

Hanisz, Katarzyna

Zaopatrzenie farmaceutyczne w systemie lecznictwa ubezpieczeniowego w II Rzeczypospolitej

Medycyna Nowożytna 3/1 - 2, 139-168

1996

Artykuł umieszczony jest w kolekcji cyfrowej Bazhum, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych tworzonej przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego.

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie ze środków specjalnych MNiSW dzięki Wydziałowi Historycznemu Uniwersytetu Warszawskiego.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Katarzyna Hanisz

Lódź

Zaopatrzenie farmaceutyczne w systemie lecznictwa ubezpieczeniowego w II Rzeczypospolitej

Niniejsza praca stanowi próbę oceny systemu zaopatrzenia w leki osób ubezpieczonych w Polsce międzywojennej. Szczególnie zwrócono w niej uwagę na następujące zagadnienia: podstawy prawne warunkujące organizację aptekarstwa w strukturze lecznictwa ubezpieczeniowego, jego działalność usługową, jak również na opłacalność stworzonego systemu pomocy aptecznej.

W opracowaniu, celem odtworzenia wydarzeń, zjawisk i procesów związanych z organizacją usług aptecznych dla ludności ubezpieczonej, bardzo ważne okazały się źródła: „Dzienniki Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej”, „Roczniki Statystyki Rzeczypospolitej Polskiej”, „Roczniki Ubezpieczeń Społecznych w Polsce”, „Kalendarze Farmaceutyczne”, a także sprawozdania instytucji ubezpieczeniowych, zamieszczone na łamach własnych organów prasowych – „Wiadomości Kas Chorych” i „Przeglądu Ubezpieczeń

Spółecznych”, artykuły polemiczne i inne w międzywojennej prasie farmaceutycznej, np. w „Wiadomościach Farmaceutycznych”. Na podkreślenie zasługują również współczesne opracowania monograficzne: J. Sadowskiej „Lecznictwo ubezpieczeniowe w II Rzeczypospolitej”, D. Moski „Apteki i aptekarstwo w autonomicznym województwie śląskim w II Rzeczypospolitej w latach 1922–1939” oraz artykuł F. Nowaka „Apteki Ubezpieczalni Społecznej w Polsce międzywojennej”.

Podjęte podczas pierwszej wojny światowej prace legislacyjne nad systemem ubezpieczeń społecznych, nawiązujące do rozwiązań zachodnio-europejskich¹, wyrażone zostały m.in. w ustawie z dn. 19.05.1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby². Wymieniona ustawa objęła obszar II Rzeczypospolitej, za wyjątkiem górnośląskiej części województwa śląskiego. W tym rejonie, zgodnie z postanowieniami Sejmu Śląskiego, pozostawiono jako obowiązującą niemiecką ustawę ubezpieczeniową z dn. 19 VII 1911 r.³

Ustawa z 1920 r., powołując instytucje wykonawcze Kasy Chorych, określiła ich rolę w zakresie zabezpieczenia zdrowia ludności pracującej oraz rodzaje świadczeń udzielanych ubezpieczonym. Dla organizacji zaopatrzenia farmaceutycznego podstawowe znaczenie miał rozdział V ustawy. W myśl zawartych w nim postanowień, leki i środki techniczne mogły być wydawane ubezpieczonym bezpłatnie jedynie z przepisu lekarza kasowego. Dla zapewnienia realizacji recept, Kasa Chorych uprawniona była do zawierania umów z właścicielami aptek prywatnych oraz składów materiałów aptecznych i środków leczniczych. Natomiast apteki prywatne zostały zobowiązane do przyznawania Kasom Chorych opustu od cen oznaczonych w taksie aptekarskiej. Rozporządzenie Wykonawcze Ministra Spraw Wewnętrznych oraz Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dn. 19 V 1921 r. rozszerzające postanowienia ustawy, zobowiązywało apteki prywatne do posiadania dostatecznych zapasów środków farmaceutycznych i opatrunkowych oraz do wydawania ich ubezpieczonym na recepty Kas Chorych. Powyższe rozporządzenie określało również minimalną wysokość opustu, jaki apteki prywatne winny przyznawać

¹ J. Fijałek, *Kasa Chorych – pierwowzór społecznego, samorządowego lecznictwa pracowniczego w Polsce*. „Arch. Hist. Med.”, 1984, t. 47, z. 1, s. 100–101.

² *Dekret o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby z dn. 11.01.1919 r.*, „Wiad. Farm.”, 1919, R. 46, nr 2, s. 45; *Ustawa z dn. 19.05.1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby*, DzURP 1920, nr 44, poz. 272.

³ D. Moska, *Apteki i aptekarstwo w autonomicznym województwie śląskim w II Rzeczypospolitej w latach 1922–1939* (rozprawa habilitacyjna), Sosnowiec 1992, s. 199.

Kasom Chorych. Opust ten wynosił 15% od ceny leków przepisywanych w formie recept, a 5% od środków leczniczych i opatrunkowych w sprzedaży odręcznej. Wspomniane zasady dotyczyły wyłącznie leków podstawowych umieszczonych w załączniku do rozporządzenia. Natomiast cenę środków nie objętych spisem należało obliczać według cenników, opracowanych przez Wydział Właścicieli Aptek Polskiego Powszechnego Towarzystwa Farmaceutycznego⁴. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dn. 15 V 1929 r. podwyższało wysokość opustu od cen leków recepturowych do 25%⁵. Ustawowe zobowiązania w odniesieniu do aptek prywatnych, uwarunkowane były przestrzeganiem terminów płatniczych przez Kasy Chorych, ustalonych w granicach do 40 dni od chwili wystawienia rachunku. Wymieniona forma zaopatrzenia farmaceutycznego, zgodna z założeniami ustawy z 1920 r., nawiązywała do wcześniejszych rozwiązań w tym zakresie, istniejących w lecznictwie ubezpieczeniowym na ziemiach polskich w okresie zaborów. Była też analogiczna do rozwiązań w Niemczech, Anglii, Francji i Szwajcarii, w których to państwach zaopatrzenie ubezpieczonych w leki odbywało się poprzez apteki prywatne⁶. W Niemczech, wysokość rabatu, gwarantowanego przez właścicieli aptek, regulowała początkowo konkurencja innych aptek, znajdujących się poza umową pomiędzy kasami i aptekarzami. Od 1913 r. ustalono zniżkę 10% za każdy dostarczany lek, z wyjątkiem środków seryjnie produkowanych w fabrykach tzw. specyfików⁷.

Oprócz wymienionego systemu, polska ustawa z 1920 r. umożliwiała zastosowanie alternatywnego rozwiązania w zakresie organizacji usług aptecznych dla ubezpieczonych. Zostało ono określone w art. 44 wzmiankowanej ustawy, zgodnie z którym Kasy Chorych zyskały prawo tworzenia instytucji opieki zdrowotnej, w tym własnych placówek aptecznych. Było to zbieżne z rozwiązaniami w Austrii, gdzie apteki dla ubezpieczonych stanowiły własność Kas Chorych lub rządu⁸. Natomiast w odniesieniu do polskiego aptekarstwa, opierającego się do tej pory na własności prywatnej, wprowadzało zupełnie nowy typ aptek, należą-

⁴ DzURP, 1921, nr 56, poz. 353.

⁵ DzURP, 1929, nr 44, poz. 368, s. 715.

⁶ Wiad. Farm., 1929, R. 56, nr 35, s. 450.

⁷ J. Schroeder, *Die politische, oekonomische und sozialen Beziehungen des Arzneimittelwesens und seiner Gesetzgebung zu der Entwicklung des Kapitalismus im preussisch-deutschen Staat 1870-1920* (rozprawa doktorska), Berlin 1974, s. 118.

⁸ K. Koronkiewicz, *Kwestia apteczna Kas Chorych*, „Przegl. Ubezp. Społ.,” 1930, R. 5, nr 3, s. 55-57.

cych do instytucji i zakładów użyteczności publicznej. Było to zjawisko zgodne z programem rządowym, dążącym m.in. do strukturalno-własnościowego zróżnicowania sieci aptek w kraju. Znalazło też odbicie w ukazujących się w następstwie ustawy w 1920 r., uzupełniających regulacjach prawnych, stwarzających korzystne warunki dla rozwoju aptekarstwa ubezpieczeniowego. I tak, na podstawie okólnika Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dn. 17 V 1922 r. Kasy Chorych nie podlegały obowiązkowi uzyskiwania koncesji na zakładanie własnych aptek⁹, co stanowiło nowy element w odniesieniu do obowiązujących w kraju, od okresu zaborów, zawodowych ustaw aptekarskich opartych na systemie koncesyjnym. Stwarzało to możliwość nie stosowania się do przepisów określających zakładanie aptek w stosunku do gęstości zaludnienia i ilości mieszkańców przypadających na już istniejące apteki, a więc pozwalało na otwieranie aptek nawet tam, gdzie istniejące placówki prywatne obejmowały swoją siecią zamieszkałą ludność.

Wspomniane założenia programowe znalazły odzwierciedlenie w wydanej ustawie ubezpieczeniowej z dn. 28 III 1933 r.¹⁰ Nowe przepisy prawno-organizacyjne na podstawie których powołano w miejsce Kas Chorych Ubezpieczalnie Społeczne, stwarzały dalsze możliwości dla rozwoju własnych instytucji, działających na rzecz zaopatrzenia ubezpieczonych w leki. Jednocześnie wprowadzały dodatkowe ułatwienia w zakresie tych usług, włączając do działalności aptecznej również gabinety lekarskie. Warto zaznaczyć, że podobne rozwiązania zastosowano wcześniej w Anglii, gdzie w pewnych przypadkach, m.in. w okręgach wiejskich, przewidziane zostało wydawanie leków nie przez apteki, lecz bezpośrednio przez lekarzy ubezpieczeniowych¹¹.

W Polsce szczegółowe przepisy w tej sprawie zawarto w rozporządzeniu Ministra Opieki Społecznej z dn. 28 XII 1933 r. o sposobie wydawania leków przez Ubezpieczalnie Społeczne poza aptekami¹². W myśl rozporządzenia, przewidziane w ustawie (art. 128), tzw. „punkty rozdawania leków” uprawnione były do utrzymywania i wydawania ubezpieczonym środków farmaceutycznych w formie gotowej, a ponadto do doręczania lekarstw, sporządzonych uprzednio w aptekach na podstawie recept indywi-

⁹ L. Hammer, *Projekty ustaw o aptekach w II Rzeczypospolitej* Farm. Pol., 1979, R. 25, nr 6, s. 350.

¹⁰ *Ustawa o ubezpieczeniu społecznym z dnia 28 marca 1933 r.*, DzURP 1933, nr 51, poz. 396.

¹¹ W. Szubert, *Organizacja opieki lekarskiej w angielskim ubezpieczeniu na wypadek choroby*, „Przegl. Ubezpiecz. Społ.” 1938, R. 13, nr 2, s. 73-74.

¹² DzURP, 1933, nr 103, poz. 814, s. 2058.

dualnych. Wydawanie leków mogło być dokonywane wyłącznie przez farmaceutów lub pomocniczy personel lekarski pod nadzorem i osobistą odpowiedzialnością lekarza. Natomiast przyrządzanie leków w punktach było zastrzeżone. Zakaz ten wydaje się jednak problematyczny w świetle analizy wykazu środków leczniczych, dopuszczonych do przechowywania i wydawania w „punktach rozdawania leków”, załączonego do rozporządzenia. Zawierał on bowiem typowe mieszanki recepturowe, a także leki nietrwałe szybko ulegające rozkładowi oraz środki zalecane przez Farmakopeę Polską do przygotowywania „ex tempore” (na poczekaniu). Wspomniane przepisy nie uwzględniały więc w sposób dostateczny specyfiki pracy aptecznej i obowiązujących norm zawodowych. Jak wydaje się, stwarzały też możliwości nie stosowania się do nich w praktyce.

Do 1934 r. niezależnie od zastosowanego przez Kasę Chorych systemu zaopatrzenia farmaceutycznego, wszystkie leki i środki opatrunkowe wydawano ubezpieczonym bezpłatnie. Po tym okresie, w oparciu o nową ustawę ubezpieczeniową, która ograniczyła zakres świadczeń leczniczych dla ubezpieczonych, środki farmaceutyczne stały się częściowo odpłatne (art. 96). Dopłaty te zostały szczegółowo określone w Rozporządzeniu Ministra Opieki Społecznej z dn. 28 XII 1933 r., na podstawie którego za każde lekarstwo, środek leczniczy i pomocniczy należało dopłacić 10 gr., natomiast za każdy specyfik farmaceutyczny i preparat organoterapeutyczny po 30 gr.¹³ Jednocześnie przewidziano liczne zwolnienia od dopłat, niezbędne dla prawidłowego przebiegu procesu leczenia w określonych wskazaniach medycznych, społecznych i ekonomicznych. Nie pobierano opłat za surowice i szczepionki; leki i opatrunki stosowane osobiście przez lekarzy lub pomocniczy personel lekarski; leki mające zastosowanie w leczeniu chorób zwolnionych od dopłat, np. psychicznych, zakaźnych, zawodowych, społecznych oraz w chorobach dzieci do trzech lat; w leczeniu chirurgicznym i diagnostyce. Od dopłat za leki zwolniono ubezpieczonych, u których choroba połączona z niezdolnością do pracy trwała dłużej niż 4 tygodnie¹⁴. Ponadto rozszerzono zwolnienie od dopłat na środki farmaceutyczne, wyszczególnione w załączniku do wymienionego rozporządzenia. Załącznik ten obejmował 37 pozycji środków pierwszej potrzeby, niezbędnych w każdej apteczce domowej lub zakładowej.

¹³ DzURP. 1933, nr 103, poz. 815, s. 2059-2060.

¹⁴ Rozporządzenia wykonawcze w zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby „Przegl. Ubezpiec. Społ.”, 1934, R. 9, nr 2, s. 98-99.

Ustawowe wprowadzenie częściowej odpłatności za usługi lecznicze miało służyć obniżeniu kosztów ponoszonych z tego tytułu przez Ubezpieczalnię Społeczną, zwłaszcza, że leki stanowiły poważną i stale rosnącą pozycję w jej budżecie. Dopłaty za środki farmaceutyczne były też szansą ich ochrony przed marnotrawstwem. W innych krajach europejskich problem ten uregulowano podobnie. W Niemczech do 1930 r. ubezpieczeni opłacali 10% całkowitej wartości leków, a następnie realizowali opłatę 50 fenigów za każdą receptę¹⁵. We Francji obowiązywała 15% opłata za leki, a w Luxemburgu – 25%. Natomiast w Szwecji zaopatrywano ubezpieczonych w środki lecznicze na warunkach pełnej odpłatności¹⁶.

Za charakterystyczne zjawisko, mające wpływ na działalność aptekarstwa ubezpieczeniowego w II Rzeczypospolitej, należy uznać wielotorową nadrzędność czynników administracyjnych w systemie organizacji nadzoru fachowego nad aptekami i pracownikami aptecznymi. W omawianym okresie ogólny nadzór państwowy nad aptekarstwem w kraju w aspekcie: wyrobu, obrotu środkami leczniczymi, taksy aptekarskiej oraz warunków sanitarno higienicznych pełniło Ministerstwo Zdrowia Publicznego (1919–1923), a następnie Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (1923–1932) oraz Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej (1932–1939) poprzez Wydział Farmaceutyczny tych instytucji. Wydziałowi Farmaceutycznemu podlegały Inspektoraty Farmaceutyczne szczebla wojewódzkiego oraz Rada Aptekarska, będąca organem doradczym Ministerstwa. Funkcję wspomagającą w zakresie kontroli środków farmaceutycznych wykonywał Państwowy Instytut Farmaceutyczny (włączony od 1927 r. do Państwowego Zakładu Higieny, jako Dział Chemiczno-Farmaceutyczny). Do jego zadań należało m.in. prowadzenie badań i określanie jakości środków leczniczych, surowców lekarskich oraz materiałów opatrunkowych dla potrzeb władz administracyjnych, w związku z ich działalnością w zakresie administracji sanitarnej¹⁷.

Zgodnie z ustaleniami ustawy ubezpieczeniowej z 1920 r., ogólny nadzór nad lecznictwem w Kasach Chorych wykonywało początkowo Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, a od 1932 r. Ministerstwo Opieki Społecznej, działające przez Główny oraz Okręgowe Urzędy Ubezpieczeń, Ogólnopaństwowy Związek Kas

¹⁵ Wiad. Kas Chorych, 1931, R. II, z. 7, s. 841.

¹⁶ Wiad. Kas Chorych, 1930, R. I, z. 3, s. 38; „Przegl. Ubezp. Spół.”, 1938, R. 13, z. 4, s. 244; 1937, R. 12, z. 2, s. 87.

¹⁷ K. Hanisz, *Rozwój sieci aptek i aptekarstwa w Łodzi w okresie II Rzeczypospolitej* (rozprawa doktorska) Łódź 1987, s. 43–52.

Chorych i Okręgowe Związki Kas Chorych. W odniesieniu do spraw aptecznych w lecznictwie ubezpieczeniowym, Główny Urząd Ubezpieczeń zobowiązany był do konsultowania się z Wydziałem Farmaceutycznym, naczelnym organem kontrolującym całokształt spraw związanych z aptekarstwem w kraju. W niektórych przypadkach funkcję opiniodawczą spełniał na tym szczeblu wojewódzki inspektor farmaceutyczny, powoływany przez Wydział Farmaceutyczny do prowadzenia fachowej kontroli działalności aptecznej Kas Chorych na swoim terenie¹⁸.

Instytucjami bezpośrednio zajmującymi się organizacją zaopatrzenia farmaceutycznego w lecznictwie ubezpieczeniowym były: Ogólnopolski Związek Kas Chorych oraz związki okręgowe. Do ich zadań należało zawieranie umów z aptekarzami prywatnymi, zakładanie i utrzymywanie własnych aptek oraz zapewnienie ich właściwego zaopatrzenia w leki i środki opatrunkowe. Nad prawidłowością realizacji wspomnianych zadań czuwali lekarze naczelnicy tych instytucji, wspierani organami doradczymi i opiniodawczymi – Radami Lekarskimi¹⁹. W początkowym okresie działalności lecznictwa ubezpieczeniowego, przejawem usprawnień w zakresie gospodarki lekami było utworzenie przy związkach okręgowych specjalistycznych Wydziałów Farmaceutycznych, kierowanych przez własnych inspektorów farmaceutycznych, a więc rzeczoznawców w dziedzinie aptekarstwa. Ich działalność należy jednak uznać za niedostatecznie skuteczną. Miało to związek z faktem, że do przeprowadzenia kontroli placówek aptecznych i działalności ich pracowników upoważniono jedynie dwie osoby. Oznaczało to, że nie we wszystkich Kasach mogła być przeprowadzona lustracja przynajmniej raz do roku²⁰. Od 1925 r. nastąpiło stopniowe ograniczanie autonomii Wydziałów Farmaceutycznych z jednoczesnym podporządkowaniem spraw aptecznych Wydziałom Lecznictwa oraz Wydziałom Gospodarczym²¹. Działania te miały zapewne związek z ogólnymi tendencjami do upraszczania nadmiernie rozbudowanej administracji ubezpieczeniowej i wprowadzeniem oszczędności finansowych. Jak się wydaje, zmiana ta pociągnęła za sobą nie tyle usprawnienia organizacyjne, ile wywołała ogólne niezadowolenie środowiska aptekarskiego z faktu, że odtąd o sprawach farmaceuty-

¹⁸ K. Proekl, J. Kowalczewski, *Polskie prawo sanitarne – zbiór ustaw, rozporządzeń, instrukcji, okólników i pism okólnych z lat 1918–1935*, Warszawa 1946, s. 1190–1196.

¹⁹ J. Sadowska, *Lecznictwo ubezpieczeniowe w II Rzeczypospolitej* (rozprawa habilitacyjna), Łódź 1990, s. 55–62.

²⁰ „Przegl. Ubezpiec. Społ.”, 1930, R. 5, z. 10, s. 231–233.

²¹ K. Hanisz, *op.cit.*, s. 159.

czynnych w lecznictwie ubezpieczeniowym decydowały osoby nie związane z aptekarstwem.

Z chwilą wejścia w życie ustawy scaleniowej z 1933 r., bezpośredni nadzór nad Ubezpieczalnią Społecznymi, w zakresie oznaczonym przez Ministerstwo Opieki Społecznej w drodze rozporządzeń, sprawowały Okręgowe Urzędy Ubezpieczeń Społecznych. Jednak już od 24 X 1934 r. zasadniczą zmianę w tej kwestii wprowadziła nowela do ustawy o ubezpieczeniu społecznym, która bezpośredni nadzór zleciła Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych z siedzibą w Warszawie²². W strukturze organizacyjnej zakładu przywrócono Wydział Apteczny, a wraz z nim funkcję Naczelnego Aptekarza oraz inspektorów farmaceutycznych. Wydział Apteczny podlegał bezpośrednio Lekarzowi Naczelnemu, a jego podstawowym zadaniem było prawidłowe zaopatrzenie w środki farmaceutyczne i pomocnicze lecznictwa ubezpieczeniowego. Jednocześnie określono obowiązki inspektorów farmaceutycznych w zakresie nadzoru i kontroli obrotu środkami leczniczymi, a w szczególności rewizji własnych aptek, składnic, hurtowni, laboratoriów wytwórczych i analitycznych oraz nadzoru na Wydziałami Aptecznymi, poszczególnych Ubezpieczalni Społecznych²³. Przekazanie Aptekarzowi Naczelnemu wszystkich spraw dotyczących aptekarstwa zapewniło ubezpieczonym wyższą jakość świadczeń farmaceutycznych, a także usprawniło działalność Lekarza Naczelnego w Ubezpieczalni.

Jeżeli chodzi o obszar Górnego Śląska, to lecznictwo ubezpieczeniowe posiadało odrębność administracji i nadzoru państwowego. Organizacja i zarządzanie aptekarstwem zostało ujęte w pracy ustawodawczej i wykonawczej Sejmu Śląskiego oraz Wojewody Śląskiego²⁴.

Należy zaznaczyć, że sprawę niezbędnych ujednoczeń w zakresie nadzoru fachowego nad aptekarstwem w II Rzeczypospolitej, w tym również aptekarstwem ubezpieczeniowym, miała definitywnie rozwiązać, oparta na zasadzie samorządności, Izba Aptekarska, reprezentująca zarówno właścicieli, jak i pracowników aptek wszystkich sektorów²⁵. Ustawa w tej sprawie ukazała się niestety dopiero 15 VI 1939 r.

²² E. Sissle, *Nadzór nad instytucjami ubezpieczeń społecznych*, „Przegl. Ubezp. Społ.”, 1936, R. 11, z. 6, s. 321.

²³ Fr. Nowak, *Apteki Ubezpieczalni Społecznej w Polsce międzywojennej*, „Farm. Pol.”, 1976, R. 32, nr 12, s. 1051.

²⁴ D. Moska, *op.cit.*, s. 76.

²⁵ Ustawa z dn. 15.06.1939 r. o izbach aptekarskich, DzURP, 1939, nr 55, poz. 346.

Jak wcześniej nadmieniono, dla realizacji zadań w zakresie zaopatrzenia ubezpieczonych w leki, Kasy Chorych uzyskały możliwość tworzenia zróżnicowanych form usług aptecznych. Nie było to zjawisko przypadkowe, wynikało bowiem z niejednorodnych zasad organizacyjnych dotyczących całego lecznictwa ubezpieczeniowego, wyrażających się w dwóch systemach: ambulatoryjnym i prywatnego gabinetu lekarza. System ambulatoryjny stwarzał Kasom Chorych sieć własnych placówek lecznictwa otwartego podstawowego i specjalistycznego. System gabinetu lekarza polegał na tym, że działalność Kas Chorych ograniczała się do zawierania umów z prywatnymi lekarzami oraz z obcymi zakładami zamkniętymi i aptekami, które za ustaloną opłatą świadczyły pomoc ubezpieczonym²⁶.

Na podstawie przeprowadzonych badań, można stwierdzić, że formę zaopatrzenia ubezpieczonych w leki w placówkach własnych przyjęła większość Kas Chorych. Była ona charakterystyczna dla województw centralnych, wschodnich i południowych. Natomiast w województwach zachodnich i górnośląskiej części województwa śląskiego usługi apteczne prowadzono głównie za pośrednictwem aptek prywatnych.

Pierwsza apteka Kasy Chorych została uruchomiona w 1920 r. w Warszawie, a w rok później funkcjonowało na terenie kraju 14 tego typu placówek, w tym 6 w Warszawie, 6 w województwie kieleckim oraz po 1 w województwach: lwowskim i poznańskim. W 1923 r., oprócz wcześniej wymienionych, zorganizowano apteki kasowe w następujących miejscowościach: po 1 w Białymstoku, Będzinie, Borysławiu, Czeladzi, Dąbrowie Górniczej, Krakowie; w Łodzi – 4, w Poznaniu – 3 i w Sosnowcu – 5²⁷. Jak wynika z tabeli 1, w latach 1921–1933 liczba aptek w kraju systematycznie wzrastała z 14 do 97. Należy zaznaczyć, że apteki Kas Chorych stanowiły niewielki procent w odniesieniu do ogólnej liczby aptek w Polsce: w 1921/22 wynosił on 0,83%, a w 1933 r. wzrósł do 4,5%.

Rozwój ilościowy aptek kasowych w poszczególnych województwach uzależniony był od sytuacji ekonomicznej danego regionu oraz jego struktury demograficznej. W 1933 r. najwięcej własnych aptek posiadały Kasy Chorych w województwach centralnych: warszawskim z m.st. Warszawa – 25, kieleckim – 21, łódzkim – 16; a najmniej w województwach wschodnich: stanisławowskim – 3, wileńskim – 3, białostockim – 2 i poleskim – 1.

²⁶ J. Sadowska, op.cit., s. 118.

²⁷ Fr. Nowak, op.cit., s. 1051.

Tabela 1
Rozwój ilościowy aptek Kas Chorych w Polsce
w latach 1921–1933

Rok	Ogólna liczba aptek w kraju	liczba aptek Kas Chorych	%
1921/22	1694	14	0,83
1925	1806	49	2,77
1926	1833	55	3,00
1927	1891	67	3,54
1928	1935	73	3,77
1929	1967	75	3,81
1930	1997	82	4,12
1931	2038	82	4,02
1932	2094	91	4,35
1933	2129	97	4,56

Źródło: Rocznik statystyki RP na rok 1920/22, R. I, 1923, GUS, s. 305, Kalendarze Farmaceutyczne z lat 1925–1933.

Kasy Chorych w województwach: nowogrodzkim, tarnopolskim i wołyńskim nie posiadały własnych aptek, a zaopatrzenie farmaceutyczne na tych terenach odbywało się głównie przez składnice apteczne utrzymujące leki w formie gotowej, a także apteki centralne Kas Chorych w Wilnie i we Lwowie oraz ich filie w gabinetach lekarskich²⁸. Sporadycznie organizowano apteki kasowe w województwach zachodnich. W 1933 r. w województwie poznańskim funkcjonowało 5 aptek Kasy Chorych. Natomiast w województwie pomorskim, a także na terenie Górnego Śląska nie odnotowano ani jednej tego typu placówki. Zjawisko to spowodowane było ogólnym nastawieniem na zaopatrzenie farmaceutyczne w aptekach prywatnych.

Po 1933 r., pomimo wprowadzenia zasadniczych zmian systemowych w lecznictwie ubezpieczeniowym, m.in. systemu lekarza domowego, Ubezpieczalnie Społeczne, podobnie jak wcześniejsze Kasy Chorych, utrzymały prawo do organizowania własnych aptek. Analizując stan ilościowy aptek Ubezpieczalni Społecznych w omawianym okresie, należy wziąć pod uwagę fakt, że był on uzależniony od wysokości budżetu tych instytucji i wykazywał

²⁸ „Przegl. Ubezp. Społ.”, 1936, R. 11, z. 9, s. 673.

Tabela 2

Stan aptek Kas Chorych w poszczególnych województwach
w Polsce w latach 1922, 1926, 1929, 1933

Województwa	Rok 1922			Rok 1926			Rok 1929			Rok 1933		
	il. apt. og.	ilość aptek Kas Chorych	%	il. apt. og.	ilość aptek Kas. Chorych	%	il. apt. og.	ilość aptek Kas Chorych	%	il. apt. og.	ilość aptek Kas Chorych	%
Warszawa	91	6	6,6	99	8	8,1	101	8	7,9	117	13	11,1
białostockie	104	-	-	112	2	1,8	117	2	1,7	125	2	1,6
kieleckie	178	6	3,4	190	27	14,2	189	24	12,7	191	21	11,0
krakowskie	133	-	-	134	1	0,8	141	6	4,3	155	6	3,9
lubelskie	134	-	-	140	1	0,7	146	3	2,1	157	5	3,2
lwowskie	149	1	0,7	165	3	1,8	179	7	3,9	187	7	3,7
łódzkie	169	-	-	175	9	5,1	183	14	7,7	191	16	8,4
nowogrodzkie	71	-	-	48	-	-	52	-	-	56	-	-
poleskie	35	-	-	42	-	-	42	-	-	51	1	2,0
pomorskie	75	-	-	74	-	-	79	-	-	86	-	-
poznańskie	153	1	0,7	171	3	1,8	183	6	3,3	194	5	2,6
stanisławowskie	60	-	-	67	-	-	66	1	1,5	73	3	4,1
ślaskie	54	=	=	63	=	=	94	1	1,1	101	3	3,0
tarnopolskie	68	-	-	66	-	-	68	-	-	75	-	-
warszawskie	151	-	-	145	-	-	151	1	0,7	177	12	6,8
wileńskie	=	=	=	69	1	1,5	97	2	2,1	102	3	3,0
wołyńskie	69	-	-	71	-	-	79	-	-	91	-	-

= - brak danych

Źródło: Roczniki Statystyki RP na rok 1920/22, 1923, R. I, GUS, s. 305; Kalendarze Farmaceutyczne na lata 1926, 1929, 1933.

charakterystyczny spadek w czasie depresji pokryzysowej. W latach 1934-1937 liczba aptek utrzymywanych przez Ubezpieczalnię Społeczne w kraju obniżyła się z 97 do 83, natomiast w 1939 r. wzrosła do 86.

Podobnie jak w poprzednich latach po 1933 r. liczba aptek Ubezpieczalni Społecznych była najwyższa w województwach cen-

Tabela 3
Liczba aptek Ubezpieczalni Społecznych w Polsce
w latach 1934–1939

Rok	Ogólna liczba aptek w kraju	Liczba aptek Ubezpieczalni Społecznych	%
1934	2162	97	4.49
1935	2195	94	4.28
1936	2215	89	4.02
1937	2239	83	3.71
1938	2288	85	3.72
1939	2354	86	3.65

Źródło: Kalendarze Farmaceutyczne na lata 1934–1939.

tralnych i południowych, najniższa we wschodnich i zachodnich. Jednocześnie zaobserwowano wzrost wskaźnika liczby ubezpieczonych przypadających na jedną aptekę. W 1934 r. i 1938 r. w poszczególnych grupach województw wskaźnik ten kształtował się następująco²⁹:

Województwa	1934 r.	1938 r.
centralne	12210	16130
wschodnie	31000	37000
zachodnie	45200	49600
południowe	30500	29537
Śląsk Cieszyński	9848	14284

W 1938 r. apteki ubezpieczeniowe funkcjonowały w 60 różnych miejscowościach. Więcej aniżeli jedną aptekę posiadały Ubezpieczalnie: w Warszawie, Sosnowcu, Łodzi, we Lwowie, Częstochowie, Krakowie i Wilnie. Np. Ubezpieczalnia warszawska posiadała 16 aptek, z których 11 znajdowało się w samej Warszawie, a 5 na terenie powiatów – w Pruszkowie, Jeziornie, Nowym Dworze, Otwocku i Wołominie. Ubezpieczalnia w Sosnowcu była właścicielem 8 aptek, z czego 7 działało na terenie powiatów – w Grodźcu, Myszkowie, Niemcach, Porębie, Zawierciu i w Dąbrowie Górniczej. Ubezpieczalnia łódzka posiadała 6 aptek własnych: 5 na terenie Łodzi i jedną w Zgierzu. Ubezpieczalnie w

²⁹ „Przeł. Ubezp. Społ.”, 1935, R. 10, z. 5, s. 319–320; 1939, R. 14, z. 3, s. 188–189; „Kalendarz Farmaceutyczny”, 1934, s. 512–513; 1938, s. 336–337.

Częstochowie, Krakowie i we Lwowie prowadziły po 3 apteki, a Ubezpieczalnia w Wilnie – 2. Jednocześnie nie uległ większym zmianom stan aptek ubezpieczeniowych w województwach zachodnich. Ubezpieczalnia Społeczna w Poznaniu posiadała 4 własne apteki – w Poznaniu, Gnieźnie, Lesznie i w Ostrowie, a Ubezpieczalnia pomorska jedną w Toruniu. Na terenie Śląska Cieszyńskiego funkcjonowały 3 tego typu placówki³⁰.

W większych aglomeracjach miejskich apteki Kas Chorych / Ubezpieczalni Społecznych były zorganizowane w sposób wysoce sprawny i ekonomiczny. Lokalizowano je najczęściej przy ośrodkach leczniczych, co ułatwiało ubezpieczonym realizację recept bezpośrednio po wizycie w gabinecie lekarskim. Wydawanie leków odbywało się w określonych godzinach, zazwyczaj przed- i popołudniowych. Jedynie w tych dzielnicach miast, w których dostępność do apteki ubezpieczeniowej była utrudniona, a także w dni świąteczne i w nocy, chorzy korzystali z usług umówionych placówek prywatnych. Dla przykładu apteki Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie czynne były codziennie od godz. 9 rano do godz. 22 wieczorem. Dyżuruowały również w niedziele i święta. Zaopatrzenie ubezpieczonych w leki i środki opatrunkowe w aptekach własnych wynosiło 95%³¹.

W przypadku większości aptek ubezpieczeniowych, funkcjonujących w ośrodkach miejskich, istotną ich zaletą było posiadanie przyaptecznych laboratoriów wytwórczych ze sprzętem zmechanizowanym do produkcji leków oraz laboratoriów analitycznych, wyposażonych w odpowiednią aparaturę kontrolną i biblioteki fachowe. Miało to gwarantować ubezpieczonym wysoką jakość i terminowe wykonanie zamawianych leków. Natomiast usprawnienia organizacyjne w zakresie ekspedycji zapewniały zgłaszającym się po leki szybką i sprawną obsługę. Np. w Warszawie do grupy aptek o charakterze małych wytwórni leków i masowym zasięgu usług należały: apteka nr 5 przy ul. Wolskiej i apteka nr 6 przy ul. Jagiellońskiej. Pierwsza z nich uważana była za największą aptekę Ubezpieczalni Społecznej w Polsce międzywojennej. Jej zdolność wytwórczą i usługową oceniano na ponad 4.5 tys. leków wydawanych dziennie, w tym ponad 2 tys. preparatów recepturowych. Druga apteka przystosowana była do wydawania dziennie ok. 3 tys. różnego rodzaju leków, a tym 1,3 tys. recepturowych. W obu aptekach recepty złożone wykonywano w specjalnych lożach, dostosowanych do wytwarzania różnych postaci

³⁰ „Kalendarz Farmaceutyczny”. 1938. s. 336–337; J. Sadowska, op.cit., s. 242–243.

³¹ Fr. Nowak, op.cit., s. 1054.

leków. W osobnych łóżach przygotowywano mikstury i krople, osobno proszki, a w innych łóżach maści i pigułki. Gotowe leki przenoszono na stół kontrolny, gdzie były badane zarówno pod względem ilościowym jak i jakościowym. Dowód kontroli potwierdzał własnym podpisem farmaceuta wykonujący analizę³². Podobnie zorganizowane placówki uruchomiono w znajdujących się w różnych rejonach Polski większych miastach np. w Łodzi, Krakowie, Lwowie, Wilnie, Sosnowcu. Natomiast w miejscowościach prowincjonalnych apteki ubezpieczeniowe były znacznie gorzej zorganizowane i wyposażone, co z kolei rzutowało na jakość ich usług.

Uwaga ta odnosi się również do punktów rozdawania leków, uruchamianych od 1934 r., przy gabinetach lekarskich Ubezpieczalni Społecznych w całym kraju. W założeniach organizacyjnych miały one stworzyć bardziej optymalne warunki dla sprawnego zaopatrzenia ubezpieczonych w leki, bezpośrednio podczas wizyty u lekarza, jak również zlikwidować istniejące różnice w dostępności do leku w zależności od rejonu kraju. Wspomniana forma usług aptecznych była też korzystna dla Ubezpieczalni Społecznych ze względu na jej oszczędność w działaniu. W opinii środowiska aptekarskiego i lekarskiego, a także części pacjentów, działalność punktów rozdawania leków budziła jednak szereg zastrzeżeń. Dotyczyły one nie tylko nie przestrzegania przepisów określających asortyment środków leczniczych przeznaczonych do ekspediowania poza aptekami, ale także warunków lokality, kadrowych i samej czynności aptecznej. W odróżnieniu od aptek, placówki te nie były kontrolowane przez inspektorów farmaceutycznych³³. Jak się wydaje, tworzenie specjalnych punktów rozdawania leków poza aptekami mogło mieć racjonalne podstawy tylko w wyjątkowych warunkach, np. w okresie wojny lub epidemii.

W działalności aptek ubezpieczeniowych nader ważny problem stanowiło zatrudnienie odpowiednio wykwalifikowanego personelu farmaceutycznego. Prawidłowo prowadzona polityka kadrowa determinowała bowiem efektywność działań całego systemu zaopatrzenia ubezpieczonych w leki.

³² Tamże; E. Szyszko, *Apteka nr 6 Kasy Chorych m.st. Warszawy*. „Farm. Pol.”, 1970, R. 26, nr 6 s. 504; *Głos prawdy, dodatek specjalny Ogólnopolskiego Związku Kas Chorych*, Warszawa 1929, s. 25.

³³ *Aptekarstwo w niewoli Ubezpieczalni Społecznych*, „Wiad. Farm.”, 1934, R. 61, s. 702-705; J. Szumski, *Kierunki rozwojowe lecznictwa w polskim ubezpieczeniu chorobowym*, „Przegl. Ubezp. Społ.”, 1938, R. 13, z. 7, s. 439; *Czy potrzebne są punkty rozdzielne lekarstw w Ubezpieczalni Chorobowej*, „Kurier Poranny” z dnia 13 maja 1934 r.

W skali kraju, ogólna liczba osób uprawnionych do wykonywania fachowych czynności w różnego typu aptekach i laboratoriach farmaceutycznych wynosiła: w 1925 r. – 4083, w 1931 r. – 4263, w 1939 r. – 4730, a farmaceutów dyplomowanych: w 1925 r. – 2009, w 1930 r. – 2825 a w 1937 r. – 3582. W omawianym okresie wskaźnik pracowników przypadających na jedną aptekę w kraju utrzymywał się na jednakowym poziomie i wynosił ok. 2,0 osób. Najkorzystniejszą sytuację pod względem struktury zatrudnienia miały apteki województw centralnych i południowych, a najmniej korzystną apteki województw wschodnich³⁴.

Na temat stanu zatrudnienia w aptekach ubezpieczeniowych zachowały się jedynie fragmentaryczne informacje. Na przykład w 1928 r. w wymienionych placówkach pracowało 263 fachowców, a w 1930 r. już 628³⁵. W grupie tej znajdowało się 158 mgr. farm., 145 prow. farm., 318 pom. apt., i 7 uczniów³⁶. Mimo wykazanego 2,3-krotnego wzrostu zatrudnienia, wymienieni pracownicy stanowili jedynie ok. 15% wykwalifikowanej kadry farmaceutycznej w kraju. Większość z nich zatrudniały Kasy Chorych w dużych aglomeracjach miejskich. Dla przykładu, warszawska Kasa Chorych w 1930 r. zatrudniała 285 farmaceutów. W największych aptekach ubezpieczeniowych stolicy pracowało po ok. 30 farmaceutów, gdy w prywatnych placówkach ok. 7–10³⁷. Łódzka Kasa Chorych zatrudniała 135 farmaceutów, przy czym na jedną aptekę przypadało przeciętnie 20 osób personelu³⁸. W tym samym czasie dwie apteki Kasy Chorych w Krakowie posiadały następujące etaty: dwóch kierowników aptekarzy, 21 mgr. farm. i pięciu asystentów aptecznych³⁹. Natomiast apteka Kasy Chorych w Wilnie: kierownika aptekarza, 11 mgr. farm., 10 asystentów aptecznych⁴⁰.

Na podstawie przeprowadzonych badań należy stwierdzić, że apteki Kas Chorych, w porównaniu z placówkami prywatnymi wykazywały znacznie większą (od 3 do 10 razy) koncentrację pracowników. Związane to było z dużymi możliwościami nie tylko usługowymi, ale i wytwórczymi aptek ubezpieczeniowych.

³⁴ „Kalendarz Farmaceutyczny”, 1925, s. 275–278; „Wiadomości Statystyczne GUS”, 1931, R. IX, s. 749; *Urzędowy spis lekarzy... farmaceutów... oraz wykazy aptek*, Warszawa 1939.

³⁵ „Wiadomości Statystyczne GUS”, 1930, R. 7, nr 17, s. 749. „Kalendarz Farmaceutyczny”, 1928, s. 208–297.

³⁶ L. Wańciszewski, *Rys statystyczny organizacji lecznictwa Kas Chorych*, Warszawa 1933, s. 13.

³⁷ „Wiad. Kas Chorych”, 1932, R. 3, z. 1, s. 72; Fr. Nowak, op.cit., s. 1054.

³⁸ K. Hanisz, op.cit., s. 184.

³⁹ „Wiad. Kas Chorych”, 1930, R. 1, z. 2, s. 13.

⁴⁰ Tamże, z. 5, s. 8.

Począwszy od 1930 r. sytuacja w zakresie zatrudnienia farmaceutów w Kasach Chorych / Ubezpieczalniach Społecznych uległa znacznym zmianom. Od tego czasu, wskutek niekorzystnych warunków ekonomicznych, nastąpiła stopniowa redukcja etatów w aptekach, Np. w Łodzi ich liczba zmniejszyła się ze 135 w 1930 r. do 77 w 1938 r.⁴¹ Podobnie kształtowała się sytuacja w innych ośrodkach. Według Kalendarza Farmaceutycznego z 1939 r. wszystkie Ubezpieczalnie Społeczne w Polsce zatrudniały ogółem 251 mgr. farm.⁴²

W omawianym okresie, charakterystyczną cechą polityki kadrowej Ubezpieczalni było tzw. „odmładzanie personelu”. Nasuwa to przypuszczenie, że właśnie w ten sposób próbowano likwidować szkodliwe powiązania i koneksje. W odniesieniu do pracowników aptek miało to taki skutek, że często rezygnowano z dobrych fachowców, znających doskonale specyfikę swoich miejsc pracy.

Wprowadzone po 1930 r. redukcje kadrowe w aptekach kasowych wywarły również wpływ na zmianę w zakresie obowiązujących norm pracy. Do tego czasu liczba recept wykonywanych przez jednego farmaceutę wahała się w granicach 45–60 podczas całej zmiany. Podobną ilość recept realizowali farmaceuci w aptekach prywatnych. Natomiast po tym okresie, ilość recept wzrosła do 100–160 na jednej zmianie⁴³. Tak wysoka czynność recepturowa, nie odnotowana w żadnej aptece prywatnej, wywołała protest zawodowych organizacji aptekarskich. Uważano m.in., że leki recepturowe prawdopodobnie były przygotowywane nie tylko przez farmaceutów lecz również przez osoby nie posiadające odpowiednich kwalifikacji zawodowych⁴⁴. Wypowiadane opinie były niekiedy słuszne. Należy jednak przypuszczać, że w większości przypadków, wysoce efektywna czynność pracowników aptek determinowana była częściowym zmechanizowaniem procesu wytwórczego, zastosowaniem w nim półfabrykatów, a także usprawnieniami w organizacji pracy możliwymi jedynie przy masowym wytwarzaniu leków.

Istotną rolę dla sprawnego zaopatrzenia i prawidłowego funkcjonowania aptek Kas Chorych / Ubezpieczalni Społecznych spełniało odpowiednio zorganizowane zaplecze farmaceutyczne w postaci sieci laboratoriów wytwórczych, pracowni analitycznych

⁴¹ K. Hanisz, op.cit., s. 185.

⁴² „Kalendarz Farmaceutyczny”, 1939, s. 208–297.

⁴³ „Wiad. Farm.”, 1934, R. 61, nr 13, s. 190.

⁴⁴ XIII Zjazd Delegatów ZZFP we Lwowie w dniach 7–9 września 1928, (referat: „Apteki Kas Chorych” oprac. E. Szlindenbuch). „Kronika Farmaceutyczna”, 1928, R. 27, nr 10, s. 180–186.

oraz hurtowni i składnic aptecznych. Pod tym względem wyróżniały się województwa centralne i południowe.

Wytwórnice leków i laboratoria chemiczno-farmaceutyczne powstały w Kasach Chorych, mających swoje siedziby w dużych miastach przemysłowych. W 1938 r. na terenie kraju funkcjonowało dziewięć tego typu placówek: w Częstochowie, Krakowie, Lwowie, Łodzi, Ostrowie Wielkopolskim, Poznaniu, Sosnowcu, Warszawie i Wilnie⁴⁵. Pierwsze miejsce pod względem wielkości produkcji, asortymentu oraz zatrudnienia zajmowała wytwórnia warszawska, a następnie łódzka. Zaopatrywały one własne apteki w podstawowe tradycyjne leki galenowe, proste specyfiki i środki opatrunkowe, zarówno na terenie województw objętych zasięgiem ich działalności, jak również poza tymi granicami. Odnosiło się to przede wszystkim do Kasy Chorych / Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie, która jako jedyna w kraju dysponowała poza własną Wytwórnią Chemiczno-Farmaceutyczną również oddzielną Wytwórnią Opatrunków i Wytwórnią Zastrzyków Podskórnych⁴⁶.

Zapotrzebowanie na środki lecznicze, opatrunki i artykuły chemiczne z własnych laboratoriów wytwórczych było dość wysokie. Wiązało się to z faktem, że ich ceny były znacznie niższe od cen rynkowych, np. w Łodzi różnica ta wynosiła 15–20%⁴⁷. Własne placówki umożliwiały też korzystne ukierunkowanie wytwórczości farmaceutycznej.

Systematyczny wzrost produkcji w wytwórniach i laboratoriach chemiczno-farmaceutycznych Kas Chorych / Ubezpieczalni Społecznych w niektórych miastach Polski przedstawia tabela 4. W latach 1930–1938 był on najwyższy w Warszawie i Łodzi, a najniższy w Krakowie.

W Wytwórni Leków w Warszawie zatrudniano 50–60 pracowników fizycznych i osiem osób personelu fachowego. W 1930 r. wartość ogólnej produkcji wynosiła 423 862 zł, a w 1938 r. – 1 400 000 zł, czyli wzrosła przeszło 230%⁴⁸.

Wytwórnia Leków w Łodzi zatrudniała 35–37 pracowników fizycznych i dziewięć osób personelu fachowego. W latach 1930–1938 wartość produkcji wzrosła z 241 151 zł do 723 057 zł (ok. 200%). Dotyczyło to wszystkich wytwarzanych grup asortymentowych, a w szczególności najczęściej stosowanych

⁴⁵ T. Kikta, *Przemysł farmaceutyczny w Polsce (1823–1939)*, Warszawa 1972, s. 142.

⁴⁶ *Z działalności Wydziału Aptecznego Kasy Chorych m.st. Warszawy za rok 1928*, Wiad. Kas Chorych, 1930, R. 1, z. 1, s. 39–40.; T. Kikta, op.cit., s. 166–167.

⁴⁷ Wiad. Kas Chorych m. Łodzi, 1925, z. 20–21, s. 10; 1923, z. 10, s. 4.

⁴⁸ T. Kikta, op.cit., s. 150–162.

Tabela 4

Wartość produkcji środków leczniczych w wytwórniach leków i laboratoriach chemiczno-farmaceutycznych Kas Chorych / Ubezpieczalni Społecznych w niektórych miastach Polski w roku 1930 i 1938.

Miasto	Rok 1930	Rok 1938	wzrost produkcji	
	wartość produkcji (w zł)	wartość produkcji (w zł)	w zł	w %
Warszawa	423.862,00	1.400.000	976.138	230.3
Łódź	241.251,00	723.057	481.806	199.7
Wilno	68.594,00	=	=	=
Kraków	51.725,00	91.357	39.632	76.6
Lwów	84.268,00	563.543	479.275	568.8

= - brak danych

Źródło: Rocznik Ubezpieczeń Społecznych, 1939 r., R. VI, z. 2, s. 58-88;
T. Kikta, Przemysł farmaceutyczny w Polsce (1923-1939), Warszawa 1927 s. 151-161.

form leków jak: pigułki, mazidla, spirytusy lecznicze, syropy, czpki i granulaty⁴⁹.

Wraz z rozwojem sieci agend farmaceutycznych, wchodzących w skład struktury organizacyjnej lecznictwa ubezpieczeniowego, pojawiła się potrzeba rozwiązania problemu jakości leków dostarczanych ubezpieczonym, zarówno tych produkowanych we własnych laboratoriach wytwórczych, jak i nabywanych w obcych hurtowniach i wytwórniach chemiczno-farmaceutycznych. W efekcie podjętych działań uruchomiono podręczne apteczne laboratoria analityczne, w których wrywkowo badano otrzymywane do przerobu surowce farmaceutyczne oraz prowadzono stałą kontrolę leków wykonywanych na recepty lekarskie. Oprócz tego w zasobniejszych Kasach Chorych / Ubezpieczalniach Społecznych uruchamiano laboratoria chemiczno-analityczne, działające jako samodzielne jednostki przy wytwórniach leków. Ich zakres pracy był znacznie szerszy niż w laboratoriach przyaptecznych. Polegał na stałej kontroli surowców leczniczych dostarczanych przez obce firmy krajowe i zagraniczne, badaniach analitycznych jako-

⁴⁹ WAPL, Ubezpieczalnia Społeczna, *Sprawozdanie z działalności Ubezpieczalni Społecznej w Łodzi za rok 1938*, s. 49.

ściowych i ilościowych preparatów galenowych, kontroli specyfików przygotowywanych przez laboratoria farmaceutyczne⁵⁰.

Ważną rolę w zakresie niedopuszczenia do obrotu aptecznego leków złej jakości spełniało Centralne Laboratorium Analityczne w Warszawie. Prowadzono w nim badania wszystkich surowców i artykułów leczniczych oraz sanitarnych, nabywanych centralnie przez instytucje ubezpieczeń społecznych. Wyjątek stanowiły surowce, szczepionki i organopreparaty badane przez Państwowy Zakład Higieny oraz leki patentowane, sprawdzane pod względem jakości tylko wrywkowo. W 1935 r. wykonano 2914 analiz środków farmaceutycznych z czego 673 preparaty (23,1%) nie odpowiadały przyjętym normom. Na szczególną uwagę zasługuje grupa balsamów, wosków i przetworów roślinnych, które uznano za nieodpowiednie aż w 30%⁵¹. Wyniki tych prac laboratoryjnych ujawniły również poważne braki w jakości ziół leczniczych, uprawianych w Polsce.

Tabela 5

Zestawienie analiz (wg kategorii artykułów) wykonywanych w Laboratorium Analitycznym Centrali Zaopatrywania Instytucji Ubezpieczeń Społecznych w Warszawie w 1935 r.

Rodzaj artykułów	analizy z wynikiem dodatnim	analizy z wynikiem ujemnym	analizy z uwagami	Razem analizy ujemne lub z uwagami	Razem analiz	%% analiz ujemnych lub z uwagami
chemikalia	1147	177	106	283	1430	19,8
surowce roślinne	424	90	51	141	565	25,0
balsamy, woski, wyciągi przetworów roślinnych	367	121	36	157	524	30,0
różne	303	50	42	92	395	23,3
różne	2241	438	235	673	2914	23,1

Źródło: Materiały Centrali Zakupów dla Kas Chorych i jej działalność w 1935 r., Przegl. Ubezp. Społ., 1936, R. IX, z. 9, s. 677.

⁵⁰ „Przegl. Ubezp. Społ.”, 1938, R. 13, z. 5, s. 322.

⁵¹ „Przegl. Ubezp. Społ.”, 1936, R. 11, z. 9, s. 677.

Złe jakościowo artykuły otrzymywano zarówno od firm krajowych, jak i zagranicznych. W przypadku uzyskania ujemnych wyników analizy, odnoszących się do jakości zakupionych towarów, rezultaty te przedstawiano wytwórcom. Niekiedy udzielano im też dodatkowych wskazówek, co do wyboru właściwej metody produkcji. Działania te dały wymierne rezultaty. Podczas gdy w 1935 r. odrzucono 23,1% środków leczniczych, to w 1936 r. już tylko 17,1%, a w 1937 r. – 15%⁵².

Własną pracownię Analityczno-Towaroznawczą m.in. prowadziła od 1923 r. Kasa Chorych w Łodzi. W 1924 r. wykonano w niej 76 analiz, w 1925 r. – 284⁵³, a w 1938 r. – 397⁵⁴. Systematyczne prowadzenie badań wpłynęło na poprawę jakości artykułów oferowanych przez dostawców dla tej instytucji. Np. w 1924 r. 38% przebadanych środków farmaceutycznych nie odpowiadało przyjętym normom, w tym 32,2% surowców leczniczych i 5,8% leków. Natomiast w 1925 r. uzyskano 35,6% wyników negatywnych, w tym 19,3% stanowiły surowce lecznicze nabyte w hurtowniach obcych, a 16,3% leki wyprodukowane we własnych laboratoriach wytwórczych⁵⁵.

Laboratoria analityczne Kas Chorych / Ubezpieczalni Społecznych podlegały okresowym kontrolom, przeprowadzanym przez inspektorów farmaceutycznych oraz komisarzy tych instytucji. Stanowiło to dodatkowe zabezpieczenie przed wprowadzeniem do obrotu leków o niepełnej wartości terapeutycznej.

Początkowo, dużym utrudnieniem w działalności aptecznej Kas Chorych było zaopatrywanie agend farmaceutycznych w surowce i leki w sposób indywidualny, najczęściej przez hurtownie i apteki prywatne. Od 1927 r. funkcje te przejęła Centrala Zakupu Leków przy Ogólnopolskim Związku Kas Chorych w Warszawie⁵⁶. Wraz ze wzrostem zamówień, składanych przez poszczególne Kasy Chorych, szybko zwiększały się obroty Centrali, przy czym zaistniała konieczność wprowadzenia nowych rozwiązań organizacyjnych, umożliwiających sprawne zakupy i zabezpieczające regularność dostaw. W 1932 r. Centrala Zakupu Leków uzyskała status samodzielnej jednostki prawnej, a w 1936 r. przemianowano ją na Centralę Zaopatrywania Instytucji Ubezpieczeń Społecznych. Jednocześnie uruchomiono następujące działy pracy: Wydział Finansowy, Wydział Administracyjno-Go-

⁵² „Przegl. Ubezp. Społ.”, 1937, R. 12, z. 7, s. 437.

⁵³ „Wiad. Kas Chorych m. Łodzi”. 1926, z. 3, s. 3.

⁵⁴ WAPŁ, op.cit., s. 48.

⁵⁵ Tamże, rok 1936, s. 41.

⁵⁶ *Materiały. Centrala zakupów dla Kas Chorych i jej działalność w r. 1935*, „Przegl. Ubezp. Społ.”, 1936, R. 11, z. 9, s. 674.

spodarczy, Wydział Apteczny wraz ze Składnicą, Laboratorium Analityczne, Aptekę we Lwowie, Aptekę w Wilnie⁵⁷.

W 1936 r. na ogólną liczbę 67 Ubezpieczalni Społecznych w kraju, 39 z nich zaopatrywało się w surowce farmaceutyczne i leki wyłącznie lub prawie wyłącznie w Wydziale Aptecznym Centrali. Natomiast 28 Ubezpieczalni, które nie posiadały własnych aptek, przydzielono do Aptek Centrali⁵⁸.

Centrala Zaopatrywania Instytucji Ubezpieczeń Społecznych, jako duża instytucja handlowa, posiadała możliwość dokonywania zakupów na warunkach znacznie korzystniejszych niż poszczególne Ubezpieczalnie. Jej działalność oparta była o umowy zawierane bezpośrednio z producentami środków leczniczych z pominięciem handlu hurtowego i detalicznego. W związku z tym, wydatki na leki nabywane i rozprowadzane przez Centralę były znacznie niższe, aniżeli w placówkach prywatnych. Zróżnicowanie to było charakterystyczne w odniesieniu do cen porównawczych specyfików, co przedstawia tabela 6. Jak wynika z tabeli, w aptece kasowej cena preparatu np. Phosphosit wynosiła 2,10 zł, a w aptece prywatnej za taki sam preparat płacono 4,05 zł.

Tabela 6

Różnice cen specyfików w aptekach prywatnych i w Centrali Zaopatrywania Instytucji Ubezpieczeń Społecznych w 1936 r.

Specyfik	Cena detaliczna w aptece prywatnej (w zł)	Cena dla ubezpieczonych za pośrednictwem apteki prywatnej (w zł)	Cena Centrali Zaopatrywania Ubezpiec. Społ. (w zł)	Różnica między ceną dla ubezpiec. w apt. prywatnej a ceną Centrali Zaopatrz. Ubezpiec. Społecznej
Bilocol	3,60	3,24	1,60	1,64
Coramin	4,00	3,60	2,40	1,20
Corpyrin	4,00	3,60	2,00	1,60
Ferrophytin	1,99	1,80	1,35	0,45
Malton	4,50	4,05	2,30	1,75
Phosphit	4,50	4,05	2,10	1,95

Źródło: Przegl. Ubezpiec. Społ., 1936, R. XI, z. 1, s. 3

⁵⁷ Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 29 listopada 1930 r. o organizacji i funkcjonowaniu instytucji ubezpieczeń społecznych, DzURP, 1930, nr 81, poz. 635.

⁵⁸ „Przegl. Ubezpiec. Społ.”, 1938, R. 13, z. 5, s. 322.

Dotyczyło to również leków recepturowych, np.: 25 g roztworu kodeiny w aptece własnej kosztowało 0,50 zł, a w aptece prywatnej – 1,22 zł. Za przygotowanie 50 g mieszanki ziołowej płacono w aptece własnej 0,53 zł, a w aptece prywatnej – 1,37 zł⁵⁹.

Podobnie jak w Polsce, również w innych państwach europejskich, instytucje ubezpieczeniowe próbowały pozyskać dla siebie udział w zyskach z produkcji i rozdziału leków. M.in. w Niemczech powstała spółka akcyjna „Zaopatrzenie w środki lecznicze Niemieckich Kas Chorych”, która produkowała własne tanie preparaty tzw. remedia oeconomica⁶⁰.

O zakresie i formach organizacyjnych zaopatrzenia farmaceutycznego w lecznictwie ubezpieczeniowym decydowały możliwości finansowe Kas Chorych. W dużych Kasach pacjent nie odczuwał ograniczeń w dostępności do środków farmaceutycznych. Kasy mniejsze, słabsze finansowo, zapewniały ubezpieczonym nie zawsze odpowiednie ilościowo i jakościowo środki farmaceutyczne. Uwaga ta odnosi się również do wysokości ko-

Tabela 7

Wydatki na leki w Kasach Chorych według grup województw w latach 1925–1931

Województwa	Rok 1925		Rok 1927		Rok 1929		Rok 1931	
	wydatki na leki w tys. zł	% w stosunku do przypisu składek	wydatki na leki w tys. zł	% w stosunku do przypisu składek	wydatki na leki w tys. zł	% w stosunku do przypisu składek	wydatki na leki w tys. zł	% w stosunku do przypisu składek
centralne	10314,6	15,8	15044,8	14,7	21133,0	14,1	18594,9	15,0
wschodnie	599,2	15,3	1026,6	13,9	2013,7	14,3	1827,7	14,6
zachodnie	6759,7	20,2	7802,1	18,6	9917,8	17,1	8598,2	18,5
południowe	3248,2	10,9	5325,3	12,4	7078,3	10,6	6485,4	10,8

Źródło: Ubezpieczenia Społeczne w Polsce w 1925 r., Warszawa 1927, s. IX–X, XIX–XX; III Rocznik Ubezpieczeń Społecznych w Polsce, Warszawa 1929, s. 46–47, 68–69; V. Rocznik Ubezpieczeń Społecznych w Polsce, Warszawa 1932, s. 13; VII Rocznik Ubezpieczeń Społecznych

⁵⁹ „Przegl. Ubezp. Społ.”, 1930, R. 5, z. 6, s. 135.

⁶⁰ R. Depta, *Stosunki pomiędzy aptekami i Kasami Chorych*, Wydział prawnopaństwowy Uniwersytetu w Würzburgu, 1926, s. 257.

szków, jakie ponosiły Kasy Chorych na środki farmaceutyczne dla osób upoważnionych do korzystania z bezpłatnego ich rozdzielnictwa.

Na podstawie tabeli 7, obejmującej lata 1925–1931, dostrzega się wyraźne zróżnicowanie w wysokości wydatków na leki i środki opatrunkowe, ponoszonych przez Kasy Chorych w poszczególnych grupach województw. W liczbach bezwzględnych były one najwyższe w województwach centralnych, charakteryzujących się wysokim stopniem uprzemysłowienia i najwyższą liczbą ubezpieczonych, a najniższe w słabo rozwiniętych gospodarczo województwach wschodnich. Na tych terenach ubezpieczeni mieli też utrudniony dostęp do leków.

Najwyższe kwoty pieniężne w stosunku do przypisu składek przeznaczały Kasy Chorych w województwach zachodnich, gdzie zaopatrzenie ubezpieczonych w leki odbywało się w znacznie droższych aptekach prywatnych.

Odzwierciedleniem niejednorodnych wydatków, jakie przeznaczały Kasy Chorych na środki farmaceutyczne były opłaty na jednego ubezpieczonego. W 1924 r. i w 1928 r. w poszczególnych grupach województw wynosiły one:⁶¹

Województwa	1924 r.	1928 r.
centralne	10.3	18.7
wschodnie	4.2	12.9
zachodnie	8.3	13.6
południowe	4.8	12.0

Zróżnicowanie to dostrzega się również w odniesieniu do wybranych większych aglomeracji miejskich. Np. w 1928 r. opłaty za leki dla jednego ubezpieczonego wynosiły: w Warszawie – 24,7 zł, w Poznaniu – 23,4 zł, w Sosnowcu – 20,4 zł, w Łodzi – 19,6 zł, we Lwowie – 15,0 zł, w Krakowie 14,5 zł, w Częstochowie – 12,9 zł⁶².

Na Górnym Śląsku wydatki na leki kształtowały się na poziomie wyższym aniżeli w województwach centralnych, wschodnich i południowych. Jednocześnie na Górnym Śląsku przeznaczano wyższe kwoty na leki na jednego ubezpieczonego aniżeli w pozostałych województwach. Dla porównania: w 1928 r. w Górnośląskich Kasach Chorych koszty ponoszone na środki farmaceutyczne stanowiły 16,6% ogólnych wydatków na leczenie. W tym samym czasie na leki dla jednego ubezpieczonego przezna-

⁶¹ Mały Rocznik Statystyczny, 1938, R. 9, s. 360, tab. 246; „Rocznik Statystyki Rzeczypospolitej Polskiej”, 1930, R. 8, s. 334, tab. 23.

⁶² „Rocznik Statystyki Rzeczypospolitej Polskiej”, 1930, R. 8, s. 335, tab. 23.

czono sumę 19,7 zł. Zjawisko to determinowane było nie tylko specyfiką pracy w tym regionie Polski i wynikającymi z niej większymi wskaźnikami zachorowalności i wypadkowości, ale także brakiem własnego zaplecza farmaceutycznego i koniecznością korzystania z usług placówek prywatnych⁶³.

Według materiałów statystycznych Międzynarodowego Biura Pracy w Genewie, wydatki na leki ponoszone przez lecznictwo ubezpieczeniowe w Polsce były znacznie wyższe aniżeli w innych państwach europejskich. Np. w 1925 r. na jednego ubezpieczonego w Polsce przeznaczano 9,7 marek niemieckich, podczas gdy w Niemczech – 7,3; w Austrii – 5,1; na Węgrzech – 4,7; w Czechach – 3,8⁶⁴. Od 1925 r. do 1928 r. wraz z dynamicznym rozwojem przemysłu i wzrostem zatrudnienia, ogólne wydatki przeznaczane na leki dla ubezpieczonych w Polsce wzrosły z 20,9 mln. zł do 42,8 mln. zł, a dla jednego ubezpieczonego z 12,5 zł do 18,5 zł⁶⁵. Np. w 1928 r. stanowiły one 17,9% ogólnych kosztów świadczeń ponoszonych przez Kasy Chorych. Dla porównania, w tym samym roku wydano: na pomoc lekarską i zwroty za leczenie – 27,3%, szpitale i przewóz chorych – 26,9%, zasiłki chorobowe – 26,9%, zasiłki połogowe – 3,4% i zasiłki pogrzebowe – 2,3%⁶⁶.

W omawianym przedziale czasowym zwiększyła się liczba recept, realizowanych przez ubezpieczonych w aptekach własnych i obcych. Zjawisko to można prześledzić na przykładzie Warszawy, Łodzi, Wilna w latach 1926–1929:⁶⁷

Liczba zrealizowanych recept:	1926 r.	1929 r.
w Warszawie	2976513	5329643
w Łodzi	1421287	2822913
w Wilnie	220819	401284

Jednocześnie dostrzega się wzrost liczby recept przypadających na jedną poradę lekarską, np. w latach 1922–1928 w Warszawie z 0,88 do 1,52; w Łodzi z 0,67 do 1,76⁶⁸.

Nadmierne wydatki na środki farmaceutyczne niekiedy przerażały możliwości finansowe Kas Chorych. Było to powodem wprowadzenia w życie ostrych zarządzeń celem najwyższej oszczędności. W działaniach tych kierowano się zasadami polityki

⁶³ „IV Annuaire des assurances sociales en Pologne”, 1928, Warszawa 1930, s. 164.

⁶⁴ K. Koronkiewicz, op.cit., s. 55.

⁶⁵ „Przegl. Ubezpie. Społ.”, 1939, R. 14, z. 3, s. 137–138.

⁶⁶ „Rocznik Ubezpieczeń Społecznych w Polsce”, 1928, R. 4, s. 20.

⁶⁷ J. Sadowska, op.cit., s. 107.

⁶⁸ „Wiad. Kas Chorych”, 1930, R. 1, z. 14, s. 9; K. Hanisz, op.cit., s. 168.

oszczędnościowej analogicznych z metodami stosowanymi w niemieckim lecznictwie ubezpieczeniowym⁶⁹. Dotyczyły one znacznych ograniczeń w zakresie wolności wyboru terapii przez lekarzy ubezpieczeniowych. Niejednokrotnie wyznacznikiem dla ich działalności o priorytetowym znaczeniu okazały się zarządzenia administracyjne, mające na celu normowanie kosztów na leki. Władzom administracyjnym Kas Chorych udało się przeforsować model terapii określanej jako „dopuszczalna”. W odniesieniu do zaopatrzenia farmaceutycznego, przejawiało się to w zapisywaniu prostych preparatów recepturowych i tanich specyfików. Recepturę zalecano w postaci substancji wyjściowych, jak to np. miało miejsce w przypadku jodku potasu, który pacjent otrzymywał w postaci wyjściowej do rozpuszczania w domu. Celem oszczędnościowym miał służyć wymóg zwrotu szkła aptecznego przez ubezpieczonych lub wymiennie pobieranie zastawu pieniężnego w wysokości 5 gr. za każde opakowanie. W miejsce „oryginalnych opakowań” leków próbowano wprowadzić tańsze o ok. 15–20% „opakowania kasowe”⁷⁰. W odróżnieniu od Niemiec, zamiary te nie zostały jednak zrealizowane ze względu na obniżenie zaufania ubezpieczonych do udostępnianych im w taki sposób środków leczniczych. Jednocześnie podjęto starania o wprowadzenie własnego ogólnopolskiego lekospisu, preferującego leki proste i tanie. Tymczasem ukazywały się lokalne spisy leków, obowiązujące na terenach objętych działalnością niektórych Kas Chorych, np. w Warszawie był on w użyciu lekarzy i aptekarzy już od 1930 r.⁷¹

Wprowadzone ograniczenia finansowe w zakresie zaopatrzenia ubezpieczonych w leki, ze względu na autonomię budżetową Kas Chorych, realizowane były w sposób zróżnicowany. W niejednolity też sposób wpływały na jakość usług aptecznych w poszczególnych rejonach kraju, przy czym najbardziej odczuli je ubezpieczeni w Kasach słabych finansowo i organizacyjnie, funkcjonujących w miejscowościach prowincjonalnych. Problem ten znalazł różne rozwiązania praktyczne, np. w Jasle w województwie krakowskim zlikwidowano aptekę Kasy Chorych motywując podjętą decyzję faktem, że placówka ta była kierowana przez siły

⁶⁹ R. Schmitt, *Przemysł farmaceutyczny i jego miejsce w gospodarce światowej*, Frankfurt nad Menem 1932 r., s. 256.

⁷⁰ St. Kroszczyński, *Ekonomiczna organizacja świadczeń farmaceutycznych w ubezpieczeniu chorobowym*, „Przegl. Ubezpiecz. Społ.”, 1936, R. 11, z. 1, s. 2–4; M. Stawiński, *Ekonomiczne lecznictwo w instytucjach Ubezpieczeń Społecznych*, „Przegl. Ubezpiecz. Społ.”, 1934, R. 9, z. 10, s. 586; „Wiad. Kasy Chorych m. Łodzi”, 1925, z. 20–21, s. 13.

⁷¹ „Wiad. Kas Chorych”, 1930, R. 1, z. 4, s. 29.

niefachowe, a zła gospodarka zaopatrzeniowa i dystrybucyjna prowadziła do marnotrawstwa leków⁷².

Natomiast w dużych ośrodkach miejskich obserwuje się pełne zaufanie ubezpieczonych do działalności usługowej aptek kasowych, co ustalone zostało praktycznymi badaniami. Np. w 1925 r. we Lwowie przeprowadzono eksperyment, polegający na dowolnym wyborze apteki przez pacjenta. Dowiódł on, że mimo łatwiejszego dostępu do aptek prywatnych, nadal korzystano głównie z usług apteki kasowej. W tym samym roku stosunek recept zrealizowanych w aptece Kasy Chorych m. Lwowa do recept zrealizowanych w aptekach prywatnych kształtował się w proporcjach jak 82,27:11,73⁷³.

Na podstawie przeprowadzonych badań należy stwierdzić, że wprowadzone w Kasach Chorych redukcje wydatków na środki lecznicze okazały się w praktyce mało skuteczne. Wprost przeciwnie, powodowały wzrost ogólnych wydatków na leczenie. Przyczyną tego było m.in. stosowanie tańszych, często mniej skutecznych leków, co przedłużało proces leczenia.

Administracyjne ograniczenia dotyczące ulg aptecznych były przyczyną sporów pomiędzy władzami Kasy, ubezpieczonymi i środowiskiem aptekarskim. Przykładem tego był długotrwały (od 28 czerwca do 26 lipca 1928 r.) strajk protestacyjny pracowników aptek Kas Chorych w Łodzi skierowany przeciwko zarządzeniu władz tej instytucji⁷⁴. Zarządzenie to nakładało obowiązek przyrządzania w aptece większej ilości leków na zapas i w miarę potrzeby dzielenia na mniejsze porcje, wydawane ubezpieczonym na receptę lekarską. Podjętą decyzję umotywowano koniecznością usprawnienia dystrybucji leków, zwłaszcza, że w Łodzi wystąpiła w tym czasie epidemia grypy. W opinii aptekarzy, działania te były niezgodne z etyką zawodową, jak również szkodliwe dla chorych przyjmujących leki.

W świetle przeprowadzonych badań nad wspomnianym strajkiem, racje pracowników aptek Kas Chorych w Łodzi należy uznać za dyskusyjne. Stanowisko administracji nie było bowiem sprzeczne z obowiązującymi przepisami, a nawet w aspekcie ekonomicznym i praktycznym można uważać je za całkowicie uzasadnione.

Zmiany, jakie nastąpiły w 1933 r. w organizacji instytucji ubezpieczeniowej stworzyły bardziej optymalne warunki do pro-

⁷² Pierwsza likwidacja aptek Kas Chorych. „Wiad. Farm.”, 1925, R. 52, nr 45, s. 777.

⁷³ „Przełgl. Ubezp. Społ.”, 1928, R. 3, z. 1, s. 11.

⁷⁴ B. Tomczyk. *Strajk farmaceutów – pracowników aptek Kas Chorych w Łodzi w 1928 roku* (praca magisterska), Łódź 1970.

wadzenia racjonalnej i oszczędnej gospodarki finansowej. Dla jej ochrony wprowadzono częściowe opłaty za leki i środki opatrunkowe. Podjęto też próby ujednoczenia zasad działalności aptek własnych i zaplecza farmaceutycznego, wzmocniono nadzór fachowy nad aptekarstwem ubezpieczeniowym. Nie bez znaczenia na obniżenie wydatków, miało dalsze ograniczenie realizacji recept w aptekach obcych. Różnice wydatków na leki w aptekach własnych Kas Chorych / Ubezpieczalni Społecznych i placówkach obcych według głównych miast Polski obrazuje tabela 8.

Tabela 8

Wydatki na leki z aptek i wytwórni własnych Kas Chorych / Ubezpieczalni Społecznych oraz aptek i wytwórni obcych wg. głównych miast Polski w latach 1929, 1931, 1936.

Miasto	1929			1931			1936		
	Wydatki na leki z aptek i wytw. wł. w zł	Wydatki na leki z aptek i wytw. obcych w zł	Kontrola recept i analiza leków w zł	Wydatki na leki z aptek i wytw. wł. w zł	Wydatki na leki z aptek i wytw. obcych w zł	Kontrola recept i analiza leków w zł	Wydatki na leki z aptek i wytw. wł. w zł	Wydatki na leki z aptek i wytw. obcych w zł	Kontrola recept i analiza leków w zł
Warszawa	6253294	1167549	=	6015200	709693	=	2926796	387083	6663
Łódź	3059330	650118	49156	2670498	234577	38376	1229353	90124	303
Poznań	901353	1050343	7913	194340	1920033	17644	106584	364338	4467
Lwów	881061	126423	5810	816317	142911	748	563543	76969	549
Kraków	809692	116882	=	214301	127199	=	445927	99997	938
Wilno	410546	151415	4489	439441	58978	614	220327	38579	388

Źródło: „Wiad. Kas Chorych”, 1930, R. I z. 6, s. 5; „Wiad. Kas Chorych”, 1930, R. I, z. 12, s. 25–29; „Wiad. Kas Chorych”, 1930, R. I, z. 13, s. 27; VII „Rocznik Ubezpieczeń Społecznych”, 1931, s. 54–63; „Wiad. Kas Chorych”, 1931, R. II, z. 5, s. 539; „Wiad. Kas Chorych”, 1931 R. II, z. 15–16, s. 1894; „Wiad. Kas Chorych”, 1931 R. II, z. 15–16, s. 1870, s. 1886; „Rocznik Ubezp. Społ.”, 1930, R. VI, s. 58–88; „Przegl. Ubezp. Społ.”, 1938, R. XIII, z. 1, s. 46.

Działania oszczędnościowe w odniesieniu do gospodarki lekiem uwarunkowane były trudnościami finansowymi, jakie przeżywały Ubezpieczalnie Społeczne w okresie kryzysu gospodarczego. Polepszenie sytuacji ekonomicznej w 1937 r. wpłynęło na zwiększenie (w liczbach bezwzględnych) wydatków na środki farmaceutyczne dla ubezpieczonych. Np w latach 1936–1938 wynosiły kolejno:⁷⁵

⁷⁵ „Przegl. Ubezp. Społ.”, 1939, R. 14, z. 3, s. 137–138.

w 1936 r. ogółem	13134 tys. zł,	na 1 ubezpieczonego	7,43 zł
w 1937 r. "	15891 tys. zł,	"	8,12 zł
w 1938 r. "	18858 tys. zł,	"	8,89 zł

Natomiast procentowy udział wydatków na leki w ogólnych kosztach lecznictwa kształtował się następująco: w latach 1934–1935 utrzymywał się w granicach 24% w województwach wschodnich, 21% w woj. centralnych i południowych, 20% w woj. zachodnich i na Śląsku Cieszyńskim. Od 1936 r. nastąpił spadek wydatków na leki: w woj. wschodnich do 20,5, w woj. centralnych – 19,8; w woj. południowych – 19,2; w woj. zachodnich – 18,2; na Śląsku Cieszyńskim – 14,7⁷⁶. Wiązało się to z zastosowaniem usprawnień organizacyjnych i nowych metod oszczędzania.

Jednocześnie w latach 1935–1938 obserwuje się systematyczny wzrost ilości recept realizowanych w aptekach własnych, punktach rozdawania leków i aptekach prywatnych. W 1935 r. wydano 17450800 środków farmaceutycznych, w 1936 r. – 18031500, w 1937 r. – 21857200 i w 1938 r. – 24690967⁷⁷.

Wzmożone zapotrzebowanie na leki należy tłumaczyć uwarunkowaniami zdrowotnymi ludności i większą dostępnością do usług aptecznych. Najwyższy wskaźnik wydanych leków w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego odnotowano w uprzemysłowionych aglomeracjach miejskich. Miało to uzasadnienie nie tyl-

Tabela 9

Ilość wydanych leków dla osób ubezpieczonych w 1937 r. w Krakowie, Lwowie, Łodzi, Poznaniu, Sosnowcu, Warszawie.

Miasto	Liczba ubezpieczonych	Ilość wydanych leków	Ilość leków na 1 ubezpieczonego
Kraków	88000	832400	9,5
Lwów	84900	1103500	12,9
Łódź	182700	2638808	14,4
Poznań	71700	526500	7,3
Sosnowiec	80900	1258390	15,5
Warszawa	35300	5817534	16,5

Źródło: J. Sadowska, *Lecznictwo ubezpieczeniowe w II Rzeczypospolitej* (rozprawa habilitacyjna), Łódź 1990, s. 246.

⁷⁶ J. Sadowska, op.cit., s. 307, tab. 31.

⁷⁷ E. Boczkowski, *Analiza i ocena działalności ubezpieczenia chorobowego w latach 1933–1938 pod względem administracyjno-lekarskim i organizacyjnym*, Warszawa 1938, s. 53; *Mały Rocznik Statystyczny 1937*, s. 287; 1938, s. 290.

ko w większych zagrożeniach epidemiologicznych lecz również w lepiej zorganizowanej pomocy aptecznej.

W opinii środowiska aptekarskiego, uformowany został model strukturalny aptek Kas Chorych / Ubezpieczalni Społecznej wykazywał wiele wad organizacyjnych. Dostrzegano je nie tylko w zróżnicowanych zakresach świadczeń farmaceutycznych, ale w warunkach lokalowych, finansowych, kadrowych oraz w samej działalności aptecznej. Najwięcej zastrzeżeń budziła jakość usług aptecznych, udzielanych w tzw. punktach rozdawania leków⁷⁸. Uzasadniona była krytyczna opinia aptekarzy w stosunku do pomijania lub ograniczania czynnika fachowego w zarządzaniu systemem zaopatrzenia ubezpieczonych w leki⁷⁹. Należy też przypuszczać, że szersze powiązania aptekarstwa ubezpieczeniowego z innymi przedstawicielstwami zawodowymi służby farmaceutycznej miałyby bardziej stymulujący wpływ na procesy rozwojowe we wszystkich sektorach aptekarstwa w kraju. Warto zaznaczyć, że zauważone przez aptekarzy nieprawidłowości niejednokrotnie były przyczyną wprowadzenia usprawnień w zakresie usług aptecznych, m.in. podczas reorganizacji systemu ubezpieczeń społecznych w 1933 r.

Przeprowadzone przeze mnie badania nie zawsze jednak potwierdzały krytyczne opinie środowiska aptekarskiego, odnoszące się do systemu pomocy aptecznej dla ubezpieczonych. Negatywne oceny tego systemu, wygłaszane przez większość aptekarzy wynikały z poczucia zagrożenia ich interesów materialnych. Działalność konkurencyjnych aptek ubezpieczeniowych stanowiła niekiedy niebezpieczeństwo dla słabych ekonomicznie aptek prywatnych, funkcjonujących na terenach większych przemysłowych aglomeracji miejskich.

Pomimo stwierdzonych podczas badania mankamentów, apteki Kas Chorych / Ubezpieczalni Społecznych były na ogół zorganizowane w sposób sprawny i ekonomiczny. Dotyczyło to zaopatrzenia w surowce i półprodukty bez pośredników przez własną centralę zakupów, produkcję leków przez laboratoria wytwórcze, własny transport i sprawne rozdzielnictwo leków dla aptek własnych. Innymi słowy droga od producenta leków do odbiorcy była krótka i pozbawiona obcych pośredników, co bezpośrednio rzutowało na koszty.

Jakkolwiek od 1934 r. w związku ze zmianą ustawy o ubezpieczeniu społecznym, wprowadzono częściową odpłatność za leki, to jednak ich cena w porównaniu z aptekami prywatnymi

⁷⁸ Fr. Herod, *Ruina Aptek*, „Wiad. Farm.”, 1923, R. 50, nr 36, s. 9; *Aptekarstwo w niewoli Ubezpieczalni Społecznych*, Warszawa 1935, s. 7-20.

była w stosunku do tychże wysoce konkurencyjna. Mniej lub bardziej korzystne warunki w zakresie usług aptecznych w poszczególnych Kasach Chorych / Ubezpieczalniach Społecznych nie negowały faktu, że zaopatrzenie farmaceutyczne organizowane przez instytucje ubezpieczeniowe wykazywało stałe tendencje rozwojowe, obejmując swym zasięgiem coraz liczniejszą grupę ubezpieczonych.