

S I E R P I E Ń 1 9 3 3 R.

# LEKARZ KOLEJOWY

KWARTALNIK

ORGAN ZRZESZENIA LEKARZY KOLEJOWYCH  
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

---

## SPRAWOZDANIE

Z ZAKRESU DZIAŁALNOŚCI WYDZIAŁU  
SANITARNEGO

ZA CZAS OD 1 KWIETNIA 1932 DO 31 GRUDNIA 1932 R.

DR. J. BERMAŃSKI  
GDAŃSK



# LEKARZ KOLEJOWY

---

---

SIERPIEŃ 1933 r.

---

---

## Sprawozdanie

z zakresu działalności Wydziału Sanitarnego  
za czas od 1 kwietnia 1932 do 31 grudnia 1932 r.

Dr. Jan Bermański, Gdańsk.

Sprawozdanie niniejsze ma dać obraz całokształtu czynności Wydziału Sanitarnego i równocześnie na podstawie obserwacji zwrócić uwagę na braki i niedomagania i ewtl. zaproponować zmiany, któreby przyczyniły się do zwiększenia sprawności służby sanitarnej, uwzględniając przytem równocześnie i przeprowadzenie jaknajdalej idących oszczędności.

Przeprowadzenie akcji oszczędnościowej służby sanitarnej nie jest tak łatwe, bo gdzież faktycznie można takie oszczędności przeprowadzać, skoro opieka lekarska ma za zadanie dbać o zdrowie pracowników i ich rodzin? Możliwość oszczędzania istnieje przy przekazywaniu do szpitali, przy zapisywaniu leków, na ograniczeniu wogóle opieki lekarskiej lub zmniejszeniu wynagrodzeń lekarzy kolejowych. Wielkich oszczędności we wszystkich tych działach nie da się przeprowadzić, a to z następujących względów:

Szpitalnictwo w obrębie naszej Dyrekcji jest różnorodne. Mamy szpitale miejskie, samorządowe czyli sejmikowe i prywatne i w zależności od możliwości danych szpitali określane są stawkiienne. Szpitale miejskie walczą z wielkimi trudnościami finansowymi i nie mogą zejść poza pewne minimum opłat; szpitale sejmikowe związane są budżetem na dany rok ustalonym i dlatego w czasie roku budżetowego nie mogą stawek obniżyć; szpitale mniejsze, prywatne, z powodu mniejszej frekwencji nie są w stanie dać stawek niższych, ale starają się ze względów konkurencyjnych o dostosowanie opłat do wyżej wymienionych szpi-

tali. Dyrekcja kolejowa, jako jeden z najlepszych klientów co do punktualnego placenia rachunków, jakoteż i największej liczby chorych przekazywanych do szpitali, uzyskała w roku sprawozdawczym niższe opłaty szpitalne, przyczem nieraz opłaty za pracowników kolejowych są korzystniejsze, jak za chorych przekazywanych do szpitali z innych instytucyj. Wydatniejsze więc zmniejszenie wydatków za leczenie szpitalne drogą obniżenia opłat zdaje się być prawie niemożliwem. Przeciętny koszt utrzymania w szpitalach wraz z leczeniem, zabiegami fizykalnymi i wydatkami na leki wynosi w trzeciej klasie na oddziałach wewnętrznych 5,— zł, na chirurgicznych 6,50 zł i położniczych 8,50 zł, w drugiej zaś klasie szpitalnej 9,— zł, 11,50 i 12,50 zł.

W leczeniu szpitalnem możnaby jednak przeprowadzić oszczędności, gdyby ograniczono przekazywanie do szpitali położnic. Specjalnie w tym względzie należy zwrócić uwagę na teren gdański. Tu bowiem lekarze niemieccy przejęci nie wszyscy zajmują się położnictwem, a prócz tego istnieje zwyczaj odbywania normalnych porodów w szpitalach. Byłoby więc praktycznem, gdyby wprowadzono tutaj zasadniczą zmianę, a mianowicie ustalono pewien ryczałt dla położnic, znosząc równocześnie dodatek położowy i udzielając zezwoleń na przekazywanie do szpitali jedynie skomplikowanych porodów, które należałoby traktować jako choroby, wymagające leczenia szpitalnego ze względu na niebezpieczeństwo życia. Koszt przeciętny porodu dokonywanego w szpitalu wynosi ok. 200,— G., gdyby więc ryczałt ustalony został w wysokości połowy wydatku, to Skarb Państwa mógłby w ten sposób zaoszczędzić stosunkowo duże kwoty. W Polsce sprawa ta nie jest tak palącą, gdyż każdy lekarz rejonowy obowiązany jest znać położnictwo i wydatki z tytułu przekazywania położnic do szpitali są minimalne.

Zmniejszenie wydatków za leczenie szpitalne możliwe jest przez ograniczenie liczby dni przebywania w szpitalach, które to ograniczenie D. O. K. P. przeprowadza w ten sposób, że każdy przekaz szpitalny podlega zatwierdzeniu przez Wydział Sanitarny w zależności od choroby na okres maksymalny 4-ch tygodni, poczem przedłużenie odbywa się na podstawie umotywowanego wniosku Zarządu szpitalnego. Przy omówieniu sprawy leczenia szpitalnego nie mogę pominąć faktu, że system opłat w szpitalach tutejszych jest odmienny od opłat w innych Dyrekcjach, a mianowicie szpitale likwidują oddzielnie za utrzymanie, lekarz zaś szpitalny na podstawie zawartej z Dyrekcją umowy przedstawia oddzielnie rachunek. Oczywiście, specjalnie w szpitalach pry-

watnych, lekarz szpitalny pobiera wyższe stawki. W związku z leczeniem szpitalnym muszę zwrócić uwagę na okoliczność, że przy przeniesieniu pracownika z innej Dyrekcji dość często zdarza się, że pracownik taki wzgl. członek rodziny zostaje przekazany do szpitala już po wyzyskaniu okresu przysługującego mu w myśl odnośnych przepisów i dlatego należałoby przy aktach personalnych u pracowników dokładnie wypełnić rubrykę choroby z podaniem czasu przebywania w szpitalu, uzyskania zapomogi na leczenie klimatyczne i t. d., odnośnie zaś do członka rodziny winienby lekarz Dyrekcji, z której pracownik odchodzi dołączyć odpowiedni wyciąg z książki chorych. Byłoby to także, choć niewielkie, jednakże pewne źródło oszczędności.

Po omówieniu leczenia szpitalnego z kolei przechodzę do omawiania ewentualnych oszczędności przy zapisywaniu recept. W tym względzie zostało wydanych szereg zarządzeń i nie można powiedzieć, by nie wydały one pewnych rezultatów. Walka jest tu jednak bardzo trudna. Ogół bowiem pracowników jest przyzwyczajony do specyfików i niejeden pracownik zgłasza się jedynie po to do lekarza, by otrzymać żądany lek, czemu lekarze niekiedy ulegają. Duże wydatki stanowią recepty stosowane przez lekarzy w czasie pobytu chorych w szpitalach. Szczególnie daje się to odczuwać na terenie gdańskim, gdzie lekarze zapisują specjalnie drogie specyfiki niemieckie, Wydział Sanitarny jednak nie może zbyt ograniczyć tych wydatków, gdyż wkraczałby w system leczenia danej choroby przez lekarzy szpitalnych.

Należy zauważyć, że przy dawnym systemie kart porad wydatki były stosunkowo mniejsze i dlatego też pożądanym byłoby wprowadzenie ponownie kart porad za opłatą mniejszą — może 20 groszy, przez co z pewnością zmniejszyłyby się wydatki na leki.

Wreszcie sprawa wynagrodzenia lekarzy rejonowych. Tu mamy oczywiście największe możliwości oszczędzania, bo można zmniejszyć kontraktowym lekarzom grupy, pozostawiając im te same rejony. Jednakże Wydział Sanitarny stoi na stanowisku, że takie postępowanie poza stroną moralną, t. j. wyzyskiwanie pauperyzacji stanu lekarskiego w związku z kryzysem gospodarczym, nie doprowadza do celu.

Przez ewtl. obniżenie grup zmuszamy lekarzy do traktowania posady kolejowej małopłatnej jako zajęcia ubocznego, na czem ucierpiałyby służba kolejowa. Mnożyłyby się w ten sposób wypadki mniejszego zainteresowania się lekarzy kol. służbą, co

spowodowałyby zwiększenie wezwań lekarzy prywatnych. Wydatki z tego tytułu przekroczyłyby znacznie oszczędności uzyskane z obniżenia grup.

Pomijając te wszystkie trudności, które mimo ograniczeń nie pozwalają na wykazanie większych oszczędności, samo życie i ciężkie położenie finansowe pomagają nam jednak do wykazania oszczędności. Oszczędności te znajdują wyjaśnienie w następujących powodach:

- 1) Bojąc się redukcji, pracownicy nie zgłaszają się do swych lekarzy kolejowych — nieraz nawet w ciężkiej chorobie, czem tłumaczy się i stwierdzona w obecnym sprawozdaniu większa śmiertelność,
- 2) niechętnie udają się na leczenie do szpitali, nie mając środków na opłacenie 15%, przypadających na chorego rodzinnego, tembardziej w wypadkach, gdy choroba wymaga dłuższego leczenia,
- 3) wymagania co do zapisywania leków, szczególnie u pracowników niższych, są również mniejsze ze względu na opłatę 25% za recepty.

W związku z pracą lekarzy rejonowych i częstem wzywaniem lekarzy prywatnych muszę dodać, że koszta w uzasadnionych wypadkach wezwań lekarzy prywatnych są bardzo wielkie, gdyż lekarze tacy nie będąc związani z koleją, udzielają pomocy lekarskiej jedynie za opłatą z góry od pracownika, nie krępując się przytem wysokością rachunku. Dyrekcja zaś nie może zwracać pracownikom pełnego rachunku, ajedynie według stawek urzędowych. Zwrot całkowity znacznie podraża koszta, z drugiej jednak strony nie można wymagać, by pracownik został ukarany za to, że lekarz rejonowy nie może mu udzielić pomocy i płacił różnicę z własnej kieszeni. Sprawa ta wymaga koniecznie uregulowania w porozumieniu z Departamentem Zdrowia, któreby wpłynęło na lekarzy ogólnie praktykujących, by od kolejarza pobierali stawki urzędowe.

Przechodząc dalej do dobrodziejstw, z jakich korzystają pracownicy, trzeba zwrócić specjalną uwagę na akcję ratunkową dla pracowników dotkniętych gruźlicą. W akcji tej znalazła nasza Dyrekcja zrozumienie w M. K., gdyż kredyty na ten cel zostały stosunkowo mało zmniejszone. Na terenie naszej Dyrekcji gruźlica jest szeroko rozpowszechniona i dlatego Wydział Sanitarny dba o to, by warunki mieszkaniowe w domach kolejowych były higieniczne i w tej akcji znajduje należyte poparcie w Wydziale Drogowym, który stara się w miarę możliwości o doprowa-

dzenie mieszkań w tych domach do należytego porządku. Należałoby jednak zwrócić uwagę na fakt, że rodziny gruźlicze, mieszkając w niezdrowych mieszkaniach i nieraz licznie zaludnionych pogarszają stan choroby; możnaby temu zaradzić drogą wymiany mieszkań przez zdrowe rodziny kolejarskie, tu jednak potrzebne jest zrozumienie i ofiarność ze strony zdrowych pracowników.

Należy też zwrócić uwagę na podział miejscowości według klas w zależności od drożyzny i określenie na tej podstawie dodatku mieszkaniowego. W naszej Dyrekcji mieszkania są drogie i znacznie droższe jak w Dyrekcjach małopolskich, dodatek zaś mieszkaniowy u nas jest znacznie mniejszy niż w wymienionych Dyrekcjach. Ma to ogromne znaczenie ze względu na walkę z gruźlicą a to przede wszystkim dlatego, że pracownicy w tamtejszych Dyrekcjach korzystają z dobrych warunków klimatycznych, gdzie gruźlica nie jest tak rozpowszechniona, w obrębie zaś naszej Dyrekcji, w której warunki klimatyczne sprzyjają szerzeniu się gruźlicy koniecznym jest, by Zarząd kolejowy dał możliwość pracownikom posiadania odpowiedniego mieszkania. W tym więc celu należałoby zrewidować podział na klasy miejscowości i zwiększyć dodatek mieszkaniowy dla województwa Pomorskiego i Poznańskiego.

Dla zwalczania gruźlicy należałoby też pomyśleć o tem, by pracowników, obciążonych tą chorobą, przenosić do innych Dyrekcji o lepszych warunkach klimatycznych. By móc taką akcję przeprowadzić i wynajdywać wśród pracowników rodziny gruźlicze nie wystarczy jedynie praca lekarzy rejonowych, którzy są przeciążeni, lecz tu należałoby stworzyć stanowiska higienistek wzgl. sanitarjusek, któreby posiadały specjalne wykształcenie, co by się z pewnością opłaciło, gdyż w ten sposób zmniejszyłyby się wydatki na leczenie klimatyczne i sanatoryjne. Dyrekcja nasza, chcąc po części temu zaradzić, wyznaczyła lekarza rejonowego w Bydgoszczy Dra Miedziszewskiego, który zajmuje się walką z gruźlicą w przychodni przy ambulatorjum kolejowym. Akcja ta, jak wynika z załączonego sprawozdania wymienionego lekarza (zał. 1), daje dobre wyniki lecznicze i zmniejsza liczbę przekazywanych do szpitali wzgl. sanatorjów. Udzielanie zapomóg klimatycznych zostało uporządkowane w ten sposób, że uznanie konieczności leczenia następuje na podstawie badania pracowników przez specjalną komisję w Bydgoszczy, w której skład wchodzi wymieniony wyżej lekarz i przedstawiciel Wydz. Sanitarnego, obecnie Dr. Skalski. Ten sposób załatwiania daje

gwarancję, że jedynie faktycznie chory dostaje zapomogę klimatyczną, której wysokość uzależnia się nie tylko od miejscowych cen danej miejscowości klimatycznej, ale także od sytuacji finansowej, w jakiej się dany chory pracownik wzgl. członek rodziny znajduje. Wydział Sanitarny wychodzi z założenia, że leczenie w miejscowościach klimatycznych chorych, wyczerpanych i wychudzonych, o ile ma być celowe, wymaga prócz powietrza także dobrego pokoju i obfitego odżywiania. Dla uniknięcia nadużyć Dyrekcja nie udziela zaliczek na zapomogi klimatyczne i stara się stosować przepisy dające możliwość umieszczania chorych do pensjonatu wzgl. sanatorium, opłacając koszty utrzymania i leczenia, zamiast udzielania gotówki do ręki. Gdy mowa o walce z gruźlicą, należy wspomnieć o konieczności scentralizowania w jednym ręku sprawy otwierania sanatoriów przez różne związki kolejowe. Należałoby w pierwszym rzędzie dać głos przy wyborze miejscowości jako też i placu pod budowę wzgl. zakup odnośnego budynku lekarzowi wzgl. Wydz. Sanitarnemu, a nie tak, jak dotąd w niejednych Dyrekcjach się dzieje, że zostają np. zakupione wille nieodpowiednio położone. Sprawa ochrony zdrowia powinna wreszcie znaleźć się w fachowych rękach, a nie przy administracji kolejowej.

W tutejszej Dyrekcji została stworzona „Pomorska Rodzina Kolejowa”, w której składzie znajduje się także sekcja lekarska, jednakże wobec tego, że stowarzyszenie to sprawę zdrowia stawia na ostatnim punkcie swych zadań, a przeważnie zajmuje się pomocą dla wdów i sierot, fundusze na cele lecznicze są stosunkowo małe.

W związku z możliwie szybkim i wygodnym transportowaniem chorych kolejami muszę wspomnieć o przepisach o przejazdach i przewozach A 6, które w § 9 mówią, że przejazd pracowników do lekarzy rejonowych wzgl. specjalistów lub do szpitali może odbywać się jedynie pociągiem osobowym.

Ograniczenie to jest z założenia swego nieżyciowe, gdyż pracownik chory powinien możliwie szybko otrzymać pomoc lekarską i w jaknajlepszych warunkach szczególnie, gdy udaje się w daleką podróż do sanatorium — wobec czego należy koniecznie § 9 wyżej wspomnianych przepisów zmienić i dać możliwość przejazdu pociągami pospiesznymi.

Gdy mowa o chorobach muszę parę słów poświęcić leczeniu gośćca stawowego. Wydatki na leczenie tej choroby są bardzo wielkie. Lekarze rejonowi nie widząc rezultatu leczenia ambulatoryjnego przekazują tych chorych do szpitali, leczenie tam jest



długotrwanie i nie daje wyników, gdyż stosowane są jedynie środki wewnętrzne z powodu braku odpowiednich urządzeń pomocniczych. Często zdarza się, że pracownik lub członek rodziny leży w szpitalu 130 dni i rachunek wynosi ok. 800,— zł, uwzględniając zaś fakt, że wraca niewyleczony i tylko na krótki czas zdolny do pracy, należałoby pomyśleć o zreformowaniu leczenia tej choroby. Istnieje wszak odpowiednie uzdrowisko państwowe „Busk”, któreby należało uznać jako miejscowość, do której wolno przekazywać chorych celem leczenia kąpielami, któreby opłacał Zarząd kolejowy: w ten sposób zmniejszyłyby się koszty leczenia, a co najważniejsze, pracownik uzyskalby zdolność do pracy.

Po zobrazowaniu w ten sposób ogólnych spraw dotyczących lecznictwa ze wskazaniem na konieczne reformy, sprawozdanie z poszczególnych działów zostanie podane w następnej części po omówieniu spraw administracyjnych, do których obecnie przystępuję.

Do spraw administracyjnych włączę sprawę orzecznictwa, ponieważ wchodzi ona do zakresu działalności urzędowej lekarzy rejonowych i mają na celu szczególnie w komisjach rejonowych usprawnienie administracji kolejowej przez zwolnienie tych pracowników ze służby kolejowej, którzy z powodu złego stanu zdrowia nie nadają się na zajmowane stanowiska i są balastem dla służby kolejowej. Ponieważ obecnie istniejące Komisje, mające na celu stwierdzenie zdolności do służby, posiadają liczne wady, uważałbym za wielce wskazane przywrócenie instytucji dawnych lekarzy inspektorów wyłącznie dla spraw urzędowych. Wprowadzając taki specjalny typ lekarzy-urzędników, zmniejszyłaby się praca lekarzy rejonowych, którzy mieliby dostatecznie czasu na dokładne zajęcie się chorym, zmniejszyłaby się przytem praca w Wydziałach Sanitarnych, która spadłaby częściowo na lekarzy inspektorów. Taki lekarz-inspektor miałby sobie przydzielony oddział, składający się z kilku rejonów, a lekarz leczący będąc na miejscu w swoim rejonie mógłby poświęcić więcej czasu na badanie dokładne chorego wzgl. przedstawionego do badania pracownika.

Poza temi uwagami należałoby ograniczyć uprawnienia miejsc służbowych, dotyczących ządania zbadania przez komisje rejonowe pracowników z powodu zmniejszonej sprawności służbowej. Praktycznem byłoby, gdyby z początku lekarz rejonowy danego rejonu sam zbadał pracownika i dopiero przedstawiał go do zbadania w komisji rejonowej, o ile uzna to za konieczne. Prak-

tyka bowiem wykazuje, że często komisje w podobnych wypadkach stwierdzają zupełną przydatność do służby. Takie uproszczenie ułatwiłoby znacznie pracę lekarzy rejonowych, a z drugiej strony administracja szybciej otrzymałaby decyzję co do przydatności danego pracownika do służby na zajmowanym stanowisku.

Wielką bolączką są dyskwalifikacje z powodu osłabienie siły wzroku lub poczucia rozpoznawania barw. Tu należałoby zmniejszyć wymagania władz kolej. w tym kierunku, gdyż nie raz dobry pracownik po kilkunastu latach zostaje naraz uznany za niezdolnego do wykonywania służby na zajmowanym stanowisku, a nie mogąc być gdzieindziej użytym z powodu braku kwalifikacyj wzgl. szkolenia, zostaje zwolniony ze służby. Z drugiej jednak strony należałoby nie zezwalać na badanie w komisjach głównych na żądanie pracowników w tych wypadkach, gdy komisje rejonowe na podstawie orzeczenia okulisty zdyskwalifikowały pracownika na danym stanowisku służbowym; w ten sposób odpadłaby duża ilość komisji głównych.

W ten sposób byłby omówiony całokształt służby sanitarnej wraz ze spostrzeżeniami i głębszemi uwagami mającemi usprawnić tę służbę. — Na zakończenie ogólnego sprawozdania zostaną w dalszym ciągu podane wyniki, dotyczące ambulatorjów, pogotowia ratunkowego, spraw sanitarno-higjenicznych.

Pozatem załącza się liczbowe dane w 3 załącznikach odnośnie wydatków i statystyki służby sanitarnej i sprawozdanie lekarza przychodni przeciwgruźliczej.

### DZIAŁ ADMINISTRACYJNY.

W czasie od 1. IV. do 31. XII. 1932 r. załatwiono spraw:

|                                      |        |       |
|--------------------------------------|--------|-------|
| rachunków szpitalnych                | —      | 2535  |
| „ aptekarskich                       | —      | 1125  |
| „ za połogowe                        | —      | 1310  |
| „ „ pokarmowe                        | —      | 1206  |
| „ ogólnych                           | —      | 593   |
| „ lekarzy prywatnych                 | —      | 152   |
| „ korespondencji w sprawach ogólnych | —      | 3116  |
|                                      |        | <hr/> |
|                                      | razem: | 10037 |

Organizacja na przestrzeni:

Przestrzeń polska była zorganizowana w 36 rejonach i 6 podrejonach, w których we wspomnianym okresie urzędowało 39 lekarzy rejonowych, 8 lekarzy punktowych, 12 lekarzy-specjalistów, 20 dentystów i 11 sanitarjuszy.

Przestrzeń W. M. Gdańska posiada 14 rejonów i 14 lekarzy rejonowych, jeden lekarz okulista i jeden dentysta, pozatem dla leczenia chorób specjalnych została zawarta umowa, na mocy której wszyscy pracownicy korzystać mogą z pomocy lekarskiej u wszystkich specjalistów za specjalnem zezwoleniem Dyrekcji i z ograniczoną ilością porad. Opłata ryczałtowa za wizytę w wysokości 5,— Gld. Wprowadzenie tego systemu okazało się korzystne, nie stwierdzono nadużywania pomocy tej ani przez lekarzy, ani przez pracowników, przyczem skonstatowano zmniejszenie z tego tytułu wydatków w szpitalach.

## LECZNICTWO.

### Ambulatorja.

Kolejowe Przychodnie Lekarskie znajdują się tylko na terenie polskim, jest ich ogółem 12, a to: w Bydgoszczy, Toruniu-Mieście, Toruniu-Przedm., Grudziądzu, Tczewie, Gdyni, Brodnicy, Jabłonowie, Iłowie, Nakle, Laskowicach i Chojnicach.

Wszystkie ambulatorja kolejowe ciążą ku ambulatorjum w Bydgoszczy, które wyposażone jest w aparat roentgenologiczny, prowadzi specjalną przychodnię przeciwgruźliczą, oraz segreguje chorych płucnych, nadających się do leczenia szpitalnego, sanatoryjnego wzgl. klimatycznego, większa część ambulatorjów wyposażona jest w aparaty dla terapii fizykalnej.

Wykaz tych aparatów znajdujących się w ambulatorjach przedstawia się następująco:

jeden aparat Roentgena — w Bydgoszczy

jeden aparat Sollux — w Bydgoszczy.

cztery pantostaty — Gdynia, Grudziądz, Bydgoszcz, Tczew,

pięć aparatów do elektryzacji — Tczew, Bydgoszcz, Toruń-Miasto, Grudziądz, Chojnice,

osiem luków elektrycznych — Tczew 2, Bydgoszcz 2, Grudziądz, Chojnice, Laskowice po jednym,

dziesięć lamp kwarcowych — Bydgoszcz 3, Tczew, Toruń-Miasto, Grudziądz, Chojnice, Jabłonowo, Gdynia, Brodnica, po jednej.

#### A. Ambulatorjum w Bydgoszczy.

Centralne ambulatorjum w Bydgoszczy mieści się w budynku byłej Dyrekcji i oprócz gabinetów lekarskich mieści w sobie gabinet roentgenologiczny, gabinet naświetlań lampami kwarcowymi wraz z oddziałem, gdzie przeprowadza się elektryzację

oraz pokój laboratoryjny, w którym dokonywuje się badania moczu, kału, płwociny itp.

Dodatkowe ambulatorjum składające się z gabinetu lekarskiego i poczekalni znajduje się na dworcu i przeznaczone jest specjalnie dla pracowników Głównych Warsztatów i dla udzielania pomocy lekarskiej w nagłych wypadkach.

Czynności ambulatorjum w Bydgoszczy w roku sprawozdawczym przedstawiają się następująco:

a) gabinet roentgenologiczny dokonał:

|                         |   |     |
|-------------------------|---|-----|
| zdjęć roentgenowskich   | — | 84  |
| prześwietlań płuc       | — | 525 |
| „ żołądka               | — | 150 |
| „ kości                 | — | 90  |
| „ serca                 | — | 18  |
| „ kiszek                | — | 2   |
| naświetlań leczniczych: |   |     |
| ekcema                  | — | 74  |
| periostitis             | — | 5   |
| keloidy                 | — | 2   |
| łuszczyca               | — | 2   |

b) Gabinet fizykalny dokonał:

|                           |   |      |
|---------------------------|---|------|
| naświetlań lampą kwarcową | — | 4597 |
| „ „ „Sollux“              | — | 820  |
| kąpiele elektrycznych     | — | 486  |
| galwanizacji              | — | 1855 |
| faradyzacji               | — | 185  |
| masaży ręcznych           | — | 562  |

c) laboratorjum wykonało:

|                              |   |     |
|------------------------------|---|-----|
| badań moczu                  | — | 557 |
| badań kału                   | — | 28  |
| nalotów na błonice           | — | 55  |
| badań preparatów na gonokoki | — | 57  |
| badań na laseczniki Kocha    | — | 40  |
| badań reakcji na tyfus       | — | 56  |
| „ treści żołądkowych         | — | 11  |
| „ ropy na bakterje           | — | 54  |

d) inne czynności wykonane w tejże Przychodni:

|                         |   |     |
|-------------------------|---|-----|
| zabiegów chirurgicznych | — | 482 |
| zastrzyków podskórnych  | — | 558 |
| „ dożylnych             | — | 56  |
| opatrunków              | — | 689 |

|                         |   |     |
|-------------------------|---|-----|
| stawianie baniek        | — | 306 |
| masaży szwedzkich       | — | 107 |
| sterylizacja materjałów | — | 45. |

### B. Inne Ambulatorja.

W pozostałych ambulatorjach kolejowych dokonano ogółem:

|                               |   |      |
|-------------------------------|---|------|
| naświetlań lampami kwarcowymi | — | 3123 |
| naświetlań lukami elektr.     | — | 494  |
| galwanizacji                  | — | 280. |

### Ogólny stan zdrowotny.

a) Choroby zakaźne i epidemie z wyłączeniem gruźlicy.

Ogólny stan zdrowotny w roku sprawozdawczym nie różnił się od lat poprzednich z wyjątkiem epidemji w Pruszczu Pom. (rejon Bydgoszcz), gdzie panowała mieszana forma błonicy z płonicą o przebiegu bardzo złośliwym (w nalotacli bakterjologicznie stwierdzono strept. haemoliticus. Na 27 wypadków zachorowań siedem miało zejście śmiertelne (surowica przeciwbłonicza i przeciwpłonicza bez wyniku). Jedynie wskutek przeprowadzenia ścisłej izolacji i kontumacji endemja w ciągu 6 tygodni wygasła.

b) gruźlica.

Na terenie polskim D. O. K. P. Gdańsk udzielono porad z powodu gruźlicy

|                 |      |
|-----------------|------|
| pracownikom     | 601  |
| członkom rodzin | 2013 |

na terenie gdańskim:

|                 |    |
|-----------------|----|
| pracownikom     | 31 |
| członkom rodzin | 98 |

Odsetek procentualny gruźlicy do ogólnej ilości chorób wynosił:

|                     |   |       |
|---------------------|---|-------|
| na terenie polskim  | — | 3,7%  |
| na terenie gdańskim | — | 1,1%. |

### Stan sanitarno-higjeniczny.

W roku sprawozdawczym oprócz perjodycznych badań stanu sanitarno-higjenicznego dokonywanych przez odnośnych lekarzy rejonowych, Wydział Sanitarny przeprowadził kontrolę 15-dniową w maju i czerwcu r. ub. oraz szereg doraźnych rewizyj sanitarnych.

W wyniku tych rewizyj stwierdzono co następuje:

Przy ostatnim objeździe stwierdzono, że usterki, które były zauważone w czasie objazdu w roku 1951, a dokładnie podane w sprawozdaniu rocznem za ten rok, zostały całkowicie usunięte odnośnie do przyrządów sanitarnego pogotowia ratunkowego. odnośnie zaś do stanu sanitarnego większe usterki podane w poprzedniem sprawozdaniu istnieją nadal. gdyż wymagają większych kredytów, których Dyrekcja nie posiada.

### Koszary noclegowe.

Ogólna liczba koszar noclegowych na terenie D. O. K. P. wynosi 64, z tego 58 dla drużyn konduktorskich, a 26 dla drużyn parowozowych. Z tej liczby na teren polski przypada:

koszar dla drużyn konduktorskich — 34

koszar dla drużyn parowozowych — 24.

Reszta przypada na teren gdański.

58 koszar dla drużyn konduktorskich mieszczą w sobie:

218 pokoi z 687 łózkami.

26 koszar dla drużyn parowozowych:

99 pokoi z 220 łózkami.

Pokoje komisyjnych na terenie polskim znajduje się:

20 z 27 łózkami:

pokoje służbowych — 52 z 50 łózkami.

Na terenie gdańskim pokoje komisyjnych — 5 z 7 łózkami.  
pokoje służbowych brak.

Co do czystości w koszarach i pokojach komisyjnych i służbowych nie stwierdzono żadnych usterek, nie znaleziono też nigdzie robactwa i nie było też z tego powodu żadnych zażaleń.

Wskazaniem jest wybudowanie specjalnych koszar noclegowych w pobliżu dworca i powiększenie ilości pokoi komisyjnych w Gdyni.

### Łaźnie.

48 łaźni znajdujących się w tut. D. O. K. P. posiada 128 wanien i 135 natrysków. Łaźnie te mieszczą się przy warsztatach, parowozowniach, koszarach noclegowych, w osobnych budynkach, w przeważającej zaś liczbie w wieżach wodnych. Około 55% wanien wymaga wymiany, z pozostałych ok. 15% naprawy z powodu różnych braków.

## W o d a.

W myśl okólnika D. O. K. P. z lipca 1931 r. przeprowadzono 11 badań wody, przyczem w 8 wypadkach wodę uznano za zdatną do użytku, w trzech zaś jako niezdatną. W Jabłonowie miano dokonać przebudowy wodociągowej kanalizacji, jednakże dotychczas tego nie uskuteczniono z powodu braku kredytu.

### Stan sanitarny ogólny.

Odnosnie do całokształtu stanu sanitarnego należy podnieść, że z powodu oszczędności Dyrekcja nie mogła przystąpić do usunięcia większych usterek, jednakże w miarę możliwości zostały usunięte braki, które można było załatwić w ramach budżetu. W wyniku przeprowadzonych rewizyj spostrzeżono:

|   |       |    |
|---|-------|----|
| 1) odnośnie do miejsc dojazdowych ustereki w 3 wypadkach, |       |    |
| 2) przedsionków, korytarzy, schodów                       | .. 15 | .. |
| 3) poczekalni dla podróżnych                              | .. 26 | .. |
| 4) miejsc ustępowych, śmietników                          | .. 55 | .. |
| 5) bufetów i sal restauracyjnych                          | .. 5  | .. |
| 6) braków wodociągów., studni, zbiorników                 | .. 40 | .. |
| 7) usterek w miejscach pracy                              | .. 73 | .. |
| 8) w pokojach noclegowych                                 | .. 12 | .. |
| 9) kolejowych domów mieszkalnych                          | .. 58 | .. |
| 10) kąpeli i łaźni  | .. 3  | .. |
| 11) wody do picia   | .. 11 | .. |

które to braki zostały w przeważającej części usunięte.

### Pogotowie ratunkowe D. O. K. P.

Stan sanitarny pogotowia ratunkowego przedstawiał się w końcu roku sprawozdawczego, jak następuje:

| S t a n        | Skrzynka sanit. typu A | Skrzynka sanit. typu B | Skrzynka sanit. st. typu | N o s z e |            | Atlasy ratunk. | Wskaz. ścienne | Przepisy o udział. doraźn. pomocy |
|----------------|------------------------|------------------------|--------------------------|-----------|------------|----------------|----------------|-----------------------------------|
|                |                        |                        |                          | now. typu | star. typu |                |                |                                   |
| na przestrzeni | 159                    | 193                    | 327                      | 369       | 167        | 180            | 307            | 3738                              |
| Zapasy . . .   | 1                      | 147                    | 29                       | 2         | 48         | 7              | —              | 762                               |
| Ogólny . . .   | 160                    | 340                    | 356                      | 371       | 215        | 187            | 307            | 4500                              |

### Drużyny sanitarno-ratownicze.

W roku sprawozdawczym szkoleń w ratownictwie sanitarnem nie przeprowadzano z powodu braku kredytów. W przyszłości należałoby przeprowadzić kursy w Koronowie (Koronowo - Pruszcz Bag., Terespol Pom. — Dorotowo), Tucholi (Tuchola — Pruszcz Bag.), Tczew, Bydgoszcz, Toruń, Gdańsk i Gdynia.

### Wagony sanitarne.

W roku sprawozdawczym D. O. K. P. posiadała 8 kompletów wagonów sanitarnych, a to: w Tczewie, Bydgoszczy, Toruniu-Przedm., Grudziądzu, Iłowie, Gdańsku (dworzec gl.), Chojnicach i Gdyni.

W czasie katastrofy kolejowej pod Narkowami („Święto Morza“) brał czynny udział w ratownictwie wagon sanitarny z Tczewa, który już w 20 minutach został uruchomiony i w czasie czynności lekarskich i później w czasie transportu rannych żadnych usterek lub braków nie spostrzeżono.

## DZIAŁ APTEKARSKI.

### Składnica sanitarna i jej powstanie.

Składnica sanitarna powstała w 1927 r. z zapasów wycofanych z przestrzeni zbędnych skrzynek sanitarnych. Jako zapas tych skrzynek w większości znajdował się materiał poniemiecki, jak gaza sublimatowa w płatkach i w metrach, bandaże i niektóre instrumentarja, jak nożyce, pincety itp. Początkowo skrzynki takie przerabiano na mniejsze zawartości i wyposażono poszczególne miejsca służbowe. Wskutek otrzymania kredytu z M. K. na uzupełnienie pogotowia sanitarnego oraz niektórych zapasów materiałów i noszy — praca składnicy przyjmuje główną organizacyjną robotę pogotowia sanitarnego w myśl przepisów o sanitarnem pogotowiu ratunkowem na P. K. P.

Składnica zaopatruje w materiały sanitarne i inwentarz wszystkie miejsca służbowe tut. okręgu dyrekcyjnego. Wydawanie materiałów i inwentarza sanitarnego skutecznia się w sposób podany w przepisach o ewidencji i nabywaniu materiałów i przedm. inwent. na P. K. P. ogłoszonych przez M. K. w 1922 r. Stan inwentarza użytkowego tut. okręgu oprócz materiałów sanitarnych oceniony został w dniu 31. III. 1928 r. na 180.075 zł. Przebiegająca ilość zapotrzebowań (wykazów potrzeb) przedkładanych przez Kolej. Przychodnie Lekarskie, w celu dopełnienia swych zapasów wynosi każdorocznie 250 ekspedycyj, nie licząc drobnych



zapotrzebowań poszczególnych miejsc służbowych należących do rejonów lekarskich nie posiadających własnych przychodni kolejowych, oraz miejsc służbowych terenu W. M. Gdańska.

Każde dwa lata odbywa się kontrola stanu inwentarza i materiałów składnicy przy udziale przedstawiciela Wydziału Finansowego lub też Delegata Okr. Izby Kontr. Państwa. Przedkładane są fachowemu Wydziałowi kwartalne wykazy zmian inwentarza użytkowego do kontroli. Z końcem każdego roku dołącza się również wykaz pozostałości, ustalony przepisami o nabywaniu i ewidencji materiałów i przedmiotów inwentarjalnych.

### Rachunki aptekarskie.

#### a) teren polski:

Pracownicy kolejowi i ich rodziny pobierają lekarstwa zaordynowane przez lekarzy rejonowych na ustalonych formularzach za opłatą 25% — w aptekach prywatnych. Oprócz rabatów udzielanych przez apteki w myśl rozp. Min. Spraw Wewn. z dnia 28. 8. 1930 r. (Dz. U. Nr. 77 ex 1930 r. poz. 604) o określaniu cen aptecznych — z dniem 1 grudnia 1932 r. weszło w życie rozp. Min. Opieki z dnia 14. 11. 1932 r. (Dz. U. Nr. 105 ex 1932 poz. 875) dotyczące dalszej zniżki środków lekarskich objętych częścią I taksy aptekarskiej w rozmiarze 15% oraz zniżki 10% owej od cen wyszczególnionych w części II taksy aptekarskiej. Dane statystyczne wydatków na leki przedstawiają się następująco:

#### w czasie od 1. IV. 1930 r. do 31. III. 1931 r.

|  |               |
|--|---------------|
| 1) roczna ilość recept . . . . .                         | 180.170       |
| 2) wydatkowana kwota na leki . . . . .                   | 287.479,53 zł |
| 3) wydatkowana kwota na pogotowie sanitarne . . . . .    | 1.944,34 „    |
| 4) koszt jednej recepty . . . . .                        | 1,58 „        |
| 5) przypisano lekarzom kol. do zwrotu . . . . .          | 299,33 „      |
| 6) przy retaksacji i kontroli recept skreślono . . . . . | 2.672,97 „    |

#### w czasie od 31. III. 1931 r. do 31. XII. 1932 r. (trzy kwartały)

|  |               |
|--|---------------|
| 1) ogólna ilość recept . . . . .                         | 176.714       |
| 2) wydatkowana kwota na leki . . . . .                   | 290.586,52 zł |
| 3) wydatkowana kwota na pogotowie sanitarne . . . . .    | 2.315,— „     |
| 4) koszt jednej recepty . . . . .                        | 1,59 „        |
| 5) przypisano lekarzom kol. do zwrotu . . . . .          | 165,62 „      |
| 6) przy retaksacji i kontroli recept skreślono . . . . . | 4.976,52 „    |

W czasie od 1. I. 1952 r. do 31. XII. 1952 r.:

|  |               |
|--|---------------|
| 1) roczna ilość recept . . . . .                         | 145.415       |
| 2) wydatkowana kwota na leki . . . . .                   | 188.508,71 zł |
| 3) wydatkowana kwota na pogotowie sanitarne . . . . .    | 1.504,45 „    |
| 4) koszt jednej recepty . . . . .                        | 1,52 „        |
| 5) przypisano lekarzom kol. do zwrotu . . . . .          | 1.057,— „     |
| 6) przy relaksacji i kontroli recept skreślono . . . . . | 3.740.— „     |

b) Teren gdański:

Rachunki aptekarskie terenu W. M. Gdańska wynoszą przeciętnie rocznie 60.000 zł. Fachową kontrolę recept przeprowadza się na podstawie taksy aptekarskiej (Arzneitaxe) wydanej przez Senat W. M. Gdańska. Ograniczenia częściowo są tylko wykonalne, gdyż lekarze kolejowi oraz umówieni lekarze-specjaliści na terenie W. M. Gdańska stosują w większej części preparaty gotowe i to odmienne od opakowań wyrobów krajowych, gdyż przeważnie wyrobów firm gdańskich lub niemieckich. Wyroby polskich firm mało znane na tym rynku farmaceutycznym, przeto ograniczono zapisywanie preparatów niekrajowych jedynie w opakowaniach kasowych o wiele tańszych od opakowań normalnych. Apteki terenu W. Miasta nie udzielały żadnych opustów od wydawanych lekarstw na koszt Dyrekcji, pomimo kilkakrotnych w tym kierunku poczynań Wydz. Sanitarnego. W kwietniu 1952 r. Wydz. Sanitarny otrzymał jednakowoż 10%-ową zniżkę od ogólnej sumy wydawanych lekarstw przez większość aptek W. Miasta na mocy specjalnie zawartej umowy ze związkiem właścicieli aptek. Zniżkę taką należy uważać za wielki sukces, gdyż ze zniżki nie korzystają nawet instytucje W. Miasta, jak kasy chorych itp. Termin do regulowania należności za leki ustalono jednomiesięczny.

Załącznik 1.

## PRZYCHODNIA PRZECIWGRUŻLICZA D. O. K. P. GDAŃSKIEJ W BYDGOSZCZY.

Przychodnia przeciwgruźlicza w Bydgoszczy powstała w styczniu 1952 r. z inicjatywy naczelnego lekarza Dyrekcji p. Dra. Andersa. Jak wiadomo zadaniem przychodni przeciwgruźliczej jest szerzenie wiadomości o gruźlicy pośród szerszego ogółu, prowadzenie akcji zapobiegawczej przez zorganizowanie stałego nadzoru nad rodzinami chorych na gruźlicę i samymi chorymi, wyszukiwanie ognisk rozpowszechniających gruźlicę itp. Lecze-

nie chorych na gruźlicę, wyłączając dopelnienia sztucznej odmy nie wchodzi w zadanie przychodni przeciwgruźliczej.

Ze względów materialnych jak również specjalnych warunków pracy lekarzy kolejowych przychodnia kolejowa przeciwgruźlicza w Bydgoszczy nosi nieco odmienny charakter. Brak wyszkolonej higienistki nie pozwolił na prowadzenie szerszej akcji poza murami przychodni, a brak czasu u lekarzy rejonowych na żmudne leczenie chorych w postaci iniekcji dożylnych i innych zabiegów zmusił mnie do przyjęcia obowiązków leczenia ambulatoryjnego chorych na gruźlicę w Przychodni. Stopniowo do obowiązków Przychodni doszło też badanie chorych ubiegających się o zapomogi na leczenie klimatyczne, jak również badanie i kierowanie chorych na gruźlicę do odpowiednich sanatorjów. Czyli cała akcja połączona z wykrywaniem i leczeniem chorych była skierowana w jedno miejsce.

Prawda, leczenie chorych zamieszkujących daleko od Bydgoszczy w naszej przychodni należało do wypadków pojedynczych, a większość pacjentów i pacjentek rekrutowała się z pracowników i członków rodzin kolejarzy zamieszkujących Bydgoszcz i okolicę, a Bydgoszcz jak wiadomo stanowi duży ośrodek skupiający około 10.000 osób pracowników kolejowych z rodzinami.

Chorych z podejrzeniem na gruźlicę lekarze rejonowi kierowali do przychodni. Po dokładnem zbadaniu w razie ewentl. potrzeby chorzy byli poddawani prześwietleniu promieniami Roentgena. Badanie płwociny na prątki Kocha stosowało się w każdym podejrzanym wypadku. Chorych wycieńczonych ze stanami podgorączkowemi, u których warunki rodzinne i mieszkaniowe nie pozwoliły na stosowanie kuracji na miejscu, kierowałem do sanatorjów (do Wilkowic, Chodzieży, Smukały i Tatarowa). Za czas istnienia przychodni przekazano do sanatorjów 114 pracowników i 154 osoby członków rodzin. Reszta chorych, wyłączając chorych z ciężką rozpadową gruźlicą (11 osób), z których 9 osób było przekazanych do szpitali, leczyla się ambulatoryjnie.

Przy badaniu chorych z podejrzeniem na gruźlicę gruczolów węzkowych, oprócz opukiwania przy mostku i około kręgosłupa stosowałem opukiwanie i osłuchiwanie kręgosłupa (badanie na szept), które w większości wypadków dawało dobre wyniki. Wszystkich takich chorych poddawałem kontroli roentgenologicznej. W ten sposób przeprowadziłem badanie 313 osób: 150 płci męskiej i 183 płci żeńskiej. Roentgen potwierdził licz-

ne nacieczone gruczoly u 61 płci męskiej i 70 płci żeńskiej; zaznaczone smugi przywnękowe, zwapniałe gruczoly stwierdzono u 68 osób płci męskiej i 77 płci żeńskiej. Wynik ujemny prześwietlań roentgenowskich dało w 57 wypadkach u 21 osób płci męskiej i 36 żeńskiej; czyli u 119 osób płci męskiej i 147 żeńskiej stwierdzono te lub inne zmiany wnękowe t. zn., że w 81% badania roentgenologiczne potwierdziły wynik badania fizykalnego.

Muszę zaznaczyć, że stany podgorączkowe u osobników z licznymi nacieczonymi gruczolami występowały niezawsze, natomiast kaszel i bóle między łopatkami, jak również ogólny zły wygląd, w większości wypadków. Chorych gruczolowych ze stanami podgorączkowymi kierowałem do leczenia klimatycznego w Rabce (dzieci), w Zakopanem (dorośle) lub częściej do sanatorium w Tatarowie. Inni otrzymywali tran, wapno, naświetlenie lampą kwarcową i ogólne leczenie wzmacniające (fitina i arsenik).

Przy badaniu chorych ze zmianami w samych płucach stwierdziłem zmiany obustronne u 32 mężczyzn, 12 kobiet i 4 dzieci. Zmiany chorobowe z przewagą po prawej stronie stwierdziłem u 10 mężczyzn, 15 kobiet i 2 dzieci, z przewagą po lewej stronie u 6 mężczyzn i 4 kobiet, z otwartą gruźlicą było 14 mężczyzn i 10 kobiet. Ogółem zbadalem płuca za cały czas istnienia przychodni u 1237 osób, w tem u 557 osób płci męskiej i 680 płci żeńskiej. W tej liczbie u 865 osób nie stwierdziłem sprawy gruźliczej ani w gruczolach ani w płucach. U reszty 178 osób płci męskiej i 194 żeńskiej były te lub inne zmiany w płucach lub w gruczolach.

Przy leczeniu ambulatoryjnym chorych oprócz zwykle stosowanych środków wewnętrznych wykonywałem iniekcje dożylnie wapna, domięśniowe lienię i kreozotu i podskórne insoliny a także niedawno zacząłem stosować autohemoterapię. Jednocześnie wykonywałem dopełnienia sztucznej odmy.

Wapno stosowałem dożylnie 2 razy w tygodniu (przeważnie calcium glucanatum) wstrzykując po 5.0 dwa razy w tygodniu 18 ampulek, a po 2-miesięcznej przerwie jeszcze 18, czyli razem 36 iniekcij. W taki sposób leczyło się 16 mężczyzn i 28 kobiet. Cztery osoby (jeden mężczyzna i 3 kobiety) otrzymywały wapno domięśniowo. Iniekcje domięśniowe kreozotu stosowałem u 6 mężczyzn i 7 kobiet. Kurację mieszaną t. j. iniekcje dożylnie wapna i domięśniowe kreozotu otrzymywało 6 osób (5 mężczyzn i 3 kobiety). W wypadkach braku łaknienia i ogólnego wychudzenia stosowałem podskórne iniekcje insoliny (od 10—20 j.) co

drugi dzień u jednego mężczyzny i 7 kobiet z wynikiem zwykle dobrym. Tak samo przy objawach połączonych ze znaczną anemią i nocnymi potami zachęcające wyniki otrzymywałem od domięśniowej iniekcji lieny (do 24 ampulek).

Dopelnienia sztucznej odmy otrzymywało 9 osób, 5 mężczyzn w tem 3 pracowników i 4 kobiety (w tem 1 dziewczynka lat 15). Ogółem wykonałem 61 dopełnień. W 2 wypadkach z powodu stalej poprawy zdrowia potwierdzonej roentgenologicznie dopełnienia przerwałem a 7 osób otrzymuje jeszcze dopełnienia i teraz. Największą ilość dopełnień otrzymywała pacjentka Stanisława C-a w Bydgoszczy i to aż 19. Stan zdrowia jej z początku znacznie się poprawił, a ostatnie czasy, z powodu zmian chorobowych w drugim płucu pacjentka zostanie przekazaną do sanatorium w Chodzieży. Dopełnienia po stronie prawej otrzymuje 4 mężczyzn i jedna kobieta, po stronie lewej jeden mężczyzna i 5 kobiety. U wszystkich wyłączając jedną, o której wspomniałem i jednego mężczyznę, dopełnienia odmy sztucznej korzystnie wpływały na ogólny stan zdrowia.

Kończąc niniejsze krótkie sprawozdanie z pracy przychodni przeciwgruźliczej w Bydgoszczy uważam, że próba zrobiona przez Dyрекcję Gdańską była bardzo na miejscu, lecz dla osiągnięcia prawdziwego celu przychodnia musi posiadać choć jedną specjalnie wyszkoloną higienistkę, któraby mogła prowadzić akcję przeciwgruźliczą pośród pracowników kolejowych i ich rodzin poza murami przychodni, jednocześnie pomagając przychodni przy dopełnieniu odmy i przy wykonywaniu innych czynności, których z braku czasu jeden lekarz wykonywać nie może (reakcje Pirquet'a, reakcja opadania krwinek itp.).

## Załącznik 2.

### ZESTAWIENIE ILOŚCI CHORYCH, LECZĄCYCH SIĘ W SZPITALACH W CZASIE OD 1. IV. DO 31. XII. 1952 R.

| a) pracowników             | ilość | dni   | kosztem zł |
|----------------------------|-------|-------|------------|
| 1) chorych                 | 566   | 14800 | 121.504,64 |
| 2) z wypadków i obserwacji | 27    | 1549  | 13.177,44  |
| b) emerytów:               | 19    | 1587  | 11.574,20  |
| c) członków rodzin:        | 1204  | 24695 | 192.996,24 |
| Razem:                     | 1816  | 42631 | 339.052,52 |

## z tego przypadku na teren W. M. Gdańska:

|                                   |               |            |                   |
|-----------------------------------|---------------|------------|-------------------|
| a) pracowników:                   |               |            |                   |
| 1) chorych:                       | 158           | 5505       | 45.825,86         |
| 2) z wypadków i obserwacji:       | 2             | 56         | 896,—             |
| b) członków rodzin:               | 256           | 4142       | 57.629,15         |
| c) emerytów:                      | 7             | 177        | 2.479,45          |
|                                   | <b>Razem:</b> | <b>583</b> | <b>104.850,46</b> |
| <br>                              |               |            |                   |
| w zakładach psychiatrycznych:     | 23            | 2595       | 14.699,52         |
| w zakładach ortopedycznych:       | 8             | 296        | 2.675,57          |
| w sanatoriach dla płucno-chorych: |               |            |                   |
| a) pracowników:                   | 65            | 3287       | 25.288,94         |
| b) członków rodzin:               | 67            | 3411       | 25.258,64         |

## Udzielono zapomóg na leczenie klimatyczne:

|                     |    |      |          |
|---------------------|----|------|----------|
| a) pracownikom:     | 21 | 851  | 8.755,55 |
| b) członkom rodzin: | 36 | 1424 | 14.665,— |

Załącznik 3

**ZESTAWIENIE KOMISYJ LEKARSKICH**  
za czas od 1 kwietnia 1952 r. do 31 grudnia 1952 r.

|                   | Z powodu choroby |           | Z powodu wypadku |           | TEREN                |        |
|-------------------|------------------|-----------|------------------|-----------|----------------------|--------|
|                   | zdolny           | niezdolny | zdolny           | niezdolny | P O L S K A          |        |
| Komisja Rejonowa, | 276              | 301       | 326              | 62        | 577+588—1165         | Polska |
| Komisja Główna    | 50               | 95        | 73               | 46        | 145+119—264          |        |
| Komisja Rejonowa  | 256              | 142       | 29               | 10        | Gdańsk<br>598+59—457 | Gdańsk |
| Komisja Główna    | 39               | 124       | 2                | 3         | 165+5—168            |        |

razem: 2054 bad.

## Statystyka wszystkich wydatków służby sanitarnej w roku sprawozdawczym

| Nr. p. | T R E Ś Ć                                  | Teren polski gdański | Polska     | Gdańsk     |
|--------|--|----------------------|------------|------------|
| 1      | Liczba pracowników etat., kand. i nieet.   | 17.164               | 14.745     | 2.421      |
| 2      | Liczba emerytów                            | 1.025                | 685        | 340        |
| 3      | Razem 1 + 2                                | 18.189               | 15.428     | 2.761      |
| 4      | Liczba członków rodzin pracow.             | 57.194               | 50.850     | 6.544      |
| 5      | Ogółem ludności (3 + 4)                    | 75.485               | 66.278     | 9.105      |
| 6      | Rozdz. II § 12 Dochody służby sanitarnej   |                      |            |            |
| 7      | Oplaty za leczenie w szpitalach kolejowych |                      |            |            |
| 8      | Oplaty za leki z aptek kolejowych          |                      |            |            |
| 9      | Udział kolei prywatnych                    |                      |            |            |
| 10     | Inne dochody                               |                      |            |            |
| 11     | Rozdz. 7 wydatki służby sanitarnej         | 1.405.865,60         | 850.484,59 | 555.581,21 |
| 12     | § 1 i § 1a wydatki osobowe                 | 505.165,15           | 290.504,06 | 12.659,07  |
| 13     | Personel rejonowy                          | 505.165,15           | 290.504,06 | 12.659,07  |
| 14     | Personel aptek kolejowych                  |                      |            |            |
| 15     | Personel aptek                             |                      |            |            |
| 16     | § 2 Koszty ogólne                          | 16.511,20            | 16.255,87  | 255,55     |
| 17     | Koszty ogólne rejonów                      |                      |            |            |
| 18     | Koszty ogólne szpitali kolejowych          |                      |            |            |
| 19     | Koszty ogólne aptek kolejowych             |                      |            |            |
| 20     | § 3. Leki i materiały opatrunkowe          | 256.009,55           | 205.181,85 | 52.827,48  |
| 21     | § 3 Apteki prywatne (75%)                  | 250.561,55           | 188.508,71 | 42.052,82  |
| 22     | § 3 dla aptek kolejowych                   |                      |            |            |
| 23     | § 3 dla szpitali kolejowych                |                      |            |            |
| 24     | § 3 okulary, paski, protezy                | 7.461,29             | 4.214,57   | 3.248,92   |
| 25     | § 3 naświetlania                           | 3.845,59             | 1.164,54   | 2.681,25   |
| 26     | § 3 prześwietlenia, analizy                | 6.762,25             | 2.415,98   | 4.348,25   |
| 27     | § 3 materiał dentystyczny                  | 5.874,24             | 5.576,00   | 498,24     |
| 28     | § 3 uzupełnienie skrzynek ratunkowych      | 1.504,45             | 1.504,45   | —          |
| 29     | § 4 utrzymanie i leczenie w szpitalach     | 540.689,89           | 254.222,79 | 106.467,10 |
| 30     | § 4 opłaty w szpitalach obcych             | 540.689,89           | 254.222,79 |            |
| 31     | § 4 żywienie i personel szpitali kol.      | 540.689,89           | 254.222,79 |            |
| 32     | § 5 wynagrodzenie lekarzy prywatnych       | 97.967,91            | 8.404,99   | 89.562,92  |
| 33     | § 6 pomoc położnicza                       | 77.015,67            | 75.119,99  | 3.895,68   |
| 34     | § 7 zapomogi uzdrowiskowe                  | 25.596,55            | 25.596,55  |            |

| Nr. p. | T R E Ś Ć  | Teren polski gdański | Polska     | Gdańsk     |
|--------|--|----------------------|------------|------------|
| 35     | § 8 udział w kosztach kas chorych                                  | 287.538,06           | —          | 287.538,06 |
| 36     | § 9 wagony sanitarne   | —                    | —          | —          |
| 37     | § 10 inne wydatki  | 1.774,06             | 1.598,49   | 575,57     |
| 38     | rzeczywisty koszt służby sanitarnej                                | 1.116.527,54         | 850.489,59 | 266.045,15 |
| 40     | rzeczywisty koszt służby sanitarnej po potrąceniu wpłat pracownika | 1.116.527,54         | 850.489,59 | 266.045,15 |
| 42     | wydatki osobowe (12 + 52)  | 401.151,04           | 298.909,05 | 102.221,99 |
| 44     | personel rejonowy (15 + 52)  | 401.151,04           | 298.909,05 | —          |
| 46     | koszty ogólne (16 + 37))   | 18.285,26            | 17.654,56  | 630,90     |
| 47     | koszt rejonów (44 + 37)  | 419.416,30           | 316.565,61 | 102.852,89 |
| 49     | koszt lekarstw (15 + 19 + 22 + 21)                                 | 250.561,55           | 188.508,71 | 42.052,82  |
| 50     | koszt leków po potrąceniu wpłat pracowników                        | 250.561,55           | 188.508,71 | —          |
| 53     | koszt innych środków leczniczych (24 + 25 + 27)                    | 25.945,55            | 15.168,69  | 10.774,66  |
| 56     | uzupełnienie skrzynek ratunkowych                                  | 1.504,45             | 1.504,45   | —          |
| 57     | koszt szpitali (14 + 23 + 31 + 50)                                 | 540.689,89           | 254.222,79 | 106.467,10 |
| 58     | koszt szpitali po potrąceniu wpłat pracowników                     | 540.689,89           | 254.222,79 | 106.467,10 |
| 61     | pomoc położnicza   | 77.015,67            | 75.119,99  | 5.895,68   |
| 63     | zapomogi uzdrowiskowe  | 25.596,55            | 25.596,55  | —          |

Wydatki na jednego pracownika  
wzgl. głowę ludności

porównanie  
z roku ub. sprawozd.

|    | Teren polski i gdański                                 |          | Polska  |          | Gdańsk  |          |       |
|----|--|----------|---------|----------|---------|----------|-------|
|    | rok ub.  | rokobec. | rok ub. | r. obec. | rok ub. | r. obec. |       |
| 39 | rzeczywisty koszt służby sanit. na jednego pracownika  | 89,49    | 61,40   | 80,65    | 55,13   | 140,88   | 96,36 |
| 43 | wydatki osobowe na jednego prac.                       | 35,60    | 22,05   | 29,43    | 19,37   | 53,01    | 37,02 |
| 48 | koszt rejonów na jednego pracown.                      | 34,24    | 23,06   | 30,96    | 20,52   | 53,40    | 37,25 |
| 51 | koszt lekarstw na jednego pracown.                     | 18,54    | 12,68   | 18,34    | 12,22   | 19,73    | 15,23 |
| 52 | koszt lekarstw na jedną głowę ludn.                    | 4,45     | 3,06    | 4,25     | 2,84    | 5,97     | 4,62  |
| 54 | koszt innych środków leczniczych na jednego pracownika | 1,91     | 1,32    | 1,45     | 0,85    | 4,20     | 3,90  |
| 55 | koszt na jedną głowę ludn.                             | 0,60     | 0,32    | 0,35     | 0,20    | 1,38     | 1,18  |
| 59 | koszt szpitali na jednego pracown.                     | 25,77    | 18,73   | 19,79    | 15,18   | 60,53    | 38,56 |
| 60 | koszt szpitali na jedną głowę ludn.                    | 6,19     | 4,52    | 4,59     | 3,53    | 18,32    | 11,69 |
| 62 | pomoc położnicza na jedn. pracown.                     | 7,53     | 4,49    | 8,31     | 4,26    | 2,82     | 1,61  |
| 64 | zapomogi uzdrowiskowe na jedn. pracown.                | 1,67     | 1,29    | 1,67     | 1,29    | —        | —     |

Jak wynika z załączonego zestawienia wydatki na jednego pracownika znacznie się zmniejszyły mniej więcej o  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$  wydatków z ubiegłego roku.









