а главным образом эргостерин, после облучения действует антирахитически. Эргостерин сам по себе не является действующим антирахитическим витамином, а служит провитамином, приобретающим после облучения свойства антирахитического витамина D (A. Orgler). Как диетотерапевтическим средством при рахите Hess и Steenbock пользовались облученным молоком и сухим молоком в порошок. Aurnhammer успешно применял для профилактики рахита у недоносков облученное пахтанье, A. Orgler употреблял с той же целью сухое облученное молоко.

Вышеизложенная диетотерапия и диетопрофилактика рахита, дающая блестящие результаты, имеет большое значение в тех случаях, когда непосредственное облучение самого младенца по тем или иным причинам является невозможным.

Все изложенное относительно диетических и диетотерапевтических смесей не является пределом достижения педиатрии. Будущее искусственного вскармливания и диетотерапии должно лежать в умении при помощи биохимии выяснить индивидуальную толерантность детского организма. Мы должны научиться, изучая младенца, узнавать, какая смесь, какая пища ему более подходит, и тогда, быть может, не будет тех странных случаев, когда одна и та же смесь дает на одних детях хорошие результаты, на других плохие; не будет разочарований, работы в слепую.

Проблемы рационализации медицинского дела в Татарской Республике.

Д-р М. И. Ойфебах.

Ассист. терапевт. клиники гос. И-та для усов. врачей в Казани.

Пятилетний план индустриализации страны и реконструкции сельского хозяйства ставит перед всей страной огромные задачи и среди них вопросы здравоохранения занимают не последнее место. Нужно с определенностью отметить, что в предстоящем этапе нового строительства взгляд на оздоровление трудящихся лишь как на социально-культурный сектор работы должен быть изменен. До сих пор за отсутствием точно проверенных показателей эффективности дела здравоохранения не для всех было ясно, что функция оздоровления преследует и чисто производственную цель: сохранение здоровья рабочей силы—и этим способствует индустриализации нашей страны. Но врачи должны ясно видеть, что дело здравоохранения является частью индустриализации СССР и что на них возложена ответственная задача—забота о состоянии здоровья в первую очередь той части населения, от которой зависит повышение производительности труда и успешное выполнение плана великих работ, т. е. широких пролетарских масс. Наши методы работы и темпы должны быть приспособлены к темпу роста индустриализации страны и резкие отставания, наблюдающиеся еще до настоящего времени, должны быть изжиты, а на узкие места в деле здравоохранения должно быть фиксировано внимание всей советской общественности и в особенности внимание командного состава здравоохранения, от которого во многом зависит постановка медицинского дела, повышение его качества и эффективности.

Одним из важнейших методов, при помощи которого мы можем развернуть эту работу в унисон со всей страной, является социалистическое соревнование. Этот лозунг, брошенный в гущу рабочего класса на XVI-ой партконференции, полностью себя оправдал. Промышленность далеко шагнула вперед именно потому, что этот лозунг был своевременно понят и осознан широкой массой. К сожалению,

в нашей медико-санитарной работе мы его только начинаем применять, между тем полученные в других областях результаты диктуют и нам, что социалистическое соревнование должно пронизать всю лечебно-профилактическую деятельность органов здравоохранения, так как если в наших руках уже имеется инструмент, проверенный жизнью, то и мы, медицинские работники, должны учесть этот опыт. Нам это тем более необходимо, что в нашей повседневной работе дефектов еще слишком много, что «хорошо хозяйничать в нашем деле мы еще не научились» (Семашко). Улучшение качества медицинской помощи населению, лучшее обслуживание его, изжитие очередей в амбулаториях, увеличение пропускной способности лечебных учреждений, внедрение действительно профилактических начал, строгая экономия дадут нам возможность с наибольшей эффективностью использовать те скромные ресурсы, которыми располагают по пятилетнему плану органы НКЗ. Рационализация всего медико-профилактического дела это «путь к улучшению работы, путь к действительной экономии» (Семашко), она может безусловно освободить десятки миллионов рублей. Опыт сравнительно небольших рационализаторских мероприятий по Татаркомздраву подтверждает правильность этого положения.

Основные дефекты в деле рационализации у нас в ТР, следующие:

1. Отсутствие четких организационных форм и руководства местами со стороны Совета по рационализации при НКЗ, замкнувшегося в круг работ по рационализации главным образом аппарата Наркомздрава.

2. Врачебная масса до сих пор недостаточно осознала важность рационализаторских мероприятий в деле обслуживания населения.

3. Рационализация дела здравоохранения не носит глубоко общественного характера и в нее совершенно не вовлечены профессиональные и общественные организации (Секция Здравоохранения, Котыбы, Советы социальной помощи и т. д.).

4. Участие медицинских ВУЗ'ов Казани в научной проработке этого вопроса недостаточно и совершенно не соответствует удельному их весу, который они по праву занимают в вопросах организации здравоохранения ТР.

В области организационной мы должны указать, что с 1928 года, при НКЗ существует Комиссия по рационализации, реорганизованная с 1929 года в Совет по рационализации. На местах Комиссии по рационализации при леч. учреждениях НКЗ почти не существует. Нечего, конечно, говорить о кантонах. В ряде учреждений заведующий врач воплощает в себе и администратора и, в лучшем случае, и рационализатора и фактически один кустарно проводит эти мероприятия по своему учреждению, не вовлекая зачастую ни врачебный, ни другие элементы советской общественности.

Отсюда понятно, что ближайшей задачей является оформление в крупных больницах, поликлиниках Комиссий по рационализации, в которые должны быть вовлечены представители всех категорий работников и, в особенности, врачи. Эти ячейки не должны подменять собою производственных совещаний и Экономкомиссий. Руководство работой ячеек, учет их достижений должны исходить из Совета по рационализации. Здесь же возникает и другой вопрос организационного порядка о выделении специального работника, освобожденного или разгруженного от других обязанностей для руководства работой Совета, не подменяя инициативы ячеек и отдельных товарищей. Перед Комиссией на первых порах стоит трудная задача—изжитие пессимизма и неверия в дело рационализации, что, к сожалению, наблюдается и среди врачей. Помимо небольшой группы врачей, активно участвующих в этой работе, мы нередко слышим ряд возражений, что о рационализации можно говорить на производстве, что это отнюдь, не приложимо к лечебному заведению; не дооценивая значения этих мероприятий, товарищи указывают, что рационализация нам не под силу, ибо она требует денежных затрат, а бюджет леч. учреждений и так недостаточен: о какой рационализации может идти речь, когда не хватает ассигнований на неотложные нужды; рационализация—дело только администратора, и врач в лучшем случае ждет готовых указаний старшего врача, а в худшем противодействует всяким «ненужным новшествам». Это ложное представление и непонимание значимости этих задач должны быть коренным образом изжиты. Здесь врачу должны притти на помощь и органы здравоохранения, и профессиональные организации (Бюро врачебной секции—в первую очередь). Каждый врач должен, наконец, осознать, что он больше чем кто-либо другой страдает от неурядиц, толчеи, никчемных писаний, когда он при существующем положении вещей уделяет непосредственно больному всего 30—40% полезного

времени. От правильной постановки отдельных звеньев, четкости их работы в леч. учреждениях—зависит устранение дефектов, дающих повод для заслуженных нареканий со стороны населения.

Много ли сделано Татнаркомздравом в этом направлении и каковы перспективы рационализаторских мероприятий, отображенных в пятилетнем плане Татнаркомздрава, охарактеризовал в своей статье „Четыре дня на медико-санитарном совещании Татарской АССР“ тов. Коновалов (Вопросы Здравоохранения, № 3—4, 1929 г.): „Вопросы рационализации медико-санитарного дела не нашли достаточного освещения в пятилетке. Если рационализаторские мероприятия сугубо важны вообще для медико-санитарного дела, то для дела здравоохранения Татарской Республики рационализаторские мероприятия, в ближайшие годы, являются решающими. Рационализация медико-санитарного дела—это один из крупнейших источников для усиления финансовой базы Татарской Республики“. Со времени этого совещания в рационализаторской работе Татнаркомздрава все же произошел сдвиг. В этом отношении чрезвычайно демонстративен опыт рационализации медикаментозного снабжения населения. Всем памятен 1926—1927 г.г., когда сотни тысяч рублей (в 1927—1928 бюджетном году расход выразился в 356.394 р., т. е. около 13% всего городского бюджета Т.Н.К.З.) тратились на лекарственный отпуск. Несмотря на это, со стороны врачей и тогда были многочисленные жалобы на недостаток и этих огромных сумм. Наркомздравом в 1928—29 бюджетном году был коренным образом пересмотрен этот вопрос и налицо мы имеем безусловные достижения. Они выразились:

1. В упрощении и удешевлении учета медикаментов в хозрасчетных аптеках, где был введен суммовой отчет, т. е. учет не по количеству, а по стоимости медикаментов по продажным ценам—отсюда эффективность в работе, в упрощении сложной аптечной отчетности, экономия в штате, бумагах, что составило 11.328 рублей в год.

2. Упрощен учет при больничных аптеках города и кантонов (на участках) благодаря прекращению учета расхода по мелкой выборке всех медикаментов, за исключением наркотических средств. Это дает возможность работникам аптек уделить внимание качеству и улучшению обслуживания лекарственной помощью населения и вместе с тем отпал вопрос о дополнительном штате в этих аптеках.

3. Весьма важным моментом является введение с 1-го апреля 1929 г. стандартных формул в количестве 50 наименований. Заготавливаемые заранее механизированным путем эти стандартные медикаменты ускорили, с одной стороны, отпуск лекарств больному, а с другой, удешевили стоимость рецепта на 40% или 12 коп. На шестимесячном опыте по городу получена экономия в 4680 рублей. Отсюда вытекает необходимость на 1929/30 г. количество стандартных формул довести до 20% (вместо 7% в 1928/29 г.) по отношению ко всей рецептуре, отпускаемой из хозрасчетных аптек, и до 25% по аптекам при леч. учреждениях, главным образом участковых. Это мероприятие на 1929/30 г. даст по хозрасчетным аптекам в год около 400.000 рецептов, что из расчета экономии 12 коп. составляет 48.000 руб. в год. А больничные аптеки сэкономят от общего количества рецептов в 2.100.000—около 26.250 руб.; всего, таким образом, намечается сумма 74.250 руб. за год. Поэтому этот вид рациональной экономии должен быть учтен каждым врачом. Незаслуженное, скептическое отношение к механизированному методу приготовления лекарств надо изменить. Вспомним, что мы в этом отношении плетемся в хвосте других стран: поучительны, напр., цифры Америки, где 94% всех отпускаемых из частных аптек медикаментов падают на стандартные формулы. Помимо улучшения качества и быстроты отпуска лекарств, приготовление в таблетках механизированным путем снижает стоимость рабочей силы и гарантирует точную дозировку медикаментов. Интересно привести следующие данные: приготовление 1000 таблеток механизированным путем обходится в 1,75 коп., приготовление ручным способом 3—4 руб. Один работник машинным способом в день может приготовить до 50.000 таблеток, а вручную—всего 800 порошков.

4. Расчеты ТАУ с Татнаркомздравом за рецепты, отпускаемые застрахованным, путем введения предварительной продажи рецептурных бланков непосредственно леч. учреждению ликвидировало хроническую задолженность ТАУ (достигавшую 60.000 руб.), упростило бухгалтерские расчеты. Это повело также к тому, что ТАУ при предварительной продаже рецептурных бланков фактически субсидируется на две-четыре недели леч. учреждениями. Это мероприятие внесло большую дисциплину в расходование рецептов: прекратился бесконечный поток выписываемых лекарств, ибо каждое леч. учреждение в настоящее время точно

знает, какой суммой оно располагает на медикаменты, а врач строго учитывает целесообразность выписки рецепта. В этом вопросе, однако, еще не все благополучно, и экономия в этой области заставляет желать еще многого.

Таким образом, уже перечисленные мероприятия дали достаточно демонстративный эффект по снижению расходов на лекарственную помощь, несмотря на качественное улучшение ее в связи с упразднением ограничительных списков на лекарства — эта экономия выразилась в 1928/29 г. в 83.000 руб. (в 1927/28 бюджетном году ассигновано 336.394 руб., а в 1928/29 г. израсходовано 273.400 руб.).

Дальнейшие перспективы рационализации медикаментозного снабжения, помимо перечисленных выше мероприятий — это переход на *биреточную* систему. Она даст: а) поднятие производительности труда аптечных работников, б) безусловно улучшит качество отпускаемых лекарств, в) ускорит отпуск по рецептам. Весьма интересен опыт введения элементов ПОТ в работе аптек — соответствующая мебель, правильная расстановка приборов и аппаратов даст возможность заменить шестичасовой рабочий день на ногах сидячим приготовлением лекарств. Достижение в смысле охраны труда аптечных работников.

Из других мероприятий отметим введение в ближайшее время готовых, уже напечатанных рецептов на стандартные формулы с устройством удобных для их хранения ящиков или бьюваров, облегчающих быструю ориентировку, и таким образом затрата времени на заполнение рецепта (фамилия больного и подпись врача) будет доведена до минимума.

Аппарат Татнаркомздрава, после реорганизации его в 1927/28 году по предложению РКП, с введением инспектуры должен был коренным образом изменить методы работы. Инспектор по существу должен быть лицом, на обязанности которого лежит живое руководство периферическими учреждениями, планирование и проверка исполнения на местах. Однако, 2—3-х летний опыт показал, что разницы в методах их работы местами ощущается довольно слабо и содержание ее осталось почти то же, что и до реорганизации, когда во главе Отдела стоял заведующий. Децентрализация аппарата должна быть углублена за счет усиления объединенных районных и крупных показательных учреждений Татнаркомздрава, что освободит инспектуру от мелочной их опеки. Как пример такой децентрализации, можно было бы провести разгрузку сан-проф-инспектуры от непосредственного руководства теми отделами борьбы с социальными болезнями, которые за последние годы так организационно окрепли, что это руководство под силу им самим, так например — Центральный венерологический диспансер ТНКС — ему может быть поручено руководство, инструктирование кантональными вен-диспансерами. Жизненность этого мероприятия подтверждается тем, что 10—12 губернских вен-диспансеров одним из пунктов договора соц. соревнования поставили вопрос о руководстве периферическими диспансерами. То же может быть отнесено и к постановке дела борьбы с туберкулезом в ТР. Здесь уместно указать, что наша кантональная диспансерная сеть за последние годы после ликвидации в аппарате ТНКС Отдела борьбы с социальными болезнями была предоставлена сама себе. Центр почти не интересовался местами и некоторые диспансеры начали терять в работе профилактические начала и превратились в амбулатория, что и дало повод к разговорам о необходимости их ликвидации в кантонах. Организованный в 1929 году Татнаркомздравом Казанский туберкулезный институт, путем непосредственной связи с местами (месячный инструктаж в апреле 1929 г. для всех работников тубдиспансеров ТР, где была совместно с ними выработана методика и план их социально-профилактической работы) дают основание полагать, что Институт также справится с задачей руководства и оживления их работы.

Далее — дело охраны материнства и младенчества: не целесообразно ли и здесь передать руководство ближе «к производству», т. е. Дому охраны материнства и младенчества, где имеется опытный кадр врачей специалистов.

Децентрализация борьбы с трахомой улучшит постановку дела при соответствующей структуре Трахоматозного института.

Из этих мероприятий вовсе не следует, что сан-проф-инспектура выключается из руководства делом борьбы с социальными болезнями; наоборот, она сумеет усилить свое руководство и контроль, не размениваясь на мелочи. Конечно, эти положения требуют еще детальной проработки в Совете по рационализации с учетом наших реальных возможностей.

Шагом вперед в направлении децентрализации является объединение мелких учреждений города, где оказалось возможным произвести укрупнение ряда учреждений, что уже дало эффект в смысле сокращения административных рас-

ходов и отчетности. Так, вместо 44 (!) самостоятельных учреждений с завами и прочими неизменными атрибутами после слияния сохранилось всего 14 (!)—налицо экономия около 6—7 тысяч рублей в год без ухудшения качества работы.

Объединение Кожно-венерической больницы ТНКЗ и центрального Венеро-диспансера с Кожно-венерической клиникой Института для усовершенствования врачей сократило прогул коек и сэкономило за год около 14.000 рублей Институту и 20.600 руб.—Татваркомздраву. Этот опыт безусловно следует учесть и в других областях лечебного дела города, т. напр., в области ото-ларингологической помощи и т. д.

Далее, следует отметить изменение порядка финансирования леч. учреждений в сторону их децентрализации. Финансовая отчетность упрощена, в частности места не ведут двойной отчетности по госбюджету и отдельно по фонду медпомощи, что сокращает работу по учету кредитов в учреждениях вдвое. В этой отрасли работы еще многое не сделано и упрощение финансовой постановки дела оставляет желать лучшего.

Важный момент рационального расходования средств предусмотрен в смете на 1929/30 г., где произведена концентрация средств на ремонт по небольшой группе учреждений. Это даст возможность производства капитального ремонта с тем, чтобы не возвращаться ежегодно к тому же учреждению, разбазаривая средства по мелочам. Плановость в этом вопросе ликвидирует острый кризис с госпитализацией больных в летние месяцы.

Нужно отметить, что с госпитализацией больных обстоит неблагоприятно: десятки отказов, очереди на помещение на койку даже тяжело больные дают повод к острым конфликтам вплоть до судебных дел (вспомним дело Инспектора по леч. части д-ра Байрашевского). Районирование, прикрепление леч. учреждений к определенному району одна сторона оздоровительной работы в этом направлении. С другой—следует указать, что длительная задержка хроников в леч. учреждениях, где нужна в койках огромная, должна быть изжита путем расширения и улучшения постановки дела в Доме хроников.

Как ни странно, при недостатке коек в городе, все-же прогул койко-дней весьма значителен. Возьмем для примера Институт для усовершенствования врачей. Казалось бы, что там каждая койка на учете, ибо спрос на квалифицированную медицинскую помощь большой, а подсчет фактически проведенных койко-дней указывает на огромный прогул 16-ти тысяч койко-дней в год, т. е. около 20% всех койко-дней по всем клиникам Института. Здесь некоторое значение имеет свертывание клиник, праздничные дни, задерживающие заполнение коек, но одно ясно, что этот вопрос заслуживает серьезного изучения во всех леч. учреждениях ТНКЗ.

В области рационализации госпитализации больных интересно указать на опыт, проведенный в Ростове на Дону Видеманом и Ладыженским. Они анализировали продолжительность до и после операционного пребывания хирургических больных в больницах и пришли к выводу, что патронаж с обслуживанием больных сестрами на дому дает возможность уменьшить время пребывания больного в больнице и увеличить пропускную способность коек на 45%. Если бы нам удалось добиться патронирования хотя бы части больных (а к этому мы приведем в системе диспансеризации), то кризис в хирургических койках в Казани был бы безусловно на много смягчен.

В области рационализации стационарного обслуживания больных заслуживает большого внимания вопрос о специализации леч. учреждений. В Забучацком районе, например, мы имеем Вахитовскую лечебницу на 55 коек (терапевтическое отделение на 30 коек и хирургическое на 25) и Плетеневскую больницу на 40 коек (20 хирургических и 20 терапевтических), эти больницы соединены трамвайным сообщением и отстоят друг от друга приблизительно на 1 3/4 километра. С организацией Поликлиники при Вахитовской лечебнице получится возможность специализировать эти две больницы, сделав например Плетеневскую больницу чисто хирургическим отделением на 40—42 койки, а в Вахитовской развернуть 75 терапевтических коек. Эта специализация двух крупных леч. учреждений района, тесно связанных с Поликлиникой, даст нам следующие преимущества:

1. Экономия помещения в смысле ликвидации лишних операционных, что даст возможность увеличить количество коек до 115 вместо 95.
2. Это объединение снизит административные расходы.
3. Очень важный момент—специализация младшего персонала, ибо, работая в определенном леч. учреждении, этот персонал будет повышать свою квалификацию, а это имеет большое практическое значение в улучшении качества обслуживания наших больных.

Помимо этого подлежит весьма серьезному обсуждению вопрос о питании наших больных. В деле рационализации питания стационарных больных Татнаркомздравом сделано очень мало или почти ничего. Ощутительный результат получил Институт для усовершенствования врачей с введением в своих клиниках ресторанный системы питания. По данным д-ра Подзорова и Дайховского система питания больных проводится в И-те путем индивидуального назначения питания не только того или другого меню, но и количества отпускаемых продуктов. Так например — больному с пневмонией, которому обычно выписывается так называемая „слабая диета“ с полным хлебным пайком, назначается не 300 грамм, а 100 грамм хлеба, бульон, яйцо, т. е. то количество, которое, по мнению лечащего врача, больной может в течение дня съесть. За счет этой экономии в пайке удается улучшить нормы питания больных, нуждающихся в усиленном питании, и тот же пневмоник в периоде выздоровления имеет возможность получить добавочный рацион. Эта система питания, помимо уменьшения жалоб больных на однообразие пищи, дала возможность значительной экономии в средствах, что за шесть месяцев выразилось в сумме около 6.000 руб. по Институту.

Бюджетные ассигнования на питание больных по леч. учреждениям Татнаркомздрава составляют лишь около 13% (у американцев до 40%) и рационализация питания сильно могла бы его улучшить. Стоимость приготовления пищи (содержание персонала — и проч. расходы) обходится у нас слишком дорого, что объясняется, прежде всего, отсутствием механизированного приготовления пищи больным, мытья посуды и проч. Заготовка продуктов, главным образом, сезонных (овощи, зелень) не обеспечивает леч. учреждения бесперебойным снабжением. Даже в вопросе о доставке больницам хлеба специальной выпечки и качества нет достаточной договоренности между ТНКЗ и кооперацией. Вопрос о персонале кухни и его подготовки для рациональной постановки питания больных становится очередным. Инициатива врачей в организации рационального питания больных слабая. Огромное большинство руководствуются механическим назначением кем то и когда то выработанных диет (у нас преобладают три диеты: общая, слабая и молочная), не интересуясь их составом, калорийностью, способом приготовления. Это происходит отчасти потому, что врачи вообще недостаточно знакомы с физиологией питания и основами рациональной диететики.

Не останавливаясь более подробно на других вопросах стационарного обслуживания больных, перейдем к наиболее важному вопросу об амбулаторной помощи городского населению. До сих пор мы в этом направлении шли по линии наименьшего сопротивления, т. е. увеличения количества врачей в больницах и амбулаториях, что совершенно не вело, однако, к уменьшению очередей и других затруднений с медобслуживанием населения. Гастролирующий по амбулаториям, не прикрепленный к своему району по месту жительства больной бесконечно увеличивает цифры амбулаторных посещений, создает очереди и в результате справедливые нарекания со стороны населения. Это происходит несмотря на то, что количество и качественно амбулаторная помощь по городу Казани стоит выше, чем в других крупных центрах Союза. Все же из года в год растет число посещений на одного больного, достигнув 5,4 на человека в 1928 г. против 4,7 в 1927 г. (для застрахованных число посещений по данным Магдеева доходит до 8 посещений в год). За 1929 год число амбулаторных посещений возросло на 200.000, т. е. на $\frac{1}{5}$ за один год. Попытки ввести этот поток в определенное русло имели место за последние годы и мы видим, что в Заречьи с организацией Поликлиник, а главным образом с проведением в жизнь принципов районирования, наступило значительное улучшение с обслуживанием рабочего населения. Снизилась обращаемость на 23%, очереди в Поликлинике почти исчезли, что оказало влияние на уменьшение прогулов в предприятиях Заречья.

Были ли у нас другие попытки районирования? Еще в 1927 году были созданы амбулаторные объединения по районному принципу, но без соответствующей базы и без определенных прав, они не сумели стать организующим центром в районе в полном смысле этого слова. Опыт их работы учит, что районирование города даст эффект только тогда, когда эти объединения впитают в себя все виды лечебной и профилактической помощи, действительно руководя оздоровлением быта и труда в своем районе. К этой работе должны быть привлечены, не говоря уже об Институте социальной гигиены, Мед. ВУЗы Казани. Без участия Института и Университета трудно мыслить себе реорганизацию мед. обслуживания населения на новых началах. Нужно сказать, что, несмотря на ряд технических трудностей, интересы органов Н. К. З. и наших ВУЗ'ов совпадают в основном,

ибо и врача, и студента надо учить не только в „тепличных“ учреждениях, они должны быть тесно связаны с той медико-профилактической организацией, в которой им завтра, по окончании своей учебы, придется самостоятельно работать. До сих пор, надо признаться, ВУЗы принимали недостаточное участие в проработке вопросов здравоохранения и профилактического медико-санитарного дела в ТР. В отн. близости к жизни ВТУЗ'ы далеко ушли вперед по сравн. с Мед. ВУЗ'ами.

Таким образом, важнейшей задачей ближайшего времени в области рационализации медицинского дела в Казани является организация и проведение в жизнь районирования города с разделением его на первое время хотя бы на три района. Вокруг районной Поликлиники концентрируются, помимо врачебных кабинетов по разным специальностям, лаборатории, рентгена и станции скорой помощи, врачи помощи на дому, первая помощь на предприятиях, санитарные врачи, консультации, районный распределитель и транспорт. К этой Поликлинике прикрепляются стационарные учреждения. Вокруг Поликлиники должно быть фиксировано внимание советской общественности и организация мощного Котига должна обеспечить участие организованной части населения в этой большой работе по обслуживанию населения района.

В заключение укажем, что все мероприятия по улучшению качества и эффективности медобслуживания населения будут проведены в жизнь ускоренным темпом с переходом лечучреждений на непрерывную работу. С переводом поликлиник, яслей, пунктов первой помощи на производство, медпомощи на дому, Туб. и Вен. диспансеров и Зубопротезной лаборатории на непрерывную неделю мы добьемся повышения обслуживания населения в их пропускной способности на 16,3% при дополнительных расходах на 7,9%. Помимо политического и культурного значения рациональность этого мероприятия очевидна.

На основании изложенного позволим себе сделать следующие выводы:

1) Рационализация лечебно-профилактического дела является важнейшей задачей по преодолению трудностей и повышению эффективности медобслуживания населения; 2) социалистическое соревнование—метод, при помощи которого эта задача может быть выполнена с наибольшим успехом и наилучшей эффективностью; 3) рационализация в деле здравоохранения ТР до сих пор не получила широкой общественной поддержки, а врачебная масса недостаточно осознала важность этих мероприятий и слабо втянута в эту работу; 4) основное направление в дальнейшей работе по рационализации должно идти по двум линиям: рационализации медпомощи населению и рационализации аппарата.

В области медобслуживания актуальными вопросами являются: а) районирование медпомощи населения; б) урегулирование госпитализации больных, уменьшение прогула коек, улучшение питания в больницах, для чего необходима пере-квалификация хозперсонала путем создания специальных курсов; в) особой проработки требует вопрос о специализации лечебных учреждений города и г) внедрение действительно профилактических начал во все звенья нашей сети.

В отношении аппарата—дальнейшая децентрализация его, что даст улучшение качества работы мест и самого Наркомата.

К научной проработке профилактики и рационализации медицинского дела ТР должны быть привлечены Мед. ВУЗ'ы Казани, которые до сих пор уделяли этим вопросам недостаточное внимание.

Наконец, переход на непрерывную неделю медсанучреждений ускорит темп выполнения поставленных перед нами задач во всех областях здравоохранения, в частности в области рационализации медпомощи населению.

Впечатления с III-его Всесоюзного съезда ото-рино-ларингологов¹⁾.

Б. С. Голанд и С. П. Яхонтов.

Съезд состоялся 27—31 августа 1929 г. в г. Одессе. Вечером 26 августа в доме Красной Армии Замятникомздрав Украины тов. Нагорным Съезд был открыт, с приветственными речами выступили председатель Оргбюро съезда

¹⁾ Доложено в Рино-ларинго-отоларингологической секции Общества врачей при Казанском университете 20. XI. 1929.