PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN OGÓLNO-PAŃSTWOWEGO ZW. KAS CHORYCH W POLSCE

ROK III | MIESIĘCZNIK | ZESZYT 11

WARSZAWA, 1 LISTOPAD 1928.

Dr. GUSTAW RACIĄŻEK.

WYPADKI NIESZCZĘŚLIWE PRZY PRACY A CZYNNIK LUDZKI

(Na podstawie materjałów Międzynarodowego Biura Pracy).

Częstość wypadków.

Wypadki nieszczęśliwe przy pracy są o wiele częstsze, niż się przypuszcza; są one nawet tak liczne, że wkońcu stają się złowrogim podatkiem obciążającym nietylko klasę robotniczą, ale zarazem produkcję. Oto np. w jednym tylko r. 1907-ym zarejestrowano w St. Zjednoczonych 35.000 wypadków śmierci i 2 miljony wypadków o charakterze ciężkim (w przedsiębiorstwach przemysłowych). Wszelako wypada zaznaczyć, że od owego czasu w tym kraju ilość wypadków spadła w sposób godny uznania. Albowiem w roku 1913 ilość śmiertelnych wypadków wynosi już tylko 25.000, w roku 1917 zniża się jeszcze do 22.000, podczas gdy ilość ciężkich uszkodzeń w ciągu tych dwóch lat wyraża się również w liczbach pokaźnie zredukowanych: 700.000, względnie 500.000 (Tolmann i Kendall).

Jednakże bliższe badanie najświeższych danych statystycznych nakazuje stwierdzić, że owa tendencja zniżkowa dla okresu od 1912 do 1924 roku jest nader słaba, gdyż sięga zaledwie 1% rocznie dla wypadków śmierci, a w tej liczbie spadek zejść, spowodowanych przez maszyny, obsługujące przemysł, wyraża się tylko połową procentu.

Jeżeli zaś weźmiemy pod uwagę dane statystyczne samego tylko Stanu New-Yorskiego, to można nawet będzie wbrew temu postawić pytanie, czy ilość wypadków nie zwiększa się groźnie. Jakkolwiek bowiem liczba wypadków dla okresów rocznych 1920 — 1922 utrzymuje się niemal na jednakim poziomie (294.469 wzgl. 293.844), to przecież urosła ona dla okresów 1922 — 1923 i 1923 — 1924 do 346.845 wzgl. 371.708, czyli wzrost w ciągu dwuch lat równa się 26%. Nadto podkreślić trzeba, że wzrost ilości wypadków, kończących się śmiercią, wyraża się w tymże okresie czasu normą 60% (Hatch).

Nie jest rzeczą możliwą odnaleźć zawsze trafne wyjaśnienie wahań ilości wypadków z roku na rok odnośnie do różnych krajów. Zjawiska te są nazbyt złożone, aby wolno było do nich stosować uproszczone formułki. Wzmożenie tempa przemysłowego, zwiększenie armji robotniczej, wprowadzenie obowiązku rejestracji wypadków, ściślejsze poddanie się temu przepisowi, rozciągnięcie tejże zasady prawnej na nowe kategorje pracy zawodowej, zastąpienie robót ręcznych produkcją maszynową etc. — wszystko to są czynniki, które zosobna lub łącznie, mogą wyjaśnić różnice w wahaniach liczb wypadków z roku na rok.

Niepodobna tedy wyciągnąć wniosków ogólnych z danych statystycznych, któremi rozporządzamy. Albowiem, jeżeli rzec można, iż w niektórych krajach liczba owa podąża ku zmniejszeniu (co w każdym razie nie dotyczy ciężkich wypadków i zgonów), w innych krajach ilość wypadków śmiertelnych oraz kalectw, odejmujących całkowitą zdolność do pracy na zawsze, bądź stoi na jednym poziomie, bądź obniża się — to natomiast notujemy wszędzie wzrost ilości przypadów **niezdolności czasowej**, albo też częściowej a stałej.

Podczas, gdy wszystkie inne czynniki życia nie uległy zmianie, wspomniane fakty pomyślne niewątpliwie dadzą się wytłumaczyć bardziej powszechnem zastosowaniem środków technicznych, zapobiegających nieszczęściu. A w przeciwieństwie do nich owe drobne wydatki, które są znacznie liczniejsze i w sumie stanowią szkodę społeczną niewątpliwej wagi, najczęściej zależą od warunków higjenicznych środowiska, oraz stanów indywidualnych jednostek pracujących.

W **Niemczech** w r. 1910 podano do wiadomości 484.097 wypadków (5,16 na stu ubezpieczonych), z tych 5.292 miało wynik śmiertelny (5,6 na 10.000 ubezpieczonych). W r. 1920 mamy 433.049 wypad-

ków (4,54%), z których 5.961 kończy się śmiercią (6,3 na 10 tys.). W r. 1923 — 346.950 (3,70%), z których śmiertelnych było 5.243 (5,6 na 10 tys.).

W **Anglji** w r. 1923 — 22.258 wypadków, z nich śmiertelnych 185, gdy w roku poprzedzającym było 23.441 wypadków przy 170 z wynikiem śmiertelnym.

W **Belgji**, w pięciu okręgach, które dostarczyły obowiązujących raportów w r. 1923 — wypadków 46.357, w tej liczbie śmiertelnych 211, względnie do cyfr z roku 1922: wyp. 57.195, śmiertelnych 233.

We **Francji**, nie licząc wypadków na drogach żelaznych i w kopalniach, było w roku 1920 wypadków 656.350, z tych śmiertelnych 1932, w r. 1922 — przy 682.830 wypadkach było śmiertelnych 1.875; w r. 1923 — wyp. 777.975, śmiertelnych 2.082.

W **Wielkobrytanji** statystyka wypadków śmiertelnych w ciągu r. 1924 nie daje się wprost zestawić ze statystyką z lat poprzednich ze względu na zmianę przepisów prawnych, zaszłą w r. 1923. Wzrost całkowitej liczby wypadków może być częściowo przypisany wzmożeniu działalności przemysłowej. W roku 1924 liczba wszystkich wypadków wynosiła 169.723, gdy w roku 1923 było ich 125.551; śmiertelnych wypadków było w tamtym roku 956 przy 867 w poprzednim 1923.

W biegu ostatnich lat ilość wypadków śmiertelnych w Wielkiej Brytanji, które narastają corocznie, podawaną jest w sumie około 1.200 w fabrykach i innych zakładach przemysłowych, około 1.200 dla kopalni i wielu setek na kolejach żelaznych i w innych przedsiębiorstwach. Z drugiej strony ilość wypadków tej wagi, iż pociągały one za sobą niezdolność do pracy na tydzień lub miesiąc wynosiła rocznie dla fabryk i warsztatów około 120.000 i 20.000 dla kopalni węgla. Wreszcie należałoby tu dodać liczbę prawdopodobnie dziesięciokroć większą dla wypadków, powodujących jeno krótką niezdolność a w których często strata czasu pracy równa się tylko chwili do nałożenia opatrunku.

W **Japonji** wypadki przy pracy w roku 1919 wynosiły 48.582 (z tych 353 śmiertelnych), podczas gdy w roku 1921 spadły do ilości 32.973 (w tej liczbie 214 śmiertelnych) i do 31.314 (przy śmiertelnych 229) w roku 1922.

W **Szwecji** ogół wypadków równał się w r. 1922 liczbie 35.234 (przy 223 śmiertelnych) i w r. 1923 wzrósł do 41.996 (przy 167 śmiertelnych).

W **Holandji** ogół wypadków podają za rok 1922 w liczbie 77.443 (z tych 151 śmiertelnych) przy 78.490 (w tej liczbie 167 śmiertelnych) w roku 1923.

W **Czechosłowacji** liczba 36.975 wypadków w r. 1923 wzrosła do 47.021 w roku następnym 1924-tym. Fabryki maszyn, odlewnie żelaza i przemysł budowlany wykazują cyfry najwyższe. Sprawozdania inspektorów przypisują wzrost ilości wypadków uruchomieniu przemysłu i zwiększeniu liczby rąk pracujących.

Tak, czy inaczej, przyznać należy, że ilość nieszczęśliwych wypadków stanowi sumę poważną cierpień i kalectw, oraz przynosi znaczny ubytek zdolności pracowniczej. Jako curiosum pozwolę sobie podkreślić, iż u nas w Polsce (w Kasach Chorych) zanotowano wspomnianych wypadków dwa razy więcej niż wypadków gruźlicy.

Przyczyny wypadków.

W jakiej mierze można zapobiedz tylu wypadkom przy pracy?

„Wypadek" — określany przez niektórych ekspertów, jako „skutek braku przezorności lub uwagi" — mógłby w zasadzie być całkowicie usunięty przez uniknięcie nieroztropności. Niewątpliwie jest to ideałem, nie dającym się urzeczywistnić w praktyce, jednak zaprzeczyć nie można, że przy dostatecznej ostrożności możnaby osiągnąć znaczną poprawę w tej dziedzinie. Zresztą doświadczenie, jakoteż cyfry statystyczne cytowane poniżej będą najwymowniejsze w tej sprawie.

Aby znaleźć najskuteczniejszą metodę uprzedzenia wypadków, jest rzeczą niezbędną ustalić w stopniu możliwym różnorodne przyczyny takowych i określić w przybliżeniu stosunkowy wpływ, który przypisać wypada każdej z tych przyczyn. Spostrzeżemy wówczas, że większość tych przyczyn posiada w ostatecznej analizie źródło w samym człowieku, a raczej **w jego psychice.** Nadewszystko, należy odróżnić te wypadki, które są bezpośrednim wynikiem winy osobnika, padającego ofiarą własnego niedbalstwa, ciemnoty lub niezręczności, od tych wypadków, których przyczyną bezpośrednią jest dający zlecenie i wogóle osoba odpowiedzialna, ze względu na owe niebezpieczne warunki, w których robotnik zniewolony jest nieraz wykonać swoją pracę. Do tej ostatniej kategorji wejdą np. wypadki, pochodzące od użycia maszyn niedostatecznie zabezpieczonych, ale prawdopodobnie liczba ich jest minimalna. Oto z pośród wypadków zarejestrowanych w roku 1918 w fabrykach i warsztatach Wielkiej Brytanji w ilości 162.154, jedna trzecia, t. j. 53.091, znajdowała się w związku z użyciem narzędzi, ale i w tej liczbie nie więcej niż 35 na 100 przypisano brakowi ochraniaczy. Stąd wynika, że na niedostateczną ochronę maszyn, biorąc pod uwagę ogół wypadków przypada najwyżej 10%. Co do reszty wypadków, t. j. 90%, przypuścić wolno, że większość ich jest mniej, lub więcej, wywołana winą świadomą czy nieświadomą poszkodowanego i niedbalstwem, nieuwagą, nierozsądkiem i niezręcznością. W dalszym ciągu poddamy rozbiorowi każdy z tych czynników; narazie zaznaczymy, że są one nazbyt ściśle związane z sobą, aby można było je całkowicie wyodrębnić. Najczęściej wypadek jest wynikiem oddziaływania łącznego mnóstwa czynników, z których niektóre czasem działają wprost sprzecznie, skąd jest niezmiernie trudno nawet w przybliżeniu ocenić ich wpływ stosunkowy.

Jeżeli oprzeć się na rozpowszechnianych od pewnego czasu poglądach, to wypadałoby niemal ogół wypadków złożyć na karb błędów instalacji, niedostateczność ochraniaczy, nadewszystko zaś na karb niedbalstwa pracowników. Wszelako, gdy bada się starannie dane statystyczne, od których zresztą nie należy nigdy wymagać absolutnej precyzji i zupełnej jednolitości, to skonstatujemy np. dla Niemiec nie bez zdziwienia, że czynnik „nieprzewidziany", t. j. błąd, którego nie można przypisać ani winie robot-

nika, ani winie przedsiębiorcy, ani winie obu razem — spotyka się w stosunku 37 do 45% (w okresie od 1887 do 1907 roku), a w Norwegji czynnik ten sięga w rejestrach statystycznych aż 90% w okresie między rokiem 1905 i 1906-tym.

Jeżeli wgłębić się bardziej w dane statystyki, to wypadnie podnieść np., że na 200.000 wypadków, zebranych przez „United States Steel Corporation", tylko 8.83% przypisano maszynom; że z 4.969 wypadków, podanych przez „North Dakota Workmens Comp. Bureau", które miały miejsce w okresie lat 1919 — 1923, ledwo 12,6% wywołane było przez maszyny, że nadto według statystyki niemieckiej 14.489 na 53,4% wypadków, t. j. 27,1%, spowodowało niezdolność stałą, lub trwającą conajmniej 13 miesięcy, w związku z działaniem maszyn; że dalej **Belgja** i **Francja** wskazują jednaki z powyższym procent, że wreszcie statystyki **Wielkiej Brytanji** podają 80% wypadków spowodowanych „niedbalstwem" robotnika. Wreszcie we **Włoszech** stwierdza się, że na 1000 wypadków 200 złożyć należy wyłącznie na karb maszyn, jakkolwiek czynnik indywidualny nie jest im też obcy, oraz że resztę (800) wywołują czynniki ludzkie.

Według sprawozdania r. 1924-go odpowiedzialność ofiary ma znaczny udział w spowodowaniu 3.822 wypadków w Zagłębiu Saary. W tej liczbie było 254 wypadków poważnych, a 37 śmiertelnych.

Czynniki ludzkie.

Rozwój medycyny socjalnej nakazał rzeczoznawcom głębsze wniknięcie w przyczyny wypadków, a jeżeli Imbert podnosi w r. 1905, że znużenie jest głównym powodem wypadków w przemyśle, to Pieraccini w dwa lata później zwrócił uwagę badaczów na inne czynniki: godziny pracy, brak odpoczynku w ciągu dnia roboczego i t. p.

Czynniki, warunkujące przypadek, mogą być rozklasyfikowane na „zewnętrzne" oraz indywidualne (osobiste). Do pierwszej grupy należeć będą: rodzaj pracy, zmiana czynności, jakość godzin, praca nocna, warunki meteorologiczne, przestrzeń płaszczyzny lub objętości, danej do rozporządzenia robotnikowi, temperatura zewnętrzna w pracowni, wentylacja, oświetlenie, stopień wilgotności powietrza, intensywność pracy, niebezpieczeństwa zawodowe, związane z każdym rodzajem pracy, płaca robocza i t. d.

Przez czynniki osobiste rozumieć można: pochodzenie robotnika (rasa, narodowość), miejsce osiedlenia, wiek, wykształcenie, przygotowanie, długość służby, konstytucję fizyczną i psychiczną etc.

Nadmienimy, że Amerykanie zwrócili nadto uwagę w sprawie nieszczęśliwych wypadków na czynnik emigracji, jako, że przybysze są najczęściej wciągani do zajęć ciężkich i niebezpiecznych. Według sprawozdania Komisji przemysłowej w Ohio 50% wypadków śmiertelnych przypada właśnie na tę kategorję robotników.

Jest jasnem, że nie wszystkie wypadki zależą od „czynnika ludzkiego". Na 2.678 podanych w r. 1910 w Illinois wypadków **Bogardus** obliczył 17,2% niezależnych od robotnika; reszta zaś 82,8% zależała od niedokładności czynności robotnika. **Frois** na 100 wypadków śmierci przypisuje 25 zdarzeniom nagłym i nieprzewidzianym, 32 niedostateczności warunków ochronnnych i 43 nieprzystosowania się robotnika (braku wiedzy technicznej 18; brakom fizjologicznym — 15, brakom psychicznym — 18).

Zatem, przy badaniu zjawiska „przypadku" według danych nauki współczesnej okazało się, że wypadki, wywołane przez przyczyny nieprzewidziane i niedające się przewidzieć, są stosunkowo nader rzadkie i że niemal we wszystkich wypadkach istotną winę ponosi „człowiek" na skutek nierównowagi fizycznej czy psychicznej (dziś należałoby mówić o nierównowadze wewnątrz wydzielniczej, t. zw. endocrinien equilibre), powstającej równolegle ze stanami chorobowemi, lub wywoływanej przez nie, czy będą to choroby jawne, czy skryte t. j. takie, z których sam człowiek nie zdaje sobie sprawy.

Konstytucja, na podłożu której odbywają się procesy i zmiany odżywcze oraz funkcje neurowegetatywne, składają się na dany typ organiczny — z jednej strony — z drugiej strony temperament duchowy, znajdujący się w bezpośredniej łączności z tamtemi, okazuje znamienny wpływ na przyczyny wypadków, na rodzaj krzywd, na reakcje indywidualne, słowem na to wszystko, co bierze się pod uwagę w momencie podjęcia pracy i likwidacji poszkodowań **(Biondi).**

Na tej ważnej podstawie oparto badania psychofizjologiczne i dobór indywidualny, co ma np. miejsce w Stanach Zjednoczonych przy werbowaniu pracowników. W istocie na 1.700.000 poddanych podobnemu doświadczeniu psychologicznemu, 70% okazało cechy dziecięctwa umysłowego, a pośród nich 15%, a zatem np. 31,5% liczby ogólnej, zdaniem ekspertów, było „całkowicie niezdolnych do samokontroli".

W każdym razie jest nader trudnem przeprowadzić w praktyce ścisłą linję graniczną pomiędzy wypadkami zawisłemi od czynnika ludzkiego, od mechaniznu pracy i splotu obojga.

Florence w następujący sposób klasyfikuje wypadki:

1) Wypadki spowodowane przez czynniki anormalne, pochodzące ze źródeł narzędzi:

a) takie, których inteligencja ludzka nie mogła przewidzieć i zapobiec im w porę;

b) takie, którym przy nadzwyczajnej ostrożności, dałoby się zapobiec przewidywaniem;

c) takie, których można było uniknąć szybką decyzją;

d) takie, które dałyby się przewidzieć przy wielkiej ostrożności, oraz uniknąć przez szybką decyzję.

2) Wypadki, zawisłe od czynnika anormalnego ze strony pracownika, w którym przejawił się brak koordynacji, lub grała rolę pozytywna nierozwaga, która opanowała pracownika.

a) kiedy czyn ów był wynikiem wyczerpania na skutek nienormalnych warunków pracy;

b) kiedy wyczerpania nie było.

3) Wypadki zależne od przyczyny materjalnej, (narzędzi), ale wywołane przez samego pracownika,

który stał się ich ofiarą, (np. kiedy robotnik upuszcza sobie na nogi granat).

Nadmienić trzeba, że wielu osobnikom na skutek przyczyny psycho - fizjologicznej właściwą jest niemożliwość przystosowania się do swej pracy. Wystarczy dla potwierdzenia tego poglądu powołać się na uczynione niedawno przez **Schridde'a** spostrzeżenie, że większość ofiar przemysłu elektrycznego, które badał, posiada znamiona konstytucji thymo - limfatyczny.

Według **Peri** przyczyny tej niemożności dostosowania się do określonej pracy dają się tak klasyfikować:

a) słabość przyrodzona;

b) niedostateczne odżywianie lub nieodpowiednie dla danego osobnika, zwłaszcza gdy chodzi o poświęcenie się pracy szczególnie wyczerpującej;

c) choroby wewnętrzne, wynikłe bądź ze złego odżywiania, bądź z zatrucia organizmu, choćby nie wywoływały niezdolności do pracy danej;

d) zmniejszenie czynności zmysłów (wzroku, słuchu);

e) niepełna działalność czucia mięśniowego;

f) brak zdolności umysłowej;

g) przestępczość;

h) stany anormalne świadomości u neuropatyków;

i) stany duchowe specjalne u osobników z natury normalnych: 1) trudności rządzenia sobą i zachowanie uwagi należytej, 2) niedokładna sprawność umysłu, bądź na skutek lekkiego upojenia, bądź w wyniku poważnego zatrucia chronicznego (nadewszystko alkoholem) u osobników, które nie ujawniają charakterystycznych znamiom intoksykacji chronicznej;

k) skłonność indywidualna do szybkiego nużenia się lub wyczerpania sił podczas pracy;

l) rozmaite złe nawyki, nieuzasadnione rodzajem pracy;

m) brak dokładnej oceny niebezpieczeństwa w biegu pracy, skąd robotnik staje się zuchwałym, lekkomyślnym, nierozważnym;

n) przesadna trwoga przed wypadkiem: praca jest krępująca, staje się i męczącą i niebezpieczną dla danego robotnika i jego kolegów;

o) niedostateczny wypoczynek w ciągu dnia (zwłaszcza u grup, pracujących nocą).

Postaramy się wniknąć szczegółowo w najważniejsze z wymienionych czynników.

Czynnik „czasu pracy".

Sprawa częstości wypadków w stosunku do godzin dnia roboczego była przedmiotem badań w wielu przedsiębiorstwach. Zmiany, które spostrzeżono wykazują naogół wielkie analogje. W czasie pracy porannej, która trwa zazwyczaj od 4½ do pięciu godzin, wypadki są względnie rzadkie w biegu pierwszej godziny (zresztą inni autorowie są zdania, że raczej w pierwszej godzinie wypadki są częstsze, niż w późniejszych). Następnie ilość wypadków poczyna szybko zrastać i dosięga maximum w przedostatniej godzinie pracy porannej. Później zmniejsza się ona nieco dla godziny ostatniej, ale to zmniejszenie przypisać należy częściowo lub całkowicie temu, że robotnicy zwykli zaprzestawać pracy o kilka minut wcześniej przed terminem wskazanym. Jesteśmy tedy upoważnieni do twierdzenia, o ile mamy na względzie sumę faktycznej roboty, że ilość wypadków wzrasta proporcjonalnie w ciągu całej zmiany porannej, oraz że można ją uważać za dwa—do czterykroć większą pod koniec, niż na początku pracy.

Po południu krzywa odnośnych tablic nie posiada tak wyraźnego kierunku, jak o poranku, zniżce podczas pierwszej godziny odpowiada punkt kulminacyjny w pośrodku okresu pracy, poczem następuje załamanie się linji w dół.

Częstokroć wyjaśniono te zmiany w ten sposób, że postęp ilości wypadków przypisywano zmęczeniu, spowodowanemu pracą ręczną w ciągu rannego okresu znużenia, które rośnie stopniowo przez cały okres; natomiast zmniejszenie się liczby wypadków, zauważono pomiędzy końcem pierwszego okresu i początkiem następnego, uzależniono od wpływu wypoczynku godziny obiadowej, przypadającej w południe.

W istocie większość robotników umysłowych odczuwa pewne zmęczenie na skutek pracy dziennej, ale zdaje się, że owe znużenie tylko w słabym stopniu wyjaśnia zwiększenie się liczby wypadków w miarę trwania pracy. Albowiem badanie częstości wypadków śród pracowników, zajętych nie dniem lecz nocą, przemawia za tą ostatnią koncepcją. Podczas wojny było duże pole do obserwacji odmian ilości wypadków przy pracy nocnej.

Uczyniono analogiczne spostrzeżenie odnośnie do innego rodzaju robotników, np. w fabrykach amunicji zarówno angielskich, jak i amerykańskich. Otóż ta wyraźna sprzeczność niewątpliwie wyjaśnia się stanem psychicznym pracujących. Kiedy rozpoczynali pracę w grupie porannej, podnieśli się dopiero z łóżek i byli w stanie sennym; następnie w biegu pracy porannej ożywiali się stopniowo, mianowicie pod wpływem szklanki herbaty, wypitej po dwuch godzinach pracy; myśląc następnie o wypoczynku obiadowym, już mniej użyczali uwagi zajęciom swoim, stąd bywali bardziej niedbali, roztargnieni i częściej ulegali wypadkom. Przeciwnie, robotnicy nocni powstawali ze snu o trzy lub cztery godziny przed zajęciem miejsca w warsztatach, mieli tedy dość czasu, aby rozerwać się uprzednio, oraz pokrzepić się odpoczynkiem. Otóż przybywali oni do fabryk w stanie podnieconym, który czynił ich niedbałemi i pociągał za sobą **maximum** wypadków. Jednakże stopniowo w biegu nocy uspokajali się, myśląc o swem śniadaniu i bliskim odpoczynku, skąd wynikało zmniejszenie się ilości wypadków.

Studjując krzywą ilości produkcji w r. 1906 według tablic **Pieraccini i Maffei** w tej samej dziedzinie, stwierdzamy, że pierwsza faza robocza jest bardziej chwiejna i mniej zyskowna, niźli druga, w której praca sięga stopnia wyjątkowo podniesionego, bądź pod względem ilości, bądź jakości, aby przejść wreszcie w obręb wytwórczości stałej, najwyższej pod obu względami. Wszelako natężenie wytwórcze zmierza stopniowo ku zniżce, zwłaszcza

przy pracy nieprzerwanej czyli bez pauz odpoczynkowych; — ten bowiem system, mniej lub więcej szybko, stosownie do typu i rytmu pracy, prowadzi ku pogorszeniu jakości i ilości produktów. Z wszystkiego wynika najoczywiściej, że przy jednakich warunkach w dziedzinach porównywanych co do rytmu i charakteru pracy, czynnik antropologiczny odgrywa rolę niezmiernie ważną, ale nie daje się ująć w formułę powszechną.

Obserwacje poczynione w zakładach przemysłowych angielskich, wykazały, że o ile przedłużenie dnia roboczego powiększa liczbę wypadków śród kobiet, nie oddziaływa ono wcale na mężczyzn. Tem nie mniej należy zauważyć, że w amerykańskiej fabryce rakiet w miarę przedłużenia się dnia roboczego, stwierdzono znaczniejszy przyrost wypadków wśród robotników, wypełniających pracę mięśniową, niźli u tych, którzy pracowali przy maszynach; przyrost ten prawdopodobnie przypisać należy cięższemu rodzajowi pracy. W czasie obecnym gdy długość pracy rzadko przewyższa 48 godzin tygodniowo, wpływ czynnika „znużenia" na częstość wypadków powinienby równać się niemal zeru w większej ilości gałęzi przemysłowych. Wszelako **słabość organizmów**, skrajnie wyczerpanych, bezwątpienia stanowi przemożną przyczynę wypadków zarówno wśród mężczyzn, jak kobiet. W tej mierze pewne wypadki kolejowe są osobliwie ważkiemi dowodami tej prawdy. Właśnie drużnik i maszynista, prowadzący lokomotywę, zobowiązany na skutek okoliczności nieprzewidzianych dobyć z siebie wysiłek niezwykły w czasie długich następujących po sobie godzin pracy, może doznać upadku sił i przytomności, powodując w wyniku katastrofę.

Czynniki „szybkości produkcji".

Jest rzeczą widoczną, że na częstość wypadków w pewnej mierze oddziaływa sama szybkość pracy. Niektórzy robotnicy zobowiązani są wytwarzać narzędzia ostre, ryzykując przy tem stale zacięcie się; oczywiście w tym wypadku, o ile częściej powtarza się powierzona im funkcja, o tyle częściej narażeni są oni na wypadek. Naogół wydajność pracy jest ilościowo najmniejszą w pierwszych godzinach, następnie stopniowo wzrasta, aby osiągnąć optimum w środku lub pod koniec pracy.

Jeżeli zbadamy częstość poranień, to stwierdzimy, że krzywe wypadków i produkcji w grupie dziennej okazują dość znaczne podobieństwo charakteru; natomiast dla grupy nocnej analogja ta nie istnieje. Prawdopodobnie owe niedbalstwo i nieuwaga, których wpływ podkreślaliśmy wyżej, znajdują potężną przeciwwagę w tempie produkcji w tym sensie, że następuje zupełna odwrotność w kierunku krzywej wypadków dla grupy nocnej. Przeciwnie, podczas pracy dziennej, gdy oba czynniki mają tendencję działania w zgodzie, t. j. w jednakim kierunku, krzywa wyraża to wymownie.

Skądinąd posiadamy dowody, stwierdzające wpływ szybkości produkcji na częstość wypadków, (w badaniach poczynionych w pewnej angielskiej fabryce rakiet w latach 1916 i 1917); mianowicie, w tym okresie szybkość produkcji pewnych typowych artykułów zwiększyła się o 27 na setkę, wytwarzaną przez mężczyzn i o 19 na setkę, wytwarzaną przez kobiety, ale stało się to przy zaznaczeniu się równolegle częstości wypadków, których ilość dosięga do 48% dla robotników i 14% dla robotnic.

W każdym wypadku zauważyć trzeba, że **Newbold,** badający tę sprawę, nie znalazł stosunku prostego pomiędzy częstością wypadków i wartością wytwórczości.

To też współczesna organizacja naukowa pracy jest niewątpliwie powołaną do zrewolucjonizowania jej metod w tem znaczeniu, aby przełożona została **produkcja wyższa jakościowo** ponad tę, która panuje obecnie; nie powinna ona przy tej dążności pomijać wagi „czynnika ludzkiego", gdyż szybkość machin w obrocie, podtrzymywana przez czujność, wymaganą od ludzi, a zwłaszcza monotonja uporządkowanej pracy, charakteryzująca nasz przemysł współczesny — są to czynniki, które marnotrawią, żeby nie powiedzieć, zaprzepaszczają zupełnie energję ludzką.

Czynnik „temperatury i wentylacji".

Stopień uwagi, stosowanej przez robotnika do jego zajęć, zależy nader mocno od warunków, w których zwykł pracować, a zwłaszcza od temperatury. Jest rzeczą przecież niełatwą stwierdzić to świadectwami absolutnie bezwzględnemi. Wszelako znaleźli się badacze w czasie wojny, **Osborne i Vernon,** którzy prowadzili stale wykresy temperatury, stwierdzanej przez termografy, w dwóch znacznych fabrykach angielskich armat i jednej dużej fabryce rakiet. Stwierdzono, że temperaturze 18.3° do 20.6° C. odpowiadała najmniejsza ilość wypadków (skaleczeń). O ile temperatura podnosiła się, rosła również szybko ilość wypadków i na poziomie 23.9° C. podnosiła się o przeszło 23% ponad ilość przy wymienionej powyżej temperaturze.

Ten wzrost niewątpliwie pochodzi stąd, że pracujący stawali się bardziej niedbali, a mniej uważni pod wpływem silnego gorąca.

Hipoteza powyższa potwierdza się przez badania, poczynione w pewnej brazylijskiej kopalni złota — mianowicie w Morro Velha, najgłębszej kopalni w świecie (1950 metrów pod ziemią). Warunki pracy w tem przedsiębiorstwie były nieomal nie do zniesienia, zanim wprowadzono tu przyrząd ochładzający powietrze. Dzięki temu przyrządowi temperatura według termometru, mierzącego stopień nasycenia wilgocią powietrza, spadała w pewnych charakterystycznych miejscach z 31.7° do 26.7° i wtedy stwierdzono, że górnicy stali się rozważniejsi i bardziej skłonni do unikania niebezpieczeństwa, W ciągu 16 miesięcy, poprzedzających zastosowanie przyrządu ochładzającego, miało miejsce 20 wypadków śmiertelnych, podczas gdy w następnych 16 miesiącach liczba ich wynosiła zaledwie 6.

Z drugiej strony stwierdzono, że ilość wypadków w fabrykach amunicji podnosiła się gwałtownie w miarę spadku temperatury pod poziom normy wyżej wymienionej. Podnosiła się ona od 12.8° do 15.8° Celsj. i do 35% przy temperaturze od 10° do 12° C.

Jest niewątpliwem, że ten nagły przyrost wypadków, odpowiadający obniżeniu temperatury w fabryce, pochodzi stąd, że robotnikom zniewolonym do ciągłego obcowania z granatami i przedmiotami metalicznemi ubywało zręczności rąk na skutek drętwienia palców.

Czynnik „oświetlenia".

Wypadki są o wiele liczniejsze przy oświetleniu sztucznem, niźli przy naturalnem. Urzędowa ankieta angielska w sprawie oświetlenia fabryk wykazała, że w godzinach oświetlenia sztucznego w pewnej liczbie zakładów przemysłowych ilość wypadków urosła do 25%. Wypadki, wywołane upadkiem osób są o 75% liczniejsze; zwiększenie liczebności wypadków w stosunku do ilości podlegających im osób dochodzi aż do 12% wśród pracujących w dokach i do 99% wśród robotników w warsztatach ciesielskich, przy budowie okrętów i w odlewniach żelaza.

Otóż w większości gałęzi przemysłowych stwierdza się przewagę wypadków dla robotników nocnych nad dziennemi. W pewnej fabryce stały wzrost wypadków stanowi 16% przeciętnie, ale w warsztatach ciesielskich dla budowy okrętów wynosił 128%, zaś dla personelu oddziałów mechanicznych 118%. Te cyfry, tak wysokie, niewątpliwie dają się wyjaśnić niedostatecznością oświetlenia, albowiem badania, podjęte w czterech większych fabrykach angielskich, wyrabiających amunicję, stwierdzają, że ilość wypadków w czasie pracy nocnej była stale niższa od ilości dziennej, a różnica wynosiła przeciętnie 17%. Wszelako w tych fabrykach ilość wypadków, dotykających oczy, była stale wyższą w czasie nocnym niż dziennym — i przyrost równał się 41% dla fabryk najsłabiej oświetlonych.

Tedy niema żadnej wątpliwości, że wydatki na instalację racjonalnego systemu oświetlenia, jakkolwiek byłyby wysokie, opłacą się bardzo szybko. Albowiem nietylko zmniejsza się ilość wypadków, które zarząd winien wynagradzać, ale wytwórczość wzrasta w proporcji od 5 do 20%.

Czynniki doświadczenia, obrotności i wieku pracowników.

Niedoświadczenie stanowi jedną z największych przyczyn wypadków, albowiem współistnieje z niem brak przezorności i wiedzy praktycznej, a ponadto niedostateczna sprawność rąk. **Chaney** i **Hanna** zebrali sporo rozstrzygających w tej mierze dowodów, obserwując robotników, zajętych przy mieleniu rud oraz innych gałęziach metalurgji. Stwierdzili oni, że pierwszego dnia zajęć robotnicy padli ofiarą 460 wypadków, podczas gdy w dniach następnych ilość wypadków wynosiła nie więcej, niż 83 dziennie. Podczas trzech tygodni następnych cyfry te spadły do 17 dziennie, a w biegu ostatnich pięciu miesięcy obniżyły się do 5,2. Następny okres pracy dał nie więcej, niż 1,8 wypadków przeciętnie dziennie, a tym sposobem ilość wypadków w ciągu dnia wynosiła o 255 mniej, niż przy rozpoczęciu pracy.

Z rejestrów sporządzonych przez **Kithsona** i **Campbell'a** dla fabryk nożowniczych, wagonów i samochodów, wynika, że wahania się liczb wypadków odpowiadają w stosunku prostym ilości noworekrutowanych robotników w zastępstwie dawnych wyćwiczonych. Stąd wyprowadzono wniosek, że gdyby wahania na polu wytwórczości dały się sprowadzić do zera, to ilość wypadków spadłaby przypuszczalnie o 75%. Ponieważ niepodobna naogół uniknąć pewnego ruchu przy rękoczynach, byłoby niewątpliwie pożytecznem tak ze względów ekonomicznych, jak humanitarnych kształcenie nowicjuszów w ciągu tygodnia lub dwóch pod właściwym dozorem, zanim powierzony im zostanie kontakt z niebezpiecznemi maszynami.

Częstość wypadków zmniejsza się stale w miarę rosnącego doświadczenia pracownika oraz z jego wiekiem. **Chaney** i **Hanna** stwierdzili, że częstość wypadków w wielkich wytwórniach narzędzi stalowych ze 108 podczas pierwszego roku spadła do 42 po 4 latach i do 9 po 12 latach pracy. Wreszcie robotnicy, mający za sobą ponad 15 lat pracy nie bywali wogóle ofiarami żadnych wypadków. Wszelako jeżeli częstość wypadków zmniejsza się w miarę, jak robotnik staje się stary, to z drugiej strony z wiekiem urasta śmiertelność i niezdolność do pracy na skutek kalectwa. **(Newbold).** Newbold stwierdził podobnie, że jeżeli częstość wypadków ulega zmniejszeniu z wiekiem, a poczęści z dojrzewającym doświadczeniem w różnym wieku nie ma związku pomiędzy jednakowością wieku i ilością wypadków w tym wieku i z doświadczeniem podczas gdy jednakie doświadczenie daje stosunkowo tę samą ilość wypadków i o tyle też wiek zachowuje swoje znaczenie.

Pomiędzy pracownikami równego wieku i jednakowego doświadczenia ryzyko wypadków nie stoi na jednym poziomie. Oto np. **Greenwood** i **Woods** stwierdzili na mocy badań nad robotnikami fabryki amunicji, że niektórzy z nich bywali znacznie częściej ofiarami wypadków, niźli inni, oddający się tej samej pracy, prawdopodobnie na skutek wrodzonej niezręczności i niedbalstwa.

Częstość wypadków jednoczy się z częstością drobnych niedomagań, którym wystarcza opatrzenie w sali ambulansowej i pomocy doraźnej, co podkreśla w dalszym ciągu wagę czynnika osobistego.

Jednym z czynników, mających wagę pierwszorzędną w zdarzaniu się wypadków, jest niewątpliwie **obszar spełnianych zadań.** Cyfry wypadków śmiertelnych rosną w miarę, jak ten obszar wzrasta i spada. Powiększenie liczby pracujących jest zwiększeniem ryzyka, zawisłego od wpływu czynnika ludzkiego. **(Hatch).**

Czynnik „niedbalstwa i nieuwagi".

Żaden pracownik przemysłu nie jest w stanie skupić wszystkich zdolności umysłowych na swem zadaniu w ciągu całego biegu pracy. Jest koniecznością fatalną, że od czasu do czasu myśl jego błąka się nazewnątrz, a im monotonniejsze jest jego zajęcie, tem bardziej skłonność ta się zaznacza. Owe marzenia są niewinne w wielkiej liczbie prac przemysłowych, bowiem nie wywołują żadnego zwolnienia wydajności, łagodząc tylko w znacznej mierze uczucie nudy i monotonji. Jeżeli jednak robotnik wprawia w ruch pewne maszyny, lub używa narzędzi ostrych, niedbalstwo lub chwilowa nieuwaga naraża go na obcięcie jednego lub kilku palców, a nieraz

pociąga za sobą następstwa cięższe. Tedy niezbędnem jest, aby robotnik użyczał swej pracy uwagę wystarczającą, mimo, iż całkowite skupienie uwagi na przedmiocie nieodzowne jest tylko w pewnych momentach.

Ten stopień przykładania się do pracy zmienia się znacznie z chwili na chwilę. Wolno przypuścić naogół, że uwaga posiada skłonność do wzrastania lub spadku w pewnych chwilach dnia roboczego i w pewnych warunkach określonych, stąd wynika, że ryzyko wypadków nie jest stale jednakie. Badanie owych częstych zmian uwagi, równolegle z wywołującemi je warunkami, posiada wielkie znaczenie dla określenia przyczyn wypadków i sposobu zapobiegania im.

Wszelako zanim przypiszemy wypadek niedbalstwu, lub nierozwadze robotnika, wypada upewnić się, czy w drogę nie wchodzą inne czynniki fizjo-patologiczne. Zagadnienie przyczynowości wypadków złożonem jest, jak organizm ludzki. **Peri** przed wielu laty dokonał ankiety nader szczegółowej co do wielkiej ilości wypadków, które zdarzyły się w dużej fabryce wyrobów stalowych we Włoszech.

Największa ilość wypadków została spostrzeżona u robotników, którzy nie posiadali warunków, zapewniających organizmowi pełnię sprawności fizycznych (np. dojrzałości wieku, wystarczające utrzymanie, dostateczny okres przygotowawczy).

Osobnik przystosowuje się do pracy, przyswajając sobie ruchy potrzebne do jej wykonania, nabywając zręczności specjalnej, która czyni pracę jego doskonalszą i pozwala mu uniknąć przyczyn, grożących jego nietykalności osobistej.

Podczas gdy śród większości ofiar, które **Peri** badał w ciągu lat czterech, przypadały na osobę jeden lub dwa wypadki, 33 robotników stało się ofiarami wypadków od 7 do 11 razy. W istocie rzeczy 2338 robotników uległo wypadkom 4200 razy: przeciętnie na osobę przypada 1,7 wypadku. Wypadki te rozkładają się w następujący sposób (na ilość 1000 robotników):

585,9	uległa	1	wypadkowi
219,4	„	2	wypadkom
94,1	„	3	„
48,7	„	4	„
22,2	„	5	„
11,1	„	6	„
6,8	„	7	„
3,4	„	8	„
2,1	„	9	„
1,2	„	10	„

Jeden robotnik był 11 razy ofiarą wypadku. W istocie **Peri** zdołał zebrać dane, dotyczące rodziny, złożonej z 10 członków, posiadających budowę krzepką i doskonały stan zdrowia fizycznego i duchowego, którzy wszakże w ciągu 4 lat pracy i to w krótkich odstępach czasu, ulegli 25 wypadkom, w tej liczbie kilku ciężkim. Żaden z członków tej rodziny nie zdołał uchronić się przed kalectwem.

Zapewne, trudno jest określić przyczynę każdego z tych wypadków, gdyż najczęściej składa się na nie wiele przyczyn równocześnie. W wielu wypadkach źródłem dotkliwego uszkodzenia jest właśnie niedbalstwo; wszelako lekarze, analizujący troskliwiej szczegóły nieszczęśliwego zdarzenia, odnajdą nader często inne czynniki, spoczywające głębiej, niż proste zaniedbanie ostrożności ze strony robotnika. Czasem wypadnie stwierdzić, że przyczyną wypadku była np. zła wola ze strony robotnika w użyciu środków ochronnych (maski, okularów itp.), kiedyindziej błędne obliczenie, albo brak oceny niebezpieczeństwa, na jakie bywa narażony przy danej pracy.

Po pewnym czasie robotnik nie jest już tak czynnym, jak na początku pracy. Ruchy jego stają się automatyczne, nieświadome, zwłaszcza gdy dotyczą robót wykonywanych przez same maszyny. Świadomość nie odgrywa tu roli, lub nie potrzebuje jej odgrywać, poza obowiązkiem sygnału alarmującego. Daje się nieraz stwierdzić, że w pewnym oddziale wydarza się wiele wypadków tego samego typu od chwili, gdy zdarzył się pierwszy, za którym idą następne; wyjaśnia się to strachem i niepewnością, które opanowują bądź pracującego, bądź towarzyszy. Praca staje się krępująca, ruchy już są niepewne i mniej dokładne.

Ale ileż to wypadków zdarza się na podłożu ciężkich obrażeń systemu nerwowego lub narządów zmysłów, których dany osobnik nie jest świadomy. Iluż to np. maszynistów kolejowych jest dotkniętych daltonizmem lub osłabieniem wzroku, np. na skutek cukrzycy w stanie utajonym lub infekcji syfilitycznej, uważanej za uleczalną?! Ileż zdarzeń nieszczęśliwych wypływa z różnych form epilepsji psychicznej, które tem trudniej wyśledzić, że stanowi psychonerwice i t. p.?!

Dupuy i Schiff, badając w r. 1925 stan umysłowy 36 kierowców samochodowych, stwierdził, że 35 z nich było dotkniętych ciężką nerwicą, mianowicie: 12 cierpiało na psychastenję, 2 na toksykomanję, 2 na epilepsję, 5 na alkoholizm chroniczny, 5 na alkoholizm z objawami obłędu, 9 na paraliż ogólny.

Zwłaszcza co się tyczy tlkoholizmu, to niebezpieczeństwo nie tyle grozi osobnikom, zajmującym się w fabryce, w stanie lekkiego podchmielenia, częstego następstwa obfitego posiłku, jeno tym, którzy są ofiarami pijaństwa chronicznego. Oto są ci, którzy stanowią prawdziwą grozę dla siebie i innych. **Peri** zdołał zebrać spostrzeżenia, dotyczące 27 robotników tego rodzaju, którzy stali się w sumie ofiarami 150 wypadków (w tej liczbie 4 osoby uległy wypadkom po 12 razy!).

Nadużycie napojów wyskokowych jest częstą przyczyną wypadków przy pracy, gdyż wzmaga ono niedbalstwo i nieuwagę i samo przez się wywołuje zmniejszenie sprawności. W krytycznej rozprawie na ten temat **Vincent** przyszedł również do wniosku, że alkoholizm chroniczny wywołuje znacznie więcej wypadków, niż alkoholizm ostry. Stwierdzono, że osoby, które przy badaniu lekarskiem zostały zakwalifikowane, jako pijacy nałogowi, są trzykroć bardziej narażone na wypadki, oraz że wypadki, którym ulegają, są natury znacznie cięższej. Z drugiej strony wystarczyło ograniczyć sprzedaż trunków w pewnych przedsiębiorstwach i znieść bezpłatną dostawę piwa, ażeby statystyki wypadków wykazały zmniejszenie od 30 do 70%.

Przestępczość jest również czynnikiem, o któ-

rym nie należy zapominać. Wprawdzie nie podobna uogólnić niewielu posiadanych spostrzeżeń. Ale **Peri** stawia sobie pytanie, czy nie byłoby pożytecznem pogłębienie tej sprawy, aby przekonać się, czy osoby nie umiejące przystosować się do środowiska społecznego, nie potrafią również przystosować się do środowiska pracy.

Zapobieżenie wypadkom.

Ten krótki zarys poucza, że istnieje wiele środków zapobieżenia nieszczęśliwym wypadkom przy pracy. Ale skoro weźmie się w rachubę ogół powyżej przytoczonych danych w sprawie wypadków, to trzeba będzie stwierdzić, że pewniejszą metodą jest oddziaływanie na robotnika, niż zmiany w systemie maszyn. Ruch w kierunku bezpieczeństwa **(Safety first movemen)**, który tak wzmógł się od lat kilku, przyjął za podstawę zasadniczą rozwijanie w robotniku przyzwyczajenia do roztropności. Otóż dla osiągnięcia tego rezultatu nie należy pomijać żadnej sposobności ku wskazaniu robotnikom, jak ważnem jest dla nich samych przedsięwzięcie wszelkich środków ostrożności celem uniknięcia niebezpieczeństwa.

Wniosek, jaki można wyciągnąć z tego, co powiedziano powyżej jest ten, że zagadnienie bezpieczeństwa przy pracy w okresie zwiększania się produkcji — jest raczej zagadnieniem wychowawczem w dziedzinie wypadków, aniżeli zjawiskiem mechanicznej opieki **(Hatch)**.

Otóż w całej tej akcji należy przedewszystkiem poznać niebezpieczeństwo i zanalizować pierwsze czynniki, które się na nie składają. Podobnie, jak maszyna nie zawsze i wszędzie powoduje dany wypadek, podobnie jak reakcja indywidualna na czynnik szkodliwy jest zmienna, zależnie od danej osobowości, podobnież niezbędne jest uświadomienie ścisłe, szczegółowe co do każdego wypadku. Środki ogólnie przyjęte nie przyniosą nigdy pożytku w praktyce powszechnej, o ile nie zjednoczą się całkowicie z dobrze uporządkowanym systemem opieki społecznej. Oto czemu **Davis,** sekretarz wydziału pracy Związku Północnoamerykańskiego, zażądał ostatnio (1923) od Kongresu pełnomocnictw i zasiłków, potrzebnych do zebrania wszystkich danych, tyczących wypadków, oraz środków zapobiegawczych, które oparłyby się na metodzie statystycznej, przeprowadzonej na podstawie ujednostajnionej i zastosowanej we wszystkich fabrykach, jako konieczność bezwzględna.

Lecz wypada zarazem nastawać coraz bardziej na inne jeszcze potrzeby: oto narówni z ustawami bezpieczeństwa, które mogą utrzymać się jedynie w granicach ogólnych i nie są w stanie przewidzieć wszelkich przypadków osobliwych, należy zorganizować dzieło zapobiegawcze, kierowane pod kątem widzenia „człowieka", czyli zapewnić przemysłowi dobór, werbowanych do pracy robotników, oraz usługi stałej opieki lekarskiej, osobliwie w zakładach, w których robotnicy zajęci są pracą niebezpieczną, narażającą organizm na zmęczenie specyficzne, wymagające osobliwego natężenia uwagi itp.

ALFRED KRIEGER.

II ZJAZD MIĘDZYNARODOWEGO ZWIĄZKU KAS CHORYCH.

Jak już donosiliśmy dnia 10 — 13 września odbył się w Wiedniu II Zjazd Międzynarodowego Związku Kas Chorych. Już I Zjazd urządzony w roku 1927 w Brukseli dowiódł, choćby swą liczebnością, iż organizacja międzynarodowa Kas Chorych ma bardzo poważne znaczenie. Fakt, iż miljony ubezpiecznoych, przez delegatów swych Związków, wypowiadają się w sprawach ubezpieczenia na wypadek choroby nie może pozostać bez echa. Przewodniczący Międzynarodówki Kas Chorych p. Minister Winter stwierdził w swem przemówieniu wstępnem, iż organizacja, od chwili powstania, uzyskała bardzo poważne znaczenie, a stały wzrost liczby Związków, które zgłosiły swój akces do naszej organizacji międzynarodowej świadczy o jej powadze. W tej chwili zgrupowane są w Międzynarodówce wszystkie kraje europejskie, w których istnieje ubezpieczenie na wypadek choroby, oparte na zasadzie samorządu. Liczba członków w Związkach, które przyłączyły się wynosi 27 miljonów ubezpieczonych. Przystąpiły nawet Związki, obejmujące wyłącznie urzędników państwowych ubezpieczonych przymusowo w odrębnych Kasach Chorych.

Zjazd brukselski poświęcony był wyłącznie zagadnieniom organizacyjnym. Było to zupełnie zrozumiałe, organizacja ta powstawała dopiero. Trzeba było stworzyć mocne podstawy tej nowej organizacji, co nie było zadaniem bynajmniej łatwem, nadać jej statut a dopiero później pomyśleć o omawianiu zagadnień obchodzących ogół ubezpieczonych, żyjących w najrozmaitszych warunkach prawnych, gospodarczych i społecznych. Zważyć bowiem musimy, iż w Związku Kas Chorych znajdują się obok siebie kraje, żyjące w tak odmiennych warunkach, jak np. Łotwa i Hiszpanja. W czasie kongresu, jak już donosiliśmy, omawiano zagadnienia następujące: 1) Ubezpieczenie rodzin (ref. p. sen. Jauniaux), 2) Zrównanie ubezpieczenia robotników rolnych z ubezpieczeniem robotników przemysłowych (ref. p. Lehman), 3) Ubezpieczenie na wypadek choroby, a higjena społeczna (ref. p. pos. Eldersch), a wreszcie 4) Ubezpieczenie na wypadek choroby w pasie nadgranicznym (ref. p. Petit).

Referat na zjeździe międzynarodowym nie należy do rzeczy łatwych. W ciągu krótkiego stosunkowo czasu, musi się omówić dane zagadnienie możliwie wyczerpująco, opierając się na ustawodawstwie kilkunastu krajów, a w każdym z nich dana materja ustawodawcza została w inny sposób rozwiązana. Uwaga ta znajduje całkowite zastosowanie także i na kongresie Kas Chorych. Np. referent ubezpieczenia rodzin musiał liczyć się w swem re-

feracie z rozwiązaniami tak djametralnie różnemi w tej dziedzinie, jak w krajach, mających stare i bardzo rozwinięte ubezpieczenie dobrowolne na wypadek choroby (Belgja, Danja, Szwajcarja, Francja) i w krajach, mających ubezpieczenia przymusowe (Anglja, Niemcy, Czechosłowacja, Polska i t. d.) Jako punkt wyjścia referatu swego przyjął p. sen. Jauniaux ogólną definicję ubezpieczeń społecznych. Wobec tego, że celem ich jest zmniejszenie klęsk, spadających na ubezpieczonego z powodu wypadków losowych ubezpieczenie rodzin lub przynajmniej troska o nie w dziedzinie świadczeń, narzuca się siłą rzeczy. Ubezpieczenia dobrowolne starały się rozwiązać problem w ten sposób, iż rozpoczęły akcję, mającą na celu ubezpieczenie nietylko żywicieli rodziny, lecz także i członków rodzin. Następnie zaopiekowały się one specjalnie macierzyństwem, tworząc odpowiednie organizacje ubezpieczeniowe bądź udzielając matkom specjalnych zasiłków. Zasiłek chorobowy jest jednak jednolity bez względu na liczbę dzieci. W niektórych krajach (Australja) ubezpieczenie dobrowolne obejmuje także i świadczenia dla rodzin np. pomoc lekarską i lekarstwa, czasem także i zasiłek pogrzebowy. W Belgji otrzymują rodziny (ubezpieczeni dobrowolnie) ogólną pomoc lekarską i lekarstwa, w nielicznych wypadkach pomoc specjalistyczną. Od roku 1929 wprowadza większość belgijskich Kas Chorych ubezpieczenie na wypadek macierzyństwa, zaś niektóre uzależniają wysokość zasiłku od liczby dzieci. We Francji starają się organizacje ubezpieczenia dobrowolnego na wypadek choroby pociągnąć do ubezpieczenia także żony i dzieci ubezpieczonych. Liczba kobiet ubezpieczonych wzrosła od roku 1913 do 1926 o 26%, dzieci o 33%, natomiast mężczyzn zaledwie o 3%. We Francji istnieją dość liczne stowarzyszenia uczniowskie, zajmujące się ubezpieczeniem członków na wypadek choroby.

Mówca omawia zagadnienie zabezpieczenia (świadczeń) w ubezpieczeniach przymusowych i dochodzi do następujących konkluzyj:

1. Ubezpieczenie na wypadek choroby musi się liczyć z rodziną ubezpieczonego i zbudować taki system świadczeń, by chronić i udzielać pomocy nietylko ubezpieczonemu, lecz także i jego rodzinie, t. j. osobom, żyjącym z nim w wspólnocie domowej i przez ubezpieczonego utrzymywanym.

2. Ubezpieczenie przymusowe jest wskutek pewnej stałości liczby ubezpieczonych, znacznych zasobów środków pomocniczych i możliwości organizacyjnych, szczególnie powołane do zainicjowania zdecydowanej polityki rodzinnej.

3. Wysokość zasiłku na wypadek choroby winna być uzależniona od liczby członków rodziny.

W tym duchu zaproponował referent rezolucję, która została jednogłośnie przyjęta.

Bardzo interesujący był referat p. Lehmana (Niemcy) o „zrównaniu ubezpieczenia robotników rolnych z ubezpieczeniem robotników przemysłowych". Referent stwierdził na wstępie, iż X Międzynarodowa Konferencja Pracy w r. 1927 uchwaliła projekty dwóch konwencyj, w myśl których wezwano państwa będące członkami M. B. P., do wprowadzenia ubezpieczenia na wypadek choroby dla robotników rolnych, które winno być oparte na tych samych zasadach, co ubezpieczenie robotników przemysłowych. W najbardziej zaludnionych i gospodarczo rozwiniętych 25 państwach europejskich pracuje około 93 milj. osób, z czego 23 milj. robotników rolnych. Liczby te dowodzą, jak wielkie ma znaczenie ubezpieczenie robotników rolnych Badając sprawę ze stanowiska międzynarodowego, stwierdzić musimy, że zagadnienie ubezpieczenia robotników rolnych rozwiązane jest zaledwie w minimalnym stopniu.

Referent dzieli kraje europejskie na trzy grupy: Pierwsza, gdzie żądanie to zrealizowano, a więc 1) *Niemcy* (85% robotników rolnych podlega ubezpieczeniu), 2) *Wielka Brytanja* (ustawa nie robi różnic między robotnikiem rolnym a przemysłowym), 3) *Czechosłowacja* (ubezpieczenie robotników rolnych prawie całkowicie zrealizowane), 4) *Norwegja* (¾ robotników rolnych podlega przymusowemu ubezpieczeniu), 5) *Francja* (ustawa z 5.IV 1928 r. która wejdzie w życie z początkiem r. 1930 nie robi różnicy między robotnikiem rolnym a przemysłowym). Obie grupy podlegają w jednakowej mierze przymusowi ubezpieczenia na wypadek choroby, inwalidztwa i na starość. Druga grupa obejmuje państwa, które w zasadzie stoją na stanowisku ubezpieczenia przymusowego robotników rolnych, jednak go albo wogóle nie zrealizowały, albo też w małej mierze na pewnej części swego terytorjum. Do tej grupy należy niestety, *Polska, Rumunja, Jugosławja i Związek Soc. Rep. Rad (Rosja).* Referent z dużą znajomością rzeczy i dość obszernie omówił stan prawny i faktyczny w R. P.

Do trzeciej grupy należą państwa w których wogóle brak podstaw prawnych do zorganizowania ubezpieczenia robotników rolnych. Do tej grupy należą *Szwecja, Szwajcarja i Holandja.*

Mówca omawia argumenty przeciw i za wprowadzeniem ubezpieczenia robotników rolnych. Ten ustep referatu umieścimy w następnym numerze naszego pisma, ma on bowiem dla nas szczególnie ważne znaczenie.

W konsekwencji referent dochodzi do wniosku, iż wprowadzenie ubezpieczenia robotników rolnych jest koniecznością społeczną dla rozwoju życia gospodarczego i higjeny społecznej i składa następującą rezolucję, którą jednomyślnie przyjęto:

Zważywszy:

1) że warunki pracy i bytu robotników rolnych, ich waga w życiu gospodarczem wymagają stałej i planowej opieki celem utrzymania i utrwalenia ich zdolności do pracy;

2) że przymusowe ubezpieczenie robotników rolnych na wypadek choroby jest najlepszą formą opieki celem utrzymania ich zdolności do pracy i

3) że ubezpieczenie przymusowe robotników rolnych wykazało w szeregu państw europejskich od wielu lat wielką żywotność, co umożliwiło X Międzynarodowej Konferencji Pracy przyjęcie projektu konwencji o ubezpieczeniu robotników rolnych na wypadek choroby.

II Międzynarodowy Zjazd Związków Kas Chorych stwierdza, że wprowadzenie ubezpieczenia

robotników rolnych na wypadek choroby jest naglącą koniecznością i odpowiada interesom ogółu, albowiem przyczynia się ono do polepszenia stanu zdrowotnego i podniesienia położenia socjalnego robotników rolnych, jakkolwiek wiele państw wstrzymuje się niestety z rozszerzeniem ubezpieczenia na wypadek choroby na tę grupę zawodową.

II Zjazd Międzynarodowy uznaje całkowicie wspólne zasady projektów konwencyj międzynarodowej w sprawie ubezpieczenia robotników rolnych i przemysłowych, a mianowicie: przymus ubezpieczenia wszystkich zarobkujących niesamodzielnie, zasiłek na wypadek choroby celem wyrównania utraty zarobku, pomoc lecznicza w dostatecznej mierze i w odpowiednim okresie czasu dla ubezpieczonego i jego rodziny, przymus opłacania składek przez pracodawcę i pracobiorcę, konieczność subwencjonowania organizacji ubezpieczenia przez związki prawno - publiczne, zasada samorządu przy wydatnym współudziale przedstawicieli ubezpieczonych.

II Zjazd wzywa wszystkie Związki:

a) by wywarły odpowiedni wpływ na rządy i ciała ustawodawcze, celem wprowadzenia i rozbudowy ubezpieczenia robotników rolnych na wypadek choroby;

b) by przypomniały związkom zawodowym pracodawców i robotników rolnych znaczenie zawodowe i ogólno - społeczne tej reformy;

c) by dążyły we własnym zakresie działania do rozwoju i rozbudowy ubezpieczenia robotników rolnych na wypadek choroby na podstawie zasad ogólnych i dotychczas przyjętych w ubezpieczeniu na wypadek choroby".

Referat p. posła Elderscha p. t.: „Ubezpieczenie na wypadek choroby a higjena społeczna był ze wszechmiar charakterystyczny. Okazuje się, iż zagadnienia, które wyłaniają się i są stale aktualne w naszych Kasach Chorych, istnieją, niejednokrotnie nawet w tej samej formie, na całym świecie. Fakt ten jest jeszcze jednym dowodem, jak wielką koniecznością było zorganizowanie Międzynarodowego Związku Kas Chorych.

P. Eldersch stwierdza, że w początkach istnienia i rozwoju przymusowego ubezpieczenia na wypadek choroby, na pierwszy plan wybija się zasiłek pieniężny wypłacany z powodu niezdolności do pracy, jako najważniejsza forma pomocy w czasie choroby. Dopiero z biegiem czasu wytwarza się przekonanie, że opieka lekarska w najszerszym tego słowa znaczeniu, umożliwiająca ubezpieczonemu uzyskanie zdolności do zarobkowania, jest najważniejszem zadaniem Kas Chorych. Po pewnym czasie już i to nie wystarcza, powstaje zagadnienie akcji zapobiegawczej, uniemożliwiającej powstanie wogóle choroby. Świadczenia w naturze udzielane przez K. Ch uzyskują coraz większe znaczenie. Tem można wytłumaczyć udzielanie świadczeń rodzinom ubezpieczonych i pomocy położnym. Choroba członka rodziny jest dla ubezpieczonego takim samym nieszczęściem jak i jego choroba, choroba rodziny zagraża także i jego życiu. Świadczenia udzielane rodzinom są najlepszym środkiem do podniesienia stanu zdrowia całej ludności. Dzięki więc tak szeroko pomyślanej akcji w dziedzinie świadczeń ubezpieczenia na wypadek choroby stają się jedną z najważniejszych organizacyj w dziedzinie higjeny społecznej i podstawą masowej opieki lekarskiej.

Mówca omawia stan ustawodawstwa w tej dziedzinie w poszczególnych krajach, podkreślając przytem wielkie znaczenie art. 88 ust. z 19.V. 1920 r. dla naszych Kas Chorych. Poseł Eldersch omawia również bardzo szczegółowo rozmiar świadczeń w naturze i ich wartość z punktu widzenia higjeny społecznej. Świadczenia te dzieli referent na bezpośrednie i pośrednie. Mają one na celu popieranie akcji w dziedzinie higjeny społecznej. Do pierwszej grupy („bezpośredniej") zalicza pomoc lekarską i dentystyczną, lekarstwa, pomoc szpitalną a poniekąd także i zasiłki pieniężne. Do drugiej (pośredniej) pomoc dla położnych, opiekę nad niemowlętami, opiekę nad rekonwalescentami, nad gruźlikami, nad chorymi wenerycznie, nad reumatykami a wreszcie propagandę higjeny.

Reasumując, powołuje się referent na uchwały X Międzynarodowej Konferencji Pracy z r. 1927 w tej materji, które brzmią: „Większej części chorób można zapobiec; staranna akcja zapobiegawcza może zmniejszyć straty, powstające z powodu utraty zdolności do pracy, zaoszczędzić fundusze, które przeznacza się na zwalczanie chorób, dających się uniknąć, a dzięki tym zabiegom będzie można podnieść poziom gospodarczy, umysłowy i obyczajowy ogółu".

Ubezpieczenie na wypadek choroby może wiele dopomóc do przyzwyczajenia klasy robotniczej do higjenicznego sposobu życia. Ubezpieczenie to musi obmyśleć akcję zapobiegawczą na szeroką skalę, by wyszła ona na korzyść, w razie pierwszych oznak choroby, największej liczbie osób. Ubezpieczenie to musi być tak zorganizowane, by mogło współdziałać, według zgóry obmyślanego planu, w zwalczaniu chorób społecznych, celem podniesienia stanu zdrowotnego ludności.

Mówca w sposób następujący formułuje program K. Ch. w tej dziedzinie:

Opieka nad zdrowymi,
Akcja zapobiegawcza,
Akcja mająca na celu przywrócenie zdrowia.
Propaganda higjeny.

Referent złożył rezolucję następującą:

II Zjazd wskazuje swym członkom najważniejsze zadania ubezpieczenia, mającego na celu przywrócenie zdrowia, a mianowicie, opieka lekarska, społeczna i gospodarcza nad ubezpieczonymi i ich rodzinami, w szczególności nad matkami, niemowlętami, dziećmi w wieku szkolnym, młodocianemi, walka z chorobami masowemi, jak np.: gruźlica, reumatyzm, choroby weneryczne. (Walka ta może być także prowadzona w porozumieniu z samorządem i instytucjami społecznemi). Troska o domy dla rekonwalescentów, opieka nad osobami, których zdrowie jest zagrożone i propaganda higjeny.

II Zjazd stwierdza, iż Kasy Chorych tylko wówczas potrafią podołać tym obowiązkom w dziedzinie higjeny społecznej.

1) jeżeli wprowadzone będzie ubezpieczenie

przymusowe, ubezpieczenie wszystkich ludzi pracy i ich rodzin;

2) jeżeli organizacje ubezpieczenia inwalidzkiego i na starość poniosą część kosztów akcji opiekuńczej;

3) jeżeli organizacje ubezpieczeń społecznych zorganizują kursy kilkuletnie dla lekarzy, poświęcone zagadnieniom medycyny społecznej i wykształcą odpowiednio ukwalifikowany sztab lekarzy społecznych.

II Zjazd wzywa swych członków, by rozpoczęli działalność planową, celem nakłonienia władz Kas Chorych do uznania tych zasad i by ciała ustawodawcze stworzyły odpowiednie podstawy ustawowe. Wówczas dopiero organizacje ubezpieczeń społecznych będą mogły sprostać swym zadaniom w dziedzinie opieki nad człowiekiem zdrowym i chorym".

Ostatni referat wygłosił p. Petit „O ubezpieczeniu w pasie nadgranicznym". Rozwój gospodarczy kapitalizmu współczesnego i nowa mapa Europy po wojnie światowej wytworzyły w pasie nadgranicznym stosunki dość charakterystyczne. Ubezpieczeni, mieszkający w pasie granicznym, pracują na terenie jednego państwa, a mieszkają na terenie drugiego, wówczas powstaje trudność w udzielaniu świadczeń. (w naturze). P. Petit rozróżnia trzy wypadki:

1) W żadnym kraju (t. j. ani w miejscu zamieszkania, ani w miejscu pracy) nie ma przymusowych ubezpieczeń społecznych. Jest to wypadek nie wywołujący żadnych komplikacyj, albowiem osoba zainteresowana może ubezpieczyć się w jakiejkolwiek instytucji ubezpieczenia dobrowolnego.

2) W obu krajach istnieje ubezpieczenie przymusowe. Wówczas powstają już poważne trudności przy udzielaniu świadczeń. Można je ominąć przy wpłacaniu zasiłków, jednak sprawa udzielania pomocy lekarskiej choremu, mieszkającemu na terenie innego państwa natrafia na duże trudności. Także sprawa umów z lekarzami, dostawa lekarstw wywołuje pewne komplikacje.

3) A wreszcie ostatni wypadek: W jednym państwie istnieje przymusowe ubezpieczenie na wypadek choroby, a nie ma go w drugim.

Mówca omawia to zagadnienie ze stanowiska ustawodawstwa obowiązującego i praktyki, jaka się wytworzyła w poszczególnych krajach i zawartych umów.

Postawienie zagadnienia wskazuje już jak wielkie trudności zwalczyć musimy przy jego rozwiązaniu praktycznem. Referent omawia bardzo szczegółowo poszczególne problemy tego zagadnienia z praktycznego punktu widzenia. Brak miejsca nie pozwala nam niestety zająć się niemi bliżej. Zaleca więc zawieranie umów między poszczególnemi Kasami (mogą to uczynić, naszem zdaniem, tylko Kasy ubezpieczenia dobrowolnego. W państwach, gdzie istnieje ubezpieczenie przymusowe jedyną drogą jest, ze względu na prawno-publiczny charakter instytucji, konwencja międzynarodowa). Drugą zasadą wysuniętą przez p. Petit jest umożliwienie uzyskania porady lekarskiej w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, t. j. na terenie innego państwa. I w tym wypadku powstaje nowe zagadnienie: według jakich zasad ma nastąpić opłata za poradę, czy według cen w miejscu zamieszkania, czy też siedziby zakładu pracy.

Referent przedłożył następującą rezolucję, która została uchwalona bez zmian.

II Zjazd jest zdania:

iż organizacja pomocy dla chorych w pasie nadgranicznym winna być unormowana przez umowy między Kasami Chorych obowiązanemi do świadczeń a Kasami miejsca pobytu ubezpieczonego, która powinna udzielać ubezpieczonemu opieki lekarskiej w czasie choroby za zwrotem kosztów.

Jeżeliby całkowite zrównanie w prawach ubezpieczonych, mieszkających w pasie nadgranicznym było uzależnione od warunków miejscowych, wskutek których pewne ogólne normy byłyby niemożliwe, należy mimo to ustalić pewne wytyczne szczegółowe dla Kas pasa nadgranicznego.

Zważywszy, iż szukanie porad u lekarzy zatrudnionych w siedzibie Kasy nie wywołuje dla ubezpieczonych w wypadkach chorób lżejszych żadnych skutków ujemnych, jak również skorzystanie w tej miejscowości z pomocy szpitalnej i aptecznej a jest tylko uciążliwe, jeżeli zmusza ciężko chorego do opuszczenia mieszkania, że w interesie ogólnym, a także i Kas Chorych leży szybkie udzielenie pomocy lekarskiej choremu, że wskutek tego ubezpieczony musi mieć możność szukania porady u lekarzy swego miejsca zamieszkania w tych wypadkach, w których stan jego zdrowia nie pozwala mu korzystać ze świadczeń Kasy jego miejsca pracy, a lekarze tej Kasy nie mają prawa praktyki w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, że miejscowe stosunki komunikacyjne stają w wielu wypadkach także na przeszkodzie, wskutek czego chorzy muszą zaopatrywać się w lekarstwa w miejscu swego zamieszkania,

że w wielu nagłych wypadkach jest rzeczą niezbędnie konieczną odesłanie chorego do szpitala w miejscu zamieszkania,

że gdyby ubezpieczeni ci musieli opłacać sami różnicę między kosztami lekarskiemi, ponoszonemi przez Kasę miejscową a kosztami lekarskiemi w ich miejscu zamieszkania, mogłoby to wywołać zwłokę w udzielaniu pomocy lekarskiej,

II Zjazd zaleca:

Ubezpieczeni w Kasach w pasie nadgranicznym mieliby prawo korzystania z pomocy lekarskiej, z opieki szpitalnej i z aptek swego miejsca zamieszkania bez utraty swych uprawnień członkowskich w Kasach, jeżeli te świadczenia zgodne byłyby z ogólnym celem ubezpieczeń.

Ewentualną różnicę kosztów tych świadczeń ponosiłyby Kasy Chorych miejsca zatrudnienia".

Referent w swem przemówieniu przytoczył bardzo ciekawe dane ze stosunków francusko-belgijskich, wskazujące na wagę zagadnienia. Na granicy francuskiej pracuje 60.000 robotników belgijskich, którzy mieszkają stale w Belgji. Już ten fakt wskazuje, jak wielką wagę ma to zagadnienie. U nas zagadnienie to nie było wogóle omawiane. Nasze nowe granice państwowe zapewne narzuciły nam także to zagadnienie. Zapewne tysiące robotników polskich, mieszkających na Górnym Śląsku pracuje po

stronie niemieckiej i naodwrót. I u nas trzeba sprawę tę zaktualizować, oczywiście biorąc pod uwagę względy formalno - prawne, które przytoczyliśmy na wstępie.

Zjazd wybrał w myśl statutu wydział wykonawczy. Z ramienia naszego Związku członkiem Wydziału został p. Dyr. Osiowski, zastępcą p. Dyr. Klemensiewicz. Nastąpiła także i zmiana prezydjum. Przewodniczącym został p. poseł Mateusz Eldersch (Austrja.)

***

Reasumując wyniki kongresu zapytać musimy jakie on dał wyniki. Już na wstępie wspomnieliśmy, iż kongres wykazał, iż w państwach europejskich wytworzyły się w dziedzinie ubezpieczeń wspólne zagadnienia, które już same przez się narzucają konieczność zwoływania kongresów międzynarodowych i co ważniejsza omówienie tych zagadnień i ujęcie ich wyników w formie rezolucyj.

Jakie zagadnienia były „mot d'ordre" kongresu?

Przedewszystkiem samorząd w Kasach Chorych. Już § 2 statutu Związku międzynarodowego powiada, iż „członkiem może być każdy Związek kierowany przez zainteresowanych". Przedstawiciele owych 27 miljonów już w statucie stwierdzają, iż podstawą organizacji zakładów ubezpieczeń społecznych, Kas Chorych w szczególności, musi istnieć samorząd w którym ubezpieczeni odgrywaliby rolę decydującą. We wszystkich przemówieniach i referatach kongresowych potwierdzano z całym naciskiem to stanowisko.

Drugie zagadnienie, które było punktem wyjścia bardzo żywych obrad kongresu, była sprawa koncentracji Kas Chorych. Czasy prymitywnej opieki lekarskiej (porada i lekarstwo) wzorowanej na systemie lecznictwa prywatnego, minęły już dawno. Program rozwinięty przez p. Elderscha i dodamy nawiasem, przyjęty oddawna przez nasze Kasy Chorych, skala i zadania są tak wielkie, że mowy być nie może, by mogła mała kasa fabryczna, chociaż w części go zrealizować. Ile może zdziałać Kasa fabryczna w dziedzinie profilaktyki, opieki nad rodziną ubezpieczonego, nawet gdyby miała odpowiednie środki finansowe, skoro jej działalność kończy się faktycznie u wrót fabrycznych?

Sprawa robotników rolnych była, jak widzieliśmy przedmiotem obrad kongresu. Zagadnienie to u nas pod względem formalno - prawnym całkowicie rozwiązane, nie może doczekać się rozwiązania praktycznego.

***

Jaki jest rezultat kongresu dla nas? Byliśmy na kongresie jako przedstawiciele 2 miljonów ubezpieczonych, którzy korzystają z dobrodziejstw ustawy, a której zasady oparte są na postulatach wysuniętych przez teorję i praktykę całego świata. A więc terytorjalność organizacji, przymus i powszechność ubezpieczenia oraz samorządowy charakter władz. W ciągu dziesięciu lat zrobiono w naszych Kasach wiele. Założono fundamenty, organizując Kasy Chorych w całym kraju. Rozpoczęto wielkie inwestycje. Podniesiono stan lecznictwa i pomocy lekarskiej. Pracę tę wykonano w najtrudniejszych warunkach politycznych, społecznych i gospodarczych. W czasie wojny, inflacji, kryzysu stabilizacyjnego i ponownej katastrofy walutowej. Niektóre zagadnienia, omawiane na kongresie straciły u nas nawet na aktualności. Mówimy o pomocy dla rodzin. Inne natomiast — sprawa ubezpieczenia robotników rolnych — jest dużym minusem w naszej działalności. Kapitalne zagadnienie kongresu—ubezpieczenie na wypadek choroby a higjena społeczna—jest u nas jeszcze właściwie w stadjum dyskusji. Nie oznacza to jeszcze, że u nas w tej dziedzinie nic nie zrobiono. Rozmach naszej pracy jest tak wielki, iż ważność zagadnienia narzuciła nam je swym ciężarem gatunkowym. Mimo to akcja ta nie jest jeszcze prowadzona planowo i obmyślana w szczegółach. A ogólne tezy p. Elderscha uchwalone przez kongres dowodzą, że czeka nas praca i wielka i trudna. Kongres dał wytyczne natury ogólnej w wielu dziedzinach. Nasze Kasy Chorych, mimo, iż istnieją zaledwie od lat dziesięciu, nie muszą się wstydzić swego dorobku. Rzeczą zarządów będzie realizacja uchwał kongresu w latach najbliższych.

Kongres zaszczycili swą obecnością p. Prezydent Rzeczypospolitej Austrjackiej Dr. Hainisch, p. Minister Pracy Dr. Resch i Dyr. Międzynarodowego Biura Pracy p. Thomas. Znamienne było przemówienie Pana Prezydenta, który stwierdził, iż walka ze śmiertelnością jest bez Kas Chorych nie do pomyślenia. Kongres miał możność zwiedzenia, dzięki ujmującej gościnności gospodarzy, K. Ch. m. Wiednia, (liczącej 450.000 ubezpieczonych) oraz wzorowe urządzenia w dziedzinie higjeny i opieki społecznej miasta Wiednia.

Ogólno - Państwowy Związek Kas Chorych w Polsce reprezentowali pp. Leśniewski, Klemensiewicz, Szczyrek, Lenga, Osiowski i Krieger.

KONKURS

Okręgowy Związek Kas Chorych w Warszawie

OGŁASZA

konkurs na stanowisko lekarza okulisty

z siedzibą w Żyrardowie

i obowiązkiem dojeżdżania raz w tygodniu do Łowicza, Sochaczewa, Skierniewic i Rawy Mazowieckiej.

Warunki, którym winien odpowiadać kandydat: obywatelstwo polskie, prawo praktyki w Państwie, conajmniej 3-letni kliniczny lub szpitalny staż w zakresie okulistyki.

Należycie udokumentowane podania wraz z życiorysem wnosić należy do Okręgowego Związku Kas Chorych w Warszawie ul. Złota 30, do dn. 15 grudnia 1928 r.

Informacji bliższych udziela Wydział Lekarski Związku.

Dr. FRANCISZEK GRODECKI.

W SPRAWIE PROPAGANDY ZDROWIA NA TERENIE KAS CHORYCH.

Kto bacznie i bez uprzedzeń obserwuje działalność Kas Chorych na polu lecznictwa, przyznać musi, że ostatnio z każdym rokiem znacznie się rozwija i pogłębia; powstają coraz to nowe i zupełnie dobrze urządzone ambulatorja, zakłady przyrodolecznicze, ba — nawet sanatorja, urządzone bądź we własnych, bądź w wynajętych lokalach. I jeżeli sprawa w tymsamym tempie toczyć się będzie, to zapewne za jakieś lat 10, ubezpieczeni nie będą mieli podstaw do narzekań.

Jednakże w planie działalności Kas Chorych nie uwzględniono dotąd w należytym zakresie jednego, w mem mniemaniu, b. ważnego czynnika wychowawczego.

Nie jednemu zarzut ten może się wydać dziwnym, postaram się więc nieco bliżej wytłomaczyć, jak tę rzecz rozumiem.

Przez zakłady lecznicze Kas Chorych przewija się codzień ogromna liczba chorych, którzy otrzymują poradę lekarską i tylko b. krótkie, często niewystarczające wskazówki co do całego trybu życia nakazanego w danem cierpieniu; jeszcze mniej mówi się, jak należy postępować, by jaknajrzadziej ulegać chorobie. I tu leży wielka luka; z gabinetu lekarskiego chory musi wyjść możliwie najbardziej uświadomiony w kwestji zdrowia, rdzeń bowiem leczenia bardzo i bardzo często polega nie tyle na stosowaniu tego lub innego leku, tego lub innego zabiegu, ile w uporządkowaniu, zgodnie z wymogami nauki, całego trybu życia, zarówno osobniczego jak i zbiorowego.

Gdybyśmy z dnia na dzień, z roku na rok, zgłaszającym się do nas chorym, podawali w możliwie dostępnej a zwięzłej formie tego rodzaju wskazówki, to z biegiem czasu najbardziej nawet oporni zaczęliby się do naszych rad i wskazówek stosować, a przez to samo bardzo często samiby już potrafili zapobiec niejednemu schorzeniu, co oczywiście powinnoby wpłynąć na podniesienie się ogólnej zdrowotności.

Rozejrzyjmy się więc w jaki sposób możnaby cel powyższy osiągnąć.

Wydaje mi się, że nie doprowadzą do tego odczyty, już choćby dlatego, że organizacja ich nastręcza duże trudności, z których bodaj najważniejszą jest niemożność zebrania dostatecznej liczby słuchaczów; nie posiadamy również nadmiaru odpowiednio wykwalifikowanych prelegentów, którzyby w sposób barwny, zajmujący i dostatecznie przekonywujący potrafili ująć najtrudniejszy problem. Nie znaczy to, byśmy mieli zaniechać tego rodzaju nauczania; owszem należałoby to z całą energją i z całem przeświadczeniem o ich pożytku organizować, należałoby dotrzeć z nimi wszędzie, gdzie choć niewielka garść słuchaczów się znajdzie. By odczyty te osiągnęły należyty cel, należałoby bardzo dokładnie obmyśleć ich program i kolejność, — bo **tylko od w ten sposób zorganizowanej pracy możemy oczekiwać dobrych wyników.** Wyników tych nie mogą osiągnąć odczyty wygłaszane od przypadku do przypadku, — co niestety obecnie się dzieje.

Również mało skutecznemi są wydawnictwa popularne z dziedziny medycyny; składają się na to dwie zasadnicze przyczyny: 1) brak istotnie popularnych broszur, 2) wielka trudność w kolportowaniu ich.

W mem mniemaniu pisanie popularnych broszur z dziedziny lecznictwa i higieny należy bodaj do najtrudniejszych zadań, albowiem broszurki takie powinny być:

1) krótkie, 2) napisane b. dostępnie i barwnie, 3) muszą podawać w postaci niejako nakazów tezy ściśle ustalone przez naukę; za wprost niedopuszczalne uważałbym w takich popularnych wydawnictwach bawienie się w szerokie rozprawy, lub krytykę tego lub innego sposobu leczenia. Gdy pod tym kątem będziemy oceniali znajdujące się w handlu wydawnictwa, przyjdziemy do przekonania, że nie mogą one sprostać swemu celowi; wydawnictw istotnie popularnych posiadamy bardzo niewiele, wyszły one z pod pióra ustępującej dziś generacji lekarskiej; młodsza brać jakoś nie zabrała się dotąd do tej tak pożądanej pracy. Sądziłbym, że dawniej wydawane broszurki należałoby tu i tam uzupełnić i wydać nanowo z tem zastrzeżeniem, by cena ich była jaknajdostępniejsza.

Wobec nakreślonych tu trudności, uważałbym, że zrealizowanie szerokiej propagandy na terenie Kas Chorych możnaby osiągnąć w sposób następujący:

Powołana ad hoc komisja lekarska opracowałaby szereg ulotek, zawierających na pierwszej stronie dokładne wskazówki, jak się ma chory zachować przy danej chorobie, zaś na drugiej stronie ogólne wskazówki z dziedziny higjeny ogólnej oraz dotyczącej danego schorzenia. Ulotki te ordynujący lekarz obowiązany byłby rozdawać wszystkim chorym jednocześnie z receptami na leki. W ten sposób całe szeregi chorych otrzymywałyby zupełnie dokładne informacje co do zachowania się podczas danej choroby; całe rzesze powoli kształciłyby się w sztuce pielęgnowania zdrowia.

Koszt opracowania i wydawnictwa proponowanych tu ulotek w porównaniu z ich niedającym się zaprzeczyć pożytkiem — byłby zapewne nikły, o ileby tylko były one obowiązujące we wszystkich Kasach; chciałbym wierzyć, że z biegiem czasu koszt ten sowicieby się opłacił. Z czasem proponowany tu sposób mógłby wśród ubezpieczonych rozbudzić większe niż dotąd zainteresowanie się sprawami zdrowia, a więc i popularną literaturą, co oczywiście odniosłoby jeszcze większe korzyści dla dobrobytu narodu i państwa.

DR. HENRYK KŁUSZYŃSKI.

V-TY MIĘDZYNARODOWY KONGRES LEKARSKI DLA CHORÓB ZAWODOWYCH I NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW.

Żyjemy w okresie kongresów. W krótkich odstępach czasu prawie co miesiąc zbierają się najlepsi wszystkich narodów, by radzić nad ważnemi zagadnieniami. Na międzynarodowych kongresach krystalizuje się polityka świata, wiedza, oświata, sport. Długa izolacja duchowa jako następstwo wojny światowej, wywołała pragnienie międzynarodowej współpracy. Albowiem przy dzisiejszem skomplikowaniu zjawisk światowych wysiłki indywidualne jednego państwa nie są w stanie rozwiązać palących problemów. Cierpienia i choroby całego świata wołają o ulgę, przeto tylko wspólna praca wszystkich narodów świata, międzynarodowość woli i wiedzy mogą skuteczną przynieść pomoc. Dlatego też zebrał się we wrześniu r. b. V międzynarodowy kongres lekarski w Budapeszcie, by radzić, w jaki sposób podjąć walkę przeciw chorobom zawodowym w przemyśle i wskazać drogi racjonalnej higjeny pracy, na jakie wszystkie państwa i narody wstąpić winny w interesie zdrowia pracowników zatrudnionych w przemyśle.

Łącznie z kongresem urządzona została bardzo interesująca i bogata wystawa, która tem się odznaczała, że nie widać było zapylonej wiedzy lub monotonnie nagromadzonego materjału martwego, przeciwnie, wystawa żyła, uczestnicy kongresu mogli aparaty w ruch wprowadzić i przekonać się o ich działalności. Wystawa była podzielona na 4 grupy: zapobieganie wypadkom, higjena przemysłowa, ochrona robotnicza i środki zapobiegawcze w komunikacji. Była to wystawa poglądowa, na jakie niebezpieczeństwa, wypadki i choroby narażeni są mężczyźni i kobiety, pracujący w rozmaitych gałęziach przemysłu. Na trzech piętrach w pałacu instytutu i muzeum higjeny społecznej obok pokazu rozmaitych wypadków obrażeń i skaleczeń, pokazywano środki zaradcze, które wiedza stworzyła celem ochrony względnie zapobiegania. A więc urządzenia w dziedzinie bezpieczeństwa pracy w kopalniach, między niemi elektryczna lampa, która szumem ostrzega o zbliżającym się trującym gazie metanu. Na oddziale chorób ocznych widać zbiór prof. Grossa najrozmaitszych przedmiotów, które z oka wydobyto. Również i zgubne skutki pyłu są demonstrowane. Na płucu zupełnie czarnem, robotnika pracującego w przemyśle żelaznym, leży szary pył żelazny. Robotnik, który 30 lat pracował w fabryce cementu bez maski na twarzy, połknął w tym czasie przeszło 30 klg. cementu. Na innej sali demonstrowano kolekcję chorób skórnych z kliniki prof. Oppenheina w Wiedniu. W innych salach rozmieszczono cały szereg aparatów ochronnych przeciw gazowi i substancjom trującym. Zatrucie ołowiowe występuje przedewszystkiem w przemyśle graficznym, było demonstrowane jak ono w rozmaitych odstępach występuje. Ilustrowano wypadki porażenia prądem elektrycznym i przez piorun. Pozatem wystawiono modele aparatów, mających za zadanie zbadanie zużytej energji, wytrzymałości pracy płuc i uzdolnienia robotników.

Wystawa ta będzie otwarta do końca listopada i byłoby bardzo pożądanem, by Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej choćby część eksponatów sprowadziło do Polski. Wystawa taka przyczyniłaby się niezmiernie do rozbudzenia większego zainteresowania lekarzy chorobami zawodowemi i wogóle patologją przemysłu.

W kongresie wzięło udział 600 zagranicznych, a 800 węgierskich lekarzy, z Polski wyjechało 6 delegatów. Reprezentacja polska w stosunku do innych państw była bardzo nikła.

Po uroczystem otwarciu kongresu przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej prałata Vassa, w obecności Regenta i wielu dygnitarzy państwowych, wygłosił wykład inauguracyjny prof. Dr. Kaufmann z Zurychu o rozgraniczeniu wypadków od choroby. Prelegent zaznaczył, że w prywatnem ubezpieczeniu od wypadków istnieje takie rozgraniczenie przez to, że pojęcie wypadku jest ściśle określone, nadto wykluczono przypadki, stojące na pograniczu między wypadkiem a chorobą. Ustawy ubezpieczenia społecznego od wypadków nie zawierają przepisów rozgraniczających wypadki od choroby. Rozstrzygają o tem urzędy ubezpieczeń. Prelegent obszernie omówił to zagadnienie. Prace Kongresu były podzielone na trzy sekcje: a) higjeny przemysłowej, b) wypadków i c) ochrony pracy. Z wygłoszonych wykładów przytaczam tylko najważniejsze.

Sir Thomas Oliver wygłosił wykład o działaniu trucizn przemysłowych na pojedyńcze narządy, jak ołowiu, arsenu, fosforu i substancji radioaktywnych. Dla stwierdzenia działania trucizn przemysłowych na organizm ludzki mają największe znaczenie badania krwi.

Potem przemawiał prof. Jelinek z Wiednia o znaczeniu klinicznem i sądowo-lekarskiem uszkodzeń zdrowia w następstwie działania prądu elektrycznego. Wykład był ilustrowany filmami. Obrażenia spowodowane elektrycznością należy uważać jako mechaniczne, a wyleczenie następuje w myśl prawideł fizjologicznych. Wskazał na częste wypadki pozornej śmierci w skutek porażenia prądem elektrycznym i takiego pozornie umarłego można przywrócić do życia, jeżeli się natychmiast zastosuje sztuczne oddychanie. Jeśli ono bardzo często zawodzi, to wina polega na tem, że technika sztucznego oddychania nie jest dobrze opanowana i zapóźno się je stosuje. Powtóre nie wolno zawcześnie przestawać stosowania sztucznego oddychania, dopiero wystąpienie plam pośmiertnych wskazuje, że wypadek był śmiertelny. Nieraz dopiero po kilku godzinach stosowania sztucznego oddychania pozornie umarły wraca do życia. Jako drastyczny przykład pozornej śmierci w następstwie porażenia prądem elektrycznym przytoczył prelegent interesujący wypadek dr. Wareckiego z Wiednia, co może zdziałać

technicznie dobrze i na czas stosowane sztuczne oddychanie. Trzydziestoletnia Wiedenka wraz z trzyletnim synem została podczas pobytu na letnisku porażona piorunem. Obydwa „trupy" złożono na wózku chłopskim i zawieziono na cmentarz. Przypadkowo przechodził wyżej wymieniony lekarz. Zwróciło jego uwagę, że „trupy" mimo, iż od godziny już rzekomo nie żyją, nie mają plam pośmiertnych. Ponieważ z rozpraw naukowych wiedział, że śmierć elektryczna to śmierć często pozorna, zaczął natychmiast stosować u matki sztuczne oddychanie i to samo u dziecka kazał wykonywać dwom chłopcom. Po godzinie stosowania sztucznego oddychania udało się „umarłych" przywrócić do życia.

Po tym interesującym wykładzie odbyła się żywa dyskusja, po której powzięto następującą uchwałę:

„Członkowie V-go Międzynarodowego Kongresu dla nauki o chorobach z wypadków nieszczęśliwych i chorobach przemysłowych po wysłuchaniu referatu prof. Jelinka z Wiednia przyszli do przekonania, że we wszystkich krajach opieka nad porażonemi przez prąd elektryczny jest niedostateczna. Nietylko szybka pomoc po elektrycznym wypadku, ale i leczenie jej skutków są niedostateczne. Przedewszystkiem niedostateczne są wiadomości praktyczne lekarzy w dziedzinie elektro - patologji i leczenia wypadków porażenia prądem, jakoteż wiadomości techników o wszystkich niebezpieczeństwach elektryczności i sposobach ich zapobiegania. Członkowie Kongresu muszą przeto zwrócić się do swych rządów, by nauka i praktyczne wykształcenie leczenia i zapobiegania wypadkom elektrycznym były odpowiednio wyposażone na uniwersytetach i politechnikach, celem skutecznego zapobiegania wypadkom elektrycznym. Jeżeli jednak to nie jest w całości możliwem, należy przynajmniej tym nieszczęśliwym zapewnić skuteczną pomoc i w ten sposób uratować życie albo zmniejszyć ciężkie skutki wypadków. Należy dążyć do międzynarodowego uzgodnienia na polu elektro-patologji i elektro-higjeny. Zadaniem tej pracy międzynarodowej było przedewszystkiem stwierdzenie, jakie istnieją urządzenia celem zapobiegania wypadkom elektrycznym, jakie są urządzenia naukowe dla lekarzy i techników i jak jest ludność pouczona o tych sprawach. W końcu należy dążyć, by wszystkie państwa zobowiązały się stworzyć stałe środki ostrożności tam, gdzie się pracuje elektrycznością, albo gdzie istnieje niebezpieczeństwo wypadków elektrycznych.

W pierwszym rzędzie należy dążyć, by nauka na uniwersytetach i politechnikach była lepiej zorganizowana, niż to dotychczas się dzieje w wielu krajach. Elektro - patologja i terapja, jakoteż i elektrohigiena powinny być obowiązującemi przedmiotami wykładowemi i egzaminacyjnemi dla wszystkich medyków i techników. Każdy lekarz i technik obowiązany jest do przedłożenia dowodu wykształcenia praktycznego i teoretycznego w tym zakresie, zanim powierzone mu będzie zdrowie i bezpieczeństwo robotników".

Prof. Diez z Rzymu mówił o wskazaniach i roli sztucznej odmy, celem szybszego przywrócenia niezdolności do pracy. Zabieg ten okazał się skutecznym przy gruźlicy płuc jednostronnej i przy skaleczeniach, ropniach itd. Prof. Oppenheim z Wiednia mówił o uszkodzeniach skóry przez zawodową pracę, które są bardzo częste, a dotychczas poświęcano im bardzo mało uwagi. A należy się niemi zainteresować. Wprawdzie bardzo rzadko zagrażają życiu bezpośrednio, wywołują jednak długotrwałą niezdolność do pracy, a czasem nawet stałe inwalidztwo. Prelegent wskazał na możliwości zapobiegania prostemi środkami. Wykład był ilustrowany obrazami świetlnemi.

Prof. Crouzon z Paryża mówił o chorobach nerwowych po obrażeniach. Łączność cierpienia z urazem może być widoczna albo wątpliwa. Prelegent przytoczył zasady ogólne, na podstawie których można stwierdzić ten związek.

Prof. Quensel z Lipska wskazał, że według jego doświadczeniach ogólna ilość wypadków chorób zawodowych jest nikła w stosunku do nieszczęśliwych wypadków. Najczęstszą chorobą jest ołowica.

Prof. Patril Haglund ze Sztokholmu mówił o następowem inwalidztwie ze stanowiska ubezpieczenia od wypadków. W ubezpieczeniu od wypadków należy jaśniej określić, co to jest inwalidztwo pierwotne, a co następowe. Przez pierwotne inwalidztwo należy rozumieć bezpośrednie i dalej trwające skutki pierwotnego urazu. Inwalidztwo następowe w uszkodzonem ciele rozwija się po dłuższej nieraz przerwie, gdy leczenie zostało ukończone bez pozostawienia trwałych następstw. Prelegent ilustrował swoje wywody obrazami świetlnemi.

Prof. Verrant z Holandji mówił o zawartości bakterji w ranach. Badania jego wykazały, że w ranach po 8 godzinach tylko w 50% przypadków można było znaleźć bakterje. Jeżeli rany leczono jodyną, znaleziono tylko w 25% przypadków. Jeżeli rany zapendzlować odrazu jodyną i wkrótce potem drugi raz, były w 91% bez bakterji. Świeże rany po dwukrotnem zapendzlowaniu jodyną goiły się świetnie.

Zaborsky z Budapesztu mówił o znużeniu, jako przyczynie chorób.

Kalmus z Pragi wskazał na konieczność wprowadzenia na uniwersytetach nauki o higjenie przemysłowej i zapobieganiu wypadkom. Przedłożona przez niego rezolucja została przyjęta:

„Piąty Międzynarodowy Kongres dla nauki o chorobach z wypadków i chorobach zawodowych w Budapeszcie wyraża przekonanie, że obecne urządzenia naukowe w zakresie higjeny przemysłowej, względnie patologji przemysłowej i zapobiegania wypadkom, nie odpowiadają w większości krajów dzisiejszym poglądom naukowym i praktycznym potrzebom i przeto ich rozbudowa staje się koniecznością.

Szczególnie wykształcenie lekarzy i inżynierów jest na tym polu niedostateczne i należy przedewszystkiem żądać, by na wszystkich uniwersytetach i politechnikach były utworzone samodzielne katedry tych przedmiotów, a tam gdzie istnieją zaczątki, przekształcić je w samodzielne katedry. Zadaniem tych katedr ma być nietylko wykształcenie specjalnych urzędników lekarskich i technicznych, celem nadzoru przemysłu, ale przedewszystkiem należy zaprowadzić obowiązkowe słuchanie tych przedmiotów przez lekarzy i techników, którym później ma być powierzone życie i zdrowie licznych robotników

i warstw ludowych. Egzamin z tych wykładów ma być obowiązujący".

W dyskusji, która się na ten temat rozwinęła, zaznaczył Dr. Gorn z Cottbus, że przy organizacji nauki higjeny przemysłowej na wyższych uczelniach winni być powołani robotnicy i pracodawcy.

Prof. Kapłon z Moskwy mówił o nauce higjeny pracy i patologji przemysłowej na wyższych uczelniach w Rosji.

Prof. Friedrich z Budapesztu referował o swich doświadczeniach na polu zatruć ołowiem. Według nowszych obserwacyj występują u kobiet chorujących na ołowicę wczesne porody i poronienia.

Baader z Berlina stwierdził, że nawet najmniejsze ilości ołowiu mogą wywołać ciężkie zatrucie.

Wollin z Berlina mówił o zatruciu gazami i poddał surowej krytyce używane dla ochrony maski.

Prof. Quarelli z Turynu mówił o chorobach zawodowych w fabrykach sztucznego jedwabiu i zajmował się szczególnie zatruciami dwusiarczkiem węgla *).

Docent Dr. Ratkoczy zajmował się wypadkami lekarzy i ich pomocników, którzy pracują przy aparatach rentgenowskich i wskazał na sposoby zapobiegawcze.

Prof. Koelsch z Monachjum mówił o praktycznem znaczeniu chorób zawodowych. Wprawdzie liczba wypadków chorób zawodowych jest niższa aniżeli chorób z wypadków, ale choroby, kalectwo lub śmierć domagają się zapobiegania tym skutkom pracy zawodowej. Zresztą dzisiejszy etyczny pogląd domaga się, by warunki pracy tak się ukształtowały, by każdy mógł wykonać swoją dzienną pracę bez ryzyka w zakresie zdrowia. Niestety, właściwości metodyczno - kliniczne wielu chorób zawodowych są ogółowi lekarzy zupełnie obce.

Prof. Ullmann z Wiednia mówił o nowotworach (rakach) jako chorobie zawodowej.

Prof. Thielc z Drezna uzasadniał konieczność ochrony młodzieży w pracy ze stanowiska społecznego i biologicznego. Prof. Dr. Weisbach z Drezna i Dr. Pryll, Naczelny Lekarz miejscowej Kasy Chorych w Berlinie mówili o statystyce w służbie higjeny przemysłowej. Zwłaszcza Dr. Pryll, urządzoną w tym celu małą wystawą statystyczną uzasadniał konieczność postawienia w Kasach Chorych statystyki chorób i śmierci na racjonalnych zasadach. Higjeniści przemysłowi żądają zupełnie słusznie oddawna, by instytucje ubezpieczeń od choroby, a więc Kasy Chorych tak zorganizowały statystykę, by mogła służyć celom higjeny przemysłowej. Te żądania nie zostały dotąd dostatecznie uwzględnione. Dr. Pryll usprawiedliwia Kasy, że nie mogły spełnić dotychczas tego zadania, z wyjątkiem Kasy w Lipsku, która wzorowo prowadzi statystykę, a ostatnio i Berlińska Kasa wydała monografję, p. t. „Ergebnisse des Statistik der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin über das Jahr 1927 (Wyniki statystyki ogólnej miejscowej Kasy Chorych m. Berlina za rok 1927).

Z polskiej delegacji wygłosili wykłady Dr. Nowakowski i Dr. Luxemburg.

Dr. Nowakowski wygłosił referat o ustawodawstwie polskiem w zakresie chorób zawodowych. Dr. Luxemburg. Choroby zawodowe, jako przedmiot ubezpieczeń społecznych.

Obydwóch referatów, świetnie ujętych, wysłuchano z ogromnem zaciekawieniem.

Poza temi wykładami wygłoszono jeszcze dziesiątki innych referatów dla lekarzy nader cennych, których streszczenie nadaje się jedynie dla pism fachowo - lekarskich.

Międzynarodowy kongres lekarzy całego świata wskazał drogi i środki zapobiegania chorobom zawodowym. Wiedza spełniła swój obowiązek, z jej wskazań winno skorzystać państwo, by razem z Kasami Chorych, instytucjami społecznemi i organizacjami robotniczemi stworzyć podstawy i warunki, celem usunięcia chorób zawodowych i nieszczęśliwych wypadków.

*) Patrz artykuł: Zatrucie dwusiarczkiem węgla w produkcji sztucznego jedwabiu. Frenkiel Bronisław i Dynkiewicz. Higjena Pracy, zeszyt II, 1928 r.

DR. E. BIRSOWSKI.

KILKA UWAG O ROZPOZNAWANIU I LECZNICTWIE.*)

Kryzys przeżywany obecnie przez całą kulturę zachodnią od matematyki, logiki, fizyki poczynając aż do podstaw religji i etyki sięgając — nie ominął, rzecz prosta, i medycyny i jej zastosowania, t. j. lecznictwa. Jesteśmy i tu na rozdrożu, w poszukiwaniu i na progu znalezienia nowych dróg, zdobyczy i możności. Luminarze nauki lekarskiej w sposób podziwu i uznania godny — przewartościowują wszelkie nasze dotychczasowe wartości i zdobycze — i jako krytyki twórczej tej następstwa — powstają nowe myśli płodonośne, szersze i głębsze ujęcia i podejścia do odwiecznego problematu o chorym i zdrowym człowieku.

Wiek dziewiętnasty, płodny w ogromne zdobycze na polu techniki — był wiekiem rozkwitu również i techniki lekarskiej. To wiek triumfów nauki przy pomocy mikroskopu dokładnie i szczegółowo badającego układ i budowę tkanek i organów naszego ciała (morfologja), nauki o chorobotwórczych zarazkach, wywołujących najrozmaitsze choroby (bakterjologji), higjeny (nauki o tem, jak się ustrzec przed chorobami), i techniki operacyj chirurgicznych — a zdobycze te przyczyniły się do wzniesienia medycyny na wysokie, dotąd nie osiągnięte jeszcze, szczyty. Pomimo to w lecznictwie wiele jeszcze rzeczy — jak i przedtem — zostało nierozwiązanych. „O ile, rzecz

*) Umieszczamy artykuł p. D-ra Birsowskiego, mimo jego ściśle fachowo - lekarskiego charakteru, jako materjał orjentacyjny dla naszych czytelników. Redakcja nie zabiera głosu w tej sprawie i z całą gotowością wydrukuje także i uwagi krytyczne. — **Red.**

prosta, — twierdzi znany klinicysta, prof. Goldszeider — „nauka o widocznych zmianach chorobowych organów ciała (anatomja patologiczna) była, jest i nadal pozostanie podstawą, kamieniem węgielnym wszystkich naszych dociekań o przebiegu i istocie choroby — o tyle my, lekarze, odczuwamy dużą lukę, która wytworzyła się między nią, a samą chorobą— w pewnym stopniu zasłania ona bowiem nam najważniejszy czynnik biologiczny — żywego cierpiącego człowieka. A stało się to dlatego, iż zbyt jednostronnie dotychczas nastawiany był aparat myślowy nasz lekarski w kierunku wyłącznie prawie organopatologicznym, nie uwzględniając dostatecznie całokształtu osobowości, jako jednostki o cechach duchowych i fizycznych wyłącznie jej właściwych i czynnika nerwopsychicznego w powstaniu i przebiegu choroby. Myślało się i leczyło przedewszystkiem schorzałe organa — nie uwzględniając w należytym stopniu (w pewnym wszakże stopniu uczono nas indywidualizować każdego chorego) — całokształtu — żywego człowieka". Podobnegoż rodzaju głosy dość często spotykamy w całej prasie lekarskiej.

Jesteśmy zatem świadkami odwrotu od poglądu czysto „organopatologicznego" czołowych przedstawicieli nauki lekarskiej w kierunku fizjo-patologji osobowości, że każda pojedyńcza jednostka jest skłonna do zachorowania w zależności od siły odpornej jej psychofizycznego ustroju. Coraz większego znaczenia nabierać poczyna pojęcie: „konstytucja organizmu", wprowadzona przez wybitnego psychiatrę, Kretschmera. Pojęcie „konstytucja" (w sensie biologicznym) określa Kahn w sposób następujący: „Konstytucja organizmu jest to suma wszystkich jego cech morfo- i fizjologicznych oraz tendencji rozwojowych, odziedziczonych od przodków oraz tych cech, które może przekazać potomstwu". W tym kierunku podąża obecnie nauka lekarska oraz pokrewne jej gałęzie wiedzy ku „utworzeniu jednego biologicznego punktu widzenia, ujmującego człowieka, jako jednostkę psychofizyczną, której funkcje, czynności fizyczne i psychiczne są przejawem biologji ustroju (Małecki)

W ścisłym związku z wyżej powiedzianem stoi drugie ważne zagadnienie nowoczesnej medycyny— problem t. zw. nerwic organów pojedyńczych, czyli systemów organów naszego ciała. Pod nerwicami rozumiemy zachorowania, niedokładności w prawidłowem pełnieniu funkcji organu, zachodzące na tle dolegliwości psychonerwowych — innemi słowy na tle zmian, nie dających się dokładnie, w danym organie, stwierdzić. Otóż istnieje obecnie coraz więcej uwydatniająca się tendencja uwzględniania momentu często nerwopsychicznego, czynnościowego w powstawaniu, przebiegu i przy leczeniu wielu chorób, t. j. iż główną rolę odgrywają tutaj nie zmiany chorobowe, destrukcyjne, danego organu ew. organów, lecz choroba powstaje wskutek zaburzeń nerwowo-czynnościowych na tle niższej wartości konstytucyjnej. Słyszymy nawet krańcowe, przesadne głosy (Zondek i inni), zasadniczo nie odróżniające schorzeń od zmian organicznych, zaszłych od takich schorzeń, których tłem jest naruszenie równowagi nerwo-funkcjonalnej.

Pod innym również względem nabierają nerwice dużego dla medycyny (medycyny socjalnej) znaczenia — przyczyniły się one bowiem do pogłębienia naszej wiedzy o psychofizycznej naturze człowieka. Mowa tu o nerwicach urazowych, „rentowych" (w związku z prawem do renty) i powojennych. Okazało się, iż każda jednostka indywidualnie, we właściwy sobie sposób reaguje na szkodliwości życiowe, urazy życia, psychiczne i fizyczne, na zbyt złe i ciężkie warunki pracy, na to wszystko, słowem, co przekracza wrodzone siły ciała jej i ducha. Według znanego uczonego Hoche'a istnieje w każdym z nas skłonność do nerwicy, (zwanej histerją), która przy odpowiednich warunkach (nadmiar ciężaru życiowego) może nagle wybuchnąć — nerwica jest zatem sprawdzianem, wyjawieniem osobowości, wyrazem charakteru, psychicznego i fizycznego całokształtu jednostki.

Z powyżej powiedzianego zrozumiałem się staje duża rola, którą przypisywać zaczynamy w ustroju naszym systemowi nerwowemu wogóle, a w szczególności syst. nerw. roślinnemu, czyli wegetatywnemu, od równowagi którego w dużym stopniu zależy nasze zdrowie „cielesne", harmonijne funkcjonowanie składowych części naszego ciała. Równowaga zaś ta i jej wahania, ujawniające się w prawidłowem ew. nieprawidłowem wydzielaniu soków,, wydzielin dokrewnych, normalnej lub anormalnej czynności gładkich mięśni naszego ciała itd., znajdują się w dużej zależności — jak dowiodły wielkie doświadczenia Pawłowa i jego szkoły—od naszego świata psycicznego. Strach, oczekiwanie, zmartwienie, tresura — mogą przyśpieszyć lub zatrzymać, zmniejszyć lub powiększyć czynność zewnątrz i wewnątrz-wydzielinową itd., czyli, że pewna część zaburzeń czysto cielesnych może mieć za źródło w dolegliwościach nerwopsychicznych. Wywołało to kierunek krańcowo - psychopochodny znacznego odsetka chorób krwiobiegu i chorób żołądkowo-kiszkowych, oddechowych i chorób skóry — ba, nawet doszło do tego, iż powstanie raka spowodowane zostało przyczynami również nerwowemi. Prawda chyba będzie się mieściła w złotym środku, iż rzeczywiście cały szereg dolegliwości i zachorowań cielesnych jest natury czysto indywidualnej, jest wyrazem psychofizycznego charakteru ich nosicieli, sprawdzianem ich wyższo- lub niższowartościowości konstytucyjnej.

Te przesłanki teoretyczne mają jednak ogromne znaczenie dla praktyki, przy stawianiu rozpoznań i w lecznictwie. „Wracam myśla" mówi Stoewesandt w swej broszurce. „Orgenopathologische u. konstitutions-patologische Diagnosen", do moich pacjentów po 3 — 4 godzinach przyjęcia w przychodni K. Ch. — jak zadziwiająco mało jest rozpoznawań zachorowań bezwarunkowo organicznych. Wykluczam — rzecz prosta — gruźlicę rozpadową, niewyrównane ciężkie wady sercowe. Ale już przy różnych ciężkich zachorowaniach żołądkowo-kiszkowych zdaję sobie sprawę, iż niepodobna ominąć pierwotnej teorji Bergmana o sposobie powstawania wrzodu żołądka, przy gangrenie — iż może ona być następstwem skurczu naczyń krwionośnych, a czynnik patologicznego funkcjonowania najdrobniejszych naczyń krwionośnych (kapillarów) — wadą konstytucyjno-dziedziczną — nie omylę się zbyt, biorąc go

jako tło do powstawania różnych uporczywych bronchitów, rozwolnień, białkomoczów i skaz wysiękowych itd." Wspomnijmy jeszcze ciekawe spostrzeżenia Mayera, Waltharda, Kroeniga i in., co do sposobu powstawania szeregu zachorowań kobiecych na tle czynnika psychicznego, „konfliktów duchowych" (Freud). A głębokie myśli Mathesa co do typu asthenicznego kobiecego z jego „nastawieniem chorobowem", bardzo często cierpiącego, tak łatwo a tak trudno uleczalnego.

Jesteśmy zatem świadkami pewnego przełomu w myśli lekarskiej i w lecznictwie. Coprawda, starego a zarazem nowego środka leczniczego oddziaływania, psychoterapji w żaden sposób nie można zaliczyć do uniwersalnych środków leczniczych. Psychoterapja nie jest jeszcze zresztą dostatecznie naukowo opracowana. Jeżeli z jednej strony — wystrzegać winniśmy się uogólnienia, „uproszczenia" rozpoznawań, wszystkie choroby składając na karb tła psychonerwowego — z drugiej strony zmuszeni będziemy coraz więcej zwracać uwagi na momenty konstytucyjne i na sposoby reagowania każdego pacjenta na podniety zewnętrzne i wewnętrzne, uprzytomniając sobie, iż djagnozę choroby, wyłącznie somatycznej (cielesnej), samego organicznego zachorowania będziemy stawiali z ostrożnością.

Niepodobna nie podkreślić wagi tego, co powiedzieliśmy powyżej z innego jeszcze punktu widzenia. „Prawodawca socjalny wychodził z założenia" słusznie twierdzi Stoewesandt, iż można szybko rozpoznawać choroby, zachorowania zawodowe, które wymagają szybkiego oddziaływania środkami leczniczymi, zbyt prostolinijnego postawienia rozpoznawania i nie mniej mało skomplikowanego zabiegu. Czy nie w tem należałoby w dużym stopniu szukać źródła konfliktu między Kasami, a lekarzami?"

Stoimy zatem przed trudnym problemem: każdy pacjent, każdy człowiek jest organizacją swoistą, psychofizyczną, skomplikowaną. Nie łatwą jest rzeczą odrazu rozpoznać go, a rozpoznawszy skutecznie, pomódz mu w chorobie. Z drugiej zaś strony— mamy do czynienia z powiększającą się liczbą ubezpieczonych, którą ma się nie tylko leczyć, lecz także utrzymać w zdrowiu, zapobiegając chorobom.

W każdym bądź razie — nie ulega żadnej wątpliwości, iż tylko dzięki dobrej woli i porozumieniu się Kas i lekarzy, może nastąpić rozstrzygnięcie tej sprawy dla dobra i zdrowia ludności pracującej.

STANISŁAW GÓRNIAK.

DZIAŁALNOŚĆ KASY CHORYCH M. ŁODZI W ŚWIETLE SPRAWOZDAŃ ZA LATA 1926 i 1927.

Kasa Chorych m. Łodzi, która pod względem wielkości zajmuje pierwsze miejsce po Kasie warszawskiej, ogłosiła sprawozdanie za rok 1927.

Sprawozdanie roczne jednej z największych Kas w Polsce zasługuje na specjalną uwagę. Z tego też względu, zanim przystąpimy do rozpatrzenia bilansów i rachunków obrotowych, zanotujemy niektóre dane o warunkach, w jakich ta instytucja pracuje.

Kasa Chorych m. Łodzi terytorjalnie obejmuje nietylko samą Łódź (jak to wynika z nazwy), lecz i cały powiat łódzki z uprzemysłowionemi ośrodkami: Zgierzem, Aleksandrowem, Konstantynowem i Rudą Pabjanicką, w których to miastach znajdują się jej filje — Oddziały Powiatowe.

Około 90% ubezpieczonych w Kasie łódzkiej zatrudnia przemysł włókienniczy, to też stan finansowy instytucji całkowicie uzależniony jest od konjunktur w wymienionym przemyśle, który, jeśli chodzi o pojemność rynku pracy, ulega stale dużym wahaniom.

Kasa Chorych m. Łodzi liczy sześć lat istnienia.

Jak wynika ze sprawozdania za rok 1927, działalność Kasy w tym okresie odbywała się w znacznie pomyślniejszych warunkach, niż w roku 1926. Zasadnicza różnica przy porównaniu tych warunków polega na tem, że rok 1926 był rokiem częściowego bezrobocia, wskutek stopniowego zmniejszania się wielkiego kryzysu w przemyśle włókienniczym z roku 1925, podczas gdy w roku 1927 przemysł łódzki pracował intensywnie.

Działalność Kasy Chorych w okresie kryzysu gospodarczego, jak i w pomyślnych warunkach ekonomicznych, musi wszak znaleźć odbicie w sprawozdaniach za wymienione okresy roczne. Porównanie przeto obu sprawozdań pozwoli wszechstronniej zapoznać się z **polityką gospodarczą** tej instytucji, niż zwykła analiza bilansu i rachunków obrotowych za każdy okres sprawozdawczy oddzielnie. Materjały, służące do oceny **gospodarki** instytucji, czerpane są ze sprawozdań rocznych, ogłoszonych w „Wiadomościach Kasy Chorych m. Łodzi" Nr. 7—1927 i Nr. 6 — 1928.

W celu zaoszczędzenia miejsca i uproszczenia układu, pozycje porównawcze są podane w następującym porządku: rok 1926/rok 1927.

Stan ubezpieczenia i środki finansowe.

Przeciętna (wyprowadzona z danych miesięcznych) liczba ubezpieczonych wynosiła: 134,990/ 171,425 członków.

Składki (przypis) zł. 14.763.358.81/20,905,373.47, na jednego ubezpieczonego przeciętna składka roczna — zł. 109.37/121.95.

W porównaniu z rokiem poprzednim, w roku 1927 przeciętna liczba ubezpieczonych wzrosła o 27%, ogólna suma składek podniosła się o 42%.

Lecznictwo.

W r. 1926 pomocy ambulatoryjnej chorym udzielano w 7-miu dużych przychodniach, 18 ambulatorjach fabrycznych i 4 przychodniach powiatowych.

W r. 1927, oprócz wymienionych punktów przyjęć uruchomiono dodatkowo 28 ambulatorjów fabrycznych.

Jak wynika ze sprawozdań, działalność lecznicza, wyrażona w danych liczbowych przedstawia się następująco:

Pomoc ambulatoryjna.	1926	1927	na 1 ubezpiecz.	
Porady lekarskie.	1.003.167	1.339.510	7,4	7,8
„ felczerskie	217.104	246.350	1,7	1,4
„ dentystyczne	217.923	331.313	1,6	1,9
Pomoc obłożnie chorym.				
Wizyty lekarzy do domów . .	193.479	254.023	1,4	1,5
„ felczerów do domów .	424.483	37.084	3,1	0,2
Pomoc pogotowia.				
Z powodu nagłych zachorowań i wypadków . . wezwań	16.070	22 539	0,11	0,13
Z powodu komplikacyj i zachorowań ciężarnych wezwań	3.558	4.820	0,03	0,03
	2.075.784	2.235.639	15,34	12,95

Pomoc akuszeryjna.	1926	1927
Porodów	9.320	9.674
Leczenie szpitalne.		
W szpitalu przebywało chorych	7.270	10.380
W ciągu dni	157.872	246.387
Przeciętny pobyt w szpitalu dni.	21.7	23.7
Zasiłki.		
lość dni zasiłkowych.	(?)	1.625.454
Na jednego ubezpieczonego dni	(?)	9,5

Leczenie klimatyczno-zdrojowe.

Chorych wysyłano (dorosłych i dzieci) do następujących miejscowości kuracyjnych: Busko, Inowrocław, Szczawnica, Krynica, Wodzisław, Smukała, Bystra, Chojny, Rabka, Łagiewniki, Zakopane, Miedzeszyn, Halerowo, Anin, Grzybów, Goczałkowice, Solec, Truskawiec i Tuszynek (sanatorjum Kasy).

Z leczenia klimatyczno - zdrojowego korzystało 1.755/2.175 kuracjuszy (wzrost o 24%). Przeciętny pobyt kuracjusza w uzdrowisku — dni 31/46, (czas kuracji przedłużono o 48%).

Zakład Roentgenowski.

W dziale leczniczym dokonano 4.464/4.673 naświetlań 698/1.936 osobom. W dziale rozpoznawczym prześwietlono 5.576/10.728 osób. Wykonano 9.013/11.510 prześwietleń oraz dokonano 6.349/6.596 zdjęć z 4.478/5.646 osób.

Fizykalna terapja.

W Zakładzie przyjęto 11.664/5.953 osób, którym wykonano 80.430/68.299 zabiegów.

Zakład bakterjologiczny.

W Zakładzie wykonano ogółem 50.660/73.061 badań i 8.465/13.928 zabiegów.

Apteki:

Kasa posiada 5 aptek w Łodzi i jedną w Zgierzu.

Razem leków prostych i złożonych wydano 1.496.022/2.300.456.

Na podstawie powyższych danych statystycznych z działu lecznictwa można już sformułować dość trafne wnioski o charakterze finansowo - gospodarczym i skonstatować, **że dorobek gospodarczy instytucji w stosunku do bardzo pomyślnej sytuacji finansowej** w roku 1927, właśnie w tym okresie sprawozdawczym **będzie minimalny.**

W r. 1927 **ilość porad ambulatoryjnych** nietylko że się stosunkowo nie obniżyła w związku z polepszeniem się warunków materjalnych członków Kasy, a przeciwnie — **wzrosła** w stosunku jakgdyby **do dochodów** Kasy.

Pomoc w nagłych wypadkach za oba okresy sprawozdawcze co do ilości wezwań różni się niewiele: ilość wezwań pogotowia wypadkowego na jednego ubezpieczonego przypada 0,11/0,13 — na pogotowie położnicze przypada wezwań 0,03/0,03.

Wizyty do obłożnie chorych: ilość wizyt lekarskich nie zwiększyła się, natomiast ilość wizyt felczerskich znacznie spadła, co wymownie świadczy o doskonaleniu pomocy udzielanej obłożnie chorym.

W tym dziale pomocy jaskrawo uwydatnił się wpływ poprawy warunków ekonomicznych w roku 1927 w porównaniu z okresem kryzysowym r. 1926. Kiedy na 1 ubezp. w r. 1926 przypadało aż 4,5 wizyt do obłożnie chorych (licząc łącznie wizyty lekarskie i felczerskie), to w r. 1927 ilość ta spadła do 1.7 wizyty. I tylko dzięki temu spadkowi wizyt do obłożnie chorych Kasa łódzka statystycznie potwierdza zasadę: **bezrobocie zwiększa chorobowość.** Bo chociaż **ruch chorych ambulatoryjnych w r. 1927 się wzmógł ponad normę przyrostu ubezpieczonych,** zamiast w porównaniu z r. 1926 procentowo się zmniejszyć, to jednak, dzięki spadkowi wizyt do obłożnie chorych, obniża się przeciętna wszystkich kategoryj porad i wskutek tego dane za oba okresy sprawozdawcze przedstawiają się następująco: ilość wszystkich kategoryj porad na jednego ubezpieczonego w roku 1926 wynosiła 15, w r. 1927 — 13.

Leczenie szpitalne. Wzrost liczby chorych umieszczonych w szpitalach odpowiada wzrostowi ilości ubezpieczonych. Ponieważ, jak wynika ze sprawozdań, brak dostatecznej ilości łóżek szpitalnych nie pozwala Kasie w miarę potrzeb korzystać ze szpitali — granica kosztów szpitalnych temsamem staje się nieprzekraczalną.

Leczenie klimatyczno - zdrojowe w r. 1927 poważnie rozszerzono: liczba kuracjuszy w porównaniu z r. 1926 wzrosła w stosunku do wzrostu liczby ubezpieczonych i dochodów Kasy. Wzrost ten usprawiedliwiony.

Nad danemi statystycznemi zakładów specjalnych (roentgenowskiego, fizykalnej terapji, bakterjologicznego) nie zatrzymuje się, gdyż o ich pracy świadczą liczby wprawdzie bardzo charakterystyczne dla oceny rozwoju tych zakładów kasowych, ale nie dające podstawy do supozycyj bezpośrednich **o wpływie** wyników ich pracy **na gospodarczą dziedzinę działalności Kasy.**

Leki. Biorąc okrągło, w r. 1926 udzielono 2.076.000 porad i wydano 1.496.000 recept, czyli na 1 poradę przypada 0.7 recept. Praktyka kasowa wykazuje, że celowa ilość przepisywanych lekarstw zamyka się w granicach 0,5 — 0,6 na jedną poradę. A więc w r. 1926 ilość wydanych leków przekracza nieco tę granicę. W r. 1927 tamy zostały przerwa-

ne: na 2.236.000 porad, wydano 2.300.000 recept, na każdą więc poradę przypada zgórą 1 recepta. A ponieważ ilość osób leczonych stanowi ⅓ liczby porad, z łatwością wyliczyć można, że na 1 pacjenta w roku 1927 przypada aż 3,08 recepty (2.236.000 porad : 3 = 745.333 pacjentów × 3,08 recepty = 2.295.626 recept) podczas gdy w r. 1926 przeciętnie każdy chory otrzymał 2,1 recepty. Jeżeli więc przyjmiemy, że przeciętna wartość leku w obu okresach sprawozdawczych była jednakowa, to zgóry można przewidzieć, że dotychczasowa przeciętna kosztu leków na jednego ubezpieczonego wzgl. chorego podskoczyła jeszcze o 50%.

Zasiłki. Ponieważ w sprawozdaniu za r. 1926 nie podano ilości dni zasiłkowych — brak podstawy do porównań. Rozpatrzmy więc rok 1927.

Ilość dni zasiłkowych wynosi 1.625.454, a na jednego ubezpieczonego przypada 9,5 dni zasiłkowych (1.625,454 : 171,425 = 9,5. W sprawozdaniu Kasy mylnie obliczono na 8,8 dni). Przeciętna 9,5 dni zasiłkowych wykracza poza normalną granicę okresu zasiłkowego. Przy zastosowaniu „arytmetyki kasowej" ustalimy co następuje: skoro ilość niezdolnych do pracy **normalnie** nie powinna przekraczać 36% ubezpieczonych, to Kasa łódzka w okresie sprawozdawczym liczyłaby 61.713 niezdolnych, a ponieważ przeciętny okres chorobowy normalnie trwa do 3-ch tygodni, to w okresie rocznym liczba dni zasiłkowych sięgać może cyfry 1.295.973 dni. Jednak ogólna liczba dni zasiłkowych jest wyższa o 329.481, czyli zgórą o 25% **ponad normę** i to nie w okresie bezrobocia, **a w okresie intensywnej pracy zakładów przemysłowych,** w których ubezpieczeni są zatrudnieni.

Z powyższych wyliczeń wypływa nieomylny wniosek: suma wydatków na zasiłki w r. 1927 przekroczy znacznie normę, a wzrośnie niepomiernie do objektywnych warunków działalności (a niekoniecznie — do dochodów).

Ogólny sąd o skutkach finansowania **takiego planu** działalności leczniczej, sąd oparty wyłącznie na zanalizowaniu materjału statystycznego musi wypaść następująco: **wydatki tego działu w ostatnim** okresie sprawozdawczym **nie mieściły się w granicach normalnych potrzeb lecznictwa, a całkowicie dostosowane były do zwiększonych dochodów Kasy, a nawet je przerosły.**

Gospodarka finansowa.

Z kolei przejdziemy od wniosków ogólnych do faktów konkretnych.

Obraz finansowej gospodarki całkowicie umożliwia wydanie oceny krytycznej o działalności instytucji. Od odpowiedniego czerpania ze źródeł dochodowych i przemyślanego planu dysponowania środkami finansowemi uzależniona jest nietylko możność terminowego pokrywania zobowiązań stałych, gromadzenie rezerw bieżących na wypadek wydatków nieprzewidzianych, ale w całości uzależnione jest tempo dorobku gospodarczego, słowem — gospodarczy rozwój instytucji.

Wyłącznem źródłem dochodów Kas Chorych— to składki ubezpieczeniowe. Wielkość dochodów, pochodzących z innych źródeł, jest raczej przypadkowa i dla tego tych pozycyj nie będziemy szczegółowiej rozpatrywali. Dochody ze składek są ustawowo i statutowo ograniczone, podczas gdy rozciągłość granicy wydatków jest bardzo wielka i dlatego przedewszystkiem **wydatki świadczą o wartości finansowej gospodarki** Kas Chorych.

Wyczerpywanie **do dna** środków pieniężnych w pomyślnych warunkach finansowych **na nadmierne** zwiększanie wydatków na świadczenia, nie znajduje usprawiedliwienia, tak, jak nadmierne ograniczanie tych wydatków w warunkach odmiennych. Polityka finansowa Kas nie powinna zamykać się w granicach rocznych okresów sprawozdawczych: Kasy mają nietylko potrzeby dnia dzisiejszego, ale i cele, ukazujące się w perspektywie lat odległych. I pod tym kątem należy rozpatrywać gospodarkę finansową Kas Chorych.

Dochody.

Składki	14.763.359	20 905.373	Uwaga: Kwoty zaokrąglone do złotego (bez groszy).
Kary	15.043	57.429	
Różne	426.525	654.119	
Procenty	62.988	633.798	
Razem zł.	15.267.915	22.250.719	(Wzrost o 46%)

Wydatki.

Świadczen'a.			Wzrost ubezp. o 27% „ dochod. o 46% Wzrost świadcz. o
Zasiłki pieniężne . .	3.426.104	6.598.461	90%
Pomoc lekarska, szpitalna, leki, kąpiele	5.741.617	9.687.375	69%
Wydatki pośrednie. .	539.985	846.327	57%
Razem zł. .	9.707.706	17.132.163	77%
Wydatki administracyjne.			
Personel	1.079.875	1.317.122	21%
Dyrekcja	57.300	67 797	20%
Rzeczowe	122 408	191 653	57%
Władze Kasy. . . .	50.167	88.884	77%
Razem zł. .	1.309.750	1.665.456	27%

Z porównania wydatków świadczeniowych wynika, że **zbyt przerosły** one stosunek procentowy zwiększonych dochodów (46%). Że w okresie częściowego bezrobocia w r. 1926 odsetek wydatków na świadczenia mógł się podnieść ponad normę, jest to zjawisko całkiem zrozumiałe: podczas kryzysu w przemyśle Kasa w pewnej mierze zastępuje ubezpieczenie na wypadek bezrobocia. Ale, że w roku 1927 w liczbach stosunkowych wydatki na świadczenia wzrosły **ponad normę** przyrostu ubezpieczonych, a najważniejsza — **dochodów Kasy,** świadczy to, że **niemal całą nadwyżkę dochodów nad wydatkami wyczerpywał do dna dział lecznictwa:**

Dochody Kasy w r. 1927 w porównaniu z rokiem poprzednim **wzrosły o zł. 6.982.804, a wydatki na świadczenia zwiększyły się o zł. 7.324.457,** czyli przekroczyły wzrost dochodów o 341.653 zł. I właśnie ekspozycja i porównanie tych liczb przy jednoczesnem porównaniu warunków niepomyślnych w roku 1926 i bardzo pomyślnych w r. 1927 pozwala mówić **o nadmierności** wydatków świadczeniowych.

Oczywiście, że zestawienia procentowe poszczególnych wydatków do ogólnej kwoty dochodów i wydatków w latach 1926 i 1927 nie uplastycznią tak wyraźnie charakterystycznych cech gospodarki finansowej instytucji, bowiem zestawienia te dają tylko buchalteryjny obraz stosunku jednych wiel-

kości do drugich bez odzwierciadlenia warunków, w jakich te wielkości się kształtowały. Ale nawet i te zestawienia są dość wymowne:

Stosunek procentowy.

	Do dochodów		Do wydatków	
	r. 1926	r. 1927	r. 1926	r. 1927
Zasiłki pieniężne	22.44	29.66	30.41	33.84
Pomoc lekarska	37.60	43.54	50.95	49 68
Wydatki pośrednie	3.54	3.80	4.79	4.35
Ogółem świadczenia . .	63.58	77.—	86.15	87 87

Łatwiej byłoby komentować przyczynę tych różnic, gdyby stosunek ten był akurat odwrotny w pierwszym i drugim okresie sprawozdawczym.

Zaznaczyć jednak trzeba wyraźnie, że tak w roku 1926, jak w r. 1927 wydatki świadczeniowe mieszczą się **jeszcze** w normatywnych ramach procentowych świadczeń, z tą atoli różnicą, że w roku 1926 wydatki te w stosunku do warunków są umiarkowane, a w r. 1927, również w porównaniu z objektywnemi warunkami, są wygórowane do tego stopnia, że gdy **tempo ich wzrostu nie będzie w porę zahamowane, to zbilansowanie książkowe dochodów — wydatków możliwe będzie tylko przy wykazaniu niedoboru już w przyszłym okresie sprawozdawczym.**

Abstrahując natomiast omawianą część sprawozdania od całości polityki gospodarczej, można stwierdzić, że Kasa łódzka, która stale utrzymuje wysoki poziom świadczeń, w r. 1927 świadczenia podniosła do takich granic, do jakich w warunkach **niedeficytowej** gospodarki świadczenia podnieść się mogą.

A terazrzućmy okiem na zestawienie wydatków administracyjnych.

Najpoważniejsza pozycja — wydatki personalne — w r. 1927 do 1926 zwiększyła się o 21%, przy wzroście ubezpieczonych o 27%. Stosunek ten mniej więcej odpowiada konieczności, bowiem jak przy spadku liczby ubezpieczonych i dochodów nie można w odpowiednim stosunku zmniejszyć wydatków personalnych, tak samo i przy wzroście liczby ubezpieczonych i dochodów nie zachodzi potrzeba podniesienia wydatków personalnych, w stosunku, odpowiadającym procentowi tego wzrostu. To też **koszty personalne,** wynoszące w r. 1926 7.07, **spadły** do 6.75 w r. 1927, a ogólne koszty administracyjne z 11.18 do 8.08%. Spadek ten jest spowodowany wzrostem dochodów i nie jest tak wielkim, aby można było wnioskować, że administracja w roku 1927 potaniała.

Koszta ogólne:			wzrost dochodów o 46%	wzrost koszt. o
Składki na Okr. Związek . . .	Zł.	188.857	367.147	95%
Koszty wydaw. „Wiadomości" .	„	7.622	9.844	30%
Różne	„	28.037	187.575	213%
Amortyzacja	„	25.845	139.070	453%
	Zł.	250.341	703.636 =	181%
Fundusz zapasowy:				
10% składek	„	1.476.336	2.089.262	
Kary	„	15.042	57.429	
	Zł.	1.491.378	2.146.691 =	45%
Nadwyżka:	Zł.	2 508.736	604.774	spadek do 24%

W kosztach ogólnych „Składki na Okręgowy Związek" wzrosły ponad normę zwiększonych dochodów ze składek ubezpieczeniowych dlatego, że w r. 1927 podniesiono składkę związkową z 1½% na 3%, pozatem znacznie podskoczyły koszta „różne". Pozostałe pozycje nie wymagają wyjaśnień.

Fundusz zapasowy za oba okresy operacyjne powiększony został o pełnych 10% odpisów od sumy wymierzonych składek plus kary.

W r. 1926 osiągnięto zł. 2.508.736 nadwyżki, stanowiącej 16.43% dochodów, a wysokość ta równa się przeciętnemu wpływowi za 8½ tygodni roku operacyjnego.

W r. 1927 osiągnięto nadwyżki 604.773 zł., która wynosi 2.7% dochodów i równa się 1.4% tygodniowemu przeciętnemu wpływowi.

Minimalna nadwyżka w r. 1927 w razie najlżejszego kryzysu w przemyśle nie pokryłaby nawet częściowo skutków chwilowego zmniejszenia się dochodów i okres operacyjny mógłby być zamknięty niedoborem.

Ten nieco osobliwy wynik osiągnięty w r. 1927 jest najlepszem odzwierciadleniem charakterystycznych cech umiaru i swobody w uskutecznianiu wydatków.

Bilanse.

Suma bilansowa w r. 1926 zł. 8.499.172, w roku 1927 — zł. 12.496.693.

Jeżeli chodzi o porównanie poszczególnych pozycyj obu bilansów w stanie czynnym i biernym, to zachodzi między niemi tylko ta różnica, że aktywa i pasywa zestawione w końcu r. 1927 powiększyły się w odpowiednim stosunku, z wyjątkiem oczywiście pozycyj nadwyżek. Nawet i nieco inne ustosunkowanie się tych pozycyj w r. 1927 — nie ma istotnego znaczenia po stwierdzeniu faktu, że stan posiadania w stosunku do rachunku obrotowego nie zwiększył się w takim stopniu w r. 1927 jak w roku 1926.

To też tylko pobieżnie omówimy bilans za ostatni okres operacyjny, a zatrzymamy się wyłącznie na tych pozyciach, które są najistotniejsze.

Zaległe składki wynoszą, biorąc okrągło, zł. 5½ miljona, a zaległość ta równa się przypisowi składek za 3 miesiące. Zaległości, jak widzimy, dość duże. Widać z tego, że trudności w ściąganiu zaległych składek są znaczne.

Majątek własny (fundusze: zapasowy i amortyzacyjny) wynosi okrągło 10 i ćwierć miliona złotych, a znajduje odpowiednik w następujących aktywach:

Środki obrotowe:			
Gotówka . . . . zł. 115.636			
Portfel . . . . . zł. 351.271	zł.	466.907	4 1/2%
Zapasy:	„	1.153717	18%
Nieruchomości . .	„	2.368.032	22 1/2%
Majątek ruchomy .	„	890.782	8 1/2%
Zaległe składki . .	„	5 641.828	53 1/2%
	zł.	10.544.266	100

Jak wynika z powyższego zestawienia około 40% majątku Kasy (środki obrotowe, zapasy i składki zaległe za ostatni miesiąc, czyli ⅓ ogólnej zaległości) ulokowano w środkach płynnych — łatwych do uruchomienia. Ponieważ wydatki Kasy, według rachunku obrotowego za rok 1927, wynoszą ponad pół-

tora miljona miesięcznie, ten rodzaj lokaty gwarantuje Kasie 2½ miesięczne prowadzenie instytucji (pokrywanie ustawowych zobowiązań) bez korzystania z wpływów bieżących okresu następnego.

W lokacie 60% majątku Kasy musimy rozróżnić nieruchomości i ruchomości (30%), jako fundamentalną podstawę gospodarczą, oraz ⅔ zaległych sk.adek (30%), jako fundusze, umożliwiające w miarę ich uruchomienia dalsze rozszerzenie fundamentalnych podstaw instytucji.

Rozpatrując tak bilans stwierdzić musimy, że:

1) **utrzymanie płynności środków obrotowych w wysokości 40%, biorąc pod uwagę względy praktyczne, (ogólny brak kapitałów) — jest mierne;**

2) **dotychczasowy dorobek majątkowy Kasy jest dobrze zabezpieczony.**

KRONIKA.

WSPÓŁPRACA KAS CHORYCH Z INSPEKCJĄ PRACY.

Zainicjowane przez Zarząd Zw. Państw. stałe porozumienie i współpraca tych instytucyj zaczyna przybierać formy realne. Dnia 10 października b. r. odbyła się w Okręgowym Związku Kas Chorych w Poznaniu konferencja przedstawicieli tego Związku z Okręgowemi Inspekcjami Pracy w Poznaniu i w Toruniu celem opracowania wytycznych tej pracy na terenie b. dzielnicy pruskiej. W wyniku dłuższych narad uchwalono:

1) Na podstawie art. 6 ustawy z dnia 2.VII 1924 r. o pracy młodocianych i kobiet (Dz. Ust. nr. 65 poz. 636), młodocianych przyjmować wolno do pracy, jeżeli przedstawią świadectwo lekarza, wskazanego przez inspekcję pracy, że dana praca nie przekracza sił młodocianego, wobec tego Kasy Chorych wymagać będą od każdego młodocianego świadectwa lekarskiego, stwierdzającego zdolność młodocianego do danej pracy.

Inspektoraty Pracy zaś wydadzą zakaz przyjmowania młodocianych bez świadectwa lekarskiego od dnia 1.XI 1928. Badania wstępujących do pracy przeprowadzać będą Kasy za pośrednictwem swoich lekarzy.

Koszta badań, do wykonywania których Kasy ustawowo nie są zobowiązane, stanowić będą przedmiot rozliczenia pomiędzy Kasami a Inspektoratami.

W większych przedsiębiorstwach, przeprowadzających badania młodocianych własnym kosztem, system dotychczasowy pozostawia się, a Kasy Chorych rezygnują z dodatkowych świadectw.

Inspektoraty Pracy podadzą Kasom za pośrednictwem Związku Kas Chorych wykaz instytucji, które badają młodocianych na własny koszt.

Młodocianych, którzy obecnie są już zatrudnieni, badać się będzie tylko wtedy, jeżeli pracują krócej niż pół roku. Innych młodocianych pozostawi się w dotychczasowych warsztatach pracy, jeżeli normalna inspekcja tych warsztatów nie ustali wpływu szkodliwego danej pracy na organizm młodocianego.

Okręgowi Inspektorzy Pracy podadzą dane liczbowe, dotyczące młodocianych w poszczególnych ośrodkach przemysłowych, a mianowicie: w Wielkopolsce — Poznań, Bydgoszcz, Inowrocław, Krotoszyn, Leszno, Rawicz, Chodzież, Ostrów, Wągrowiec, Pleszew, Kościan i Luboń.

Na Pomorzu — Chełmża, Brodnica, Lubawa, Kartuzy, Toruń, Świecie, Chełmno, Wąbrzeźno, Wejherowo, Grudziądz, Tczew, Starogard, Gdynia, Chojnice.

2) Badania perjodyczne młodocianych przeprowadza Kasa Chorych przez swych lekarzy wówczas, kiedy Inspektor Pracy wskaże młodocianemu na szkodliwość jego pracy dla zdrowia.

Koszta tych badań z uwagi na to, że młodociany jest wówczas z tytułu swego zatrudnienia ubezpieczony, ponosi Kasa Chorych.

3) Inspektorowie Pracy i Kasy Chorych zobowiązują się wzajemnie zawiadamiać o wypadkach chorób zawodowych, których spis znajduje się w dzienniku Ustaw nr. 78/27 r. a to celem zastosowania środków ochronnych.

4) Każdy wypadek masowego zachorowania, powstałego na tle pracy w przedsiębiorstwach, komunikuje Kasa Chorych Inspektorom Pracy.

5) Każde zgłoszenie do K. Ch. młodocianego, który nie ukończył 15 lat, wzgl. zgłoszenie do Kasy kobiet, przyjętych do wykonywania prac wzbronionych ustawowo, komunikuje Kasa Chorych Inspektorom Pracy, którzy ze swej strony wydadzą zakaz pracy.

6) Celem umożliwienia udzielania doraźnej pomocy lekarskiej w nagłych wypadkach przy pracy w większych fabrykach, Kasy Chorych zakładać będą podręczne apteczki za zwrotem własnych kosztów. Do pokrycia tych kosztów powołani są odnośni pracodawcy oraz Ubezpieczalnia Krajowa na mocy właściwych przepisów Niemieckiej Ordynacji Ubezpieczeniowej.

O fakcie założenia apteczki w przedsiębiorstwie donosić będzie Kasa Chorych Inspektorom Pracy.

7) Inspektorzy Pracy informować będą Kasę Chorych o istnieniu niebezpieczeństwa chorób zawodowych w przedsiębiorstwach, których spis podadzą Inspektorzy.

Na wypadek częstszych zachorowań, Kasy odbywać będą konferencję z Inspektorami celem zapobiegania chorobom.

Wreszcie lekarze naczelni Kas Chorych komunikować będą Inspektorom swoje spostrzeżenia, dotyczące zwalczania chorób zawodowych.

W końcu postanowiono, utrzymać pomiędzy Kasami Chorych a Inspektorami jaknajściślejszy kontakt, co niewątpliwie przyczyni się do usunięcia wielu zachorowań i ułatwi kontrolę nad przedsiębiorstwami, nieprzestrzegającemi przepisów o ochronie i bezpieczeństwie pracy

KURSY DLA KIEROWNIKÓW PRZYCHODNI PRZECIWJAGLICZYCH.

W celu podniesienia i przygotowania lekarzy powiatowych i samorządowych, zwłaszcza kierowników przychodni przeciwjaglicznych i przychodni ogólnych rejonowych w zakresie akcji zwalczania jaglicy, Minister Spraw Wewnętrznych (Dapartament Służby Zdrowia) urządza w czasie od 12.XII do 20.XII 1928 w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie III-ci kurs trachomatologji z uwzględnieniem społecznej organizacji walki z jaglicą.

W programie kursu przewidzianych jest 20 godzin wykładów teoretycznych i 30 godzin zajęć praktycznych na oddziałach ocznych i w przychodniach przeciwjaglicznych.

Wykłady teoretyczne obejmują następujące przedmioty:

Zadania lekarza w walce z chorobami społecznemi	— 1 godz.
Higjena oka	— 1 „
Etjologja jaglicy	— 1 „

Symptomatologja jaglicy	— 2 godz.	Organizacja walki społecznej z jaglicą	— 2 godz.
Patogeneza jaglicy	— 2 „	Zadania przychodni przeciwjagliczej	— 1 „
Epidemjologja jaglicy	— 1 „		
Statystyka jaglicy	— 1 „	Razem	20 godz.
Leczenie nieżytów spojówki	— 2 „		
Współczesne metody leczenia jaglicy	— 1 „		
Leczenie ambulatoryjne jaglicy	— 1 „		
Leczenie szpitalne jaglicy	— 1 „		
Metodyka i technika badań	— 1 „		
Profilaktyka jaglicy	— 2 „		

Liczba uczestników kursu została ograniczona do 40. Kandydaci winni przeto przed 15 listopada złożyć podania o przyjęcie do Państwowej Szkoły Higjeny w Warszawie, ul. Chocimska 24, skąd też otrzymają zawiadomienie o decyzji.

Szczegółowy program kursu zostanie podany do wiadomości przez Państwową Szkołę Higjeny.

KSIĄŻKI I CZASOPISMA.

„NOWINY SPOŁECZNO-LEKARSKIE" ukazują się od dn. 1 lipca b. r. w nowej szacie jako organ oficjalny Związku lekarzy P. P. pod redakcją Dr. Bujalskiego. Nie referowaliśmy dotychczas treści tego pisma: chcąc przedtem ustalić sobie sąd o nim na podstawie kilku chociażby numerów.

W numerze 13 z dnia 1 lipca ukazało credo redakcyjne. Artykuł ten nie mówi nam wiele nowego. A więc stwierdzenie że kwestjonuje się rolę społeczną lekarzy i utrudnia się im działalność. Kto kwestjonuje i kto utrudnia, o tem rekakcja nie pisze. A dalej: „Nie wątpił stan lekarski, że wszystkie warstwy społeczne w interesie własnym same wytworzą stosunki, wśród których ta ciężka, odpowiedzialna praca lekarska, znajdzie najlepsze warunki".

Tutaj już pretensja nieco zbyt wielka. Kto ma stwarzać owe najlepsze warunki" jeżeli nie lekarze sami? Któż u nas w Polsce, jaki zawód, jaka grupa społeczna ma owe „najlepsze warunki". Wystarczy przeczytać choćby kronikę „Nowin Społeczno-Lekarskich" by przekonać się jak wyglądają warunki zdrowotne, a statystyka urzędowa mówi, jakże często, o warunkach gospodarczych w jakich żyją znacznie liczniejsze grupy społeczne aniżeli „stan lekarski". Nie oznacza to oczywiście, byśmy nie rozumieli i boleli nad materjalnym stanem lekarzy. Jednak nie można tego zagadnienia wyodrębniać z ogólnej sytuacji gospodarczej ludności całej R. P.

„Kampanja prowadzona bardzo intensywnie przeciwko lekarzom przez szereg lat, starała się drogą zniszczenia materjalnych podstaw lekarskiej egzystencji podporządkować lekarzy nie idei, której wiernie służyli, a interesom poszczególnych grup. Starano się sprowadzić rolę lekarza w zagadnieniach zdrowia publicznego do roli wykonawcy cudzych nieudolnych, bo nie opartych na nauce, pomysłów, z oczywistą szkodą dla Narodu i Państwa".

Wszelka krytyka jest słuszna, jeżeli kieruje się w sposób zdecydowany przeciw szkodom jakie objaw krytykowany wyrządza danej grupie. Słabą zaś stroną każdej krytyki jest jej anonimowość. Dlatego pytamy kto „podkopał egzystencję" kto starał się „podporządkować lekarzy nie idei... a interesom pewnych grup? Redakcja oskarża tak ogólnie, że nie można chyba uważać za odpowiedź następującego stwierdzenia.

„Kampanję prowadzono wytrwale. Niedość, że nałożono na stan lekarski ciężary, nieznane w innych zawodach, bez jakiegokolwiek ekwiwalentu, niedość że usunięto go zupełnie od lecznictwa olbrzymich mas ludności, ale posunięto się nawet do pomysłów ograniczenia konstytucją gwarantowanej swobody pracy, do ograniczeń wolności obywatelskiej. Akcja, prowadzona przeciw lekarzom, przez grupy ludzi, mających egoistyczne cele na oku, miała jeden dodatni skutek; uświadomiła ona bowiem cały stan lekarski, że musi jaknajprędzej zorganizować się dla obrony nie tylko swego prawa do życia, ale w pierwszym rzędzie dla obrony swej misji społecznej, poważnie zagrożonej, tej właśnie misji, której ani wyrzec się ani zniekształcić jej mu nie wolno".

Jak długo redakcja nie zbada przyczyn tego stanu istniejącego zapewne jej zdaniem nie poda sposobów zaradczych, tak długo opisane stosunki będą bezcelowem narzekaniem, które nie potrafią nikogo przekonać.

W innym artykule redakcyjnym (Nr. 19, st. 526/28) znajdujemy taki ustęp:

„Lecznictwo objęło nagle masy i musiało być zorganizowane w ten sposób, by masy mogły z niej korzystać. Zmieniły się więc formy lecznictwa, nie treść jego. Medycyna zapobiegawcza, której świetne zwycięstwo jest faktem niewątpliwym, ujawniła gwałtownie wielkie zadania i potrzeby. Lecznictwo indywidualne zepchnięte do roli uzupełniającej dotychczasowe braki medycyny społecznej, najogólniej pojętej. Bez względu na to, jak kto z nas chce ustosunkować się uczuciowo do tych zjawisk, stwierdzić musimy jego oczywistość i trwałość. Ze stwierdzenia tej oczywistości i trwałości wynikać jednak będzie nasze stanowisko, a mianowicie konieczność dostosowania się lekarzy do niewątpliwie trwałych nowych form społecznych w dziedzinie zdrowotności publicznej".

To już zupełnie inny ton, a nawet inny sposób myślenia. Niestety kończy wszystko na przecinku, a nie jak być powinno, na kropce. Myśl jest niedokończona. Nie wystarczy stwierdzić, iż nastąpiły w dziedzinie opieki lekarskiej, głębokie poważne zmiany. Świat lekarski musi wyciągnąć pewne konsekwencje, nastawić się na nie i liczyć się z realnością tych zjawisk, przedewszystkiem wykazać to czynem.

„Nowiny Społeczno - Lekarskie" nie zaniedbują także informacyj o charakterze sensacyjnym. W notatce zatytułowanej „Doniosła zmiana" (Nr. 18 str. 521) piszą,iż zamierzone jest wprowadzenie w Kasie Chorych m. Warszawy przyjmowanie również i w gabinetach prywatnych i witają to zamierzenie „z radością i z najwyższym uznaniem". Możemy zapewnić redakcję „Nowin Społ. Lek." że nic podobnego w Kasie warszawskiej nie zamierzano, że „radość i uznanie" są przedwczesne.

„LEKARZ POLSKI", pod nową redakcją Dr. Bagdacha umieszcza w Nr. 10 artykuł redakcyjny (niepodpisany) p. t. „Nieporządane objawy", w którem autor stwierdza, iż „Od paru już lat w pewnym odłamie prasy „społeczno - lekarskiej" zapanowały metody walki i krytyki, daleko odbiegające od nakazów bodaj prymitywnej przyzwoitości. Doszło już do tego, że jeżeli ktoś czemkolwiek naraził się odpowiedniemu „koledze", mającemu „warsztat do pisania", to nic go już nie ochroni od najbrutalniejszych napaści i insynuacji a jego przedpokój i kuchnia łatwo stać się mogą niezawodnym źródłem odpowiednich informacji. A trzeba zaznaczyć przy tem, że akcja taka prowadzi się z nadzwyczajną umiejętnością, zaciętością i wprost filigranową perfidją. Niewątpliwie jest to objaw jakiegoś patalogicznego zboczenia, które, niestety, wtargnęło na-

wet do prasy zawodowej, przeznaczonej do obsługiwania ogółu lekarskiego, stojącego przecież na odpowiednio wysokim poziomie kultury intelektualnej i etycznej. Jest to niewątpliwie objaw rozkładu, przejawiający jaskrawo nazewnątrz osłabienie spójni, łączącej niegdyś wszystkich lekarzy w rzeczywistą korporację o jednolitej tradycji i o wspólnych dążeniach. Dożyliśmy widocznie do tego, że ironiczne przysłowie, „medicus medico lupissimus est" staje się zgoła realną ilustracją stosunków między lekarzami. Rozumiemy doskonale, że wśród nas są i zawsze były rozbieżności czy to polityczne, czy społeczne, czy zresztą zawodowe, wypływające nawet z konkurencyjnej walki o byt".

Czas już wielki, by w łonie lekarzy zbudził się odpowiedni zdrowy odruch, czas by w naszej opinji zbiorowej wykrystalizowało się wyraźne i stanowcze „veto" przeciwko demoralizacji, która w postaci insynuacji, oszczerstwa, kłamstwa i wstrętnej samoreklamy, wtargnęła nagle do prasy. Przecież przynosi nam to wstyd nazewnątrz i poniża naszą godność zbiorową, a wewnątrz nas sieje rozłam, nieufność, rozgoryczenie i brutalnie depcze wzajemny szacunek i łączność stanową. Dalecy jesteśmy od zamiaru idealizowania korporacji i rozumiemy dobrze, że śród nas mogą być i są jednostki wręcz występne.

Rozumiemy konieczność i doniosłość walki. Lecz walka ta powinna mieć przedewszystkiem wszelkie gwarancje prawdy i bezstronności. Bez tej gwarancji niema skutecznej walki ze złem, nie może być uzdrowienia".

Przytoczyliśmy główne myśli artykułu. Z przyjemnością stwierdzamy, iż i wśród lekarzy budzi odruch przeciw tonowi jaki zapanował w prasie lekarskiej. Ton ten budzi niesmak tak, że szanujący się człowiek nie odpowiada i przestaje wogóle reagować na zaczepki. Milczenie doprowadza tego rodzaju „publicystę" wprost do szału. Następuje stan nowych kłamstw i oszczerstw. Tylko protest opinji publicznej, bez względu na jej przekonania, może pozbawić tegor odzaju ludzi prawa zabierania głosu w sprawach publicznych.

„**DROGA**", miesięcznik poswięcony sprawie życia polskiego umieszcza w Nr. 7—8 artykuł p. Władysława Studnickiego p. t.: „W sprawie upadku gospodarczego Europy", w którym pisze (str. 702) *„...„Trudności natury politycznej stoją na drodze rozwoju gospodarczego Polski. Nie są to tylko trudności z zakresu polityki zewnętrznej, lecz i wewnętrznej, wywołanej wadami naszego ustroju, polityką podziału, nie liczącą się należycie z interesami produkcji (reforma agrarna, rozbudowa prawodawstwa społecznego i pasożytniczych Kas Chorych, będących przytuliskiem agitatorów partyjnych)*". Podkreślenie nasze. — Red.) Pan Władysław Studnicki jest mężem dużej miary za takiego bowiem sam się uznaje. Był członkiem trzech partji politycznych w ciągu 10 lat, sam zakładał dalsze pół tuzina. Oczywiście był ich przywódcą. Dzisiaj znużony partyjnictwem jest już „bezpartyjny". Czasem, także nastroje bezpartyjne z troską o „interesy produkcji" przychodzą z wiekiem u ludzi, którzy za młodu byli farysami. Można powtórzyć o nim jego własne słowa z pamiętnika („Z przeżyć i walk" str. 257): „Żyłem wówczas w przeszłości i w przyszłości, więc teraźniejszość przechodziła koło mnie, bardzo mało mą uwagę absorbując". Niechże p. Władysława Studnickiego nie absorbuje i dzisiaj teraźniejszość, jak wówczas w r. 1909/10 i niechaj pisze spokojnie tego rodzaju brednie. Dziwimy się tylko, że redakcja poważnego miesięcznika je umieszcza.

TREŚĆ:

Dr. Gustaw Raciążek — Wypadki nieszczęśliwe przy pracy a czynnik ludzki.

Dr. Alfred Krieger — II Zjazd Międzynarodowego Związku Kas Chorych.

Dr. Franciszek Grodecki — W sprawie propagandy na terenie Kas Chorych.

Dr. Henryk Kłuszyński — V-ty Międzynarodowy Kongres lekarski dla chorób zawodowych i nieszczęśliwych wypadków.

Dr. E. Birzowski — Kilka uwag o rozpoznawaniu i lecznictwie.

Stanisław Górniak — Działalność Kasy Chorych m. Łodzi w świetle sprawozdań za lata 1926 i 1927.

Kronika.

Książki i czasopisma.

Prenumerata:

Rocznie . . . . zł. 18
Kwartalnie . . . „ 4.50
Numer pojedyńczy „ 1.50

Cena ogłoszeń:

1/1 strona za tekstem 200 zł.
II, III i IV strony okładki 250 zł.

Redakcja i Administracja: Lwowska 13, telefon 37-61 Konto P.K.O. Warszawa Nr. 51-150

Redaktor: DR. ALFRED KRIEGER. **Wydawca: OGÓLNO - PAŃSTWOWY ZW. KAS CHORYCH.**

Odbito w drukarni „Robotnika", Warecka 7.