

Хозяйственный расчет в лечсанучреждениях в значительной мере способствует вовлечению в низовое планирование всей массы медработников, поскольку план доводится до низового производственного звена (группа, бригада), где обслуживаются и прорабатываются все показатели, и где масса выдвигает свои встречные показатели и свой встречный план. Тем самым вся масса медработников активно участвует, активно включается в управление учреждением, отделением.

Вместе с тем хозрасчет, на основе этого массового участия сотрудников в работе учреждения, способствует развитию и качественному улучшению соцсоревнования и ударничества, ибо каждое производственное звено, каждый работник видит результат своей работы, видит, что от него самого, от его усилий зависит качественное и количественное состояние работы учреждения. Бригадный метод работы приучает его работать коллективно. Он становится составной частью данного отделения, участка. Он овладевает техникой того производства, где он работает.

Мы уверены в том, что при правильном проведении хозяйственного расчета, при продуманной проработке его активом медработников под руководством органов здравоохранения и союзных организаций, хозрасчет в ближайшее же время даст значительные результаты по изжитию бесхозяйственности, бесплановости, расхлябанности в наших лечучреждениях. К сожалению, на местах мы имеем некоторую оппортунистическую недооценку хозяйственного расчета, которая тормозит и проработку, и введение его. Не освещается еще и положительный опыт. Необходимо более смело и решительно взяться за проведение хозрасчета.

---

## О работе здравпунктов на предприятиях.

Врача **В. Ф. Иванова.**

(По опыту работы 2-го Единого диспансера в г. Москве).

Директивными указаниями партии перед органами здравоохранения поставлена задача повернуться лицом к производству, задача снижения заболеваемости и содействия выполнению промфинплана. Как же подошли мы к выполнению этих директив? В данной статье я остановлюсь на работе в этом направлении ведущего звена—здравпункта—по опыту работы 2-го Единого диспансера.

Принято считать, что наиболее трудной частью новой работы здравпункта является именно переключение его работы на новые рельсы. Совершенно очевидна эта трудность, учитывая неподготовленность массы врачей старых пунктов первой помощи к такой работе, но меньшей трудностью были и трудности методологического порядка. Здесь уместно указать на то, что со стороны руководящих органов здравоохранения были даны лишь общие указания, методика же работы не была в достаточной степени проработана ни научными институтами, ни местными органами здравоохранения. Методику эту приходилось прорабатывать самим здравпунктам под руководством единых диспансеров.

Тов. Киселев в своей брошюре „Оперативный план здравпункта на производстве“ (вышедшей тогда, когда здравпункты путем исканий уже нащупали пути работы) делает попытку дать методику работы здравпункта. Однако, каждый практический работник на здравпункте, с одной стороны, легко увидит оторванность автора от жизни, незнание повседневной работы здравпункта, с другой стороны — каждый здравпункт, серьезно поставленный, пошел много дальше плана тов. Киселева. Абстрактность, оторванность этого плана от жизни сказывается прежде всего в том, что ни в одной строчке, ни одним словом автор серьезно не затрагивает таких вопросов, которыми живет и дышит предприятие: выполнение промфинплана и производственный брак, новые формы труда (соцсоревнование и ударничество), рационализаторские мероприятия и т. п. Оторванно от жизни производства планирует автор углубленные изыскания, сравнения со стандартами (!) заболеваемости, оздоровительные мероприятия и проч. Таким образом здравпунктам приходилось искать правильных путей самим в контакте с рабочими организациями и под руководством единых диспансеров.

С целью единого руководства и планирования работы здравпунктов, во 2-м Едином диспансере все они были влиты в состав отделения социальной и профессиональной патологии; это отделение и являлось для них планово-методическим центром. Отделение социальной и профессиональной патологии, имея в своем составе профпатологов-гигиенистов, прорабатывало методику и план работы здравпунктов не кабинетно, а работая на самих предприятиях, включалось непосредственно в работу пунктов, принимая на себя и выполнение конкретных заданий по предприятиям. Проработанные в отделении и обсужденные на конференции врачей здравпунктов и других врачей диспансера методика и план работы легли в основу работы, освещаемой в данной статье. В части сигнализационной статистики на здравпункте отделение делало доклад на Московской конференции опытно-показательных здравпунктов<sup>1)</sup>.

Совершенно бесспорно, что детальное *знание завода* и всех производственных процессов является одной из основных предпосылок правильной работы здравпункта. Врач должен знать не только *расположение* цехов и *что* в них изготавливается, но должен знать, как изготавливается, в каких производственных условиях; знать, что производит отдельный станок или аппарат, какие вредности могут здесь быть, какие производственные задания стоят перед цехом, какие знания и какой опыт требуются от работающего. Только зная все это, врач может понять и такие явления, как заболеваемость рабочих, травматизм, невыполнение промфинплана и наметить пути оздоровления цеха.

Второй предпосылкой правильной работы здравпункта является теснейшая *увязка его с рабочей общественностью завода*. Нужно иметь такую увязку, чтобы рабочая общественность чувствовала необходимость врача не только для оказания первой медицинской помощи, но постепенно консультировала с ним по всем вопросам жизни предприятия. Что это вполне реально, говорит опыт работы здравпункта на заводе имени Ильича, где, например, социально-бытовой сектор чувствует себя участником работы здравпункта, а здравпункт еще большим соучастни-

<sup>1)</sup> Положения его, получившие одобрение этой конференции, будут напечатаны в 10 номере Московского медицинского журнала.

ском всей работы социально-бытового сектора. Врач увязан здесь и с парткомом, и с хозяйственниками завода, ставя перед ними важнейшие вопросы, участвуя активно в производственных совещаниях, внося свои дополнения и поправки.

Важнейшей задачей в работе здравпункта должна явиться проработка *плана оздоровления предприятия*. Простейшие мероприятия (санминимум), как наиболее доступные, могущие быть осуществлены немедленно, прорабатываются в первую очередь. Вокруг этих вопросов центрируется общественное внимание. Санминимум, проработанный на заводе им. Ильича и обсужденный с представителями рабочих, был доложен врачом по цехам, и от цехов были собраны рабочие предложения к нему, дополнения. Наконец, в виде приказа по заводу он был предложен к выполнению. Между отдельными цехами было объявлено соцсоревнование на лучшее выполнение его. По цехам были выделены ответственные лица за проведение санминимума как со стороны администрации, так и со стороны рабочих.

Но врачи здравпунктов не ограничивались только вопросами санминимума. Шла проработка и плана полного оздоровления условий труда на заводах (конечно, с учетом реконструкции, расширения завода) и согласование его с хозорганами и инспекцией труда. Конечно, данные заболеваемости и травматизм корригировали мероприятия в этом отношении.

Одновременно врач ведет и *повседневный, текущий надзор* за санитарным состоянием цехов. Такой повседневный обход цехов полезен и самому врачу с точки зрения лучшего ознакомления с деталями условий труда во всем многообразии их, в их динамичности, как в связи с самим производственным процессом, так и в связи с развивающимися новыми социалистическими формами труда. Данные, обнаруженные при обходах врачами, заносятся на вкладные листы к санитарным журналам промышленных предприятий, что облегчает обозрение пройденного этапа работы. При таких обходах о замеченных дефектах врачи на месте ставят в известность заведующих цехами и договариваются о способах их устранения.

*Общественное питание* на заводе (столовые, буфеты, ЗРК и бытовые устройства) находится под усиленным наблюдением врача. Обед не раздают на заводе до осмотра и пробы врачом. Все рационализаторские, все оздоровительные мероприятия в деле снабжения и питания рабочих осуществляются в полном контакте, а часто и по инициативе здравпункта (наприм., подача обедов в буфеты горячих цехов, открытие буфетов по цехам и т. п.).

При дальнейшем ознакомлении с цехами, основываясь и на литературных данных, и на существующих законоположениях, и на собственных наблюдениях—врач здравпункта *выделяет цеха и профессии, как особо вредные*, подлежащие особому наблюдению, так и по какой-либо другой причине заслуживающие особого внимания.

*Заболеваемость* с потерей трудоспособности врач учитывает по больничным листкам, которые обязательно направляются конторой на здравпункт (без штампа здравпункта листки не оплачиваются). По договоренности с страховыми органами за последние месяцы самая разработка заболеваемости ведется непосредственно ими и передается здравпункту. Здравпункт же вычисляет по ним интенсивные показатели (число случаев и дней на 100 рабочих) и заносит по листкам все случаи заболеваемости

с утратой трудоспособности на индивидуальные карты рабочих, вылавливая таким образом часто и длительно болеющих. Промышленный травматизм учитывается на особых статистических карточках, и весь (как с утратой трудоспособности, так без нее) заносится на те же индивидуальные карты рабочих. Такое занесение позволяет выделить и часто травмирующихся. Самая разработка травматизма ведется на здравпункте.

Таким образом сама регистрация позволяет здравпункту *выделить лиц, повышающих заболеваемость и травматизм* по заводу и цехам. В отношении этих лиц здравпункты принимают ряд практических мероприятий. Прежде всего часто и длительно болеющие направляются на диспансерное обследование (в последнее время мы стали направлять в свой единый диспансер, т. е. по месту работы). После точного выяснения, чем болеют эти лица, после обследования их быта, дается социально-клиническое заключение о них (обязательно с участием профгигиениста и врача здравпункта, с учетом их ценности, как квалифицированных рабочих для завода, с учетом их выработки и брака и отзывов представительниц рабочей общественности о них). Врач здравпункта, имея такое заключение, или ставит вопрос о переводе на инвалидность (в случаях действительной инвалидности рабочего), или о переводе на другую работу, или содействует получению лечебно-социальной помощи (курорты, ночные санатории и т. п.), или, наконец, просто наблюдает за систематичностью лечения, правильным диспансерным обслуживанием рабочего. У часто травмируемых обследуется тщательно зрение, в случаях надобности выписываются корригирующие зрение очки, выясняется через заведующего техникой безопасности достаточность их инструктажа в работе (и в случае необходимости направляются на инструктаж), ставятся психотехнические исследования с переводом рабочих по показаниям на менее опасные станки и места работы. Конечно, здесь учитывались и индивидуальные особенности места работы (недостатки освещения, загроможденность вокруг и т. п.).

Заболеваемость, разработанная ежемесячно и поквартально по цехам и группам болезней (число случаев, число дней на 100 рабочих), служила сигналом для врачей, куда и на что следует обратить внимание, причем всегда контролировалось, не объясняется ли повышенная заболеваемость наличием часто и длительно болеющих. Для сравнения служили данные предыдущего года (взятые из страхкассы) и данные аналогичных заводов, а главное пользовались динамичностью заболеваемости помесечно на том же заводе.

При росте заболеваемости, после выяснения, за счет каких цехов и каких форм заболеваний идет этот рост, после просмотра индивидуальных карт рабочих, перенесших заболевания, давшие это повышение (с целью лучшей ориентировки в этом повышении), намечались *практические мероприятия по снижению заболеваемости*. Если этот рост шел за счет появления часто и длительно болеющих, применялись указанные выше мероприятия в отношении их. В случае роста за счет определенных болезненных форм—тщательно анализировались условия труда в цеху, условия труда и быта болевших с целью выяснения причин повышенной заболеваемости для практических мероприятий.

Положим, если в инструментальном цехе завода Ильича увеличивались желудочно-кишечные заболевания, выяснялось в этом разряде

состояние питания в цеху, водоснабжение, проводились беседы о желудочно-кишечных заболеваниях, усиливалось снабжение диетпитанием, выяснялись бытовые факторы у болевших. В других цехах по показаниям ставились вопросы о корригирующей гимнастике, о пятиминутных перерывах в работе, о лучшей спецодежде и т. п.

Так как врач здравпункта не механически заносил лишь сведения о заболеваемости в индивидуальные карты рабочих, дожидаясь по истечении месяца сведений о заболеваемости, но просматривал и продумывал данные ежедневных записей, то он имел возможность в течение уже многих дней нащупать начавшийся рост заболеваемости в цеху и принять указанные меры не пост фактум, а немедленно.

Травматизм также разрабатывался по цехам (число случаев и дней, в случаях с утратой трудоспособности, на 100 рабочих), видам травм и причинам их. Здесь также следует сравнить данные с предыдущими месяцами, с прошлым годом, с данными других аналогичных заводов. Так как при регистрации травматизма здравпункт поставлен в несравненно лучшие условия, чем при регистрации заболеваемости (вся регистрация идет в день получения травмы на заводе), и изучение причин его проще, чем причин заболеваемости, то и мероприятия здесь могут быть более эффективными.

Прежде всего все случаи травм выясняются в цехах по возможности в тот же день с точки зрения причин их и недопущения таких случаев на будущее время, для чего в случае надобности привлекается и заведующий техникой безопасности (в случаях с потерей трудоспособности—обязательно). В декаду раз все карточки травматизма пересылаются заведующим цехам, которые дают объяснения по ним здравпункту с точки зрения причин их и мероприятий. По получению отзывов от цехов на здравпункте созывается совещание с заведующим техникой безопасности и представителем социально-бытового сектора завода, где заведующий техникой безопасности делает доклад о травматизме за прошедшее время опять-таки с точки зрения причин его и мероприятий, с учетом мнений заведующих цехами. Вынесенные постановления фиксируются в протоколе и передаются директору завода.

При неблагоприятии отдельных цехов врач подсчитывает потерю производства в этих цехах от травматизма в рублях (зная выработку одного рабочего в день) и или вывешивает эти данные в цеху, или говорит об этом в обеденный перерыв рабочим цеха, центрирует внимание на это заведующего цехом и бригадиров (особенно тех, в бригаде у которых было больше всего травм), всегда анализируя перед рабочими причины этого травматизма и попутно собирая предложения рабочих.

Старый механический цех завода Ильича давал большой травматизм (главн. образом ушибы) благодаря исключительной загроможденности его, отсутствия правильных проходов. Здравпункт обратил внимание общественности на это, что привело к устройству субботника, разгрузке цеха и правильному распланированию проходов. После этого травматизм там пал. Серьезнейшая постановка подготовки и инструктаж вновь поступающих рабочих в инструментальном цехе того же завода свели травматизм на ничтожные цифры.

Кроме практической работы, исходящей из повседневных показателей неблагоприятия завода в смысле заболеваемости и травматизма,

здравпункты фиксировали свое внимание и на плановой работе по снижению заболеваемости и травматизма. Показателями к составлению плана здесь служили данные предыдущего года или кварталов, причем опыт наш показывал нам, что значительно легче снижать *не вообще всю заболеваемость*, а заболеваемость отдельными формами, отдельными группами заболеваний, дающими превышение по сравнению со средними такими же данными по другим аналогичным заводам. Здесь легче дать анализ путем сравнения и достичь эффективности.

Это, конечно, не исключает борьбы за снижение всей заболеваемости по всем группам и формам болезней, как путем тщательного анализа заболеваемости, так и практическими мероприятиями в цехах, а в пределах возможности и в быту. Но и здесь мы центрировали свое внимание в первую очередь на заболеваемости, дающей не десятки доли процента в общей заболеваемости, а большой процент ее, т. к. здесь могут быть и достижения большего масштаба.

Вообще на дело борьбы с заболеваемостью и с травматизмом мы смотрели, как на социально гигиеническую проблему, помня, что и общегигиеническое состояние цеха, и вопросы питания, и режим труда и отдыха, и условия быта—все это имеет влияние на заболеваемость и травматизм.

Имеем ли мы здесь достижения? Да, местами большие, местами меньшие. Мы имеем местами значительное снижение травматизма, местами снижение заболеваемости (и как раз на тех заводах, где поставлена развернутая работа здравпунктов).

Наличие индивидуальной карты на рабочего, в которой отмечалась вся заболеваемость с утратой трудоспособности, весь травматизм, выявленная патологическая пораженность (случайно ли при посещении здравпункта, при диспансерном ли обследовании рабочего или по сигналу из диспансера), условия труда и быта, выработка рабочего (в случаях высоких показателей и в случаях низких показателей) и даваемый им брак (в случаях большого брака), в нужных случаях мнение рабочих организаций и администрации (сведения о его отношении к ударничеству, соцсоревнованию, о его энтузиазме в работе)—все это создавало серьезную предпосылку для социально гигиенической оценки завода.

Так как здравпункт на предприятии не может и не должен существовать изолированно от всей жизни завода, то и *вопросы ударничества и соцсоревнования, вопросы выполнения промфинплана, вопросы брака* мы включили в поле зрения здравпункта. Здравпункт держит на учете выдающихся ударников, направляет их на диспансеризацию, озабочивается о лучшей гигиенической обстановке их работы, планирует первоочередное оказание им мер леч.-профилактической помощи и т. п. При заключении договоров на соцсоревнование здравпункт вносит в показатели свои добавления, могущие повысить показатели производительности труда, оздоровить условия труда, рационализировать их, т. о. здравпункт ведет особое постоянное наблюдение за соревнующимися и ударниками с точки зрения состояния их здоровья и условий труда и быта.

Врач, зная динамику достижений и прорывов по выполнению промфинплана по цехам, анализирует прорывы в свете санитарно-гигиенического состояния цехов, заболеваемости, травматизма, постановки питания режима труда и отдыха, условий быта и т. п. Анализ этот сопровождается

и проработкой практических мероприятий, созданием вокруг них общественного мнения и проведения их в пределах возможного.

Исходя из важности цеха, из задач, стоящих перед цехом, дело борьбы с заболеваемостью и травматизмом, за улучшение санитарного состояния цехов и т. п. сосредоточивалось прежде всего на наиболее ответственных местах работы и на местах, где это неблагоприятие ясно сказывалось в прорывах. Этим врач отходил от отвлеченной борьбы с заболеваемостью и включался во всю жизнь завода.

Здесь попытаюсь иллюстрировать сказанное примером. На заводе Ил ь и ч а наиболее напряженным, ответственным местом работы был литейный цех, от него зависела работа других разрастающихся цехов (при остающейся неизменной площади литейной с ее двумя вагранками). С другой стороны, этот цех получил знамя за образцовое проведение сменно-встречного плана. Здравпункт центрировал свое внимание по снижению заболеваемости и травматизма и вопросах выработки и брака именно в этом цехе. Общесанитарные мероприятия здесь были осуществлены достаточно твердо, пункт добился лучшей распланировки топок в цеху; санитарно-культурная работа акцентуирована здесь, организована подача сбефов в цеховой буфет (для ночной смены выбивщиков). Перед научным Институтом по изучению профзаболеваний был поставлен вопрос о правильной расстановке рабочей силы и режиме труда. Были выделены бригады и лица, дающие систематическую недовыработку и брак, они были обследованы ориентировочно сначала через Единый диспансер и о неполноценных рабочих с точки зрения их состояния здоровья (данные, подкрепленные их функциональной неполноценностью в виде работы) ставился вопрос о более правильной расстановке их в работе. Так, была расформирована одна бригада, сплошь состоявшая из больных людей и дававшая очень большие недовыработку и брак. Рабочие были расставлены или на менее ответственные места, или на места, где требуются иные темпы работы. Например—один из них, старый квалифицированный рабочий, больной, дававший прорывы в выполнении плана работы, был переведен в контрольный отдел по контролю за получаемым заводом литьем из цеха. Его опыт и квалификация были видны и полезны в новой работе, т. к. здесь требовалась спокойная внимательная работа, что было по силам и ему.

Так как в том же цеху имелись другие бригады и отдельные рабочие, при ориентировочном обследовании не обнаружившие серьезных заболеваний, с средней квалификацией, но дающие систематически недовыработку и большой брак,—здравпункт поставил перед Научным институтом по изучению профзаболеваний вопрос об изучении этого явления и с точки зрения здоровья рабочих, и с точки зрения психических особенностей их и энтузиазма в работе, с целью лучшей расстановки рабочей силы. Институт включился в эту работу и наметил через 1<sup>1/2</sup> мес. дать здравпункту ответ на поставленный вопрос.

*Состояние прогулов* по неуважительным причинам было также в поле зрения врачей здравпунктов. Повторно прогуливающих врач наблюдал, знакомился с ними с точки зрения бытовых факторов, алкоголизма, заболеваемости. И здесь можно привести примеры, когда в случаях алкоголизма мы направляли рабочих на лечение, в случаях тяжелых бытовых условий (алкоголизм жены, безнадзорность детей и т. п.) принимали соответствующие меры и возвращали заводам ценных рабочих.

*Культурно-просветительная работа* в цехах велась в виде бесед на различные темы, затрагивающие актуально завод или цех. Например, при повышении заболеваемости определенными болезненными формами врач беседовал об этих заболеваниях в цеху. При повышении травматизма, когда это повышение шло за счет неосторожности рабочих или недостаточного инструктажа, беседы велись на темы о травматизме с одновременным указанием рабочим опасности работы и мер борьбы с травматизмом, анализировались бывшие в цеху случаи травм. Врач освещал перед рабочими задачи, стоящие перед здравпунктом по данному цеху, собирал предложения рабочих к своему плану. Эта работа дополнялась участием в обучении безопасным методам работы вновь поступающих рабочих (так назыв. „вводные курсы“), в ведении занятий в кружках РОКК'а и участии в организации их. Из последних выделяется актив, которому поручалось наблюдение за аптечками в цехах и подаче в них первой помощи (наложение салфеточек и направление на здравпункт и т. п.).

Во время колдоговорной кампании врачи здравпунктов были активными участниками этой кампании, внося свои добавления, исправления. При заключении договоров по охране труда и технике безопасности здравпункт также вносил свои поправки и добавления и наблюдал за правильным израсходованием сумм.

При отборе на курорты, в санатории и т. п. врач здравпункта стремился направить эти лечебно-профилактические мероприятия на наиболее нуждающихся, наиболее ценных рабочих, а дальше учитывал эффективность лечебно-профилактических мероприятий, особо отмечая заболеваемость получивших ее рабочих, выработку и брак их (до и после получения лечебно-профилактич. помощи).

Врач здравпункта был непременным участником производственных совещаний на заводе, где вносил свои добавления, как по линии оздоровления цехов, так и по линии режима труда и т. п., каковые, по его мнению, должны были способствовать лучшему выполнению производственных заданий.

Врачи здравпунктов через рабочую общественность и благодаря своему знакомству с рабочими знали всех рабочих, имеющих наиболее тяжелые бытовые условия, и с одной стороны, обращали внимание на это диспансеров и амбулаторий по месту жительства, с другой—учитывали это при распределении жилой площади в новых домах, при оказании мер лечебно-социальной помощи и т. п.

*В связи с вовлечением женщин* в производство врачи здравпунктов ставили вопросы о показаниях и противопоказаниях к работе женщин в новых для них профессиях (перед научными институтами) и озабочивались максимальным развертыванием ясельной сети, приспособленностью их работы к сменам на предприятии, знакомясь с их работой на месте.

*Подростки* были на особом учете здравпункта. Вся весенняя диспансеризация их проходила через здравпункт. Заключение по диспансеризации учитывались здравпунктом и использовались в его повседневной практической работе. В связи с прикреплением школ к предприятиям, когда дети начали работать на предприятиях, врачи здравпункта увязались с педологами и врачами ОЗД, участвовали в правильной расста-



новке детей по цехам и видам работы, помогали в учете успеваемости детей на предприятиях, консультировали с педологами и врачами ОЗД по вопросам условий труда и вредностям работы и показаний и противопоказаний к допущению детей на определенные виды работы.

Врачи здравпунктов осматривали всех поступающих на завод рабочих с точки зрения соответствия состояния их здоровья требованиям, предъявляемым им их работой.

Так как медпомощь в основной своей массе оказывается по месту жительства рабочих, то нам казалось, что все врачи диспансеров и амбулаторий так же, как они пишут карточки эпидемических заболеваний, должны писать экстренные извещения на здравпункт о некоторых заболеваниях рабочих, требующих особого внимания со стороны здравпункта. Во 2-м Едином диспансере специалистами, совместно с врачами здравпунктов, под руководством отделения соц. и профес. патологии были проведены показания к такому экстренному извещению. Например, врач Единого диспансера сигнализировал на здравпункт об установлении у рабочего эпилепсии, о язве желудка и 12-ти перстной кишки, о появлении грыжи, туберкулезного бацилловыделения, о вензаболевании, о различных кожных заболеваниях, субфебрилитетах и т. п. Правда, эта часть работы была проведена лишь в отношении рабочих, живущих на территории обслуживаемой Единым диспансером, так как единый диспансер не мог инструктировать и обязать все амбулатории Москвы сигнализировать на здравпункты. С другой стороны, и здравпункты сигнализировали по месту жительства рабочих о всем, что они находили нужным сообщить о рабочем участковому врачу и на что обратить его внимание.

Наконец, на здравпунктах была организована запись по телефону больных рабочих на прием в Единый диспансер, что освобождало рабочих от необходимости стоять в очередях и гарантировало им прием в точно указанное время. Единый диспансер начал извещать наиболее важные в государственном отношении заводы (через здравпункты) о всех освобождениях от работы рабочих этих заводов в тот же день с указанием диагноза и срока освобождения. Врач здравпункта передавал это извещение в цеха.

Когда массовое диспансерное обследование рабочих считалось непрерывным планом работы лечебно-профилактических учреждений, врачи здравпунктов направляли обменные карты на рабочих по месту жительства их, сообщали в них кратко условия труда и просили сообщить о состоянии здоровья и бытовых условиях. Здравпункты аккуратно получали ответы от единых диспансеров, но почти не получали их от амбулаторий. С другой стороны, и врачи здравпунктов получали запросы об условиях труда с места жительства рабочих (главным образом от единых диспансеров).

В настоящее время, когда углубленное диспансерное обследование ведется главным образом по определенным показаниям (вредные профессии, часто и длительно болеющие и травмируемые, невыработывающие и т. п.), все чаще и чаще это обследование стало проходить по месту работы рабочего, что вызывается необходимостью детального знания условий труда, однородностью методики исследования (часто и лабораторной методики), своевременностью ответа и т. п. (конечно все данные

таких обследований сообщались по месту жительства). За всеми выделенными для диспансерного обследования рабочими поручалось и по месту жительства вести диспансерное наблюдение и обслуживание.

Врачам Здравпунктов Единого диспансера № 2 дано право направлять в диспансер (т. е. по месту работы) для обследования и лечения всех, кого врач здравпункта находит нужным и показанным лечить и обследовать по месту работы. Сюда идут и рабочие необеспеченные достаточной и квалифицированной медпомощью по месту жительства (такие необеспеченные места указаны горздравом), и для различных специальных обследований и заключений, особенно в случаях, требующих экстренного ответа. Инициатива такого направления в руках здравпунктов, и они разумно и достаточно ей пользуются.

Выше мы уже указывали, что здравпункты *ставят перед научно-исследовательскими институтами задания*. Нам кажется, что здравпункты должны быть заказчиками работы институтов, а последние должны черпать свои темы з здравпунктов. Этой нашей установкой и пользовались здравпункты, ставя вопросы научным институтам. Кроме указанных уже вопросов в отношении недовыработки и брака здравпунктом фабрики имени Красина (карандашной), например, был поставлен вопрос о влиянии нового лака, в который входил бензол, на здоровье рабочих, методов учета этого влияния при систематических диспансерных наблюдениях и противопоказаний к допущению на работу по грунтовке этим лаком. Здравпункт после изучения этого вопроса институтом получил от последнего вполне конкретные указания и теперь руководствуется ими. Совершенно понятно, что не исключается возможность и непосредственного участия здравпункта в исследовательской работе.

Для консультации с врачами здравпунктов и помощи им к предприятиям были *прикреплены врачи различных специальностей*. Хирург и туберкулезник были обязательно в составе этих прикрепленных специалистов, что и понятно, т. к. хирург должен был инструктировать и учить, как правильно ставить травматологическую помощь (и наблюдать и отвечать за ее постановку), туберкулезник же выявить всех туберкулезных больных и помочь в проведении всех противотуберкулезных мероприятий на заводе. Другие специалисты прикреплялись, исходя из особенностей завода. Например, к машино-строительному заводу имени Ильича были прикреплены окулист (здесь учитывалось наличие глазных травм и постановка подачи помощи при них, наличие часто травмируемых с необходимостью изучения состояния их зрения, мелкие точные работы и т. п.) и психоневролог (много рабочей молодежи, вопросы недовыработки и брака, напряженность в мелкой работе, повышенное количество нервных больных в некоторых цехах и т. п.).

Перед специалистами были поставлены следующие задания: 1) детальное ознакомление с цехами с учетом своей специальности; 2) выделение подлежащих наблюдению цехов и профессии; 3) участие в проработке плана оздоровления последних; 4) постоянное наблюдение за условиями работы выделенных цехов и профессии и за осуществлением оздоровительных мероприятий, (совместно с врачом здравпункта); 5) постановка вопросов профпатологии (в первую очередь в особо вредных или в дающих повышенную заболеваемость цехах и профессиях) с целью дальнейшего изучения этих вопросов и практических мероприятий;

6) учет часто и длительно болеющих и инвалидизации по специальности (с детальным изучением причин и проработкой мероприятий); 7) участие в назначении лечебно-профилактической помощи; 8) консультации на здравпункте по лечебно-профилактическим вопросам, вставшим перед специалистами или перед врачами здравпунктов; 9) участие в массовой работе на заводе.

Специалисты должны бывать не реже 1-го раза в пятидневку на заводе.

Работа специалистов на заводах недавно началась, но и здесь мы имеем некоторые достижения: улучшена травматологическая помощь, выявлены туббольные (причем обследованы все часто температурающие, часто и подолгу болеющие гриппом), проводятся мероприятия по борьбе с возможностью заражения от них, обследуется зрение у часто травмируемых и назначаются в случае надобности корректирующие очки, проводятся беседы по психогигиене, вносятся некоторые добавления к плану оздоровления цехов и т. д.

Я не буду здесь долго останавливаться на роли здравпунктов в подаче первой медпомощи. Эта часть работы здравпунктов наиболее ясна, ясны задачи, стоящие перед нами. Отмечу лишь, что во 2-м едином диспансере все заводы обеспечены врачами и все более или менее крупные смены дежурством среднего персонала (а наиболее крупные смены на ответственных заводах и врачами). Об обучении и инструктаже их говорилось. Мы не имеем настолько крупных предприятий и цехов, чтобы требовалось открывать пункты первой помощи в цехах. Аптечки в цехах имеются и находятся под наблюдением инструктированных членов ячейки РОКК'а.

Таким образом нам на практике пришлось убедиться, насколько многогранна и сложна работа здравпункта.

Описывая развернутую работу здравпунктов, мы совершенно не склонны думать, что она в таком же полном объеме может быть осуществлена везде. Нам самим приходилось видеть здравпункты, обслуживающие завод в 5—6 тысяч рабочих и имеющие одного врача, нам приходилось видеть и здравпункты с составом медработников, вызывающим сомнение в достижимости для них новой работы. Однако, мы имеем свой собственный опыт Единого диспансера, когда один врач на заводе с 3-мя тысячами рабочих поставил прекрасно работу во всех указанных нами разделах (сейчас на этом заводе два врача).

Мы не склонны давать рецепты на все случаи жизни. Каждый врач здравпункта, исходя из местных условий и возможностей, особенно при достаточном руководстве, выйдет, что он может и должен осуществить. Одно особенно четко хочется нам подчеркнуть, что изолированно от жизни предприятия, его нужд, стоящих перед ним задач выполнения им промфинплана, новых социалистических форм труда на нем,—не следует планировать работу здравпункта.

И последнее наше наблюдение: если мы имеем старых квалифицированных врачей, прекрасно, с воодушевлением работающих и ставящих образцово работу на здравпунктах, то мы имеем и видели и молодых, только окончивших медфак врачей, с энтузиазмом отдающихся новой работе и совершенно правильно ее ставящих.