XIV годовщина Октября и здравоохранение.

И. С. Грязнова (Москва).

Пролетариат под руководством ВКП(б) достиг огромных успехов в социалистическом строительстве. Выросли новые гиганты социалистической промышленности, новые индустриальные центры. Только на днях пущены „Новый АМО" имени т. Сталина и Харьковский тракторный завод имени т. Орджоникидзе. Близок срок пуска Магнитостроя, Кузнецкстроя, Березняковского и Бобриковского комбинатов, Нижегородского автозавода и других крупнейших предприятий. Деревня, преодолевая свою отсталость, вышла на твердый путь социалистического развития. Завершается ликвидация кулачества как класса в основных зерновых и сырьевых районах СССР.

Успехи социалистического хозяйства сопровождаются неуклонным ростом рабочего класса, повышения благосостояния трудящихся масс города и деревни. Средняя месячная зарплата рабочих за 7 месяцев 1931 г. возрасла по сравнению с зарплатой 1930 г. на 11,8%, значительно повышена зарплата по основным ведущим отраслям промышленности: по черной металлургии на 23,5%, по каменноугольной—на 12%, а вместе с ранее произведенным повышением (январь—март 1931 г.)—на 35,5%; по горнорудной промышленности—на 29%, по коксо-химической промышленности на 20%.

Неизменно из года в год улучшаются культурно-бытовые условия рабочих. Бюджет социального страхования достиг в 1931 г. 2.175 миллионов рублей; домами отдыха обслужено в 1931 г. 1 млн. рабочих и служащих; фонд жилстроительства достиг в 1931 году 1.156 млн. рублей против 682 млн. рублей в 1930 г.

Решения ЦК ВКП(б) о перестройке кооперации и коммунального хозяйства, о развитии дела общественного питания намечают практический путь для дальнейшего улучшения бытовых условий рабочих масс.

Полностью ликвидирована безработица. Новые миллионы рабочих вовлечены в производство. Число работниц только за 1931 г. возрасло на 1 миллион. В связи с этим значительно возрос бюджет рабочей семьи. В ряды растущего пролетариата нашей страны вливаются все новые пополнения: молодежь из города и деревень, колхозники-отходники, жены рабочих. Складываются и растут новые кадры пролетариев в национальных республиках и областях. В нашу промышленность, транспорт и сельское хозяйство влилось значительное количество иностранных рабочих и специалистов.

Грандиозные успехи социалистического строительства вызывают новый подъем энтузиазма в рабочем классе и колхозном крестьянстве. Ширятся, растут социалистическое соревнование и ударничество. Снизу,

из гущи рабочих масс, возникают все новые и новые формы социалистического соревнования (сменно-встречный план, товарищеский буксир отстающих цехов, заводов, колхозов передовыми). Растет авторитет партии, политическая сознательность, политическая выучка миллионов.

На нашем пути еще много трудностей. Пролетариат Советского союза под руководством партии и ее ленинского ЦК уверенно их преодолевает. К XIV годовщине наша партия—организатор октябрьских побед—приходит сильной, монолитной, как никогда. Под руководством партии мы строим и построим социалистическое общество.

В то же время во всех капиталистических странах более 40 млн. безработных. Более 5 млн. безработных в Германии. Почти 3 миллиона в Англии, 12 миллионов в стране „рекордных чисел" и нищеты, в Соединенных штатах. В стране нет государственного социального страхования. Миллионы рабочих с семьями давно распродали последнее, накопленное за долгие годы работы, чтобы едва прокормить себя и свои семьи. В настоящее время, при наличии неслыханных продовольственных запасов в САСШ, безработные и их семьи буквально голодают. Американские банкиры, жестоко преследующие революционных рабочих и коммунистическую партию, которые борются за введение социального страхования, заявляют: „Пособия могут испортить „национальный характер" безработных".

Этому людоедскому заявлению вторят английские консерваторы и продажная буржуазная пресса Франции, Германии и т. д. Они со своей стороны добиваются отмены социального страхования. Только недавно французский „Тан" восхвалял твердые принципы американского капитала в вопросе о пособии безработным. Пособия по безработице в Германии и Англии сокращены и урезаны до минимума. По новому закону безработные до 21 года не получают никакого пособия. Сняты с пособия сезонные рабочие и замужние женщины.

Зарплата рабочих в Германии в июле 1931 года снижена на 19% по сравнению с 1930 годом и на 29% по сравнению с 1929 годом.

В то время как в СССР пролетарская армия труда только за 1931 год вырастает на 20% (до 17 млн. человек), а фонд зарплаты увеличился на 21,2%, в САСШ, по официальным данным, за последний год число рабочих, занятых в промышленности, снизилось на 16,6%, а общая сумма заработной платы—на 25,7%. К зиме число безработных увеличится по крайней мере на 40%.

В крупнейших капиталистических странах за последние годы резко снизилось число рабочих, организованных в профсоюзы. Число профорганизованных, по данным Генсовета английских тредъюнионов, уменьшилось в 1930 году, по сравнению с 1920 годом, почти на 3 миллиона.

В противоположность этому в СССР под руководством коммунистической партии число организованных в профсоюзы рабочих неуклонно растет. Более 70% своего бюджета в 1931 году профсоюзы СССР расходуют на социально-бытовые нужды своих членов, число которых к XIV годовщине Октября достигает 14 миллионов.

Миллионы зарубежных пролетариев, десятки миллионов трудящихся все более ясно видят успехи первой страны пролетарской диктатуры. Вокруг Коммунистического Интернационала собираются все новые, все большие массы бойцов за свержение капитализма, за диктатуру пролетариата.

Лучшие представители трудовой интеллигенции капиталистических стран открыто становятся на сторону СССР против капитализма. Ромен Роллан, Шоу, Драйзер, сотни литераторов, ученых, инженеров, техников, при всех характерных для буржуазной интеллигенции колебаниях, переходят на сторону социализма, на сторону СССР. В нем они сейчас видят источник новой силы мира, источник нового света. Капитализм гибнет. Его философы и экономисты, ранее воспевавшие хозяйственную мощь капитализма, ныне выдают ему свидетельство о крахе, свидетельство о гибели буржуазной культуры.

На капиталистическом Западе барометр показывает бурю. Революционная волна нарастает. И каждый наш успех на фронте социалистического строительства—еще один шаг к победе социализма во всем мире.

К XIV годовщине Октября и здравоохранение в СССР имеет ряд крупнейших успехов в своей работе на новом этапе.

Наше здравоохранение коренным образом отличается от здравоохранения капиталистических стран тем, что последнее приспособлено к обслуживанию буржуазных, зажиточных слоев населения, в то время когда у нас оно в первую очередь обслуживает рабочий класс и бедняцко-середняцкое крестьянство. Здравоохранение у нас является важнейшим помощником в деле социалистического строительства: оно помогает непосредственно выполнению промфинплана каждого предприятия, выполнению социалистической „пятилетки", систематически наблюдая за состоянием здоровья рабочих и оздоровляя условия труда на производстве, оно участвует в систематическом улучшении бытовых условий трудящихся, создавая новый социалистический быт. Такого рода постановка дела здравоохранения вытекает из всей природы нашего государства и проводится на основе четкой пролетарской классовой линии.

Такое коренное отличие советского здравоохранения от капиталистического заложено в самой системе социалистического государства, и вот почему советскому здравоохранению предстоит невиданный расцвет на базе все новых побед социализма в СССР.

Данный этап строительства дела охраны здоровья характеризуется бурным ростом народного хозяйства, улучшением культурно-бытового обслуживания и повышением культурного уровня трудящихся. Все факторы уже в настоящее время приводят к резкому изменению санитарно-демографических показателей в сторону снижения общей и детской смертности благодаря революции (общая смертность снизилась на 30%, а детская—на 38%) и увеличения средней продолжительности жизни на 8—9 лет по сравнению с дореволюционным временем.

Реконструктивный период социалистического строительства поставил перед органами здравоохранения новые задачи, потребовавшие коренной перестройки всей их работы. Постановление ВКП(б) „о медицинском обслуживании рабочих и крестьян" (декабрь 1929 г.), формулировавшее эти задачи здравоохранения на данном этапе социалистического строительства, составило переломный момент в работе органов здравоохранения.

Выполняя директиву партии, органы здравоохранения перестроили всю свою работу на основе сочетания революционной теории с револю-

ционной практикой, связав всю свою практическую работу, мелкие на первый взгляд задачи повседневной работы с основными задачами рабочего класса, строителя социалистического общества, и фактически улучшая медицинское обслуживание рабочих и крестьян, особенно на ведущих участках социалистического строительства.

Поворот всей работы здравоохранения лицом к производству, реорганизация пунктов первой помощи, как основного звена в системе здравоохранения, приближение других звеньев этой системы—поликлиники, единого диспансера, больниц—к производству, особенное внимание к основным промышленным районам и новостройкам и разворачивание работы в деревне в тесной увязке с колхозным и совхозным строительством были основными моментами в осуществлении постановления ЦК партии.

Разрешение этих практических задач требовало от НКЗдрава и от всех органов здравоохранения коренной переделки их методов работы. Эта переделка в основном состояла в следующем:

а) развертывание широкой самокритики, которая с трудом и медленно проникала в среду медицинских работников;

б) развертывание всей работы на основе обеспечения проведения четкой классовой линии и на основе привлечения активности рабочих масс (фабзавкомы, ячейки здравоохранения, профсоюзные объединения и т. д.), актива в колхозах, групп бедноты и т. п.;

в) перестройка всей работы управленческих аппаратов и лечебно-санитарных учреждений на основе оперативного планирования, т. е. дачи и установки определенных заданий на определенные сроки и проверка их выполнения, создание таким путем конкретности руководства и введение в ежедневную практику социалистического соревнования, бригадности и т. д.;

г) правильная организация труда в лечебно-санитарных учреждениях (амбулаториях, больницах и т. п.) на основе использования всех наличных ресурсов и систематической проверки и рационализации всех частей административной и хозяйственной работы в этих учреждениях;

д) подбор кадров работников с тем, чтобы создать в них ядро из наиболее активных и революционных работников, оттеснив и изолировав оппортунистические тредъюнионистские, бюрократические элементы, давая решительный отпор классово-враждебным, рваческим и отсталым настроениям, воспитывая новые кадры, выдвигая новых работников снизу.

е) Новые задачи Здравоохранения должны были создать и действительно создали новые настроения у большинства лучшей части старых специалистов-врачей. В этой области перед нами стоит задача, сформулированная партией: Ведя непримиримую борьбу с враждебными марксизму-ленинизму теориями, изменить отношение к специалистам старой школы, проявить к ним побольше внимания и заботы, привлечь их к активной общественной работе, создавая им товарищеские условия в работе, и помощь в овладении марксистско-ленинской теорией, еще выше поднять уровень теоретической научной работы на основе материалистической диалектики в усилении перестройки медицинской научной работы, сосредоточивая внимание и силы научных работников на разработке узловых проблем медицинской теории и практики, связанных с текущими задачами партии и пролетариата.

Отмечая значительные сдвиги в состоянии здравоохранения (увеличение ассигнований на здравоохранение в едином финансовом плане РСФСР, расширение лечебно-санитарной сети, особенно в основных промышленных районах, активное участие широкой общественности в борьбе за чистоту, приближение в отдельных районах медиц. работы к предприятию и привлечение к этой работе рабочего актива, снижение заболеваемости рабочих, улучшение медицинской помощи в деревне и т. д.), достигнутые на основе общего роста социалистического строительства и политики партии и советской власти, НКЗдрав считает, что этим лишь положено начало осуществления постановления партии о решительном и быстром повороте здравоохранения на обслуживание ведущих участков социалистического строительства и о фактическом улучшении медицинского обслуживания рабочих и крестьян.

Вся дальнейшая работа органов здравоохранения, в частности выработка контрольных цифр на 1932 г., должна быть построена на основе дальнейшей мобилизации медработников за настоящие большевистские темпы проведения генеральной линии партии и коренной перестройки работы на основе борьбы с идеализмом, как коренным врагом материализма, а также механицизмом, как основной опасностью на данном этапе, и меньшевиствующим идеализмом и оппортунизмом на практике, мешающим такой перестройке, и на основе борьбы за улучшение качества самой работы.

На базе мощно развивающейся индустриализации и коллективизации с. х. в нашей стране мы приступили к более широкому развертыванию культурно-бытового строительства. Уже сейчас мы можем констатировать огромные достижения на различных участках культурного фронта, в частности здравоохранения.

Подходя к коренной переделке системы здравоохранения, Наркомздрав выделил из всех звеньев этой системы как основное звено пункт первой помощи на предприятии, до сих пор наиболее заброшенный участок здравоохранения. Самый внешний вид помещений, в которых находились до сих пор и во многих случаях продолжают еще находиться и теперь здравпункты, их оборудование ярко говорило о том ничтожном внимании, которое уделяли до этого момента органы здравоохранения этой части медицинской сети. Достаточно указать, что хотя в первом проекте пятилетки здравоохранения к концу пятилетки число пунктов первой помощи увеличивалось, но увеличение происходило главным образом за счет роста фельдшерских пунктов, процент которых к концу пятилетки повышался, т. е. фактически намечалось ухудшение медицинского обслуживания на этих пунктах. Насколько недостаточно было внимание к этим пунктам, свидетельствует положение этих органов здравоохранения в недалеком прошлом (декабрь 1930 г.) в таком промышленном центре, как Иваново-Вознесенск. На трех крупных текстильных фабриках (с числом работающих 2—3 тысячи), расположенных в недалеком расстоянии одна от другой, пункты первой помощи обслуживались одним врачем, который в течение своего рабочего дня ходил с одной фабрики на другую. На Кольчугинском заводе (10.000 рабочих) за год на пункте первой помощи сменилось 6 врачей.

Этот заброшенный до сих пор участок теперь поставлен Наркомздравом в центре внимания, через него врач должен притти в цех

к рабочему. За несколько месяцев в ряде крупных предприятий пункт первой помощи, получивший теперь название здравпункта, не только изменил свой внешний вид и перестраивает коренным образом не только свою работу, но и всю работу здравоохранения на предприятии и во всем промышленном районе.

Обслуживание основных промрайонов, обеспечивающих выполнение промфинплана, борьба за снижение заболеваемости рабочих являются той конкретной установкой, которая ведет за собой необходимость проведения органами здравоохранения целого ряда конкретных профилактических мероприятий по оздоровлению труда и быта рабочих. В этом деле особое значение имеют пункты здравоохранения на предприятиях. Наряду с их количественным ростом (число здравпунктов с 1163 в 1928 г. выросло до 2257 в 1931 г.) особое внимание было обращено на перестройку их работы, на превращение их в цех производства, в основную ячейку здравоохранения в предприятиях, активно содействующую выполнению промфинплана. Данные, полученные с фабрик и заводов, указывают, что в целом ряде промышленных центров здравпункты перестроили свою работу согласно директивам НКЗдрава, что они включились в жизнь предприятия и постепенно становятся неотъемлемой его частью. Другими словами, пункт здравоохранения, как исходный пункт коренной перестройки организации и работы здравоохранения в промышленных центрах, приступил к настойчивому проведению в жизнь этого плана перестройки, призвав на помощь рабочую общественность—фабзавкомы и ячейки содействия здравоохранению на промышленных предприятиях. Первые шаги по укреплению и расширению здравпунктов привели на практике к развертыванию другого звена—единого диспансера, приближая его к производству и включая его в систему социалистического здравоохранения. Особое значение приобрели группы содействия здравоохранению—органы рабочей самодеятельности, активно участвующие в оздоровлении условий труда и помогающие проведению чистоты на предприятиях.

Необходимо, однако, отметить, что непрерывный рост здравпунктов не поспевает за ростом предприятий, особенно тяжелой индустрии, что ряд предприятий в важнейших отраслях промышленности не имеют еще здравпунктов. Перестройка профсоюзов, усиление их работы по бытовому обслуживанию рабочих диктует органам здравоохранения неотложную необходимость большей связи с профсоюзами.

К делу борьбы за снижение заболеваемости привлечены научные институты НКЗдрава и местных органов здравоохранения: выделенные этими институтами бригады провели значительную работу на целом ряде предприятий по установлению наиболее рациональных форм деятельности здравпунктов и по проведению опытной работы по снижению заболеваемости рабочих.

Мы имеем колоссальные сдвиги в деле развертывания больничной и внебольничной помощи рабочим и трудящимся; невиданный размах получило развитие такой важнейшей области, как работа по охране материнства и младенчества; усиленным темпом развернулось санитарно-курортное дело, особенно за последние годы, когда тысячи и десятки тысяч рабочих и трудящихся получают возможность своевременно вос-

становить свое здоровье. То же можно отметить и в отношении охраны здоровья детей и подростков, а также санитарного оздоровления страны.

Некоторые цифры убедительно об этом говорят.

Абсолютный рост больничной коечной помощи по РСФСР, только за последние два года, т. е. в 1929—30 г. по сравнению с 1927—28 годом составлял 11.960 коек, или прирост на 11,2%.

Особое внимание за истекший период было обращено на усиление коечной помощи рабочим. К 1931 г. по сравнению с 1930 г. обеспеченность коечной помощью рабочих выросло с 6,02 на 1000 чел. до 6,38. К концу пятилетки общее количество коек должно возрасти до 137 954; общее количество больничных коек достигнет около 200.000 и в среднем 7,6 койки на 1000 жителей, причем рабочие ведущих отраслей будут иметь 11 коек на 1000, рабочие остальных групп—9,85 койки на 1000, остальные застрахованные—5,84 койки на 1000, а группа незастрахованных 2,15 койки на 1000 населения.

Однако, рост коек отстает от роста числа рабочих, в результате чего за последние годы в некоторых промышленных районах произошло относительное снижение коечной помощи.

В целях улучшения обслуживания ночных смен расширена амбулаторная сеть, введены вечерние приемы, установлены ночные дежурства медперсонала на пунктах здравоохранения и в ближайших амбулаториях, в ряде пунктов введены вторые смены врачей. Для приспособления медсанитарной сети по обслуживанию предприятий, перешедших на непрерывную производственную неделю, вся основная сеть лечебно-профилактических учреждений переведена на непрерывку.

Особое внимание в настоящее время должно быть обращено на медицинское обслуживание новостроек. На новостройки переброшено значительное количество врачей (Магнитострой—34 врача, Кузбасс—57 и т. д.). Развернута значительная медико-санитарная сеть. Так, в Магнитострое на I/IV 31 г. было 5,8 койки на 1000 ч. населения, в Сталинградстрое—6,1 в Автострое—5,6; на сельмашстрое, Дзержинстрое, Уралмашстрое—4,8—4,2. Но здравоохранение на новостройках находится еще в самом начальном этапе своей работы. Новостройки предъявляют сейчас нам самые элементарные требования: дать врачей, средний медперсонал, медикаменты и медицинский инструментарий. Здравоохранение на новостройках сильно отстает, и нужно подтянуть его, поднять на более высокую ступень всю медицинскую организацию, управление, методы и формы работы, чтобы изжить ту косность, спячку, работу по старинке, по земски, которые еще царят в наших медучреждениях. Наряду со строительством и открытием в новостройках ряда амбулаторий, больниц, здравпунктов, переброской врачей основным сейчас в работе органов Здравоохранения на новостройках является развитие санитарно-гигиенической, профилактической работы в общежитиях рабочих, поселках, столовых и т. д.

Далее, весьма характерно развитие внебольничной помощи.

К концу пятилетки должны будут функционировать 14.062 амбулаторных кабинета при средней нагрузке в 18.688 посещений в год на каждый кабинет. Соответственно этому мы будем иметь полный охват внебольничной помощью в первую очередь рабочих ведущих отраслей

промышленности: горняков, металлистов, химиков и транспортников и организованных детей, подростков.

Несмотря на рост коечного фонда на транспорте (в 1931 г. число коек достигает 16.500—рост против 1930 г. на 2641 койку), обеспеченность койками транспортных рабочих продолжает оставаться недостаточной, на жел. дор. транспорте—3,57 коек на 1000 чел. населения, на водном—2,56‰ коек. Внебольничная помощь за последние 2 года значительно выросла: число амбулаторий увеличилось с 830 в 1928—29 г. до 903 в 1931 г., что снижает протяженность врачебного участка в среднем с 91,1 клм. до 84,4 клм. Ясельная сеть также развивалась на желдортранспорте (в 1930 г. число ясельных коек было 3.405). В связи с значительным вовлечением женской рабочей силы число ясельных коек на транспорте достигнет в 1931 г.—6.455 (рост на 99,9%).

Вовлечение женщин в производство поставило по иному проблему охраны материнства и младенчества. От работы по преимуществу опытно-показательной органы здравоохранения переходят к работе массовой, охватывающей миллионы женщин и обеспечивающей им возможность принять активное участие в производственной и общественно-политической жизни страны. В связи с этим во всей системе охраны материнства и младенчества на первое место выдвигается ясельный вопрос. До последнего времени охват яслями детей работниц был недостаточен. В 1930 г. ясельная сеть в городах и промцентрах обслуживала лишь 28,3% детей, причем этот средний процент снижался по Уральской области до 14,6%, по Ивановской—до 13,7, по Ленинградской до 16,8%. На 1931 г. был намечен значительный рост ясельной сети, который позволит обслужить уже 41,5% детей работниц, причем значительно будут подтянуты наиболее отсталые промрайоны: Ивановская обл.—до 31,3, Ленинградская—до 38,3, Уральская до 41,4. Общее число ясельных мест увеличивается в 1931 г. по республике до 190,000 против 57.000 1930 г.

Но и это число является еще далеко недостаточным, если учесть, что „Пятилетка женского труда Госплана СССР" намечает вовлечение новых 4 млн. женщин в сферу наемного труда, или удвоение числа работающих женщин по сравнению с 1928/29 г. (Э. Гронштейн—„Правда" 20 мая 1930 г.).

Еще В. И. Ленин писал, что „Строительство социалистического хозяйства может быть двинуто вперед только тогда, когда вместо сотен женщин в нем примут участие миллионы и миллионы женщин". Это обязывает наши органы здравоохранения к тому, чтобы такими же темпами развивать дело охраны материнства и младенчества.

Наряду с количественным ростом ясельной сети изменяется и форма работы в сторону подчинения ее нуждам производства и лучшего обслуживания работниц. Целый ряд яслей перешел на обслуживание по типу удлиненного дня в целях предоставления матери возможности повысить свою квалификацию и участвовать в общественной работе; в ряде районов установлено обслуживание ночных смен.

Бурный рост промышленности и вовлечение в нее значительных кадров рабочих подростков предъявили огромные требования к наиболее отсталому участку здравоохраненческой работы—к работе по охране здоровья рабочих подростков. В связи с вовлечением в производство еще

в 29/30 г. более 300 тысяч подростков по РСФСР была развернута сеть кабинетов по профотбору и профконсультации. Кроме того значительно увеличилось число санаторий как дневных, так и ночных. Так например: коек дневных и ночных в санаториях в 27/28 г. было 1.150, а в 29/30 г. это число возросло до 2.128 и т. д. Но понятно, что эта область работы требует в дальнейшем значительного своего расширения. В настоящее время вопросы профотбора и профконсультаций становятся актуальнейшей задачей, и в 1931 году для обслуживания рабочих подростков в основных промышленных центрах и на новостройках будут работать 113 кабинетов профотбора и профконсультации (рост против 1930 года на 44%), что даст возможность обслужить полным профотбором более 50% подростков. Наряду с этим увеличивается путем развертывания краткосрочных курсов по повышению квалификации врачей в области профотбора и профконсультации число врачей по обслуживанию рабочих подростков. Растет также и сеть массовых оздоровительных учреждений для рабочих подростков (число коек в санаторных колониях будет доведено до 3.180, что дает рост против 1930 года на 48%). Для рабочих подростков, нуждающихся в специально-санаторно-курортной помощи, санаторно-курортные койки в количестве 390 впервые выделены в 1931 г.

Консультационная помощь детям раннего возраста и женщинам, а также родильная помощь в основных промцентрах доведена до 100%. В среднем по городам РСФСР консультационная помощь охватывает 90%.

Что касается вопроса охраны здоровья детей, то это является одной из боевых задач не только органов здравоохранения, но и всей советской власти в целом, всей широкой пролетарской общественности.

Медицинское обслуживание соц. сектора сельского хозяйства за последние два года развертывалось в соответствии с развивающимся совхозным строительством и с коллективизацией бедняцко-середняцких хозяйств. Помимо местного развития больничной сети предусмотрено использование для колхозников 20% городских коек, что по РСФСР к концу пятилетки выражается для села дополнительно 30202 коек. Однако, несмотря на значительный рост медсанитарной сети в деревне (рост больничных коек в 1931 году против 1930 года на 19,8%, заразных коек на 102%, врачебных амбулаторий на 11,6% и т. д.) медобслуживание совхозов и колхозов отстает от темпов соц. строительства в деревне.

Для увеличения средств на медпомощь в совхозах и колхозах НКЗдрав заключил договор с хозобъединениями и Трактороцентром, по которым предоставляются для лечебн. профучреждений помещения, коммунальные услуги, инвентарь, транспорт, квартиры для медперсонала и питание для яслей. Реализация намеченного по плану НКЗ в 1931 г. мед. строительства в совхозах и колхозах в значительной мере зависит от степени выполнения хозобъединениями обязательств по ассигнованию соответствующих средств на это строительство.

Большое внимание НКЗдрава было обращено на медобслуживание решающих сельско-хозяйственных кампаний—посевной и уборочной. С 1930 года широко введена система медобслуживания посево-уборочных кампаний, посылка в деревню медбригад, особенно в совхозы и колхозы. В 1930 году было послано 891 бригада с 2.873 врачами и 1.923 чел. среднего медперсонала. В 1931 г. намечено было перебросить в деревню на время летних работ 4000 врачей, столько же среднего медперсонала, 2970

студентов мединститута и до 20.000 учащихся медтехникумов. Для обслуживания работающих в поле в крупных совхозах и колхозах в настоящем году будет развернуто 9.000—10.000 пунктов первой помощи вместо 1000 в 1931 г. Опыт работ медбригад, проверенный на специальном Всероссийском Совещании, вполне себя оправдал и является на настоящем этапе одной из форм медобслуживания соц. сектора села.

Наряду с развертыванием дела здравоохранения в соц. секторе сельского хозяйства в планах работы НКЗдрава и местных органов здравоохранения предусмотрен комплекс мероприятий по медобслуживанию единоличных бедняцко-середняцких хозяйств.

За истекшее время мы имеем значительный рост ясельной сети в деревне, обслуживающей как колхозников, так и бедноту и середняков единоличников. Число мест в постоянных яслях возросло с 3050 в 1929 г. до 52640 в 1931 г. Особо бурный рост обнаруживают летние ясли, открываемые на время полевых работ: 175.000 в 1925 г. до 1.000.000 в 1931 г.

Родовспоможение продолжает оставаться узким местом в деревне. В 1929/30 г. было родильных коек всего 8.260, в 1931 г. число этих коек увеличивается до 13.380 (рост на 61,8%). Наряду с этим имеется значительный рост акушерских пунктов: с 607 в 1929 г. до 2.465 в 1931 г. Это расширение родовспоможения повышает процент охвата родоквалифицированной помощью (стационарной и на дому) с 21 в 30 г. до 30 в 31 г., причем для работниц совхозов этот процент повышается до 40.

В общей цепи мероприятий партии, направленных к улучшению материально-бытовых условий трудящихся масс и перестройке быта, видное место занимает общественное питание. Наша партия неоднократно подчеркивала, что общественное питание является необходимым условием „перехода от мелкого одиночного домашнего хозяйства к крупному обобществленному“ (Ленин).

Крайне возрастает роль общественного питания на современном этапе социалистического строительства. Бурный рост индустриализации страны, обеспечивший полную ликвидацию безработицы, сопровождается неуклонным увеличением состава рабочего класса, втягиванием в производство членов рабочей семьи и подъемом культурного уровня масс. Тем самым суживается база для мелкого индивидуального домашнего хозяйства и, наоборот, расширяется база для крупного, обобществленного. Отсюда понятно, какое огромное значение приобретает общественное питание в деле улучшения снабжения рабочих масс, а следовательно и в деле устранения все еще наблюдающейся текучести рабочей силы, в деле успешного выполнения промфинплана. Переключение продовольственного снабжения с форм индивидуального потребления на общественное питание—одна из боевых важнейших политических задач.

За годы революции общественное питание достигло значительного развития. Достаточно указать, что к настоящему времени им охвачено 5 млн. рабочих и 3.800 тысяч прочих трудящихся в городах; 3 млн. школьных детей получают горячие завтраки. Сеть общественного питания равняется 13.400 единицам, построено значительное количество фабрик-кухонь и механизированных столовых, в капитальное строительство вложено только за последние 3 года больше 200 млн. рубл.

Через систему общественного питания проходит огромная масса продуктов, стоимость которых за этот год составляет три с половиной миллиарда рублей. Иными словами—около 180.000 тонн мяса, свыше 200.000 тонн рыбы, 1.100.000 тонн овощей, 1.400.000 тонн картофеля, 160.000 тонн крупы и макарон, 680.000 тонн хлеба.

Это, несомненно, крупнейшие успехи. Однако они далеко не отвечают возросшим потребностям. Общественное питание в своем развитии явно отстает от темпов хозяйственного строительства и роста запросов трудящихся масс. Во весь рост стоит задача расширения сети общественного питания. Уже в течение ближайших 2—3 лет нужно добиться охвата общественным питанием 20 млн. человек и полного охвата горячими завтраками школьников и детей. За это же время надо выстроить не менее 260—300 фабрик-заготовочных с сетью до 3—4 тысяч столовых при фабриках и заводах.

Но особенно остро стоит задача борьбы за качество общественного питания. Оно имеет ряд крупнейших, вопиющих недостатков, которые наносят серьезнейший ущерб делу рабочего снабжения. К числу таких недостатков нужно отнести прежде всего плохое качество обедов и небрежное обслуживание потребителя, антисанитарное состояние столовых, слабость материально-технической базы, низкую квалификацию кадров, уравниловку в зарплате, обезличку в организации труда, слабую трудовую дисциплину, бесхозяйственность и безответственность административно-технического персонала.

Центральный комитет партии в специальном постановлении от 19 августа с. г. признал состояние общественного питания неудовлетворительным. В порядок дня поставлен вопрос немедленного радикального улучшения работы предприятий общественного питания.

Среди лечебно-профилактических мероприятий большое значение приобретает курортная помощь. Санаторная сеть на курортах обще-государственного значения в 30 г. доведена до 16.217 коек против 13.033 в 29 г., число больниц увеличилось с 235.380 в 29 г. до 308.484 в 30 г. Для увеличения прослойки рабочих на курортах введен ряд льгот для рабочих, едущих на курорт за свой счет, ассигнование спецсредств для посылки рабочих-ударников. В 31 г. число рабочих будет доведено на климатических курортах до 50%, на бальнеологических—до 60%. Данные за январь 31 г. говорят о том, что эта директива курортами выполнена. Увеличено число мест для колхозников.

Проведен ряд мероприятий по улучшению санитарного состояния и благоустройства курортов (установление дезкамер, водопровод, канализационные работы, постройка прачешных, изоляторов, увеличение санврачей, разработаны конкретные мероприятия по проведению санминимума на курортах). Ассигнования на санитарию и благоустройство курортов увеличены против 30 года на 1.000.000 рублей. Несмотря на перечисленные мероприятия, НКЗдрав отмечает особенную отсталость в области курортного дела и считает неотложной задачей дальнейшего улучшения и урегулирования всего курортного дела, как медицинской постановки, так и курортного хозяйства.

Происходящая в СССР социалистическая революция резко повысила потребность в дальнейшем развитии здравоохранения—что нашло отражение и в постановке медицинского образования.

Хотя в 1931 г. по РСФСР насчитывалось 46000 врачей (против 35000 в 1929 г.), а во всем СССР около 76000 врачей, что составляет 4,6 врачей на 1000 гражд. (в 1928—2,8, в 1929 г.—3,3), но имеющегося количества врачей совершенно недостаточно. В этом году нам нужно было бы иметь в РСФСР—82000 врачей, т. е. почти вдвое более, чем мы имеем. Только коренная реорганизация всей постановки медобразования могла дать необходимое количество медиц. кадров, по качеству соответствующих задачам социалистической стройки.

Коренная реорганизация подготовки медкадров, проведенная на основе решений ЦК ВКП(б) о передаче вузов соответствующим Наркоматам и постановления СНК РСФСР от 10 июня 1930, установила основные начала новой постановки высшего медобразования, как-то: увязку преподавания с практикой здравоохранения, улучшение социального состава учащихся и преподавателей, сокращение сроков учебы, введение активных методов преподавания, расширение и улучшение постановки непрерывной производственной практики и т. д.

В 1930/31 уч. г. контингент учащихся в медвузах РСФСР повысился до 16946 чел. Открылось семь новых медвузов и десятки новых медтехникумов. Сейчас имеется в СССР 37 медвузов с числом учащихся 31155 чел., медтехникумов—252 с числом учащихся в них 47553 чел. (в 1929 г. было 71 медтехникумов, в 1930—145).

Ярко иллюстрирует сдвиги, происшедшие в постановке медобразования, социальный и партийный состав учащихся в медвузах. По данным на 1. III. 31 г. соц. состав учащихся в мединститутах РСФРС (13.970 уч.) был следующий: рабочие и дети рабочих—39%, крестьяне и дети крестьян 21,3, служащие и др. 39,7. Среди учащихся, поступивших в мединституты в 1931 г., рабоче-крестьянская прослойка составляет 71,1%. Процент членов партии среди поступивших в 1931 г. увеличился с 9 до 12, процент комсомольцев увеличился почти вдвое: с 18 до 30, доходя в некоторых институтах до 40%, Несмотря на значительный прилив в 1931 г. рабочих в мединституты, соц. состав учащихся медвузов по всему СССР остается еще неудовлетворительным, особенно в части парт-комсомольской прослойки. Поэтому дальнейшее улучшение соц. и парт-состава является активной задачей, особенно принимая во внимание соц. и парт. состав всей врачебной группы: из 65,416 врачей (по всему СССР на 1. V. 31 г.) рабочих было 9,5%, крестьян—15,1% членов ВКП(б)—3,5%, членов ВЛКСМ—0,4%.

Тот факт, что в составе студентов наших вузов мы имеем большинство рабочих, тот факт, что в среде нашей вузовской интеллигенции беспрерывно возрастает процент коммунистов и комсомольцев, тот факт, что большинство врачей в наших медсанучреждениях уже нашей Советской выучки, говорит о том, что наряду с громадными количественными сдвигами произошли и значительные качественные изменения в составе и характере наших врачей.

Все эти цифры показывают, с какой неутомимой энергией рабочий класс под руководством ВКП(б) борется за создание своей собственной интеллигенции в области здравоохранения.

Реорганизация системы высшего мед. образования привела к изменению орг-адм. условий работы медвузов: увеличено количество партийцев в руководстве медвузами, усиленно единоначалие, увеличено количество

приема, организованы санитарные факультеты, факультеты ОММ, выработаны профили различных специалистов, создана сеть медрабфаков, организовано заочное обучение, приступлено к планированию научных работ.

Подготовка в медвузах должна дать новому врачу широкий общественный кругозор плюс углубленную специальность.

В системе подготовки и переподготовки врачебных кадров особое значение приобретает система усовершенствования врачей, через которую должна регулярно, через небольшие промежутки времени, проходить вся основная масса врачей, а затем и средних медработников.

Так же интенсивно, как и сеть медвузов и учащихся, растет сеть научно-исследовательских институтов и количество научных работников и аспирантов. Улучшился социальный состав последних: так, по данным, охватывающим 39 институтов, из 135 аспирантов 62 (46%)—члены ВКП(б), 18 рабочих и 31 крестьянин (всего 36%). Среди руководящих кадров институтов (профессора, ассистенты, ординаторы) из 1.256 чел. партийцев—125 чел. (10%), вышедших из рабоче-крестьянской среды—194 чел. (15%).

В отношении развития специализированной медпомощи, следует отметить, что и здесь мы имеем значительные сдвиги. Отмечается значительный рост учреждений, борющихся с социальными болезнями. Особенно это ясно выражено по линии борьбы с туберкулезом. Если в 1927/28 г. было туберкулезных диспансеров 267 с 5.027 местами в вспомогательных учреждениях и 6319 койками в туберкулезных санаториях, то соответственно эти числа в 1929/30 г. вырастают до 308 туб. диспансеров с 6.326 местами в вспомогательных учреждениях и 7,393 койками в туб. санаториях, а к концу пятилетки намечается увеличение всей сети учреждений по борьбе с туберкулезом, в частности количество санаторных коек довести до 17.000 и мест в вспомогательных учреждениях до 17.255, т. е. рост на 24,3%, причем для рабочих ведущих отраслей промышленности (горной, металлургической, текстильной и химической) обслуживание рабочих этих областей увеличивается на 50%.

В результате указанных мероприятий и общего роста благосостояния рабочего класса мы видим и резкое падение заболеваемости туберкулезом в общей заболеваемости рабочих основных ведущих отраслей промышленности:

	1927 г.	1928 г.	1929 г.
Металлисты	5,3	5,0	4,2
Текстильщики	7,0	6,8	6,0
Химики	10,2	9,6	7,8
Пищевики	5,4	4,9	4,3

Естественный прирост населения у нас выше, чем в городах капиталистической Европы.

Вот таблица, показывающая естественный прирост населения главных столиц Европы в 1928 г.

Города	Родившихся на 1000 ч.	Умерших на 1000 ч.	Естественный прирост
Москва . . .	21,7	12,9	8,8
Лондон . . .	15,7	13,8	1,9
Париж . . .	14,8	15,1	—0,3
Берлин . . .	9,6	12,1	—2,5
Вена	8,8	13,5	—4,7

Вся эта гигантская работа советского здравоохранения, вся политика и практика партии и советской власти, неуклонное повышение культурного уровня рабочего класса и трудящихся масс, неуклонное повышение их материального уровня дали возможность резко снизить смертность в нашей стране. Понижается общая смертность населения: в 1910—1913 г. умирало в старой России на каждую 1000 населения ежегодно 27 человек; в 1928 году—на каждую тысячу населения в Советском Союзе умирало 21 человек. Понижается детская смертность: в 1929 г. в Москве из тысячи родившихся детей умерло на первом году жизни 130; в РСФСР в целом в 1928 году эта смертность составляла 186, а в довоенное время в России умирало 275 детей.

Но на этом нельзя успокаиваться. Необходимо итти дальше, вперед, ко все новым и новым сдвигам. И нет никаких сомнений в том, что мы в ближайшее время повысим эти достижения, ибо мы являемся свидетелями и участниками великой социалистической стройки, выполнения великого плана по строительству социализма в нашей стране.

Уже многое сделано за годы после революции. Сами трудящиеся являются организаторами и проводниками советского здравоохранения. И все, что делается в настоящее время, ведет к оздоровлению страны. Законы об охране труда, социальное страхование, правильное классовое распределение жилого фонда, развитие общественного питания, развитие яслей и др. учреждений для детей, борьба за сплошную грамотность населения—все это коренным образом меняет жизнь. Мы имеем начало широкого культурного движения, которое растет вместе с ростом и укреплением колхозного хозяйства в деревне.

В противовес капиталистической системе, мы имеем плановое увеличение ассигнований на дело здравоохранения из года в год. Еще в постановлении ЦК ВКП(б) от декабря 1929 г. мы читаем: „Необходимо решительно устранить случайность и кустарничество в этой работе, осуществить плановость, разработать пятилетний и соответственный годичный план с обеспечением их необходимыми финансовыми и материальными средствами". И мы видим соответственно этому решению рост ассигнований на здравоохранение СССР. Общий бюджет органов здравоохранения (без научных учреждений и медицинского образования) по ориентировочному финплану увеличен в 1931 г. до 820, 6 мил. р. вместо 606,3 мил. р. за 1930 г., в том числе капиталовложений до 170 мил. руб. вместо 120,3 мил. руб. за 1930 г. Рост общего бюджета на 1931 г. составляет 35,3, а капиталовложений—46,3%. За 3 года пятилетки бюджет органов здравоохранения возрос более, чем в 2,5 раза, на 162,3%. Общий бюджет вместе с научными учреждениями и медобразованием выражается в 882,2 мил. руб.

Наибольшая часть прироста в средствах по бюджету органов здравоохранения и капиталовложений направлена в основные пром. центры—до 70%. При среднем росте бюджета по Краям и Областям (без АССР) на 31,2% и в том числе капиталовложений на 40,3%, бюджет здравоохранения Урала увеличивается на 72,6% и капиталовложения на 138,2% и бюджет Западной Сибири на 72,1%, а капиталовложения на 102,7%. Общий бюджет здравоохранения на транспорте возрастает на 85%, а капиталовложений на 160%.

Особенное внимание в текущем году обращено на усиление финансирования автономных республик и областей. Бюджет органов здравоохранения по всем автономным республикам возрастает до 80,5 мил. руб. с 58,5 мил. руб. в 1930 г. и в том числе капиталовложения до 17,3 мил. руб. с 10,5 мил. руб. в 1930 году. Бюджет здравоохранения автономных областей возрастает до 24,8 мил. руб. с 16,5 мил. руб. за 1930 г., а капиталовложения до 7,7 мил. руб. с 4,6 мил. руб. за 1930 г. Так, по РСФСР в 1931 году ассигнования на здравоохранение вырастут на 10,37%, а по Таджикистану—на 65%, по Туркменистану на 28,6%.

Такой рост ассигнований на здравоохранение в национальных республиках непосредственно вытекает из ленинской национальной политики нашей партии и советской власти, чтобы подтянуть показатели здравоохранения в нацреспубликах до уровня показателей по РСФСР и Украине, тогда как политика царского правительства была целиком направлена на угнетение и закабаление нацменьшинств и мешала развитию национальной культуры, и это, естественно, создавало благоприятную почву для развития эпидемий и социальных болезней.

Тот факт, что здравоохранение приобретает значение не только фактора, помогающего культурному развитию страны, но вместе с тем является одним из основных условий социалистического строительства хозяйства страны—составляет теперь основу всей практической деятельности органов здравоохранения.

Основные, важнейшие особенности медицинской работы в настоящий момент заключаются в том, что, во первых, между промышленностью и здравоохранением устанавливается самая непосредственная связь и, во вторых, рабочий класс становится непосредственным организатором здравоохранения. Медицинские работники раньше встречались с рабочими лишь в больницах, на конференциях и на заводских собраниях, где они иногда ставили отчеты о своей работе. Сами рабочие в работе органов здравоохранения почти не участвовали, они до сих пор не выступали как непосредственные, фактические организаторы здравоохранения. Теперешний этап развития здравоохранения характеризуется тем, что в условиях обострения классовой борьбы устанавливается непосредственная связь между промышленностью и органами здравоохранения и организатором дела здравоохранения становятся широкие рабочие массы. Кто этого не видит, кто недостаточно оценивает эти особенности настоящего момента, тот не в состоянии будет, во первых, правильно оценить зародыши новых массовых форм соцстроительства здравоохранения, которые начинают складываться в данный момент (ячейки здравоохранения, колхозная медицина и т. п.) и, во-вторых, не сможет правильно представить дальнейший ход развития здравоохранения. Теперь нельзя успешно работать в органах здравоохранения, правильно и своевременно отвечать на все запросы, которые сотнями встают перед медицинскими работниками, не зная перспективы, не зная дальнейшего пути развития здравоохранения, не понимая той связи, которая создается между здравоохранением и народным хозяйством и основными задачами социалистического строительства. Если медицинский работник не понимает этого, он не состоянии будет коренным образом перестроить свою работу, приспособить ее к массовым формам и таким образом останется

в стороне от той большой дороги, на которую вступило уж строительство здравоохранения.

Рабочие массы становятся фактически организатором дела здравоохранения, участвуя непосредственно в коренной переделке нашей работы на предприятии, в цеху, в общественной столовой, и тем самым обеспечивают выполнение нами полностью постановления ЦК партии о медицинском обслуживании рабочих и крестьян. Чем больше мы начинаем опираться в нашей работе на активность рабочего класса, чем шире становится рабочий здравоохраненческий актив на предприятии, тем ближе мы подходим к полному выполнению этого постановления.

Мы ставим текущую работу всех наших организаций так, чтобы они обслуживали нужды растущей нашей промышленности и коллективизированного сельского хозяйства, обслуживали в первую очередь ведущие участки социалистического строительства как в промышленных центрах, так и в деревне, расширяя в то же время работу по обслуживанию единоличного сектора сельского хозяйства, который охватывает еще около половины крестьянских хозяйств.

Центральный Исполнительный Комитет Союза ССР в своем постановлении на сессии 1931 г. (10 января) по докладу о мероприятиях по подготовке квалифицированной рабочей силы для народного хозяйства поручил „правительствам союзных республик предложить народным комиссариатам здравоохранения приблизить свою работу к предприятиям, а также обеспечить проведение, в соответствии с правилами, устанавливаемыми народными комиссариатами труда Союза и союзных республик, конкретных мероприятий по охране здоровья рабочих, работниц и подростков на предприятии".

Этим постановлением Правительства работа органов здравоохранения на промышленных предприятиях делается частью общегосударственной работы первостепенной важности, ее задачей является обеспечение народного хозяйства необходимой рабочей силой, и как таковая она должна быть согласована с работой других правительственных органов труда, для содействия которым по вербовке и подготовке рабочей силы и для борьбы с текучестью должны быть использованы все виды культурно-бытовой работы.

Радикально изменяется лицо нашей страны. Огромные количественные и качественные сдвиги во всем социально-экономическом и культурно-бытовом облике нашей страны настойчиво требуют изменения методов, приемов работы и руководства. Поэтому лозунг, „по-новому работать, по-новому руководить", выдвинутый тов. Сталиным на совещании хозяйственников, относится не только к промышленности, но и ко всем решительно областям, участкам нашего строительства, в том числе и к здравоохранению.

Третий решающий год пятилетки, завершение построения фундамента социалистической экономики, боевые решения июньского пленума ЦК ВКП(б) и речь тов. Сталина.—„Новая обстановка—новые задачи хозяйственного строительства" с исключительной четкостью определяют новые задачи, стоящие перед органами здравоохранения, и требуют в новых условиях развития промышленности новых приемов руководства и работы.

Органы здравоохранения стоят перед самым началом новой работы и новые требования к ним с каждым днем будут увеличиваться. Через несколько лет мы не узнаем многих наших городов в результате больших коммунальных работ, которые сильно повысят их благоустройство. Но этот рост городов делает развитие широких оздоровительных мероприятий и правильную постановку лечебного дела одним из условий дальнейшего развертывания социалистической культуры. Вопросы городского хозяйства, а среди них и вопросы здравоохранения, приобретают крупнейшее значение в борьбе за пятилетку, за дальнейшие успехи соц. строительства, за улучшение материально-бытовых условий трудящихся.

Борьба за дальнейшее снижение заболеваемости и травматизма промышленных рабочих, за реконструкцию быта, борьба за чистоту в столовой, поселке и квартире рабочего и за ликвидацию остатков эпидемических заболеваний, за санитарную оборону страны, за марксистско-ленинское воспитание медицинских кадров, за улучшение больничного хозяйства, за техническую реконструкцию здравоохранения, за кадры, за интернациональное воспитание—вот основные задачи для ускорения темпов соц. стр-ва, для правильного разрешения которых необходимы новые методы работы.

Но врачи все-таки в своей массе по-новому работать не умеют. Рабочие учат наших врачей, как надо работать по-новому и помогают им ликвидировать неумение работать по-новому.

Требуется более широкая постановка работы, требуются новые темпы и новые подходы к работе, потому что растущие потребности трудящихся не смогут быт удовлетворены, если мы не сумеем соответствующими темпами широко развернуть нашу мед. работу. Медицинским работникам так же, как хозяйственникам, „надо исходить не из прошлого, а из растущих потребностей в настоящем". Стоять за старый размах в работах на отдельных участках здравоохранения значит не понимать современных глубоких сдвигов, значит допустить правооппортунистическое отставание от лозунгов пятилетки.

Врачи здравпунктов на предприятиях, врачи здравобъединений и сельских районов с каждым днем накапливают опыт работы в этом направлении, опыт успешной борьбы за осуществление новых задач.

С другой стороны, в повседневной работе органов здравоохранения еще не изжит целый ряд недочетов, тормозящих осуществление боевых задач, поставленных перед органами здравоохранения. Медико-санитарные работники должны активно выявить все эти недочеты и извращения, вносить конкретные предложения по улучшению всего дела здравоохранения и его отдельных звеньев, по технической реконструкции здравоохранения, по рационализации работы. К сожалению, в медицинской печати еще мало освещаются все эти животрепещущие вопросы.

Отряды новых работников создаются на массовой работе по выполнению заданий и директив партии (например, по борьбе за чистоту, и т. п.) под постоянным контролем пролетарской общественности и самокритики, в условиях систематической, конкретной проверки выполнения заданий, т. е. в условиях „работы по-новому, и руководства по-новому".

Такие кадры здравоохранения растут как из среды медработников, прошедших вузы и техникумы, так и из рабочих, пришедших с фабрик в качестве выдвиженцев в учреждения здравоохранения.

Таким путем, через школу работы по-новому, создаются и растут организаторы здравоохранения—руководители лечебно-санитарным делом в районах и областях, администраторы для управления крупными больницами, санаториями, курортами и т. п., директора медвузов, целиком отдавшиеся изучению и постановке медобразования, руководители отдельными областями здравоохранения и т. п.

Для этого нового типа работников больше и больше отходят в прошлое старые методы работы: руководство „вообще" через аппарат, не знающий конкретных условий работы, занятый исключительно регистрацией случайно до него доходящих фактов и бумажной отпиской на требования жизни. Изучение деталей дела, знание „мелочей", из которых создаются великие дела, систематическая проверка выполнения этих „мелочей" становится необходимым условием выполнения широких задач соц. здравоохранения и обеспечения интересов рабочего класса, как класса господствующего.

Политика заключается в том, чтобы ее творить не только в резолюциях (резолюция—вещь хорошая; идейная чистота нужна, но нужно за нее и активно бороться). Мы разбили правых, нужно с ними бороться и дальше, нужно быть бдительными, но нужно борьбу с правым оппортунизмом перенести в повседневную жизнь, в повседневную практику, повести борьбу с неумением работы, подыскать людей и кадры и поднимать их на все большую и большую высоту и организовать массы вокруг конкретных задач. Лозунг конкретного руководства должен пронизать всю нашу работу сверху до низу (Каганович).

Конкретное руководство должно стать проверкой выполнения того, каким образом и в какой мере здравотделы и отдельные работники здравоохранения претворяют в жизнь задачи партии и данные т. Сталиным указания относительно работы в новых условиях.

Мы должны усилить перестройку здравоохраненческой работы, сосредоточивая внимание и силы медработников на конкретных узловых проблемах теории и практики, связанных с текущими задачами партии, в первую очередь об улучшении культурно-бытовых условий пролетариата. Все это требует перехода и в этой области работы к конкретному, оперативному руководству в нашей повседневной работе.

Всеобъемлющей, действительной для всех участков и областей социалистического строительства встает перед нами проблема качества работы, качества организации работы, качества руководства социалистическим хозяйством. Эта проблема встает не только в промышленности, на транспорте, в сельском хозяйстве, но и в здравоохранении.

Почти во всех отраслях промышленности налицо большие достижения по росту продукции, организации новых производств, строительству и пуску новых предприятий. Но по здравоохранению еще далеко не всюду. Многое здесь зависит и от активности и настойчивости самих работников, а главным образом от их уменья связать задачи и работу здравоохранения с основными задачами и насущными потребностями социалистического строительства.

Сейчас, когда на фабриках и заводах, по всему Советскому союзу претворяют в жизнь указания т. Сталина о переделке хозяйственной работы в соответствии с „новой обстановкой и новыми условиями хозяйственного строительства"—органы здравоохранения и медицинские ра-

ботники, в ответ на призыв т. Сталина, должны переделать всю свою работу в направлении активнейшего содействия дальнейшему улучшению материальных и культурных условий рабочих.

Какое задание дано в данный момент партией органам здравоохранения и всем организациям работников здравоохранения? Усилить работу по борьбе с антисанитарией, в первую очередь в рабочих районах, рабочих общежитиях и учреждениях общественного питания (рейд центр. органа партии „Правда", постановление ЦК об общественном питании и т. д.). Широкая санитарно-гигиеническая работа на предприятиях, борьба с грязью в рабочих квартирах и общежитиях, борьба за чистоту в учреждениях общественного питания (столовые, кооперативы, цеховые буфеты и т. д.).

Эту работу за чистоту медицинские работники должны провести по-новому: надо „чтобы они не ограничивались бумажной отпиской или общими фразами и лозунгами, а входили в технику дела, вникали в „мелочи", ибо из „мелочей" строятся теперь великие дела" (Сталин).

Такими „мелочами", напр мер, в деле борьбы за чистоту в общественных столовых является чистота кухонной посуды, одежда поваров, качество продуктов, их хранение, состояние двора около столовой, отношение заведующего столовой к этим вопросам и т. д. Надо сделать, чтобы все эти „мелочи" стали предметом повседневных забот санитарных врачей и врачей здравпунктов на предприятии. Надо сделать, чтобы врач ежедневно бывал в столовой и не только „надзирал", но и учил, показывая, как надо „сделать", сам принимал участие в этой работе, чтобы привлекал за антисанитарное состояние столовой к строжайшей ответственности и добивался фактического осуществления намеченных им мероприятий.

Наряду с этой работой—борьба за чистоту в рабочих районах, рабочих общежитиях и квартирах и в учреждениях общественного питания, которая возлагается на специальных санитарных инспекторов и вводится в первую очередь на крупнейших предприятиях и новостройках,—должна быть широко поставлена санитарно-гигиеническая работа на самом предприятии в цехах, что лежит на врачах здравпунктов. Там, где нет специальных санитарных инспекторов,—санитарное обслуживание столовых, рабочих общежитий должно быть возложено также на врача здравпункта.

„Реконструкция промышленности, создание новых индустриальных районов, рост новых промышленных предприятий с огромным количеством рабочих—все больше и больше делают здравоохранение не только частью происходящей в стране культурной революции, но и придают ему значение народнохозяйственного фактора. Амбулатория, больница, общественная столовая и т. д. становятся важнейшими цехами на предприятии. Борьба за снижение заболеваемости рабочих становится одним из существеннейших факторов повышения производительности труда и снижения себестоимости.

Наряду с дальнейшим развитием лечебной медицины, особенно во вновь возникающих промышленных центрах, органы здравоохранения должны поставить перед собой и перед всей рабочей общественностью задачу оздоровления труда и быта в полном объеме (жилищно-коммунальное строительство, общественное питание, широкая работа пункто

первой помощи на предприятиях и т. п.). „Они должны так поставить и развернуть свою работу, чтобы хозяйственные органы отчетливо почувствовали эффективность врачебной работы, как фактора рационализации производства, подъема эффективности труда и снижения себестоимости". (М. Владимирский, Борьба с заболеваемостью. „Правда" 19 августа 1930 г.)

„Лозунг конкретного руководства должен пронизать всю нашу работу сверху до низу" (Каганович).

Таковы задачи здравоохранения на грани XIV и XV годовщины Октября. И каждый врач, каждый работник здравоохранения должен положить все силы к их выполнению.