

### „Powody Reorganizacji Lecznictwa Polskiego” — odczyt wygłoszony 20. l. b. r. przez radjo

przez Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Opieki Społecznej

### P. Wincentego Jastrzębskiego

Ze względu na wielką wagę poruszonego w tym odczycie zagadnienia społecznego oraz doniosłość znaczenia dla ubezpieczonych i pracowników instytucji ubezpieczeń społecznych treści tego odczytu, zamieszczamy go poniżej w całości, składając jednocześnie podziękowanie Panu v. ministrowi W. Jastrzębskiemu za łaskawie udzielone nam zezwolenie na wydrukowanie tego odczytu w „Echu Społecznym”.

Redakcja.

Ubezpieczenia społeczne od kilku lat płyną pod zmiennym wiatrem reorganizacji. Stan ten dokuczył już instytucjom ubezpieczeniowym, dokuczył społeczeństwu i co jest rzeczą najważniejszą dokuczył samym ubezpieczonym. Ponieważ jednak stosunek ubezpieczonych do ubezpieczeń leżeć winien na sercu każdemu, kto w większej lub mniejszej mierze czuje się odpowiedzialnym za stan w tej dziedzinie naszego życia publicznego, uważam za swój obowiązek poinformować ubezpieczonych o przyczynach i celach prac dokonywanych w chwili obecnej na terenie ubezpieczeń społecznych.

Prace te ześrodkowane są głównie na dwóch odcinkach: usprawnienia czynności central ubezpieczeniowych, oraz usprawnienia lecnictwa ubezpieczeniowego. Odkładając omówienie administracji na później, dziś przedstawię sprawę reorganizacji naszego lecnictwa ubezpieczeniowego.

Muszę tu zaznaczyć, że, podczas gdy ostatnie zmiany w dziedzinie ustroju central ubezpieczeniowych nie są dotychczas w miano reorganizacji, bowiem są jedynie dalszym krokiem na drodze scalenia, zapoczątkowanego przed rokiem, to zapoczątkowane zmiany w dziedzinie lecnictwa reorganizują je zasadniczo.

O cóż tu chodzi? Chodzi o zmianę lecnictwa ambulatoryjnego na lecnictwo oparte o system lekarza domowego. Najwyższy czas, ażeby nareszcie odstąpić od tej organizacji lecnictwa, która nie zdała egzaminu pomimo to, że egzamin ten odkładano jej z roku na rok w ciągu pięciu lat. Ażeby w należyty sposób zrozumieć powody, dla których odstępujemy od ambulatoryjnego systemu lecnictwa w ubezpieczeniu, musimy zapoznać się z jego zasadniczymi cechami.

Przyjmowanie ubezpieczonych w ambulatoriach pociąga za sobą konieczność skupiania pod jednym dachem wielu lekarzy, wielu ubezpieczonych, oraz stosowania pracy lekarzy na godziny, z koniecznością załatwiania przez nich ściśle określonej, nadmiernie wysokiej liczby chorych w ciągu godziny. System ten w swojej idealnej formie, oraz jemu właściwej tendencji rozwojowej, prowadzi do zastosowania w pracy lekarza metod przemysłowych, szablonowych, mechanizuje ją i obniża jakościowo.

W czasie moich inspekcji na terenie pokazywano mi z dumą t. zw. boksy, przez które przechodzą chorzy do lekarza. Od tych boksów został już tylko jeden krok do taśmy Forda. Ambulatoryjny lekarz będzie wtenczas podobny do robotnika fordowskiego, lecz tylko pod jednym względem: tak samo ma być się znał na związku choroby z jej podłożem, jak robotnik fordowski na zasadach konstrukcji samochodu. Natomiast w przeciwieństwie do tego robotnika — bardzo często niepożytecznego nie robi. Przeszkadza mu w tym będzie lecnictwo oparte o ambulatoria i wciśnięcie badania chorego i jego leczenia w instrukcje administracyjne. Bo proszę rozważyć, gdzie tu może być mowa o uważnym rozpoznawaniu choroby, kiedy w boksie czeka rozbrany pacjent, a w poczekalni zniecierpliwiona i zlorzeczająca kolejką, której samo przejsie przez uprzednie formalności biurokratyczne podniosło temperaturę.

Jakichże warunków potrzebuje lekarz do badania chorego? Wielu z nas prawdopodobnie przytrafiło się być u lekarza. Przypomnijmy sobie, jak odbyła się pierwsza wizyta. Lekarz, o ile to był lekarz dobry, zaczynał swoją rozmowę z nami w dziwny sposób. Myśmy mówili, że nas boli tu i tam, rano czy wieczór i t. d. a lekarz ten, ku naszemu nieraz oburzeniu, nie zwracał na te informacje uwagi, puszczając je mimo uszu i kiedyśmy nareszcie, zniechęceni, milkli, on ni stąd ni zowąd rzucił nam pytania: — Ile pan ma lat? — Co pan robi? — Jak pan mieszka? — Jak pan się odżywia? — Kim był pański ojciec i t. d.

Do diabła, myśleliśmy, co go to wszystko obchodzi. On zaś ciągnął dalej: — Czy rodzice pańscy żyją? — Czy chorowali? I na co? I na co zmarli? Czy pan ma rodzeństwo? — Czy to rodzeństwo chorowało i na co? — Na co — wreszcie — pan chorował? Czy pan jest żonaty? — Czy pan żyje z żoną? — Czy żona i dzieci są zdrowe? i t. d. Oto w skrócie typowe zainteresowania dbałego lekarza, kiedy do niego pacjent przychodzi po raz pierwszy.

Pocoż udaje on sędziego śledczego i niepokoi nieswiadomego rzeczy pacjenta? Otóż lekarz tu nic nie udaje. Jemu poprostu potrzebne są wiadomości o warunkach powstawania i trwania choroby w naszym organizmie, bowiem w olbrzymiej większości wypadków stan choroby, z którym do lekarza przyszliśmy, jest wynikiem właśnie tych warunków i dopiero po poznaniu naszej i naszych przodków przeszłości, nawet jej strony intymnej, lekarz mówi nam:

— No dobrze, rozbierz się pan, — zaczyna słuchać, badać i poważnie się zastanawiać. Jeżeli do tego samego lekarza idziemy drugi raz,

całe badanie wstępne odpada. Lekarz zagląda do notatki, która przy pierwszej wizycie sobie sporządził i przystępuje do oględzin. Jeżeli do tego samego lekarza idziemy po raz trzeci, już nie czyta on notatek, zna je na pamięć, a tylko sprawdza niektóre jej dane, dopytuje się jak się chory czuje, stawia rozpoznanie i udziela rad. Czy jest do pomyślenia taki sposób badania w ambulatorium o określonej liczbie chorych na godzinę pracy? — Wykluczone.

Na to niema czasu. Wprawdzie lekarze ordynujący w ambulatoriach powinni prowadzić karty chorobowe, ale cóż z tego? Po pierwsze brak lekarzowi czasu na należyte wypełnianie tych kart, po drugie lekarz, wciśnięty w ten system leczenia, nie przywiązuje wagi do karty chorobowej i nawet, jeżeli ją wypełnia, to niedbale, poprostu ażeby uczynić zadość formalności. Po trzecie karta chorobowa, wypełniana przez coraz to innego lekarza, często traci wartość, bo nie zawsze lekarz lekarza potrafi odczytać. Wreszcie karta chorobowa, z którą przed lekarzem chory stoi pierwszy raz, nie powie mu tego, co rozmowa wyżej dla przykładu przytoczona, której wyniku lekarz do karty nie wpisze, bo niema czasu i, nie mając pewności, że pisze tylko dla siebie, wpisze nieraz nie ma prawa.

System więc ambulatoryjny i podkreślam, związane z nim organizacyjne konieczności mechanizowania pracy lekarza, w swoim założeniu, w swoich tendencjach rozwojowych przeczy rozsądkiowi pracy lekarskiej, ubliża powadze tej pracy i prowadzi do takiej fuszerki, na której poznaje się nawet laik.

Tak jest. Ambulatoryjny system nie pozwala lekarzowi porządnie zbadać chorego. Ale chory tak splewiony, jest kandydatem na pacjenta już za dwa, trzy dni i przysparza pracy innemu lekarzowi, utrudniając badania następnych chorych. I tak wółko: jedna fuszerka płodzi tuziny następnych fuszerok. Wkońcu, nawet dobrej woli lekarz zrezygnuje ze swoich ambicji i ograniczy się do byle jakiego formalnego traktowania swoich pacjentów, do postępowania z nimi jak z natrętnymi interesantami. Dajcie więc lekarzom

odpowiednią ilość czasu, powie ktoś. Nic z tego. W ubezpieczalniach, obejmujących swoim ubezpieczeniem chorobowym tylko około 10% ludności kraju, pracowało aż 40% lekarzy całego kraju, a mimo to chory klnie lekarzy za numerki, ogonki, badanie „na odległość” i trudności w uzyskaniu pomocy lekarskiej i leków.

Nie damy z tym systemem rady. Praca lekarza to nie fabrykacja guzików. Zmechanizować, uprzemysłowić nie da się ona. Lekarz, dbający o jakość swej pracy, dający będzie do swego gabinetu i swojego pacjenta, a nie do pacjenta anonimowego. Tak było i jest na całym świecie. Ambulatoryjny system lecnictwa w założeniu swoim wyklucza ciągłość leczenia. Oczywiście można przytoczyć szereg przykładów ciągłości leczenia w ambulatoriach, lecz to są wyjątki, a nie zasada. Wyjątki, które zresztą należy zapisać na dobro rozsądku chorego i pomyślnego zbiegu okoliczności, a nie na dobro systemu.

Ogonki w ambulatoriach i tuziny lekarzy z magicznym przymiotnikiem „specjalista”, pośpiech u jednych i drugich, stan psychiczny chorego, który skłonny jest ratować się pomocą naraz wszystkich dla niego dostępnych lekarzy, wreszcie swoboda chorego w każdorazowym wyborze lekarza — są powodem, że ubezpieczony przy systemie leczenia specjalistycznym ambulatoryjnym może trafić z tą samą chorobą wcióż do innego lekarza. Ten stan rzeczy pozbawia lekarza jednego z najważniejszych warunków dla jego pracy: znajomości środowiska, w którym powstaje choroba, i podłoża, na którym ta choroba trwa. Idealem byłoby dla lekarza, gdyby chory był jego starym znajomym, a lekarz był dla chorego przyjacielem, któremu zwierza się ze wszystkiego: wtenczas lekarz posiadałby całą znajomość życia i przyczyn choroby. Żeby jednak tak się stało organizacja lecnictwa musi w swoim założeniu gwarantować ciągłość pomiędzy ubezpieczonym i raz wybranym lekarzem, ambulatoryjny zaś system pcha nas w odwrotnym kierunku.

Bądźmy szczerzy i zapytajmy się: co taki lekarz mieszkający np. na Nowym Świecie lub Krakow-

skiem Przedmieściu, może wiedzieć o ubezpieczonym, mieszkającym na Przyokopowej lub Bema, z którym spotkał się przelotnie raz gdzieś w ambulatorjum innej dzielnicy. Naogół nic. A czego może dowiedzieć się lekarz w ciągu tych kilku minut przeznaczonych na wizytę?

No... może mu kazać zmierzyć w domu temperaturę, policzyć tętno i zapisując pośpiesznie odpowiedź do formularza, zgruba przeznaczyć z lekospisu lek.

Tak marnie wygląda ideał, do którego doprowadziłyby nas tendencje rozwojowe ambulatoryjnego systemu leczenia, gdyby nadal działały one swobodnie w ciągu odpowiedniego czasu.

Idźmy wcióż dalej i rozpatrzmy trzeci grzech ambulatoryjnego systemu leczenia: przerosł specjalizacji.

Ambulatoryjny system leczenia stopniowo nasiąka specjalistami, a ponieważ uprawniony często odwiedza ubezpieczalnie, długo tam czeka, czekanie zaś skraca rozmowa z innymi o swej chorobie, to następuje tu smutne zjawisko: chory wybiera sobie specjalistę pod wpływem „ogonkowej” ankiety i spełnia sam w stosunku do siebie wstępną, bardzo ważną czynność lekarską — stawia sobie diagnozę. Jestem, mówi, chory na nerki i idę do specjalisty od nerek. Jeżeli chory wynik tej ogonkowej ankiety przyjmie do serca, to zasugeruje sobie nawet objawy tej choroby i opowie o nich specjalście, wprowadzając go w błąd. Jeżeli specjalista omyłkę chorego zauważy i, nie zdecydowawszy się powiedzieć choremu, że jest niewłaściwym jego wybór specjalisty, a spróbuje określić jego chorobę, to przedziergnie się w lekarza ogólnego, albo niezdecydowanie odeszle chorego do innego specjalisty, u którego chorego może spotkać ten sam los. W ostatecznym rezultacie, po dłuższej wędrówce, chorobę rozpoznają, ale niepotrzebnie narobią punktów i wizyt. W ten sposób cały ten proceder specjalistyczny oddziela chorobę od chorego, a lekarza natomiast na odrabianie odpowiedniej ilości porad, na odrabianie godzin czy punktów, bez głębszego zainteresowania się skutkami dla chorego, odrabiania „kawałków”.

Muszę się tu zastrzec, że nie chcę przez to dać do zrozumienia, iż lekarze — specjaliści są niepotrzebni, że specjalizacja jest zbyt techna dla rozwoju wiedzy lekarskiej. Bynajmniej, ta znajomość rzeczy, na jaką mnie stać, jako laika, wystarcza mi aż nadto, żeby zdać sobie sprawę z kolosalnej roli, jaką spełnia wiedza i praktyka specjalistyczna w służbie zdrowia. To, co powiedziałem o specjalistyczności w lecnictwie dotyczy sposobu korzystania ubezpieczonych z wiedzy i praktyki specjalistycznej. Przekleństwem tego spo-

sobu jest wybór specjalisty, przez chorego laika, wybór, z którym chory może się uporać tylko w nielicznych wypadkach. Przekleństwem tu jest zasada, której zwolennicy dzisiejszego stanu zajadle bronią, a która wyraża się w hasle: dostęp ubezpieczonego do specjalisty bez ograniczeń. Zasada ta przesuwa punkt ciężkości lecnictwa na specjalistę, który faktycznie winien być jedynie uzupełnieniem lekarza ogólnego.

Na tem jednak nie kończy się spis błędów ambulatoryjnego systemu lecnictwa ubezpieczeniowego.

Kiedy lecnictwo to zostało pozbawione zmechanizowaniem, kiedy praca lekarza została oprawiona w ramki pracy fabrycznej: wydajność, to stosunek czasu do ilości wykonanych zabiegów, kiedy lekarzowi dano tylko chorobę, lecz pozbawiono go możliwości dokładnego poznania przyczyn jej, poznania zwykłej, na której choroba rozwija się, kiedy wytworzono taki stan rzeczy, przy którym ta sama choroba może być leczona kolejno przez kilku lekarzy, kiedy wreszcie rozkawałkowano tę chorobę na jej poszczególne objawy, czy postaci, kiedy wytworzono taki stan rzeczy, że chory najmniej do tego powołany przyjął na siebie najtrudniejszą część wiedzy lekarskiej — rozpoznawczej, bo wybierając dla siebie specjalistę, sam stawia wstępne rozpoznawanie swojej choroby, to już samo przyszło przypiętowanie tego systemu. Wytworzył się mianowicie typ lekarza zainteresowanego w tem, żeby jego godzina w ambulatorjum była pokryta odpowiednią ilością numerkowych wizyt i na tem koniec. Przyszedł moment, kiedy razem z lekarzem i chorym zgubił się gdzieś w zakamarkach tego systemu najistotniejszy cel ubezpieczenia chorobowego — troska o szybkie wyzdrowienie ubezpieczonego. Troskę tę można powierzyć jedynie lekarzowi, lecz jakże on znajdzie dla niej zrozumienie, kiedy walor jego pracy ściśle uzależniono od liczby przyjętych chorych w ciągu jednej godziny: przecież to go pcha w odwrotnym kierunku.

Tak jednak być nie może. Należy zawrócić o całe 180° i powiedzieć: zadaniem lecnictwa ubezpieczeniowego jest opieka nad zdrowiem ubezpieczonych, a pożyteczność tego lecnictwa winna być uznana za tem większą, im bardziej zmniejszy się zachorowalność ubezpieczonych. Zawrócić jednak o 180° to znaczy odwrócić się conajmniej plecami do ambulatoryjnego systemu lecnictwa. Stan rzeczy, któryśmy przedstawieli, pociąga za sobą dalszy błąd w organizacji lecnictwa ubezpieczeniowego. Nie pozwala na zadziernięcie ścisłych węzłów współpracy pomiędzy ubezpieczeniem, jako instytucją, a lekarzem.

Ubezpieczenia społeczne realizują idee  
solidarności społecznej i zawodowej świata pracy;  
nie są one żadną filantropją, ani dobrodziejstwem.













Z ruchu wydawniczego

Smutna prawda o stosunkach pracy

Sprawa niestosowania się do przepisów...

W ostatnich czasach zaczyna się dziać...

Zdawałoby się, że nie zadziwi już nikogo...

Przedewszystkiem więc autorka zwraca uwagę...

Cel utrzymywania i rozporządzania tej fikcją jest dla każdego...

Dalej p. Kraheńska omawia szeroko głoszone twierdzenie...

Następnie autorka analizuje przyczyny takich „paradoksów”...

„Z osobistego doświadczenia inspektora pracy”...

najpierwszych latach niepodległego bytu Polski...

Powołując się na swą działalność inspektorki...

Następnie p. Kraheńska charakteryzuje zażalenie...

Praca p. Kraheńskiej, obrazująca wymownie los świata...

Praca, podobna do pracy p. Kraheńskiej, a obejmująca...

Praca, podobna do pracy p. Kraheńskiej, a obejmująca...

Następnie autorka analizuje przyczyny takich „paradoksów”...

PRZEGLĄD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH.

Wyszedł z druku zeszyt I „Przełądu Ubezpieczeń Społecznych”...

W związku z rozpoczęciem X roku wydawnictwa, Redakcja...

Następnie Redakcja podkreśla, że wobec braku odpowiedniej liczby...

„Echo Społeczne” ze swej strony, poświęcając każdemu zeszytowi „Przełądu”...

Omawiany Nr. 1 Przeglądu zawiera: artykuły J. Neymana p. t.: „O pewnych szczególnych...”

Pierwszy ten zeszyt, rozpoczynający nowe dziesięciolecie...

Dodatek do „Przepisów o ubezpieczeniu pracowników umysłowych”...

Wyszedł z druku „Dodatek” do pracy radcy J. Zielińskiego...

Dodatek ten zawiera: tekst przepisów ustawy o ubezpieczeniu społecznym...

W ten sposób r. Zieliński uzupełnił swą książkę materiałem...

Historia języka polskiego jest szczegółowym i dokładnym przedstawieniem

Tis.

Teatr Kameralny

Nie każdy teatr może pozwolić sobie na wystawienie sztuk...

„Mistrza” musiał realizować mistrz, i to mistrz o szerokiej bar-dzo skali możliwości artystycznych.

Doskonały ironista w chwili swego tryumfu, gdy po wieloletniej walce...

Świetny tragik, gdy w konfliktach między rozumem i uczuciem łamie się w sobie i szuka drogi wyjścia.

„Mistrza” musiał realizować mistrz, i to mistrz o szerokiej bar-dzo skali możliwości artystycznych.

Wyróżnili się ponadto wśród zespołu: Dąbrowski (służący), Rzeki (asystent), Dolnicka i Brem.

Walka między uczuciem, a rozumem, etyką i moralnością, ujęta przez autora bardzo ciekawie...

Jest to, oryginalny, bardzo realistyczny sposób, nadający każdej sztuce specjalny wyraz i siłę.

Warto pójść do Teatru Kameralnego, by zobaczyć tę bezpretensjonalną, a ciekawą i z dużym talentem opracowaną sztukę.

J. G.-R.

dziwów języka polskiego od epoki wspólnoty prasłowiańskiej...

Rzecz ilustrowana jest odpowiednim doбором tekstów staropolskich...

Ze względu na odbyty w dn. 21 stycznia r. b. w Krakowie Zjazd językoznawców...

Kalendarz bezpieczeństwa i higieny pracy na r. 1935.

Kalendarz wydany pod hasłem „dobra organizacja jest warunkiem bezpieczeństwa pracy”...

Zawiera on cały szereg informacji i wskazówek dotyczących organizacji pracy, środków zwiększenia higieny...

Na zakończenie podano instrukcję o załatwianiu formalności...

Nakładem Międzynarodowego Biura Pracy w Genewie wyszedł ukazujący się od 4 lat rocznik: „L'Année Sociale 1933”...

JULJAN FAŁAT. PAMIĘTNIKI. Warszawa, 1935. Nakł. Księg. F. Hoiesicka (209 str., 14 X 20 cm.).

Pamiętniki genialnego artysty polskiego, Fałata, to jedna z najmilszych książek...

Czyta się te pamiętniki jednym tchem, a po przeczytaniu ogarnia żal, iż kończą się one już na r. 1895...

„We wstępie do swych zapisków Fałat podkreśla: „aprobata pisania pamiętników znalazłem w pamiętnikach Benvenuto Celliniego”...

Fałat rozpoczyna swe wspomnienia od

4-go roku życia, od wsi rodzinnej w Małopolce Wschodniej. Następnie przechodzi do czasów szkolnych...

Byłoby bardzo wskazane ogłoszenie w dziennikach, jak w rzeczywistości wyglądają te plące „wyczerpane”, które tak bardzo bolą p. „J. K.”.

Winni to uczynić koledzy, pracownicy gazowni i tramwajów, aby raz wreszcie rozwiązały wszystkie bajki...

Będzie to najlepsza odpowiedź panu „J. K.”...

„Czas” wzywa, by urzędnikom państwowym obniżyć pensje.

„Czasowi” p. „J. K.”? Z niecierpliwością oczekujemy tej odpowiedzi.

CO KOGO BOLI?

„Nowa umowa zbiorowa, którą zawarł zarząd miejski z pracownikami gazowni i tramwajów, winna przynieść poważną redukcję wygórowanych stawek płac...”

Tak pisze p. „J. K.” w „Gazecie Polskiej” z 8.1.35 w art. p. t. „Gaz i tramwaj”.

P. „J. K.” jest, wg. naszych wiadomości, pracownikiem, a nie pracodawcą. Nieznana nam jest wysokość jego zarobków...

Ma on więc dwie niezłe posady. Czyż zarabiałby mniej, niż odpowiedzialny pracownik gazowni lub tramwajów? A jeżeli mniej, czy nie powinien raczej domagać się podwyżki...

Nie dziwi nas, gdy domagają się obniżek pracodawcy, ale jakże smutnie, boleśnie zarysowuje się nasza teźniażność...

„miałoby być przynajmniej w przeliczeniu oszczędności na przeprowadzenie pełnej 5-groszowej obniżki cen biletów tramwajowych”.

Zgoda. Dawno już należało obniżyć ceny gazu i biletów tramwajowych. Tylko nie kosztem plac pracowników, którzy nie otrzymują wygórowanych stawek płac...

ORZECZENIE SĄDU NAJWYŻSZEGO. Sąd Najwyższy (Izba Cywilna) wydał ciekawe orzeczenie...

Postępowanie nakazowe, przewidziane w kodeksie postępowania cywilnego sło-sowane jest obecnie w sądownictwie pracy z uwzględnieniem treści art. 36 „Prawa o sądach pracy”...

Artykuł ten ustala, że: „powód może żądać wydania nakazu zapłaty w postępowaniu nakazowym również na podstawie książeczki obrachunkowej...”

Wydawanie nakazów zapłaty upraszcza bardzo dochodzenie należności przez pracowników z tytułu zaległych płac...

Czas odnowić prenumeratę

na rok 1935