Z A K Ł A D U B E Z P I E C Z E Ń S P O Ł E C Z N Y C H

Dział d/s Orzecznictwa o Czasowej Niezdolności do Pracy

I N F O R M A C J A

dotycząca zagadnień absencji chorobowej oraz wypłaty zasiłków chorobowych w roku 1962.

Warszawa marzec 1963r.

24510

24510 KPiP
1124510
1124510

24510

I N F O R M A C J A

Zakładu Ubezpieczeń Społecznych dotycząca zagadnień absencji chorobowej oraz wypłaty zasiłków chorobowych w roku 1962.

Problem absencji chorobowej wywiera zasadniczy wpływ na wysokość wypłat zasiłków chorobowych, jak również powoduje straty poważnych ilości robotniko-dniówek, co ma niepoślednie znaczenie dla gospodarki narodowej.

Z tych przyczyn Zakład Ubezpieczeń Społecznych od pewnego czasu nieustannie śledzi kształtowanie się wskaźników absencji chorobowej, bada wycinkowo przyczyny mogące mieć wpływ na wzrost tych wskaźników, oraz stara się w miarę swoich możliwości zapobiegać wzrastaniu absencji chorobowej.

Absencja chorobowa na przestrzeni ostatnich 9 lat wykazywała poważne wahania, co można zaobserwować w następującym zestawieniu przeciętnych miesięcznych wskaźników liczby dni zasiłkowych na 100 ubezpieczonych w poszczególnych latach.

1954r.	- 59,5	dni zasiłkowych	na	100	ubezpieczonych	
1955r.	- 64,8	"	"	"	"	"
1956r.	- 69,1	"	"	"	"	"
1957r.	- 88,2	"	"	"	"	"
1958r.	- 73,7	"	"	"	"	"
1959r.	- 69,4	"	"	"	"	"
1960r.	- 55,1	"	"	"	"	"
1961r.	- 59,3	"	"	"	"	"
1962r.	- 64,6	"	"	"	"	"

Z zestawienia tego wynika, że najwyższe wskaźniki zanotowane były w roku 1957 /88,2 dni zasiłkowych/ i od roku 1958 następował systematyczny spadek wskaźnika, by w roku 1960 osiągnąć wskaźnik najniższy /55,1 dni zasiłkowych/.

Od roku 1960, tj. w roku 1961 nastąpił pewien wzrost wskaźnika, który w roku 1962 osiągnął 64,6 dni zasiłkowych na 100 ubezpieczonych. W zasadzie na poziom absencji chorobowej wpływają następujące, podstawowe czynniki:

1. warunki bytowe i kultura zdrowotna społeczeństwa,
2. warunki pracy a szczególnie warunki bezpieczeństwa i higieny pracy,
3. ilość i kwalifikacje personelu, wyposażenie oraz stan organizacyjny służby zdrowia w tym również prawidłowość orzecznic-

ctwa lekarskiego,
4. poziom społecznej dyscypliny pracy.
Przystępując do oceny wahań wskaźników zasiłkowych w w/w latach należy zaznaczyć, że w roku 1957 oraz 1959 i 1962 grypa przybierała charakter epidemii i w zasadniczy sposób obok innych czynników /np. dyscyplina pracy/ oddziaływała na wysokość wskaźników zasiłkowych.
W roku 1962 ZUS zebrał informacje z terenu wszystkich województw na temat przebiegu epidemii grypy. Według posiadanych materiałów można stwierdzić, że szczególnie w niektórych rejonach kraju, epidemia grypy przybrała w roku 1962 bardzo poważne rozmiary.
Np. w woj. bydgoskim: o ile w roku 1959 w okresie trwania epidemii zanotowano 58.153 przypadki, to w roku 1962 w okresie epidemicznym zanotowano 200.734 przypadki; liczba ta przewyższała również ilość przypadków, które zanotowano w roku 1957.
Oddział ZUS w Poznaniu przeprowadzając w miesiącu marcu analizę absencji chorobowej w 11 przemysłowych zakładach pracy stwierdził, że liczba przypadków zachorowań na grypę w okresie stycznia i lutego 1962r. stanowiła 49,4% ogólnej liczby przypadków zachorowań. Na terenie miasta Poznania i województwa w okresie tych 2 miesięcy zanotowano ogółem 311.595 przypadków grypy.
Epidemie grypy są jedną z głównych przyczyn wzrostu absencji chorobowej. Wzrost wskaźnika zasiłkowego w okresach epidemicznych ilustruje m.in. następujące porównanie. W roku 1960 zachorowalność na grypę ograniczyła się do sporadycznych przypadków, zaś absencja chorobowa - wg wskaźników zasiłkowych kształtowała się w I kwartale następująco: styczeń - 55,6, luty - 60,2, w marcu - 56,6 dni zasiłkowych na 100 ubezpieczonych. Natomiast w roku 1961, w którym zachorowalność na grypę nie przybrała rozmiarów epidemicznych ale była znacznie wyższa niż w roku 1960, wskaźniki dni zasiłkowych w analogicznych miesiącach kształtowały się następująco: I - 62,1, II - 65,9, III - 68,1.
W roku 1962 wskaźniki zasiłkowe w I kwartale wskutek panującej epidemii grypy osiągnęły następujące wysokości: I - 82,8, II - 84,8, III - 70,7.
Tak więc np. w m-cu lutym, w którym na przestrzeni ostatnich

trzech lat, wskaźniki zasiłkowe osiągały maksymalne wysokości, porównanie wskaźników przedstawiało się następująco: w lutym 1960r. kiedy nie zanotowano nasilenia zachorowalności na grypę, wskaźnik dni zasiłkowych na 100 ubezpieczonych wynosił 60,2 dni. W m-cu lutym 1961r. - zanotowano wzrost zachorowalności z powodu grypy i wskaźnik wzrósł do 65,9 dni czyli o 5,7 dni. W m-cu lutym roku 1962, wskutek panującej epidemii grypy, wskaźnik osiągnął 84,8 dni zasiłkowych na 100 ubezpieczonych i był wyższy niż w analogicznym miesiącu r. 1961 o 18,9 dni, a od roku 1960 o 24,6 dni zasiłkowych.
Ogólny przeciętny roczny przyrost dni zasiłkowych na 100 ubezpieczonych wyniósł w roku 1962 - 5,3, w tym przyrost z powodu epidemii grypy wynosił ponad 3 dni na 100 ubezpieczonych. Wzrost liczby dni zasiłkowych z powodu innych przyczyn wynosił około 2 dni na 100 ubezpieczonych.
Jak z tego wynika, epidemie grypy odgrywają poważną rolę w kształtowaniu się wskaźników absencji chorobowej i to nie tylko w okresach trwania epidemii, ale komplikacje pogrypowe w formie różnych powikłań chorobowych powodują wzrost wskaźników i w dalszych miesiącach; również w tych okresach następuje poważne rozluźnienie dyscypliny pracy, która jest źródłem nieuzasadnionej absencji chorobowej.
Wskaźniki absencji chorobowej są jednym z podstawowych wykładników wysokości wydatków poniesionych przez ZUS w zakresie wypłat na zasiłki chorobowe.
Wydatki te oraz inne dane liczbowe związane z problemem absencji chorobowej, przedstawiały się w poszczególnych latach następująco:

Rok	Liczba dni zasiłkowych w tys.	Wskaźnik dni zas.	Przeciętna wysokość zas. na 1 dz.	Wypłacono ubezp. zas. chorobowe /w mil. zł/	Liczba ubezp. w tys.
1956	58.535,6	69,1	28,12	1.651,6	7.055,1
1957	76.932,1	88,2	33,14	2.571,1	7.268,4
1958	64.798,1	73,7	35,24	2.291,3	7.326,3
1959	57.933,1	69,4	39,69	2.299,2	7.451,9
1960	49.481,4	55,0	39,88	1.973,5	7.495,3
1961	55.513,7	59,2	41,16	2.285,0	7.808,4
1962	62.823,9	64,3	41,63	2.615,6	8.141,1

/dane bez zasiłków szpitalnych i sanatoryjnych/
/wg wykonania budżetu/

Celem uzupełnienia powyższej tabelki należy dodać, że na wysokość kwot wypłaconych tytułem zasiłków chorobowych wpływa bezpośrednio liczba dni zasiłkowych i przeciętna wysokość dziennego zasiłku. Natomiast liczba dni zasiłkowych zależna jest od wysokości wskaźnika oraz liczby ubezpieczonych w danym okresie.

Powyższa tabelka wykazuje, że od roku 1958 aż do 1960r. następował systematyczny spadek absencji chorobowej, co uwidoczniało się zarówno we wskaźniku jak i absolutnych liczbach dni zasiłkowych, mimo systematycznego wzrostu liczby ubezpieczonych.

W roku 1960 wskutek wyjątkowo korzystnych warunków społeczno-ekonomicznych jak i atmosferycznych, absencja chorobowa była najniższą na przestrzeni szeregu lat a liczba dni zasiłkowych w 1960r. była niższa niż w r. 1957 o ponad 27 milionów dni, co zdaniem ZUS wynika z krańcowo różnych warunków, jakie panowały w tych latach.

Przeciętne miesięczne wskaźniki dni zasiłkowych w roku 1961 oraz w roku 1962 przedstawiają się następująco:
/wg faktycznego wykonania/

Rok	miesiące												śred. mies. w roku
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII	VIII	IX.	X.	XI.	XII.	
1961	62,1	65,9	68,1	61,7	56,1	55,1	54,9	55,5	57,6	58,6	58,3	58,7	59,3
1962	82,8	84,8	70,7	63,8	58,4	56,7	56,5	57,7	59,3	61,9	62,6	62,0	64,6
różnica	20,7	18,9	2,6	2,1	2,3	1,6	1,6	2,2	1,7	3,3	4,3	3,3	5,3

Powyższe zestawienie wykazuje, że najwyższy wzrost absencji nastąpił w styczniu i lutym 1962r.

Na wysokość absencji chorobowej oddziaływują między innymi warunki pracy a w szczególności uciążliwości i szkodliwości występujące w procesie produkcji. Dlatego absencja chorobowa w branżach kształtuje się w dużej zależności od tych czynników.

I tak np.

Wskaźnik dni zasiłkowych wg branż na 100 ubezpieczonych	1961r.	1962r.
1. Kopalnie węgla kamiennego i brunatnego	123,6	128,8
2. Hutnictwo żelaza i metali nieżelaznych	99,7	104,7
3. Przemysł Włókienniczy, Odzieżowy i Skórzany	98,0	104,6
4. Przemysł Chemiczny i Gumowy	82,4	92,7
5. " Metalowy i Maszynowy	84,3	90,2
6. Gospodarka Komunalna	78,7	87,2
7. Budownictwo	77,9	82,3

Ponieważ poszczególne województwa np. Łódź, woj. katowickie - mają na swoim terenie przewagę zakładów pracy o jednakowym profilu produkcyjnym, absencja chorobowa kształtuje się w pewnych proporcjach odpowiadających układowi branżowemu danego województwa.

Najwyższy wskaźnik dni zasiłkowych w roku 1962 wykazały następujące województwa:

	1961r.	1962r.	
1. m. Łódź	89,4	98,1	dni zasiłk. na 100 ubezp.
2. woj. katowickie	78,8	82,1	" " " " "
3. " krakowskie	70,6	72,8	" " " " "
4. m. Poznań	60,1	71,1	" " " " "
5. woj. wrocławskie	61,8	70,7	" " " " "

Natomiast jeśli chodzi o absencję wśród pracowników umysłowych to sytuacja przedstawia się następująco: o ile np. na 100 ubezpieczonych przeciętny miesięczny wskaźnik dni zasiłkowych w roku 1962 wynosił dla pracowników fizycznych 64,6, to dla pracowników umysłowych wynosił 19,4 dni, za które otrzymali oni wynagrodzenie. Łączny więc wskaźnik na 100 ubezpieczonych wynosił 84,0 dni.

Kształtowanie się absencji chorobowej w roku 1961 i 1962 wśród pracowników pobierających w czasie choroby wynagrodzenie z funduszu płac przedstawiają poniżej podane wskaźniki i liczba dni absencji /liczba dni niezdolności do pracy przypadająca średnio miesięcznie na 100 ubezpieczonych/.

M-c	1961 r. liczba dni	1961 r. wskaźnik	1962 r. liczba dni	1962 r. wskaźnik	różnica wskaźnika w stosunku do r.poprzed.
I	1.343.337	17.8	2.360.911	30.2	12.4
II	1.329.649	17.5	1.867.544	23.9	6.4
III	1.561.857	20.3	1.859.044	23.6	3.3
IV	1.309.516	16.8	1.592.464	19.7	2.9
V	1.233.355	15.8	1.473.201	18.0	2.2
VI	1.197.038	15.2	1.364.629	16.6	1.4
VII	1.159.932	14.7	1.247.570	15.1	0.4
VIII	1.066.441	13.4	1.219.976	14.7	1.3
IX	1.172.478	14.8	1.387.099	16.7	1.9
X	1.313.897	16.5	1.540.035	18.4	1.9
XI	1.415.937	17.7	1.622.933	19.2	1.5
XII	1.393.929	17.7	1.487.209	17.9	0.2
cały rok	15.497.366	16.5	19.022.615	19.4	2.9

/ w/g faktycznego wykonania /

Z powyższego zestawienia wynika, że wskaźniki absencji chorobowej wśród pracowników umysłowych są niższe od wskaźników pracowników fizycznych. Również wzrost tych wskaźników w 1962 r. w porównaniu z 1961 r. był mniejszy niż u pracowników fizycznych. Nie mniej wzrost przeciętnego wskaźnika o 2.9 dni spowodował nie tylko wzrost ogólnej liczby dni ale również wzrost wypłat wynagrodzenia za okres choroby.

Porównanie kwot wypłaconych w roku 1962 wynagrodzeń pracownikom umysłowym za okres choroby - z wypłatami dokonanymi w roku 1961, przedstawia się następująco:

w roku 1961 wypłacono wynagrodzeń na kwotę 910.683 tys. zł.
w roku 1962 " " " " 1.134.989 tys. zł.

Łączne wskaźniki pracowników fizycznych, którzy otrzymali zasiłki chorobowe, oraz pracowników umysłowych, którzy za okres choroby otrzymali wynagrodzenie, w przeliczeniu na 100 ubezpieczonych przedstawiały się porównawczo w latach 1961 - 1962, następująco:

Rok	miesiące												średn. mies. w roku
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
1961	79.9	83.4	88.4	78.5	71.9	70.3	69.6	68.9	72.4	75.1	76.0	76.4	75.8
1962	113.0	108.7	94.3	83.5	76.4	73.3	71.6	72.4	76.0	80.3	81.8	79.9	84.0
różnica	33.1	25.3	5.9	5.0	4.5	3.0	2.0	3.5	3.6	5.2	5.8	3.5	8.2

/bez zasiłków szpitalnych i sanatoryjnych i wypłaconych wynagrodzeń za pobyt w szpitalu lub sanatorium - wg faktycznego wykonania./

Natomiast wypłaty zasiłków szpitalnych i sanatoryjnych w latach 1959 - 1962 przedstawiały sie nastepująco:

Rok	Liczba dni	kwota	wskaźnik
1959	9.705 tys.	221.880 tys. zł.	10.8
1960	10.087 "	243.476 " "	10.2
1961	10.462 "	262.756 " "	11.1
1962	11.120 "	285.801 " "	11.3

/wg danych budżetowych/

Wskaźnik zasiłków szpitalnych i sanatoryjnych jest od kilku lat ustabilizowany, a wzrost liczby dni zasiłkowych i wypłaconych kwot zasiłków uzależniony jest od proporcjonalnego wzrostu liczby ubezpieczonych i wysokości przeciętnego zasiłku.

Ponadto należy zwrócić uwagę na powody będące bezpośrednią przyczyną absencji chorobowej. Sytuację na tym odcinku ilustruje poniższa tabela.

Powody niezdolności do pracy wywołujące największą absencję chorobową
w okresie r.1961 i I-IX.1962r.
wg statystyki Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej

NAZWA CHOROBY	Procentowy udział w liczbie dni niezdolności do pracy ogółem						
	r. 1 9 6 1				r. 1 9 6 2		
	I kw.	II kw.	III kw.	IV kw.	I kw.	II kw.	III kw.
Liczba dni niezdolności do pracy ogółem w tys. x/	22 613,1 100,0	19 738,5 100,0	19 747,9 100,0	21 435,0 100,0	27 [illegible] 100,0	21 865,1 100,0	21 191,0 100,0
1. G r y p a	12,1	5,0	2,5	6,9	23,7	5,3	2,3
2. Gruźlica	10,7	11,9	11,3	11,8	8,7	111,0	11,0
3. Wypadki poza pracą	10,5	13,2	15,9	14,6	9,9	13,2	15,9
4. Wypadki przy pracy /bez zatruć/	4,5	4,9	4,9	4,5	3,4	4,4	4,8
5. Inne choroby układu oddechowego	5,7	4,8	3,9	5,0	5,2	5,3	3,9
6. Ostre zapalenie górnych dróg oddechowych	5,4	4,0	3,9	5,8	5,4	5,0	4,3
7. Choroby skóry i tkanki łącznej	4,2	4,7	5,5	4,4	3,3	4,2	5,0
8. Inne choroby układu trawienia	4,2	4,6	4,7	4,3	3,5	4,4	4,5
9. Choroby serca	4,3	4,7	4,3	4,1	3,8	4,9	4,5

x/ bez absencji spowodowanej opieką nad chorym, kwarantanną i porodem bez powikłań.

Jak wynika z zestawienia największą absencję w okresie r.1961 i I - IX r. 1962 powodowały wypadki poza pracą. Większą absencję daje niekiedy tylko grypa, zwłaszcza jeśli przybiera charakter epidemii /I kw.1962 r./. Na drugim miejscu występuje gruźlica, która daje b. wysoką raczej ustabilizowaną wielkość absencji. Dalszymi chorobami, których wpływ na wielkość absencji w niektórych okresach jest również znaczny, są: choroby skóry i tkanki łącznej, inne choroby układu oddechowego, ostre zapalenie górnych dróg oddechowych i wypadki przy pracy. Poza tym większą absencję /w granicach do 5 %/ powodują inne choroby układu trawienia i choroby serca /nr.stat.413 -434/. Pozostałe choroby/lub grupy chorób/, których statystyka Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej wyodrębnia jeszcze 24 powodują absencję niewielką, nieprzekraczającą po 4 % absencji ogólnej /nie licząc dni niezdolności do pracy z powodu opieki, kwarantanny i porodów normalnych/.

Absencja z powodu opieki nad chorym występuje w rozmiarach raczej umiarkowanych i ustabilizowanych /4,1 % do 6,4 % ogólnej absencji/. Wzrost absencji z powodu opieki zaznacza się w okresach grypy. Ilustruje to poniższe zestawienie.

Rok	Kwartał	Procentowy udział w liczbie w liczbie dni niezdoln. do pracy
1961	I	5.9
	II	5.4
	III	4.1
	IV	6.0
1962	I	6.4
	II	5.7
	III	4.5

W związku z coraz bardziej zaznaczającym się wpływem wypadków poza pracą na absencję chorobową Zakład Ubezpieczeń Społecznych poddał specjalnej analizie absencję spowodowaną wypadkami poza pracą. Wg wstępnych danych można stwierdzić, że w absencji spowodowanej wypadkami poza pracą najwiekszą absencję powodują wypadki uliczne, domowe oraz t.zw. nieuznane wypadki przy pracy. Wypadki uliczne i domowe powodują połowę dni niezdolności do pracy /31.4 i 20.1 %/ wynikłych z wypadków poza pracą,

a t.zw. nieuznane wypadki przy pracy prawie 1/5 tej absencji /19.1 %/.
Należy zaznaczyć, że w górnictwie t.zw. nieuznane wypadki przy pracy powodują absencje znacznie przekraczającą 1/5 absencji z powodu wypadków poza pracą; w badanych kopalniach absencja wynikła z"nieuznanych wypadków przy pracy" wynosiła ok. 30 do 40 % absencji spowodowanej wypadkami poza pracą.
Jednym ze szczególnie ważnych czynników, mających wpływ na poziom absencji chorobowej, a tym samym na wysokość wypłat zasiłków chorobowych, jest stan i jakość orzecznictwa lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy.
Z powyższych względów, ZUS w roku 1962, zagadnieniu orzecznictwa poświęcił specjalną uwagę.
Działalność ZUS w tej dziedzinie wyrażała się:
1. zwiększeniem liczby kontroli orzecznictwa lekarskiego szczególnie w placówkach lecznictwa otwartego służby zdrowia i sygnalizowaniem resortowi zdrowia wszelkich spostrzeżeń odnośnie istniejącej sytuacji,
2. przeprowadzaniem badań i analiz szeregu zjawisk, ściśle łączących się z orzecznictwem i mających wpływ na poziom absencji chorobowej.

Kontrola orzecznictwa /lecznictwo otwarte/

W roku 1962 przeprowadzono w miesiącach maju i październiku dwie akcje kontroli placówek lecznictwa otwartego. Akcje te, zorganizowane przez Centralę ZUS - przeprowadzane były przez oddziały ZUS przy współudziale przedstawicieli Wydziałów Zdrowia i Opieki Społecznej.
Przeanalizowano ogółem prace 105 przychodni obwodowych i rejonowych kontrolując orzecznictwo lekarskie 1231 lekarzy oraz ponad 100 komisji lekarskich istniejących przy tych przychodniach.
Kontrolą objęto również wszystkie druki L - 4, wydane w wymienionych miesiącach w liczbie około 50.000.
Oprócz wyżej wynienionych akcji, Oddziały ZUS na bieżąco przeprowadziły samodzielnie lub z udziałem przedstawicieli terenowych władz służby zdrowia kontrolę orzecznictwa lekarskiego w około 600 placówkach lecznictwa otwartego.
Powyższe kontrole wykazały niezadawalający stan orzecznictwa lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy, w szczególności zaś:

1. niedostateczny poziom dokumentacji lekarskiej zarówno w kartach chorobowych jak druków L - 4
2. niski poziom znajomości przez lekarzy przepisów o orzecznictwie oraz częste nieprzestrzeganie i łamanie tych przepisów
3. czysto formalną działalność orzeczniczą większości komisji lekarskich oraz brak jakiegokolwiek instruktażu z ich strony w stosunku do lekarzy orzekających
4. niedostateczny nadzór nad orzecznictwem lekarskim ze strony Wydziałów Zdrowia i Opieki Społecznej.

Na tle ogólnych niedomagań w zakresie orzecznictwa lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy, szczególną uwagę zwrócono na orzecznictwo i stan organizacyjny komisji lekarskich, oraz sprawy nadzoru nad orzecznictwem będące w gestii terenowych Wydziałów Zdrowia i Opieki Społecznej.

W roku 1962 skontrolowano i poddano analizie pracę ponad 100 komisji lekarskich. Jedynie w kilku przypadkach można było pracę komisji lekarskich ocenić pozytywnie.

Wydaje się, że problem ten winien w najbliższym czasie znaleźć jakieś rozwiązanie w sensie zdecydowanego usprawnienia ich pracy, lub ich reorganizacji.

Napotkane nieprawidłowości dotyczą:

1. niewłaściwego składu osobowego komisji
2. całej działalności komisji lekarskich

Odnośnie składu komisji

- istniejące komisje działające w składzie jednoosobowym
- w niektórych komisjach brak jest lekarzy specjalistów
- nie są przestrzegane przepisy i instrukcje Min.Zdrowia i Op. Społecznej w sprawie specjalności które winny być reprezentowane przez członków komisji.
- dobór lekarzy do pracy w komisjach jest dość przypadkowy
- częste zmiany w składach komisji nie przyczyniają się do ich sprawnej działalności.

Odnośnie pracy komisji lekarskich

- w dużej części - komisje nie mają wydzielonych godzin pracy i załatwiają pacjentów od przypadku do przypadku
- zbyt słaby nacisk kładziony jest na jakość dokumentacji kierowanych na komisję chorych

- większość komisji wydaje orzeczenia bez badania fizykalnego pacjenta a jedynie na podstawie dokumentacji w kartach choroby
- spotkano komisje, które nie wymagały nawet kart choroby, wydając orzeczenia na podstawie lakonicznych kartek - skierowań
- tylko w nielicznych przypadkach spotykano się z prowadzeniem akcji instruktażowej lekarzy zajmujących się orzecznictwem
- często lekarze członkowie komisji zbyt słabo orientują się w przepisach orzeczniczych
- stwierdzono, że działalność większej części komisji lekarskich polega na automatycznym akceptowaniu wniosków lekarzy.

Wszystkie powyższe spostrzeżenia dotyczące działalności orzeczniczej lekarzy i komisji lekarskich wypływają z braku zainteresowania tym zagadnieniem ze strony Wydziałów Zdrowia i Op.Sp. wyrażającym się niedostatecznym nadzorem nad orzecznictwem lekarskim.

W roku 1962 ZUS, zebrawszy odpowiednie materiały, dokonał analizy sytuacji na odcinku nadzoru nad orzecznictwem o czasowej niezdolności do pracy w Wydziałach Zdrowia i Op. Sp., zarówno szczebla powiatowego jak i wojewódzkiego.

Sytuacja wyglądała następująco:

Na ogólną liczbę 434 powiatów, miast na prawach powiatów i dzielnic w m. wojewódzkich - jedynie w 181 /41,7 %/ stanowiska inspektorów orzecznictwa obsadzone są przez lekarzy.

Z tej liczby:

4,5 % /8 lekarzy/	posiada zatrudnienie	7 godz.	dziennie
9,5 % /18 lekarzy/	"	"	5 "	"
49 % /88 lekarzy /	"	"	3,5 "	"
37 % /67 lekarzy /	"	"	poniżej 3,5 "	"

W 77 Wydziałach Zdrowia i Op. Sp. /17,7 %/ stanowiska inspektorów nie są w ogóle obsadzone.

W pozostałych 176 Wydziałach Zdrowia i Op.Sp. /40,5 %/ funkcje inspektorów pełnią felczerzy, w liczbie 22 w pozostałych powiatach pracownicy administracyjni.

W Wydziałach Zdrowia i Op.Sp.PWRN sytuacja nadzoru nad orzecznictwem przedstawia się następująco:

Na ogólną liczbę 22 województw i miast na prawach województw - w 15 stanowiska inspektorów obsadzone są przez lekarzy.

Z pośród 7 pozostałych:
w 2 wojew./warszawskie i zielonogórskie/ funkcje te pełnią felczerzy
w 2 woj./bydgoskie i opolskie/ funkcje te pełnią pracownicy administracyjni
w 3 woj./koszalińskie, kieleckie i m.Poznań/ funkcje inspektorów nie są w ogóle obsadzone.

Wyniki powyższych kontroli przeprowadzonych przez Oddziały ZUS oraz wynikające z nich spostrzeżenia przekazywane były na bieżąco Wydziałom Zdrowia i Op. Sp.

Informacje zaś odnośnie tego zagadnienia przekazywane były wojewódzkim instancjom partyjnym oraz związkom zawodowym.

Materiały otrzymane z kontroli przeprowadzonych na polecenie Centrali ZUS - zostały opracowane w formie analizy wraz z wypływającymi z nich wnioskami i przesłane do KC PZPR, CRZZ, Rady Ministrów, Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej oraz innych zainteresowanych tym zagadnieniem resortów.

Główne wnioski dotyczyły:

1. przeprowadzenia reorganizacji nadzoru nad orzecznictwem o czasowej niezdolności do pracy w sensie wyposażenia aparatu nadzoru nad orzecznictwem w określone sankcje wobec lekarzy łamiących przepisy orzecznicze, oraz takiego ustawienia dodatków dla lekarzy za lecznictwo otwarte, by były one wyrazem oceny jakości ich pracy w ogóle, a w szczególności działalności orzeczniczej,
2. wprowadzenie do klasyfikacji schorzeń dla celów orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy pozycji określającej stan lub skutek upojenia alkoholowego, lub specjalnego oznaczanie druków L-4 przy tego rodzaju przypadkach,
3. uzupełnienie dotychczas nieobsadzonych stanowisk inspektorów d/s orzecznictwa, lub też obsadzonych niewłaściwie /felczerzy - prac.admin./, oraz uzupełnienie czasu ich pracy do wymiaru godzin wg potrzeb danego terenu,
4. wzmożenie nadzoru nad orzecznictwem przez
   - zwiekszenie liczby kontroli
   - zwiekszenie nacisku na instruktaż i szkolenie lekarzy zajmujących się orzecznictwem
   - obarczenie kierowników przychodni obowiązkiem kontroli orzecznictwa w swych placówkach,

Dodatkowe wynagrodzenie - będące bodźcem materialnego zainteresowania w znacznym stopniu przyczyniło się do usprawnienia lecznictwa przemysłowego.
Kształtowanie się na przestrzeni ostatnich lat liczby lekarzy w przemyśle oraz przeciętne kwoty dodatkowego wynagrodzenia ilustruje poniższe zestawienie.

Rok	Liczba lekarzy	Przeciętne wynagrodzenie
1959	763	3.466
1960	1316	3.897
1961	1711	3.604
1962	2151	3.347

Powyższe zestawienie ilustruje stały wzrost liczby lekarzy zatrudnionych w lecznictwie przemysłowym, która liczba w okresie ostatnich 3 lat wzrosła trzykrotnie. W roku 1963 spodziewany jest dalszy wzrost liczby lekarzy do około 2.200. Niepokojącym natomiast zjawiskiem jest stały spadek przeciętnego wynagrodzenia kwartalnego, do kwoty 3.347 zł. w roku 1962.
Istnieje obawa, by przy dalszym spadku przeciętnego wynagrodzenia nie przestało ono spełniać roli bodźca materialnego. Należy przy tym stwierdzić, że w przemysłowej służbie zdrowia orzecznictwo lekarskie stoi na dobrym poziomie i z roku na rok ulega poprawie działalność profilaktyczna. Jedynie w stosunku do górniczej służby zdrowia Oddziały śląskie ZUS zgłaszają zastrzeżenia szczególnie odnośnie jej działalności profilaktycznej. ZUS zamierza w roku 1963 zagadnienie to przeanalizować.
W roku 1962 zanotowano jeszcze jedno pozytywne zjawisko mianowicie wzrost liczby lekarzy zatrudnionych na pełnych etatach. Poniższe zestawienie ilustruje sytuację na tym odcinku.

BIBLIOTEKA

- zwrócenie uwagi na działalność oraz skład osobowy komisji lekarskich oraz zapewnienie im lekarzy o odpowiednich kwalifikacjach.

Według posiadanych informacji, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej pod którego adresem powyższe wnioski zostały wysunięte, ustosunkowało się do nich pozytywnie, a część z cytowanych wniosków znajduje się już w stadium realizacji.

Ponieważ jednak w administracji terenowej służby zdrowia dają się zauważyć poważne niedomagania organizacyjne, ZUS wyraża obawy, czy słuszne jego postulaty i celowe zamierzenia Ministerstwa zostaną prawidłowo i ze skutkiem zrealizowane.

W ramach badania stanu i jakości orzecznictwa, przeprowadzono następujące analizy:

1. analizę przedłużania okresu wypłaty zasiłków chorobowych o dalsze 13 tygodni,
2. analizę kształtowania się wydawania orzeczeń o czasowej niezdolności do pracy w poszczególnych dniach tygodnia,
3. analizę zwolnień lekarskich krótkoterminowych - do 3 dni.

W opracowaniu znajduje się analiza materiału zebranego przez Oddziały ZUS w uspołecznionych zakładach pracy z 5 podstawowych branż, odnośnie wypadków poza pracą.

Powyższe badania i analizy mają charakter wybitnie użytkowy a materiały i wnioski płynące z opracowań, służą do usprawnienia i ulepszenia metod pracy ZUS oraz bardziej prawidłowego gospodarowania funduszem ubezpieczeniowym.

Lecznictwo przemysłowe.

Obserwując na przestrzeni ostatnich lat sytuację w lecznictwie przemysłowym, stwierdzić należy stopniową, z roku na rok dającą się zaobserwować poprawę na tym odcinku. Z roku na rok rozszerza się działalność tego lecznictwa, wzrasta zarówno liczba jak i jakość świadczonych usług tak profilaktycznych jak i ściśle leczniczych.

W roku 1962 Oddziały ZUS dokonały ponad 500 pełnych kontroli ZLZ łącznie z analizowaniem przyczyn absencji chorobowej w zakładach pracy.

Ponadto przeprowadzono około 7.000 wyrywkowych kontroli poszczególnych lekarzy w ZLZ odnośnie zarówno ich pracy profilaktycznej jak i działalności orzeczniczej; kontrole te miały za cel zebranie materiałów w związku z opiniowaniem wniosków dodatkowego wynagrodzenia dla lekarzy przemysłowych.

rownik Woj. Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej, przytoczył Egzekutywie K.W. PZPR przykłady, że istnieje część lekarzy, którzy pracują w zlz jako lekarze przemysłowi /rejonowi./, ale rozpoczęli specjalizację ginekologiczno-położniczą.
Warto również podkreślić, że dotychczasowe kryteria, które służyły do oceny pracy lekarzy przemysłowych przy przyznawaniu dodatkowych wynagrodzeń, zakładały ilościowe wykonanie zadań nałożonych na lekarzy Zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, oraz, że zdecydowana większość lekarzy zadania te ilościowo wykonuje dobrze /np. ilości badań i przeglądów okresowych, wizytacji zakładu pracy, badań nowowstępujących itp./. Gorzej przedstawia się w niektórych zlz wykonanie tych zadań od strony jakości. W związku jednak z tym, że w ostatnim okresie nastąpiła znaczna poprawa na odcinku zaopatrzenia zlz w sprzęt medyczny, a szczególnie diagnostyczny, od IV kwartału 1962r. wprowadza się przy ocenie pracy lekarzy kryteria jakościowe ich pracy profilaktycznej.

Ustawa z dnia 6.6.1958r.

ZUS oraz uspołecznione zakłady pracy zostały zobowiązane do prowadzenia kontroli osób korzystających ze zwolnień lekarskich od pracy. ZUS prowadzi kontrolę tych osób aparatem własnym, oraz oddziaływuje na uspołecznione zakłady pracy celem pełniejszego realizowania przez nie obowiązków wynikających z w/w ustawy.
Mimo nieustannego wzrostu zadań w zakresie kontroli innych zagadnień ubezpieczeniowych, dzięki wydatnemu zwiększeniu wydajności pracy terenowego aparatu inspektorskiego, liczba kontroli osób korzystających ze zwolnień lekarskich dokonanych przez aparat własny ZUS w roku 1962 wzrosła w porównaniu z rokiem 1961. Poniższa tabela przedstawia wyniki kontroli Oddziałów ZUS za rok 1962 w porównaniu z rokiem 1961 i latami poprzednimi.

Rok kw.	Liczba lekarzy ogółem	w tym		Uwagi
		7 godz.	5 godz.	
1960				
I kw.	1.316	658	658	
II "	1.400	705	695	
III"	1.527	762	765	
IV "	1.675	755	918	
1961				
I.kw.	1.711	793	918	
II "	1.780	827	953	
III"	1.821	855	966	
IV "	1.960	910	1.053	
1962				
I kw.	2.026	958	1.068	
II "	2.049	999	1.050	
III"	2.151	1.108	1.043	

Warto przy okazji zaznaczyć, że w roku 1959, tj. w pierwszym roku po wydaniu przepisów o dodatkowym wynagrodzeniu, przeciętna kwartalna liczba lekarzy zatrudnionych w 7 i 5 godz. wymiarze, wynosiła ogółem 763.

Do roku 1962 przeważała zdecydowanie liczba lekarzy zatrudnionych w wymiarze 5 godzin dziennie, oraz obserwowano zbyt duży jej wzrost w stosunku do liczby lekarzy zatrudnionych na pełnych etatach. W roku 1962 liczba lekarzy 5 godz. zmniejszała się, ale dopiero w III kwartale 1962r. liczba lekarzy 7-godzinnych przekroczyła liczbę lekarzy zatrudnionych w wymiarze 5 godzin. Niewątpliwy wpływ na zjawisko wzrostu liczby lekarzy pełno-etatowych miała zarówno etatyzacja jak i odpowiednia polityka na odcinku przyznawania dodatkowego wynagrodzenia.

Według wstępnych danych w IV.kw.1962 liczba lekarzy 7 godz. wzrosła jeszcze bardziej, przy dalszym spadku lekarzy 5 godz. Nie zawsze jednak ten wzrost liczby lekarzy idzie w parze z ich jakością fachową i perspektywami dalszej pracy w przemysłowej służbie zdrowia. I tak np. w woj. bydgoskim, Kie -

- absencji chorobowej, Brano pod uwagę stopień realizacji w/w ustawy w zakresie kontroli osób korzystających ze zwolnień lekarskich od pracy,
- przeprowadzano systematyczny instruktaż oraz narady z kierownictwem i aktywem społecznym zakładów pracy na ten temat,
- stosowano pisma interwencyjne do dyrektorów przedsiębiorstw przypominające o obowiązkach wynikających z ustawy z dnia 6.6. 1958 r., oraz pisma interwencyjne do jednostek nadrzędnych /przeważnie Zjednoczeń/ a także do Delegatur NIK w przypadkach szczególnych,
- Prezes ZUS przedkładając informacje o absencji chorobowej oraz realizacji w/w ustawy w poszczególnych resortach - występował do Ministrów podstawowych resortów z konkretnymi wnioskami zmierzającymi do poprawy sytuacji na tym odcinku. Należy stwierdzić, że Minister Budownictwa i Przemysłu Materiałów Budowlanych wydał nie tylko ostre zarządzenia w tej mierze, ale ukarał pozbawieniem premii kwartalnych dyrektorów najbardziej lekceważących obowiązki wynikające z ustawy. Również Minister Przemysłu Chemicznego obok wydanych zarządzeń, zastosował restrykcje dyscyplinarne wobec podobnych przypadków. Pozostałe resorty ograniczyły się do wydania odpowiednich zarządzeń.

Należy podkreślić, że aczkolwiek sytuacja na tym odcinku uległa pewnej poprawie, to jednak około 40 % zakładów pracy objetych limitowaniem kredytów na zasiłki chorobowe nie prowadzi kontroli osób korzystających ze zwolnień lekarskich od pracy.

Sytuację na tym odcinku przedstawia następujące zestawienie limitowanych zakładów pracy i wykonywanie przez nie kontroli w poszczególnych kwartałach roku 1962:

	I kw.	II kw.	III kw.	IV kw.
ilość limitowanych zakładów pracy	12.877	12.947	12.515	12.423
w tym zakłady:				
które przeprowadziły kontrole	6.790	6.625	6.764	7.155
które nie przeprowadziły kontroli	3.367	3.726	3.560	3.335
brak danych	2.720	2.596	2.191	1.933

Ostatnia powycja "brak danych" odnosi się do tych zakładów pracy, które nie poinformowały Oddziałów ZUS o ilości przeprowadzonych kontroli w danym okresie. Należy jednak przypuszczać, że większość z nich, kontroli tej nie przeprowadziła.

Rok	ilość osób skontrolowan.			zastosowano sankcje					
	-pracowników		ogółem	w stosunku do prac.			na ilość dni		
	umysł.	fizycz.		umysł.	fiz.	ogółem	umysł.	fiz.	ogółem
1959	32.705	122.926	155.631	878	5.577	6.455	5.655	34.284	39.939
1960	28.831	102.392	131.223	607	3.718	4.325	3.842	21.601	25.443
1961	22.729	75.465	98.194	445	2.663	3.108	2.395	15.420	17.815
1962	24.380	78.567	102.947	537	2.585	3.122	2.995	14.905	17.900

ZUS przeprowadza kontrolę zwolnień lekarskich przede wszystkim w oparciu o lecznictwo otwarte poza-zakładowe. Z uwagi jednak na nieprzestrzeganie przepisów o orzecznictwie lekarskim przez lekarzy, a szczególnie niewpisywanie na drukach L-4 zaleceń lekarskich, czy chory winien leżeć, czy może chodzić, kontrola ZUS napotyka na poważne trudności w realizacji obowiązków wynikających z ustawy z dnia 6.6.1958 r.

Zasadniczą rolę w zakresie kontroli osób korzystających ze zwolnień lekarskich powinny odgrywać uspołecznione zakłady pracy, które w równym stopniu zobowiązane są przepisami ustawy z dnia 6.6.1958 r. do prowadzenia tej kontroli.

Wyniki kontroli przeprowadzonej przez zakłady pracy przedstawiają się w poszczególnych latach następująco:

Rok	ilość osób skontrolowanych pracowników			zastosowano sankcje w stosun. do prac.			na ilość dni		
	fiz.	umysł.	razem	fiz.	umysł.	razem	fiz.	umysł.	razem
1959	267.851	29.336	297.187	13.625	924	14.549	84.218	6.902	91.120
1960	240.371	26.968	267.339	8.122	367	8.489	44.091	2.654	46.745
1961	263.756	28.544	292.300	7.222	379	7.601	41.489	2.419	43.908
1962	376.569	41.985	418.554	8.538	419	8.957	46.372	2.236	48.608

Z powyższego zestawienia wynika, że w roku 1962 nastąpił poważny wzrost aktywizacji uspołecznionych zakładów pracy na tym odcinku.

Do pełniejszej realizacji ustawy w tym zakresie, przyczyniły się niewątpliwie następujące posunięcia ze strony Zakładu Ubezpieczeń Społecznych:

- przy przyznawaniu dodatkowych kredytów na limitowane zasiłki chorobowe, jako jedno z podstawowych kryteriów do oceny działalności zakładu pracy na odcinku zwalczania nieuzasadnionej

Tymczasem przeprowadzone analizy przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych wykazały, że nieuzasadniona absencja chorobowa stanowi jeszcze istotny problem społeczny.
Przeprowadzając kontrolę około 100 przychodni rejonowych lecznictwa otwartego stwierdzono, że największą ilość zwolnień lekarskich wydaje się w poniedziałki i wtorki - około 50 % liczby zwolnień z całego tygodnia, a w tygodniu zawierającym dzień świąteczny /1 listopada /, najwięcej zwolnień wydano dnia następnego /2 listopada/.
W oparciu m.in. o materiały przekazane przez ZUS, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej zaplanowało na najbliższy okres szereg istotnych posunięć, a w szczególności:

1/ Przeprowadzenie w roku 1963 szeroko zakrojonej, ogólno-krajowej akcji kontroli orzecznictwa lekarskiego zarówno w lecznictwie otwartym jak i zamkniętym, włączając do powyższej akcji Wojewódzkie Wydziały Zdrowia, Akademie Medyczne i Instytuty. W akcji tej weźmie również udział Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

2/ Do dnia 30.IV.b.r. w całym kraju ma zostać przeprowadzone jednorazowe przeszkolenie wszystkich lekarzy, lekarzy dentystów i felczerów orzekających o czasowej niezdolności do pracy, w ramach obowiązujących w tym zakresie przepisów, ze zwróceniem szczególnej uwagi na błędy i niedociągnięcia wynikające z przeprowadzonych przez ZUS kontroli.

3/ W trakcie opracowywania znajdują się zasady przyznawania i obniżania lekarzom dodatków za lecznictwo otwarte, oraz udziału ZUS w opiniowaniu wniosków.
Według projektu, przy ustalaniu wysokości tych dodatków, brany będzie pod uwagę całokształt pracy lekarza ze szczególnym uwzględnieniem:
- dyscypliny pracy
- stosunku do pacjenta
- działalności orzeczniczej lekarza.

4/ Również w trakcie opracowywania znajduje się sprawa specjalnego oznaczania druków L-4 osób, których niezdolność do pracy spowodowana została [illegible] nadużyciem alkoholu.

Dalsze projekty zarządzeń Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej dotyczą:

Dla uzupełnienia przytoczyć można następujące przykłady rażących zaniedbań ze strony uspołecznionych zakładów pracy z IV kwartału 1962 r.

Bielska Fabryka Maszyn Włókienniczych "Befama", Bielsko Biała, Powstańców Śl. 6 - zatrudnionych 2.663 osób, w okresie IV kwartału 1962 r. przekroczyła limit zasiłków chorobowych o 89.853.- zł. kontroli nie prowadzi.

Fabryka Samochodów Ciężarowych Starachowice, ul.1-go Maja 12, zatrudnionych 13.056 osób, przekroczony limit o 114.557.- zł.- skontrolowano 7 osób.

Kopalnia Węgla Kamiennego "Sobieski", Bory k/Jaworzna, /ZUS Kraków/ zatrudnionych 1839 osób, przekroczony limit o 69.369.- zł., w IV kwartale nie przeprowadzono kontroli.

ZPB im. Dywizji Kościuszkowskiej, Łódź, ul. Łąkowa 23, zatrudnionych 1905 osób, przekroczony limit o 83.226.- zł. - kontroli nie prowadzi.

Huta Stalowa Wola /Oddz. ZUS Rzeszów/, zatrudnionych 13.640 osób, przekroczony limit o 316.346.- zł.-skontrolowanych tylko 7 osób.

Przedsiębiorstwo Instalacyjne Przemysłu Węglowego, Bytom /Oddz. ZUS Tarn. Góry/, ul. Kościuszki Nr. 20, zatrudnionych 1922, przekroczony limit o 51,374.- zł. - kontroli nie prowadzi.

Zakłady Materiałów Lampowych, Warszawa, ul. Kolejowa Nr. 59/63, zatrudnia 861 osób, przekroczony limit o 44.982.- zł., kontroli nie prowadzą.

Osobnego omówienia wymaga sprawa Kopalni "Czerwona Gwardia" w Czeladzi, która w roku 1961 za 3 kwartały miała przekroczenie limitu na zasiłki chorobowe o 529.097.- zł. i nie przeprowadziła w tym okresie ani jednej kontroli. W IV kwartale 1962 r. przekroczyła limit o 231.706.- zł, przy stanie zatrudnienia około 3500 pracowników przeprowadziła kontrolę zaledwie 36 osób.

Wydaje się również, że metodyka przeprowadzania kontroli osób korzystających ze zwolnień lekarskich, jest niewłaściwa. Kontrole w większości zakładów pracy są prowadzone często na ślepo. Kontroluje się czasem osoby niewłaściwe, o których wiadomo, że są naprawdę chore. Ustala się również niewłaściwie terminy kontroli, jak również przeprowadza się je interwałowo w jednym tygodniu miesiąca, lub jednym dniu /przeważnie tym samym/ tygodnia.

Takie kontrole muszą być siłą rzeczy bezwynikowe.

2/ kierownictwa Zjednoczeń wykonując swoje obowiązki w zakresie nadzoru i kontroli, powinny okresowo analizować sytuację na odcinku warunków pracy i ochrony zdrowia w podległych im zakładach pracy,

3/ zobowiązać kierownictwa uspołecznionych zakładów pracy do systematycznej, okresowej analizy absencji chorobowej pod kątem poprawy warunków pracy i ochrony zdrowia oraz zwalczania przyczyn absencji nieuzasadnionej.

ZUS w zakresie własnej działalności widzi konieczność:

1/ dalszego rozwijanie form współpracy z Ministerstwem Zdrowia i Opieki Społecznej a w szczególności na odcinku:

a/ orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy,

b/ przemysłowej służby zdrowia,

c/ badania przyczyn i źródeł absencji chorobowej i wspólnego wypracowywania wniosków zmierzających do poprawy sytuacji na tym odcinku,

2/ celem zwalczania nadużyć w zakresie wykorzystywania lekarskich zwolnień od pracy spowodować większą elastyczność i operatywność komisji społecznych przeprowadzających kontrolę osób korzystających ze zwolnień lekarskich poprzez:

a/ wprowadzenie w życie wyników badań, które wskazują, że największe zgłaszanie się pacjentów do lekarzy po otrzymanie zwolnień lekarskich od pracy, występuje w poniedziałki i dni poświąteczne,

b/ zwrócenie większej uwagi zakładom pracy nie tylko na ilość przeprowadzonych kontroli, ale również na ich jakość,

c/ wystąpienie do niektórych resortów z prośbą o zwrócenie większej uwagi na realizację ustawy z dn.6.6.1958r. dając jako przykład posunięcia zastosowane przez Ministra Budownictwa i Przemysłu Materiałów Budowlanych i Ministra Przemysłu Chemicznego,

3/ większe niż dotychczas włączenie się i zaktywizowanie

- obsadzenia wakujących stanowisk lekarskich inspektorów d/s orzecznictwa i łączenia stanowisk inspektorów ze stanowiskami przewodniczących komisji lekarskich przy łącznym zatrudnieniu w wymiarze pełnego etatu;
- uporządkowaniu obsady osobowej komisji lekarskich;
- wyegzekwowaniu pełnego wykonywania przez kierowników zakładów społecznej służby zdrowia ciążących na nich obowiązków w dziedzinie orzecznictwa;
- wyciąganie w stosunku do lekarzy łamiących zasady orzecznicze konsekwencji przewidzianych przepisami oraz branie pod uwagę działalności orzeczniczej przy ustalaniu wysokości dodatków, nagród itp.

ZUS uwzględniając powyższe projekty oraz zamierzenia Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, których prawidłowa realizacja może w znacznym stopniu usprawnić i polepszyć istniejącą na odcinku orzecznictwa lekarskiego sytuację, widzi ponadto konieczność rozwiązania następujących problemów:

1/ zabezpieczyć prawidłową realizację zamierzeń Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej przez wzmocnienie terenowej administracji służby zdrowia, oraz przez kontrolę wykonania zarządzeń Ministerstwa,

2/ należy w końcowej fazie studiów medycznych uwzględnić tematykę orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy oraz podstawowych przepisów o orzecznictwie inwalidzkim,

3/ na podstawie obserwacji przebiegu epidemii grypy w roku 1962, uwzględniając obecne warunki atmosferyczne i możliwość powstania szczególnie sprzyjających okoliczności do rozwoju epidemii grypy, ZUS widziałby konieczność zastosowania chociaż najprostszych form profilaktyki w tym zakresie szczególnie przez lecznictwo przyzakładowe.

W odniesieniu do kierownictwa uspołecznionych zakładów pracy, ZUS widzi konieczność, aby:

1/ kierownictwo poszczególnych resortów przynajmniej raz w roku - w oparciu o konkretne rozpoznanie terenowe - rozpatrywały sytuację na odcinku warunków pracy i ochrony zdrowia w podległych im zakładów pracy. To samo odnosi się do Prezydiów Wojewódzkich Rad Narodowych, którym podlega przemysł terenowy.

Oddziałów ZUS w realizację uchwał XV Plenum CRZZ i V Kongresu Związków Zawodowych w szczególności na odcinku:

a/ dokonywania analiz absencji chorobowej w poszczególnych branżach, z konkretnym wskazywaniem źródeł i przyczyn zachorowalności,

b/ włączania związków zawodowych i służby zdrowia do oceny sytuacji w zakładach pracy przy przyznawaniu dodatkowych kredytów na limitowane zasiłki chorobowe oraz przy ustalaniu wskaźników limitowych zgodnie z nowymi przepisami,

c/ nawiązania ściślejszej współpracy ze związkami zawodowymi i służbą zdrowia w zakresie prawidłowej oceny działalności profilaktycznej lekarzy zlz przy przyznawaniu dodatkowego wynagrodzenia.

Warszawa marzec 1963r.

BIBLIOTEKA

24510 KPiP
1124510