

Biblioteka Główna Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu

Artykuł:

Likowski Władysław: Nadzór nad pomocą leczniczą dla pracowników rolnych w województwach poznańskim i pomorskim - a lekarz powiatowy (praca oparta na materiale powiatu Wągrowieckiego)

Źródło:

Zdrowie Publiczne Rok 51 1936 numer 5, strony 492-501

Artykuł udostępniony cyfrowo w ramach zadań projektu pt.

„Digitalizacja i udostępnianie online »Bibliografii gospodarki Wielkopolski 1919-39«

H. Maciejewskiej” (SONB/SP/550684/2022)

Dr. Władysław Likowski.

Nadzór nad pomocą leczniczą dla pracowników rolnych w województwach poznańskim i pomorskim — a lekarz powiatowy.

(Praca oparta na materiale powiatu Wągrowieckiego).

Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 24 października 1933 r. o pomocy leczniczej dla pracowników rolnych, wprowadziło w życie od 1.XI.33 r. art. 212 i 213 ustawy o ubezpieczeniu społecznym. Rozporządzenie to dodało do obowiązków lekarza powiatowego, jako referenta fachowego starostwa, wyszczególnionych w okólniku Nr. 155 Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z dnia 28 grudnia 1926 r. Nr. Z.O. 8728-26, nowy dział t.j. nadzór nad pomocą leczniczą dla pracowników rolnych.

W województwach poznańskim i pomorskim stał się ten dział szczególnie ważnym, gdyż pracownicy rolni dzielnie tych korzystali od roku 1921 ze świadczeń kas chorych, względnie ubezpieczalni społecznych, gdy tymczasem w innych dzielnicach było rolnictwo zwolnione z tych ciężarów.

Rozwój pomocy lekarskiej dla pracowników rolnych w dzielnicach zachodnich był następujący. Przed wojną światową miał pracodawca rolny obowiązek udzielania pracownikowi pomocy położniczej i szpitalnej. Oddzielne punkty kontraktów rolnych wyszczególniały zakres pomocy lekarskiej, trwającej z reguły 13 tygodni, jednakże w praktyce w większości majątków był okres ten dłuższy.

Reichsversicherungsordnung w 1914 r. stworzyła kasy chorych wiejskie. Jednakże majątki większe mogły za zezwoleniem władz administracyjnych wziąć na siebie obowiązek leczenia pracowników rolnych; nie płaciły wtedy składek. W praktyce cała większa własność rolna prowadziła sama leczenie pracowników rolnych.

W 1921 r. rozciągnęło się ustawodawstwo polskie ubezpieczeniowe na wszystkich pracobiorców rolnych w ziemiach zachodnich Rzeczypospolitej. Początkowo kasy chorych były postępem w leczeniu. Ubezpieczony otrzymywał dostateczną pomoc lekarską. Wśród pracodawców rolnych wytworzyła się jednakże ogólna niechęć do kas chorych, przeważnie wskutek wysokich składek. Zachęcano pracobiorców do wykorzystywania nadmiernie kas chorych. Nie dostarczano okazyjnych furmanek dla chorych, udających się do lekarza, naskutek czego wzrasta niepomrotnie ilość wyjazdów lekarza na wieś. Nadużywali

pomocy lekarskiej symulanci, wytwarzała się manja zbierania mas lekarstw, handlowania niemi, na targi i jarmarki zabierano się furmanką, której dostarczał „chory“, otrzymując od kasy chorych zwrot kosztów przejazdu.

Próby kontroli nad ubezpieczonymi z komisjami lekarskimi, ograniczeniami w recepturze i t.p. w niedostatecznej mierze wpłynęły na nadużycia, a powiększyły dystans między rzeczywiście chorym a lekarzem, obniżyły, wykluczając konkurencję lekarską, indywidualną wartość pomocy lekarskiej.

W tej sytuacji został wprowadzony art. 212 i 213 ustawy scaleniowej, a wykonanie tych artykułów określa rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 24 października 33 r. o pomocy leczniczej dla pracowników rolnych.

Rozporządzenie to przywróciło lekarzowi powiatowemu wpływ na leczenie pracowników rolnych, który dawniej posiadał, a nawet zakres nadzoru rozszerzyło.

Dwuletni okres działalności tego nadzoru obowiązuje nas, lekarzy powiatowych do tego, aby zastanowić się nad naszą działalnością w tym okresie, stwierdzić braki pomocy leczniczej dla pracowników rolnych i wysunąć środki zaradcze.

Ustawodawstwo rozróżniło 2 rodzaje pracodawców rolnych: pracodawców, zatrudniających powyżej 5 i poniżej 5 pracowników roln. Ustawodawca przypuszczał, że siły ekonomiczne pracodawcy, zatrudniającego powyżej 5 pracobiorców, są dość duże, aby mógł znieść ciężar pomocy leczniczej nawet w wypadkach długotrwałych chorób zakaźnych, leczenia szpitalnego itp. oraz tę okoliczność, że pracodawca będzie dawał lekarzowi, aptece, położnej i szpitalowi dostateczną gwarancję, że warunków umowy dotrzyma. Ponieważ u pracodawców mniejszych tego domniemania nie było, rozporządzenie przewiduje ustanowienie rejonów lekarskich, położniczych i t. p.

Granica 5 robotników u jednego pracodawcy okazała się w krótkim czasie zbyt niska. 5 pracowników stałych zatrudnia w dzielnicach zachodnich obszar około 50 ha, przyczem uwzględnić należy, że obszar tej wielkości, to osady bardzo często kolonizacyjne, niemieckie. Liczba dzieci w tych rodzinach, a tem samem członków rodziny pracujących na roli, jest mniejsza niż w rodzinach polskich, a tem samem większa liczba kontraktowych robotników.

Dwukrotna klęska posuchy w dzielnicach zachodnich w latach 1934 i 1935 wraz ze stale postępującym spadkiem cen produktów rolniczych obniżyła znacznie zdolność ponoszenia ciężarów społecznych i podniosła słuszną granicę samostanowienia pomocy leczniczej dla

pracowników rolnych do warsztatów rolnych, zatrudniających 20—25 pracowników rolnych.

Samozabezpieczenie pracodawcy rolnego przed nadmiernymi i nieregularnymi świadczeniami przy pomocy leczniczej pracowników rolnych, następuje, zdaniem mojem, dopiero powyżej 25 pracowników stałych, tj. przy obszarach powyżej 250—300 hektarów. Obszary powyżej 1.000 hektarów kalkulują pomoc leczniczą jako stałą pozycję budżetową, ulegającą tylko nieznacznym wahaniom. Wbrew więc przewidywaniom, najwięcej zażaleń, skarg i krzywd dzieje się robotnikom u pracodawców małych.

Odgrywa tutaj rolę także moment psychologiczny. Małorolny na kilku i kilkunastu hektarach ziemi, zatrudniający jednego parobka lub służącą, musi udzielić jej świadczeń na leczenie, z których ani on sam, ani jego rodzina korzystać nie może. Jeżeli gospodarz B. w R. pow. W., posiadający 10 ha ziemi ma zapłacić za leczenie szpitalne jedynej swej służącej 600 zł., to jasnem jest, że w obecnych czasach koszta te obciążają go nadmiernie, że na siebie albo swą rodzinę nigdy tej sumy wydaćby nie mógł, że ustawę będzie uważał za krzywdzącą go, że będzie się starał wszelkimi siłami uchylić się od obowiązków wynikających z ustawy.

Wśród 33 spraw zażaleniowych, jakie wpłynęły do lekarza powiatowego powiatu wągrowieckiego, 15 dotyczyło robotników z małych posiadłości i były one we wszystkich wypadkach uzasadnione; 6 wypadków zażaleń weszło z sekretarjatu związku robotników rolnych i leśnych, a tylko 12 wypadków dotyczyło własności większej. W tym czasie stosunek robotników u poszczególnych pracodawców przedstawia się następująco:

Pracodawców rolnych, zatrudniających więcej jak 25 pracowników, jest 30. Zatrudniają oni robotników 2.776, członków rodzin - - 3.977, razem 6.753, czyli 12,3 proc. ludności powiatu.

Pracodawców, zatrudniających poniżej 25 a powyżej 5 robotników jest 70. Zatrudniają oni 800 pracowników — członków rodzin 1.250, razem 2.050, czyli 3,7 proc ludności powiatu.

Właścicieli rolnych, zatrudniających poniżej 5 pracowników lub obywających się bez pracowników jest, wedle wykazu Zakładu Ubezpieczeń od Wypadków w Rolnictwie, około 4.000, przyczem nie dało się stwierdzić ani ilości robotników u nich, ani ich członków rodziny. Są to jednak pracodawcy, zatrudniający prawie wyłącznie nieznanych robotników, natomiast posiadający sami większe rodziny, do których należy także zaliczyć wymierników na ich tak zwanym wymiarze „do miski“. Oceniam ilość pracodawców ostatniej grupy wraz z członka-

mi rodzin i robotnikami najemnymi na około 10.000 ludności t.j. 18 proc. ludności powiatu.

Z pośród spraw zażalenionych wymieniam kilka, szczególnie charakterystycznych:

1) Niejaka Jadwiga L., u której okulista z Poznania stwierdza łuszczkę jagliczą, ma być oddaną do szpitala. Zarząd gminy donosi o tem pracodawcy małorolnemu; ten oświadcza, że Jadwiga L. opuściła miejsce pracy i nie może podać, gdzie się znajduje.

2) Robotnik K. z P. łamie prawą kość łokciową Pracodawca rolny oddaje go w opiekę dwum siostram ewangelickiego zgromadzenia. Dopiero po trzech tygodniach zostaje zmuszony pracodawca rolny do umieszczenia chorego w szpitalu.

3) Na obszarze majątności G. (230ha.), zatrudniającego 16 pracowników rodzi się dziecko robotnikowi rolnemu N. z małym naczyniakiem na policzku. Naczyniak ten gwałtownie rośnie. Na żądanie rodziców, aby udzielono dziecku pomocy leczniczej, pracodawca oświadcza, że „pochodzi to od Boga i musi tak pozostać”. Rodzice udają się do partacza, który wykonuje jakieś zabiegi wypalania, co do których jednak szczegółów nie można stwierdzić. Leczenie zarządzone przez lekarza powiatowego po 4 miesiącach nie może już usunąć naczyniaka obejmującego cały prawy policzek i czoło oraz szpecących blizn.

4) W dwóch wypadkach chorób płuc a) ropniaka jamy opłucnej, b) gruźlicy wymagającej odmy, pracodawcy odmawiają pomocy.

5) Przy poborze rekruta stwierdzono 2 wypadki świadomego zaniedbania leczenia, z których jedno doprowadziło do kalectwa niedającego się naprawić, a którego konsekwencją było z jednej strony trwała niezdolność poborowego do służby wojskowej, z drugiej strony obowiązki trwałych świadczeń rentowych z Funduszu Ubezpieczenia od Wypadków na rzecz kaleki.

W niektórych gromadach, szczególnie niemieckich, potworzyły się organizacje samopomocy rolników, obszarów małych i średnich, pokrywających drogą repartycji kosztu pomocy lekarskiej i szpitalnej, przekraczające 20 zł. Kosztu przewozu lekarza i pacjenta ponosi pracodawca. Przeglądając kalkulację tych ubezpieczeń, stwierdzić należy, że kosztu pomocy lekarskiej we wszystkich działach razem, a więc na większe wydatki, lekarza, szpital, kosztu przejazdu, pomoc położniczą i apteczną wynosi około 35 — 40 proc. dawniejszych świadczeń dla Ubezpieczalni Społecznych. Z 4 takich związków w powiecie wągrowieckim nie wpłynęło w ciągu 2 lat żadne uzasadnione zażalenie. Pracownicy są zadowoleni.

W. T. K. R. (Wielkopolskie Towarzystwo Kółek Rolniczych) organizuje zabezpieczenie dla swych członków, zatrudniających do 5 pracowników na koszt szpitalne. Ułożono statut zatwierdzony przez Ministerstwo Skarbu, jednakże dotychczas nie jest mi wiadomem, aby ubezpieczenie to rozwinęło jakąkolwiek działalność.

Na obszarach większej własności rolnej, mianowicie powyżej 250 — 300 ha. przedstawia się sprawa pomocy leczniczej dla pracowników rolnych różnorodnie. Powyżej tego obszaru, a z zupełną stanowczością powyżej 1000 ha rozkłada się ciężar świadczeń pomocy leczniczej tak równomiernie, że jest stałym współczynnikiem w budżecie rocznym bez większych odchyśleń.

Od osobistego nastawienia społecznego pracodawcy, względnie administratora zależy wypełnienie obowiązków, wynikających z pomocy leczniczej dla pracowników rolnych. Z całą bezstronnością stwierdzić trzeba, że istnieją obszary, gdzie pracownik miewa się znacznie lepiej, niżeli za czasów Ubezpieczalni Społecznych. Pomoc lekarska jest dostarczana natychmiast, niema ograniczeń w recepturze, istnieje moment zaufania między lekarzem a pacjentem.

Dobry lekarz umówiony poznaje w krótkim czasie wszystkie rodziny robotnika i cały personel folwarczny, umie odróżnić rzeczywiście chorych od symulantów. Robotnicy rolni wykorzystują okolicznościowe furmanki, celem uzyskania porady lekarskiej, tem samem oszczędzają sami znacznie na kosztach przejazdu. Jeżeli na obszarze majątności S. — 7000 ha., zatrudniającej około 400 pracowników, nie było w ciągu 2 lat żadnego uzasadnionego zażalenia, inspekcje nie stwierdziły uchybień lub zaniedbań, a szpital, lekarz, apteka i położne są punktualnie i dostatecznie opłacane, to bezwarunkowo należy uważać, że pomoc lecznicza dla pracowników rolnych jest w tych majątkach dostatecznie rozwiązana i niema powodu, aby zmienić obecny porządek rzeczy.

Higjenista nowoczesny mógłby mieć tylko pretensje o zorganizowanie środków nowoczesnej profilaktyki i pomoc sanatoryjną dla gruźlików. Tutaj jednak należałoby oczekiwać współpracy większej z samorządem, oraz organizacjami ubezpieczeń długoterminowych, mianowicie ZUS i Ubezpieczalnią Krajową w Poznaniu.

Niestety te wzorowe stosunki nie dotyczą ogółu. Przy badaniu spraw uchybień bardzo trudno nieraz dociec prawdy, gdyż pracownik w obawie utraty pracy sam obawia się zgłosić o pomoc leczniczą, aby nie narazić się pracodawcy. Stwierdza się na przykład na podstawie szkolnej listy nieobecności, że dzieci pewnych rodzin robotników folwarcznych nie uczęszczały dłuższy czas do szkoły. Stwierdzenie to nas-

tępuje zreguły wtedy, gdy zjawiają się wypadki błonicy lub innych chorób zakaźnych w rodzinach poza folwarkiem np. u nauczyciela, urzędnika pocztowego i tp. Dochodzenie epidemiologiczne wykazuje wówczas u dzieci nieobecnych w szkole wypadki łuszczenia się, powiększenia gruczołów i tp. a pozatem częste świeże wypadki błonicy lub płonicy. Służba folwarczna i tp. tłumaczą wówczas, że dzieci chorowały tylko na gardło, a nie na jakąś zaraźliwą chorobę. Pracownicy tłumaczą się, że dzieci nie były ciężko chore i że obawiali się robić nadmierne koszta pracodawcy.

Rozporządzenie przewiduje apteczki podręczne dla pracodawców rolnych, zatrudniających ponad 5 pracobiorców. Wobec tego interpretuje się rozporządzenie w ten sposób, że fakt posiadania apteczki uprawnia do korzystania z niej i do stosowania środków w niej zawartych w różnych chorobach, aż się okaże, że nastąpiło pogorszenie.

Pozatem pielęgniarzki z ukończonemi kursami lub bez kursów, zatrudnione u pracodawców, lub przez nich popierane, świeckie lub klasztorne, dalej żony pracodawców, nauczycielki, oficjaliści leczą robotników własnymi metodami. Stwierdzono w pewnym wypadku, że młody urzędnik gospodarczy nie chciał odsyłać chorych kobiet i dziewcząt do lekarza, zanim sam nie zmierzył im gorączki.

Choroby weneryczne, szczególnie kiła, dają pretekst pracodawcy do oburzenia („choroba przecież nie jest skutkiem pracy w moim majątku“) i do odmawiania pomocy lekarskiej.

Szczególne warunki powstają wtedy, jeżeli więksi pracodawcy rolni zrzeszają się, aby zaangażować wspólnego lekarza. Wybór nie pada nieraz na najzdatniejszego, lecz na najwygodniejszego, który idzie na rękę pracodawcom, mianowicie w dziedzinie szpitalnictwa i receptury.

Rola lekarza powiatowego w tych sytuacjach jest bardzo trudna, gdyż pracodawca, zawarłszy umowę z lekarzem i położną, uczynił załość wymaganiom ustawy.

§ 22 Rozporządzenia o pomocy leczniczej daje co prawda lekarzowi powiatowemu możność interwencji w wypadkach uchybień pracodawcy i przy niedostatecznej pomocy lekarskiej, jednakże przy porodach i nagłych wypadkach niema z reguły czasu, aby tę okoliczność stwierdzić, a w razie zawezwania pomocy drugiego lekarza, niemożliwym jest rekonstruować okoliczności tak, aby dojść obiektywnej prawdy i zmusić pracodawcę do dodatkowych świadczeń na rzecz drugiego lekarza. Koszta więc musi ponosić pracownik, względnie zostaje on dłużny przywołanemu lekarzowi.

§ 26 wyraźnie powiada, że pracodawca rolny obowiązany jest do pokrycia kosztów leczenia szpitalnego tylko wówczas, gdy chory przyjęty został do szpitala na życzenie lekarza umówionego. Wyjątki stanowią tylko choroby zakaźne, gdzie lekarz powiatowy decyduje o potrzebie leczenia szpitalnego. W razie braku wiedzy lub niesumienności lekarza umówionego niema możliwości zaradzenia złemu.

Niema żadnej instancji, któraby miała uprawnienie do kwalifikowania lekarza umówionego, a dla pracownika niema instancji, do którejby się mógł odwołać od najniesłuszniejszej decyzji lekarza umówionego. To zagadnienie jest jednym z najczęstszych przedmiotów zażaleń pracowników większych obszarów. Nie można mu nadać toku urzędowania, gdyż pracodawca, wskazawszy lekarza umówionego i opierając się na jego decyzji, jest w zgodzie z ustawą.

Wyraźny cel oszczędzania na pomocy leczniczej stwierdza się przy próbach pracodawców zawarcia z lekarzami umowy, która określa ryczałtowo świadczenia jego na lekarza, aptekę i szpital, cała suma ma być wpłacana lekarzowi, a oszczędności, jakie zrobi na szpitalu i aptece, mają być korzyścią lekarza. Umowy takie, oczywiście nieważne jako sprzeciwiające się dobrem obyczajom, wskazują na mentalność niektórych pracodawców rolnych.

Umowy także ustne, tajne istnieją i lekarze niemi się kierują.

Nie ulega wątpliwości, że wiele wypadków nadużyć w pomocy leczniczej nie dochodzi wogóle do wiadomości czynników urzędowych. Mianowicie pracownicy i to posiadający większą liczbę dzieci, a więc najcenniejsi dla przyszłości społeczeństwa, unikają dochodzenia swej krzywdy nawet przez związki zawodowe z obawy utraty pracy. Lekarz powiatowy nie ma możliwości wniknięcia w stosunki pracodawcy do pracowników pod kątem widzenia lecznictwa. Projektowana Izba Pracy miałaby to wdzięczne zadanie współpracy z lekarzem powiatowym, wykrywania nadużyć, przyczyniania się do usprawnienia pomocy leczniczej.

Uwolnienie pracodawcy od świadczeń na rzecz dorywczego pracownika t.j. takiego, który nie przepracował jeszcze pełnych 25 dni bez przerwy u tego samego pracodawcy, jest również z punktu widzenia ochrony zdrowia szkodliwe. Wystarczy, aby pracodawca przerwał w okresie 25 dni pracę na kilka dni, żeby przeszkodzić robotnikowi w nabyciu uprawnień wynikających z ustawy. Pracodawcy często korzystają z tej okazji i pracowników t. zw. dorywczych zwalniają w okresie pracy przed upływem 25 dnia, aby następnie po kilkudnio-

wej przerwie zaangażować ich na nowo. To obejście ustawy zgodne z jej literą jest krzywdą dla robotnika.

Na mocy dwuletniego doświadczenia można stwierdzić następujące przeszkody w funkcjonowaniu pomocy leczniczej dla pracowników rolnych:

1) Pracodawca mały tj. zatrudniający do 5 pracowników nie może sam wogóle ponosić większych kosztów, wynikających z rozporządzenia o pomocy leczniczej. Do 25 pracowników mogą świadczenia być również kosztem nadmiernym, powyżej 25 robotników można przyjąć samozabezpieczenie pracodawcy przeciwko stratom wynikającym z pomocy leczniczej.

2) § 5 wyklucza znaczną liczbę pracowników rolnych od pomocy leczniczej, przez nadanie ich pracy charakteru dorywczego.

3) Ustawa wiąże pracownika bezwzględnie ze wskazanym mu lekarzem, niezależnie od jego kwalifikacyj zawodowych i jego nastawienia społecznego. Nie istnieje możliwość ingerencji w działalność lekarza umówionego (np. lekarz powiatowy, Izba Lekarska), Brak instancji, do którejby się mógł odwołać pracownik, gdy czuje się pokrzywdzony decyzją lekarza umówionego przez pracodawcę.

4) Nie istnieją organy samodzielne i niezależne, któreby mogły służyć do informowania władzy administracyjnej (lekarz powiatowy) o pomocy leczniczej dla pracowników rolnych (Izba Pracy).

5) Istnieje dążność pracodawcy, a więcej jeszcze jego funkcjonariusza—włodarza—do powstrzymania pracowników rolnych od korzystania z pomocy leczniczej, a z drugiej strony pracobiorca unika leczenia, bo się boi narazić pracodawcy i utracić pracę.

Akualnemi wydają się następujące środki zaradcze:

1) Ponowne rozszerzenie ubezpieczalni społecznych na rolnictwo uważam za niepożądane. Ustawa scalenkowa i rozporządzenie wykonawcze do niej traktują leczenie ubezpieczonych pod punktem widzenia ośrodków wielkomiejskich i przemysłowych. Odmienne warunki w rolnictwie z rozproszeniem ubezpieczonych na większym terenie wymagają innego działania. Ubezpieczalnie społeczne musiałyby ponownie tworzyć nowe kosztowne jednostki administracyjne.

Należy oprzeć organizację pomocy leczniczej o gminę względnie starostwo (lekarz powiatowy). Każda gmina powinna tworzyć gminne kasy chorych. Należać muszą wszyscy pracodawcy. Tylko zatrudniający więcej jak 25 stałych pracowników tj. na obszarach od 250 — 300 ha, mogą być zwolnieni, o ile zaprowadzą dodatkowe świadczenia na

1) pomoc dla matki w okresie karmienia, 2) pomoc dentystyczną (z wyjątkiem protezowania), 3) o ile władze administracyjne (lekarz powiatowy) stwierdzą wzorową organizację pomocy leczniczej.

2) Władzą kasy chorych będzie wybrany zarząd, składający się z a) 2 pracodawców, b) 4 pracowników, c) przewodniczącego, wyznaczonego przez władze administracji ogólnej (może nim być wójt). Wszelkie funkcje są honorowe. Manipulacje biurowe spełniają funkcjonariusze gminy pozasłużbowo za umiarkowaną opłatą, zatwierdzoną przez władze administracji ogólnej.

3) Składki pobiera się na zasadzie repartycji w stosunku zarobków, wypłacanych pracownikom. Liczba dzieci pracownika, wiek ubezpieczonego i tp. nie mogą być nigdy powodem do wyższych opłat.

4) Wybór lekarza winien być wolny, wśród lekarzy przedstawionych przez Izbę Lekarską na mocy konkursu, przy uwzględnieniu warunków lokalnych, odległości pomocy lekarskiej, warunków komunikacji i tp.

5) Pracodawcy zwolnieni od obowiązku przynależności do gminnych kas chorych muszą zawrzeć umowę z conajmniej 2 lekarzami, zaopiniowanymi przez Izbę Lekarską.

W razie powstania sytuacji, przewidzianej w § 22 Rozporządzenia z dnia 25. X 33r., może lekarz powiatowy wydać niezwłocznie tymczasowe zarządzenia przy wszczęciu natychmiastowego dochodzenia.

§ 22 powinien być interpretowany w tym sensie, że okazany brak kwalifikacji lekarskiej w pomocy leczniczej dla pracowników rolnych dać może również podstawę do interwencji lekarza powiatowego. W tym wypadku winno nastąpić umotywowane sprawozdanie lekarza powiatowego do Wydziału Zdrowia Publicznego przy Urzędzie Wojewódzkim. Wydział Zdrowia Publicznego porozumiewa się następnie z Izbą Lekarską w sprawie dalszych kroków.

6) Powstała Izba Pracy ma obowiązek perjodycznych rewizyj przez swych funkcjonariuszy u wydzielonych z kas chorych pracodawców, aby stwierdzić stosunek pracowników do pomocy leczniczej. Z wyniku swych rewizyj przesyła Izba Pracy sprawozdanie z swych obserwacji do władzy administracji ogólnej I Instancji (lekarz powiatowy).

7) Kasy gminne (i pracodawcy wydzieleni) mogą (względnie winni) zawierać związki reasekuracyjne powiatowe i wojewódzkie kierowane przez odpowiednie władze administracji ogólnej lub samo-

rząd powiatowy i wojewódzki. Związki reasekuracyjne nie powinny jednakże wywierać wpływu na zakres lecznictwa.

8) § 5 interpretuje się w ten sposób, że przerwy w pracy do tygodnia nie uważa się za przerwę stałej pracy.

9) Lekarz powiatowy jest zasadniczo lekarzem zaufania chorych i arbitrem w sprawach lecznictwa dla pracowników i lekarzy. Czynności te opłacają gminne kasy chorych (i pracobiorcy wydzieleni jednostkowo lub ryczałtowo wedle normy ustalonej przez województwo.

Przeciwbólowy i przeciwgorączkowy środek

LUMBAGOL-AGE

Nr.
Reg.
1655



Wapniowe połączenie kwasu phenylocin-
choninowego z chininianem piperazyny
i kwasem acetylo-salicynowym.

LUMBAGOL AGE jest energicznym **rozpuszczalnikiem** kwasu moczowego i soli jego moczanów, oraz wybitnym środkiem **moczopędnym**.

LUMBAGOL AGE powoduje szybkie cofanie się stanów zapalnych i jako analgeticum uśmierza bóle.

LUMBAGOL AGE działa skutecznie w przypadkach, w których inne środki zawodzą.

LUMBAGOL AGE nie posiada żadnego ubocznego działania, nawet przy dłuższem stosowaniu.

Wskazania: Lumbago, ischias, **reumatyzm**, artretyzm, bóle stawowe, kostne i neurologiczne, piasek i kamica nerkowa, grypa, przeziębienia, zła przemiana materji i t.p. **Stosowanie:** 3 razy dziennie po 2 — 3 tabletki (lepiej pokruszone), po jedzeniu. **Cena detaliczna zł. 2.—.**

Próby na żądanie WPP. Lekarzy wysyła bezpłatnie:

ADOLF GĄSECKI I SYNOWIE

Mokotowska Fabryka Chem.-Farmac. w **Warszawie**, ul. Belgijska 7.