PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN OGÓLNO-PAŃSTWOWEGO ZW. KAS CHORYCH W POLSCE

ROK II | MIESIĘCZNIK | ZESZYT 9

WARSZAWA, DN. 1 WRZEŚNIA 1927.

D. SALAMANDER.

BIUROKRATYZM W LECZNICTWIE KASOWEM*).

W arsenale argumentów wrogich reformie społecznej zajmuje zarzut, że instytucje społeczne obciążone są chronicznie bezproduktywnym biurokratyzmem, bardzo wybitne miejsce.

Z zarzutem tym, w którym kryje się nieco prawdy, rozprawić się muszą instytucje społeczne drogą nieustannej walki z wszelkiemi przejawami biurokratyzmu w swojej pracy.

Kiedy realizują się lub zdążają do realizacji w bliskiej przyszłości dążenia do uspołecznienia coraz to innych gałęzi życia gospodarczego i społecznego, zagadnienie walki z biurokratyzmem jest niezwykle aktualne.

Aktualne jest ono u nas w Polsce — w dziedzinie bliżej nas tu interesującej — w dziedzinie ubezpieczeń społecznych. Polska wstąpiła na arenę niepodległego życia z szerokim programem społecznego ubezpieczenia. Zrealizowała naprawdę dotychczas jedynie ubezpieczenie na wypadek choroby w sposób zadowalający, częściowo jedynie realizując w innych dziedzinach ubezpieczeń społecznych postulaty zainteresowanych klas ludności.

Należy zdać sobie sprawę, że w sposobie przeprowadzenia ubezpieczenia na wypadek choroby istnieje wiele błędów. Mimo dość znacznego doświadczenia znajdują się prace nasze jeszcze często w dziedzinie eksperymentu.

Co to jest biurokratyzm? Zużywanie nieproporcjonalnie wielkiej sumy energji na nieproduktywne uboczne czynności przy realizowaniu zadań danej instytucji.

Z jednej rzeczy należy zdać sobie sprawę: nie wolno mieszać administracji z biurokratyzmem. Jedynie zwyrodniała administracja, która staje się celem samym w sobie, a nie środkiem dla realizacji celów, przeradza się w biurokratyzm.

Lekarz przyjmujący chorego obywa się bez administracji, tak jak obywa się bez niej rzemieślnik, obsługujący kilku klientów, lub właściciel małego kramiku. Wielka fabryka lub dom towarowy, trust przemysłowy czy kartel nie może się obejść bez administracji. Ale wyższość przedsiębiorstw zorganizowanych, skupiających większą ilość pracy, objawia się w tem, że mimo konieczności administrowania a więc zarządzania skomplikowanym organizmem gospodarczym, produkt może być lepszy i tańszy, tak, że konsument na tej wspólnie administrowanej wielości małych organizmów nie traci, przeciwnie, z tej centralizacji korzysta.

Jeżeli wolno to porównanie prowadzić dalej, zagadnienie jest następujące: co można i należy zrobić, by Kasy Chorych przewyższały lecznictwo prywatne sprężystością i jakością swej pracy. Czyli jak prowadzić Kasy, by administracja nie była źródłem złego, a stała się dobroczynnym motorem uwielokrotnienia energji leczniczej, tak jak nowoczesny trust jest czemś więcej, jak tylko sumą pojedyńczych przedsiębiorstw!

Celem naszych rozważań jest znalezienie zbędnych, a więc szkodliwych czynności administracyjnych i sposobów ich usunięcia.

Ograniczamy się w artykule tym do pewnego tylko wycinka samej kwestji możliwego usunięcia czynności biurokratycznych w kasach Chorych — do usunięcia biurokratyzmu w lecznictwie Kas, pozostawiając inne działy chwilowo poza nawiasem rozważań.

Czynimy to z dwóch względów.

W pierwszym rzędzie należy bowiem usunąć te wady organizacyjne, które bezpośrednio odczuwa członek Kasy. Pomoc lekarska, po którą przychodzi ubezpieczony, powinna być możliwie najbardziej uprzystępniona. Między potrzebą leczenia, a samym uzyskaniem pomocy lekarskiej nie powinno być zbyt

*) Niemal bezpośrednio przed swoją śmiercią nadesłał nam nieodżałowanej pamięci dyrektor Salamander artykuł powyższy. — **Red.**

wiele stadjów pośrednich. Sposób organizowania pomocy lekarskiej musi być szybki i działać bez żadnych tarć. (Pomoc pieniężna, którą udziela Kasa, jest wprawdzie też ważna, ale bezpośredniość realizacji nie odgrywa tu tak wielkiej roli).

Z drugiej strony — poza momentem subjektywnym — lecznictwo wysunęło się z rozwojem kas na pierwsze miejsce.

Jeżeli w pierwszych latach powstawania Kas — mówimy o doświadczeniach Małopolski — na pierwszem miejscu wydatków Kas stała pomoc pieniężna — zasiłki chorobowe, to obecnie procent wydatków na lecznictwo wzrósł.

Ilustruje to najlepiej statystyka Kasy lwowskiej:

W latach od 1910 — 1913 stosunek procentowy wydatku na zasiłki i lecznictwo wynosił:

Rok	Zasiłki	Lecznictwo
1910	43.32%	27.22%
1911	40.36%	25.55%
1912	40.33%	25.85%
1913	38.23%	25.12%

Naogół w ciągu pierwszego 25-lecia lwowskiej Kasy wydano na zasiłki pieniężne 2.358.209 kor. austr., na lecznictwo tylko 1.598.970 kor.

Natomiast

w latach 1921 — 1925 stosunek świadczeń jest następujący:

Rok	Zasiłki	Lecznictwo
1921	37.38	62.62
1922	40.03	59.97
1923	24.60	75.40
1924	55.25	64.74
1925	49.70	50.30

To znaczy, Kasy stały się w pierwszym rzędzie lecznicami, na drugiem dopiero miejscu pozostaje ubezpieczenie pieniężne w wypadku choroby. W lecznictwie więc leży punkt ciężkości działania Kasy.

Z obu wyżej naprowadzonych przyczyn, ponieważ pomoc lekarska musi być szybka i możliwie bezpośrednio następująca po samym wypadku choroby, ponieważ lecznictwo stało się dziś — w przeciwieństwie do lat ubiegłych — najważniejszą funkcją Kasy, należy, chcąc usunąć błędy w organizacji Kas, zbadać:

1) Jaki stan organizacji lecznictwa należy uważać za idealny. (Przypominam założenie tego artykułu: nie mówię o merytorycznej stronie lecznictwa, lecz o sposobie najlepszej jego organizacji).

2) Jak się sprawa przedstawia obecnie w większości Kas?

W wypadku choroby musi się ubezpieczony sam, względnie, jeżeli chodzi o obłożnie chorego, ktoś z jego rodziny zgłosić w biurze Kasy z legitymacją kasową. Dla zopobieżenia nadużyciom polecają niektóre Kasy zaopatrzenie się w legitymację, któraby stwierdziła identyczność żądającego pomocy lekarskiej, niektóre zaś, jak np. warszawska Kasa, polecają zaopatrzenie się w legitymację kasową z fotografją.

Naturalnie, że samo zgłoszenie się w biurze Kasy, jeżeli niema być zwyczajną a niepotrzebną formalnością, nie wystarcza. Urzędnik względnie urzędnicy muszą zbadać, czy zgłaszający się chory jest uprawniony do korzystania z pomocy lekarskiej. W większej Kasie, która ma kilkadziesiąt tysięcy członków, badanie takie trwać musi przynajmniej kilka minut, jeżeli ma mieć jakąś realną wartość.

Bardziej skomplikowane i więcej czasu wymagać będzie to badanie, jeżeli chodzi nie o samego ubezpieczonego, ale o członków rodziny. Najczęściej rejestracja członków rodziny nie jest zupełna i wyczerpująca. Trudna jest ona do przeprowadzenia właśnie w tych wypadkach, które przy badaniu uprawnienia mogą być sporne, t. j. u dalszych członków rodziny.

Wtedy najczęściej urzędnik musi wydać jednorazową kartkę do lekarza, a dopiero oddział kontroli stwierdzi, czy uprawnienie do pomocy istniało czy też nie.

Tego rodzaju badanie, zwłaszcza w okresie większego nasilenia chorób, doprowadzi z konieczności do dłuższego wyczekiwania na kartkę do lekarza. Że to powoduje zupełnie słuszne niezadowolenie wśród członków, narzekania na biurokratyzm, jest jasne.

O ile mi wiadomo — np. warszawska Kasa Chorych prowadzi (tak było w roku 1920, nie wiem jak jest dziś) specjalną rejestrację zachorowań członków. Każdy członek ma w Kasie w zamkniętej kopercie kartę choroby, na której zanotowane są wszystkie wypadki zachorowania. Członek, który przychodzi do biura po kartę do lekarza, otrzymuje od urzędnika swoją kopertę, z którą udaje się do lekarza.

Jest to w konsekwencji dalsze utrudnienie i przedłużenie czynności przy wydawaniu kartek do lekarzy, — jakkolwiek nie można zaprzeczyć, że osiąga się w ten sposób pewne korzyści rzeczowe — lekarz ma jaśniejszy obraz choroby — i uzyskuje się ciekawy materjał statystyczny.

Cała powyższa czynność administracyjna ma na celu jedną rzecz: uniknięcie nadużyć, niedopuszczenie do tego, by nieuprawnieni korzystali z pomocy Kasy.

Jest tu jednak także pewien cel uboczny, możliwość prowadzenia statystyki zgłoszeń chorych. Ten drugi cel uboczny powoduje niejedną trudność, jaką chory napotyka w Kasie, a ma swoje źródło w tem, że Kasy są zobowiązane do wypracowywania bardzo znacznego materjału statystycznego.

Nie chcemy zapoznawać wartości statystyki dla Kas, ale często musi się wzorową statystykę okupić gorszym i uciążliwszym sposobem załatwiania bardzo piekącej sprawy, jaką jest szybkość w dostarczeniu pomocy lekarskiej.

Co można zrobić dla uproszczenia tego stanu rzeczy?

Lwowska Kasa wprowadziła — chwilowo tylko dla większych przedsiębiorstw (fabryki, banki, urzędy zatrudniające więcej jak 10 osób) — system wysyłania chorego wprost do lekarza na podstawia zaświadczenia przedsiębiorstwa, w którem pracuje.

Każda większa firma otrzymuje w Kasie bloczki, które przechowuje właściciel firmy albo wybrany mąż zaufania pracowników, i w wypadku choroby wydaje ubezpieczonemu kartkę do lekarza, pozostawiając kopję u siebie.

Kartkę zatrzymuje lekarz i oddaje ją potem w biurze Kasy, celem umożliwienia kontroli. Prócz tego

firmy przedkładają Kasie miesięczne wykazy chorych.

Dotychczasowe doświadczenie wykazało, że rezultaty tego systemu są zadawalniające. Pośredni, administracyjny etap w uzyskaniu pomocy lekarskiej uległ znacznemu uproszczeniu. Zamiast wyczekiwania w Kasie otrzymuje chory w miejscu pracy polecenie do lekarza.

Nie zauważyliśmy zupełnie, by uproszczenie to spowodowało wzrost nadużyć w korzystaniu z pomocy lekarskiej. Kontrola uprzednia zamieniła się wprawdzie w kontrolę następczą, t. j. już po udzieleniu pomocy, statystyka jednak odbywa się już w samym biurze Kasy na podstawie materjału dostarczonego w postaci kartek od lekarzy i nie hamuje zupełnie przyśpieszonego sposobu udzielania pomocy lekarskiej.

System ten ma zwłaszcza wielkie znaczenie dla Kas, pracujących na terenie przemysłowym, gdzie większość członków zatrudniona jest w przedsiębiorstwach większych.

Rozszerzenie tego systemu — zupełnego wyłączenia biurowych czynności między wypadkiem zachorowania a otrzymaniem pomocy — na wszystkich członków, jest dalszym, trudniejszym jednak etapem w walce z biurokratyzmem w Kasie.

W lwowskiej Kasie np. na prawie 50.000 ubezpieczonych członków przypada 22.000 pracodawców. Zaopatrzenie wszystkich w odpowiednie bloczki wymaga znacznego bardzo wysiłku technicznego. Z drugiej strony przy takiem rozszerzeniu tego systemu wzrosłyby niewątpliwie nadużycia. O ile większe przedsiębiorstwo daje pewną gwarancję, że kartek nie będzie wydawało nieuprawnionym, o tyle można się obawiać, że w wielkiej masie pracodawców, którzy przez proste wydanie kartki będą mogli udzielić prawa do uzyskania bezpłatnej pomocy lekarskiej, znajdzie się wielu takich, którzy czy to przez niezrozumienie, czy z innych powodów nadużyją tego prawa. Kontrola następcza będzie mogła dopiero po fakcie stwierdzić takie nadużycia, uważam jednak, że jest stanowczo lepiej narazić się na pewien procent nieprawnie korzystających ze świadczeń Kasy, aniżeli utrudnić wszystkim bez wyjątku uzyskanie szybkiej pomocy.

Zresztą Kasa będzie się mogła bronić przeciw temu, stosując w pierwszym czasie po wprowadzeniu nowego systemu bardziej zaostrzony system sankcji wobec niesumiennych pracodawców. Tego rodzaju kary, czy to we własnym zakresie działania nałożone, czy też przy pomocy władz państwowych, zastąpią brak odpowiedniego poziomu moralnego u niektórych jednostek.

Bloczki kartkowe wydawane pracodawcom zawierałyby:

1. Imię i nazwisko ubezpieczonego.
2. Potwierdzenie pracodawcy, że chory jest ubezpieczony.
3. Czas od kiedy pracuje.
4. Wysokość płacy.

Pozatem musiałby chory u lekarza wykazać się świadectwem identyczności lub innym dokumentem, na podstawie którego możnaby identyczność stwierdzić.

Dla uniknięcia nadużyć ważność tych bloczków ustałaby po 4 tygodniach. Gdyby udało się powoli zrealizować we wszystkich kasach przymus legitymacyj kasowych, zaopatrzonych w fotografje, nadużycia byłyby zredukowane do minimum *).

Uzupełnieniem tego uproszczenia jest zrealizowane już w lwowskiej Kasie zarządzenie, że w wypadku obłożnej choroby, wystarcza telefoniczne zawiadomienie biura Kasy, które bezpośrednio wysyła lekarza do chorego. W wypadkach nagłych wchodzi naturalnie w zastosowanie przepis ustawy, dający członkowi prawo do wezwania jakiegokolwiek lekarza, a Kasa zwraca koszty.

W ten sposób bezpośredniość w uzyskaniu pomocy lekarskiej byłaby osiągnięta, przy zachowaniu możności kontroli i umożliwieniu prowadzenia statystyki.

Należałoby teraz przystąpić do sprawy dalszej — uniknięcia natłoku i wyczekiwania chorego u lekarza samego.

W Kasach b. zaboru rosyjskiego istnieje jednolity system przyjmowania chorych w ambulatorjach kasowych. We Lwowie leczenie odbywa się albo w samej Kasie w ambulatorjach, albo też w gabinetach prywatnych lekarzy.

Należy przyznać, że przy ambulatoryjnym systemie leczenia, łatwiejsze jest wyrównywanie nadmiernego natłoku u niektórych lekarzy. Istnieje zawsze możliwość skierowania części chorych do lekarzy ordynujących w tym samym budynku, a mniej w danej godzinie zajętych.

Jednak możliwość takiego czysto mechanicznego odciążenia lekarzy bardziej zajętych może mieć miejsce tylko przy pierwszej wizycie. Chory, który rozpoczął już leczenie u jednego lekarza, nie może być drugim razem, ze zrozumiałych zupełnie przyczyn, badany i leczony przez innego.

W tem miejscu chciałbym zwrócić uwagę na niesłuszne zarzuty — rzekomo przewlekłego lecznictwa— podnoszone przez ludzi, nie rozumiejących potrzeb lecznictwa na wyższym poziomie.

Lekarz kasowy, który może korzystać z badań specjalnych (badanie krwi, moczu, Röntgen i t. d.), przeprowadza dla pewniejszej djagnozy, w bardziej skomplikowanych wypadkach powyższe badania, co często wywołuje narzekania na rzekomo niepotrzebną przewlekłość.

Podobnie w wypadkach, które nadają się do leczenia przez specjalistę, odsyła się chorego do jednego, czasem nawet do więcej specjalistów, co nieświadomym rzeczy chorym wydaje się odsyłaniem „od Annasza do Kaifasza".

Naturalnie, że tego rodzaju zarzuty są zupełnie nieuzasadnione i skierowane są właśnie przeciw temu, co stanowi o wyższości lecznictwa kasowego nad prywatnem.

---

*) Już po napisaniu tego artykułu otrzymałem legitymację Kasy Chorych Łodzi, która zawiera bloki o mniej więcej podobnych rubrykach, które ma wypełnić pracodawca przed zgłoszeniem się chorego w biurze Kasy.

Legitymacja taka mogłaby posłużyć do zrealizowania wyżej podanego projektu. Jeżeli jednak ma ona stworzyć jedynie nowy etap kontrolny — przed otrzymaniem pomocy lekarskiej— będzie to jedynie dalszem zwiększeniem niepotrzebnych czynności biurokratycznych.

Dla uniknięcia nadmiaru chorych u niektórych lekarzy, należałoby:

1) zaostrzyć względnie wprowadzić system rejonowy,

2) zwiększyć liczbę lekarzy.

Dany okręg terytorjalny Kasy podzielony jest między lekarzy, którzy stale rejony obsługują. Przy wprowadzeniu ogólnej zasady, że chory otrzymuje w miejscu pracy kartkę do lekarza, należałoby pracodawcom dać wykaz lekarzy, zawierające wskazówki, do którego lekarza należy skierować chorego. Ponieważ zaś podział na rejony lekarskie może być uskuteczniany i zmieniany na podstawie dłuższego doświadczenia, by mniej więcej ta sama ilość chorych przypadała na lekarza — uniknęłoby się natłoku u jednych lekarzy, a zbyt małej ilości pacjentów u drugich.

Przytem możnaby utrzymać wolny wybór lekarzy w ten sposób, że, na podstawie zgłoszenia się chorego w biurze, przydzielonoby go do lekarza nierejonowego, którego konsultacji sobie życzy. System ten, w lwowskiej Kasie praktykowany, wykazuje, że t. zw. „wizyt na żądanie" niema zbyt wiele, tak że nie niweczą one normalnego stosunku wizyt u poszczególnych lekarzy.

Naturalnie, że najbardziej skutecznym systemem walki ze zbyt wielką ilością chorych, przypadających na jednego lekarza — jest zwiększenie liczby lekarzy. Środek ten znajduje swoje granice w finansowych możliwościach Kasy, zdaniem jednak naszem, Kasy powinny w tej dziedzinie, nawet z umniejszeniem innych rubryk swego budżetu — uczynić maximum wysiłków.

Dr. med. BRUNON NOWAKOWSKI.

KASY CHORYCH A OCHRONA ZDROWIA WARSTW PRACUJĄCYCH.

Kasy Chorych, jako instytucje ubezpieczenia warstw pracujących na wypadek choroby, i higjena pracy, która ma za zadanie ochronę zdrowia tychże warstw, mając wspólny teren pracy, winny uzgodnić wzajemnie swoją pracę. Jednakże znalezienie najodpowiedniejszych form współżycia nie jest bynajmniej rzeczą łatwą. Albowiem te dwa kierunki, obok spraw wspólnych, mają swoje odrębności, a przedewszystkiem mają odmienny punkt widzenia właśnie na sprawy wspólne. Z tych odrębności i wspólności należy zdać sobie sprawę dokładnie.

Higjena pracy ma więc do zbadania normalne reakcje maszyny ludzkiej na bodziec pracy i warunki pracy, tak zwaną fizjologję pracy, która zupełnie nie interesuje organizację, mającą jako zadanie ustawowe leczenie chorych. Prócz tego zajmuje się ona od dawna zwalczaniem chorobowości i umieralności zawodowej, i tutaj spotyka się z działalnością Kas Chorych, przyczem jej punkt widzenia jest zapobiegawczy i społeczny, chodzi w zasadzie nie o chorobę, a o chorobowość.

Ubezpieczenie na wypadek choroby jest częścią szerzej pomyślanej reformy społecznej, obejmującej wszelkie przyczyny braku lub niezdolności do pracy. Choroba, zjawisko biologiczno - społeczne, stoi tu na równi z bezrobociem, zjawiskiem gospodarczo - społecznem. Kasy Chorych zajmują się wobec tego leczeniem chorób wśród warstw pracujących niezależnie od tego, czy przyczyną jest rodzaj i warunki pracy, czy też czynniki, od pracy niezależne, jak złe warunki mieszkaniowe, odżywianie, zakażenie i t. d. W myśl zasady, że jednostką społecznie produkcyjną jest rodzina, słusznie opiekują się również członkami rodzin. Ich punkt widzenia jest zapobiegawczy i społeczny, ale tylko w stosunku do zjawiska społecznego niedostatku i nędzy. W stosunku do przyczyny biologicznej tego zjawiska, choroby i śmierci, zajmują w zasadzie stanowisko wyczekujące, leczą już chorego, kiedy się zechce zgłosić sam po poradę.

Jak widać z tego, teren wspólnej pracy, patologja pracy, traktowany jest istotnie różnie. Ale zgóry widocznem jest, że higjena pracy działa na korzyść ubezpieczenia na wypadek choroby, w miarę jej sukcesu zmniejszają się ciężary Kas Chorych. Chciałbym jednakże rozpatrzyć, na ile odwrotnie Kasy Chorych mogłyby i winnyby działać na rzecz higjeny pracy, albo lepiej, na rzecz ochrony zdrowia warstw pracujących.

Jakiej organizacji potrzebuje higjena pracy celem skutecznego zwalczania chorobowości i umieralności zawodowej? Odpowiedź nietylko teoretycznie uzasadniona, ale poparta doświadczeniem praktycznem brzmi: *ośrodki zdrowia przy warsztacie pracy.* Każdy zawód, nawet każdy poszczególny warsztat przedstawia pod względem szkodliwości zawodowych zagadnienie indywidualne. Badać i rozpoznać daną chorobę zawodową, czy jest mowa o specyficznych chorobach zawodowych, wyłącznie występujących przy pracy, czy też w szerszem tego słowa znaczeniu, kiedy myślimy o chorobach, spotykanych również poza przemysłem, w którym czynnik zawodowy odgrywa rolę wyzwalającą, zawsze wiadome być muszą warunki i rodzaj pracy. Pozatem chodzi nietylko o rozpoznanie danego uszkodzenia ustroju, ale o wykrycie danej szkodliwości, którą należy poznać, by móc ją usunąć. To zadanie może spełnić tylko lekarz organicznie związany z warsztatem pracy. Musi on znać rodzaj produkcji i warunki pracy, a przedewszystkiem musi mieć osobisty stosunek do pracujących w danym warsztacie. Wiemy już dzisiaj dokładnie, że w chorobach zakaźnych nietylko zarazek odgrywa rolę, należy uwzględnić również i odporność ustroju i zachowanie się danego osobnika. Najzupełniej tak samo stoi sprawa z chorobami zawodowemi, tutaj również poza czynnikami mechanicznemi i fizykalnemi oraz chemicznemi, przedewszystkiem od czynnika ludzkiego zależy, jaki będzie wynik. O tem dawniej zapominano. Okazało się np. że systema-

tyczny dozór lekarski nad personelem eksponowanym bywa nieraz jedynym sposobem, umożliwiającym pracę z materjałem trującym, którego zastąpić się nie dało, a wobec którego ochrona mechaniczna nie jest skuteczna.

Nie potrzeba chyba udowadniać, że osobnik już chory, albo słabszy, jest w większem niebezpieczeństwie zachorowania w ciężkich warunkach pracy, reaguje ewentualnie patologicznie nawet na niezłe warunki pracy, w których zdrowy da sobie radę doskonale. Pragnąc więc zmniejszyć straty w materjale ludzkim, oraz zwiększyć wydajność pracy, nietylko o poprawie warunków zewnętrznych pracy pomyśleć należy, ale narówni zająć się należy jakością materjału ludzkiego. Tymczasem już doświadczenie komisyj poborowych, które podczas wielkiej wojny przebadały prawie wszystkich mężczyzn dorosłych, pokazało nam, jak dalece rozpowszechnione są najrozmaitsze cierpienia wśród pozornie zdrowych. Zacytuję tutaj tylko wyrok głównej komisji poborowej angielskiej wydany na mężczyzn tego kraju, o którego tężyźnie fizycznej cały świat miał tak pochlebne mniemanie. Otóż na każde dziewięć osób zbadanych, tylko trzech było zdrowych i zdatnych całkowicie do służby wojskowej. Dwuch następnych miało już poważne braki fizyczne, ograniczające w znacznym stopniu ich przydatność do obrony ojczyzny. Dalszych trzech komisja określiła jako „ruiny fizyczne", zdolne do lekkiego tylko wysiłku. Ostatni, to inwalida zupełny, stojący nad grobem. Jeszcze ciekawsze są badania podjęte w Stanach Zjednoczonych A. P., a zainicjowane przez nowojorski Life Extension Institute — instytut przedłużania życia. Badania te wykonane zostały nie pod kątem widzenia doraźnych, bądź co bądź, celów poboru wojskowego, a uwzględniały ryzyko dla długowieczności danych osobników. Wykazały one, że ludzi dorosłych, fizycznie zupełnie normalnych, trzeba szukać ze świecą. Poniżej dla ilustracji podaję w tabeli wyniki badania 100 urzędników pocztowych, uważających siebie za zdrowych, tak dobranych przez instytut, by reprezentowali próbę przeciętną materjału ludzkiego danej instytucji. Obok dla porównania wynik podobnego przeglądu 985 pocztowców, wykonanego celem sprawdzenia badań instytutu przez Federalną Służbę Zdrowia.

Ocena w stopniach	Objaśnienie stopni	Na 1000 badanych przypada osób według wyniku	
		Instytutu	Fed. Sł. Zdrowia
I.	żadnych braków	0	5
II.	braki pomniejsze, wymagające obserwacji	0	12
III.	braki średnie, potrzeba porady higjenicznej i drobnych zabiegów leczniczych	50	262
IV.	braki średnie, potrzeba dozoru lekarskiego i porady higjenicznej .	260	341
V.	dalej posunięte upośledzenie fizyczne potrzeba systematycznej opieki lekarskiej	570	238
VI.	poważne braki fizyczne, potrzeba natychmiastowej pomocy lekarskiej ·	120	142

A więc na mniejwięcej 1000 osób „zdrowych" znalazło się aż pięciu, którzy w danej chwili nie potrzebowali ani porady co do właściwego sposobu życia, ani zabiegu leczniczego. U nas zapewne nie będzie lepiej, może być gorzej. Że wszystkie takie nawet drobne odchylenia od normy stanowią poważne ryzyko dla długowieczności, tego dowiodła statystyka ubezpieczeniowa, której wyliczenia służą jako podstawa do określenia wysokości premji. Ryzyko to pomnożone przez ryzyko zawodu jest właściwą przyczyną wysokiej chorobowości i umieralności warstw pracujących. Należy usunąć obydwa ryzyka. Powstaje jednak pytanie, czy można to uczynić, jak się do tego zabrać i kto winien się tem zająć?

Poradzić na to można. Dowodem tego choćby doświadczenie największej w Stanach ubezpieczalni na życie, Metropolitan Life Insurance Co. W r. 1914 umożliwiła ona grupie około 6000 swych członków skorzystanie z usług Life Extension Institute, płacąc za nich koszty badania. Następnie przeprowadziła po 5 latach kontrolę wyników. Wynik był niespodzianką: umieralność w grupie badanych, porównana z umieralnością niebadanych członków ubezpieczalni, wynosiła 76% tej drugiej. Zysk co do umieralności wyniósł więc 24%, zysk finansowy, po strąceniu kosztów badania, 200% włożonego kapitału. Nie dziw, że akcja ta rozwija się, obecnie liczba członków tej ubezpieczalni, korzystających rocznie z usług instytutu, wzrosła do 80000. Inne amerykańskie ubezpieczalnie na życie poszły w ślad, tak że obecnie około 40 towarzystw ubezpieczeniowych postarało się o tego rodzaju usługi dla swych członków.

Na czem polegają te usługi? Instytut i podobne jemu organizacje wykonują perjodycznie badanie domniemanych zdrowych. Przytem kierują się nietylko tem, co dany osobnik zauważył sam, lecz postępują według ustanowionego schematu, obejmując cały ustrój, nie pomijając najdrobniejszych odchyleń od normy, które są oceniane nie pod kątem widzenia chwilowego stanu badanego, ale jego widoków na przyszłość. Bierze się pod uwagę historję rodzinną i osobistą. Badany otrzymuje poradę co do najwłaściwszego sposobu życia, chodzi więc o naprawienie błędów higjeny osobistej. Wreszcie powiadamia go się o zauważonych brakach, wymagających zabiegów leczniczych, skierowuje go się do lekarza właściwego celem usunięcia ich, dostarczając lekarzowi wyników badań. Jak widać, jest to akcja w zasadzie analogiczna do akcji poradni dla dzieci. Nowość polega na udowodnieniu, że znane powszechnie korzyści medycyny zapobiegawczej czy społecznej dla wieku dziecięcego, dadzą się osiągnąć również dla wieku dojrzałego, produkcyjnego.

Higjena pracy nie może nie reagować na fakt, iż możliwe jest przedłużenie życia, zmniejszenie chorobowości, a temsamem podniesienie produkcyjności ludzi pracujących. Leczenie dalej posuniętych spraw chorobowych, nawet z zasiłkiem pieniężnym, nie może być lepszem, aniżeli zdrowie z zarobkiem całkowitym. Stąd powstała koncepcja ośrodków zdrowia dla ludności zarobkującej. Konieczność zaś rozpatrywania chorobowości zawodowej w ścisłym związku z rodzajem i warunkami pracy wskazuje na warsztat pracy, jako właściwe miejsce takiego ośrodka.

Powstaje pytanie najważniejsze, w jaki sposób realizować u nas ten postulat higjeny pracy. Należy tu przypomnieć, że taki ośrodek służy celom zapobiegawczym, rodzaj pracy zaś, zabiegi, należą w rzeczy samej do lecznictwa.

Mamy do czynienia z jedną z postaci medycyny zapobiegawczej, którą praktykować może tylko lekarz kliniczny, mający zrozumienie dla społecznej i zapobiegawczej strony swej pracy. Dlatego też Kasy Chorych mogłyby i powinnyby zająć się tą stroną lecznictwa, dopomagając w ten sposób higjenie pracy. Jak dotąd jednakże nie czynią tego. Wyczekują ze swoim olbrzymim aparatem djagnostyczno - leczniczym na pacjentów, uważając, że są oni kompetentni do określenia swych niedomagań i wyboru właściwego momentu leczenia, zupełnie podobnie, jak to czyni lekarz prywatny. Jednakże lekarz prywatny nie ma prawa ani możności nakłonienia „zdrowych", by go odwiedzali zawczasu, dopóki nie jest zapóźno. Poczytanoby to za reklamę i ukaranoby. Cierpi na tem propaganda wczesnego leczenia, chodzi jednak o niedopuszczenie nieczystej konkurencji wśród lekarzy. Nie grozi to Kasie Chorych, gdyż brak jej momentu zysku osobistego, jej zysk jest społecznie uzasadniony. Coprawda sam fakt uprzystępnienia dzięki ubezpieczeniu pomocy lekarskiej, umożliwił już wczesne leczenie osobom, które bez tego zdecydowałyby się na lekarza chyba w ostateczności. I to Kasy Chorych słusznie zapisują sobie na swoje dobro. Jednak jest to jak dotąd produkt uboczny ubezpieczenia na wypadek choroby, a nie celowy i świadomy kierunek pracy.

Tymczasem przyczyny, dlaczego Kasy Chorych nie wkroczyły na tę drogę, wydają mi się raczej przypadkowe. Wzorowaliśmy się na ustawach i praktyce niemieckiej, i słusznie, bo własnego doświadczenia w tej mierze nie posiadamy. Kiedy niemcy tworzyli Kasy Chorych, o medycynie zapobiegawczej niewiele jeszcze wiedziano, dlatego nie na nią nastawiono działalność Kas Chorych. Kiedy myśl o zapobieganiu chorobowości rozpowszechniła się, znalazła ona z czasem wyraz również w ustawodawstwie i praktyce ubezpieczeń społecznych. Weszła jednakże jako dodatek, nie jako zasada. Zainteresowały się nią raczej organizacje ubezpieczeń na wypadek inwalidztwa. Znany pod tym względem jest udział ubezpieczalni krajowych w zakresie walki z gruźlicą, szczególnie w rozbudowie sieci sanatoryjnej. Nasze ustawodawstwo, choć wzorowane na niemieckiem, nie kopjuje go. Wprowadziliśmy szereg ulepszeń, na które niemcy zdobyć się nie mogą dlatego jedynie, że mają swoje tradycje i nawyki, z którymi zerwać nie przychodzi łatwo ani jednostkom, ani społeczeństwu. I tak bliscy jesteśmy zcaleniu wszystkich ubezpieczeń społecznych, dlaczego nie pójść dalej i scalić lecznictwo reparacyjne z lecznictwem zapobiegawczem?

Że ewentualne przeszkody w tej mierze są raczej natury myślowej, a nie rzeczowej, wynika dla mnie z faktu, iż w całym szeregu krajów ubezpieczenie od wypadków nieszczęśliwych przy pracy przewiduje i zabiegi lecznicze i zapobiegawcze. Jakaż zaś jest różnica pomiędzy skutkami uszkodzenia gwałtownego, zwanego wypadkiem, a skutkami powolnego działania mnóstwa szkodliwości zawodowych, niezawsze uznanymi za chorobę zawodową? Różnica ta jest zewnętrzna. W pierwszym przypadku tło jest dramatyczne, działa to silnie na naszą wrażliwość, powiązanie przyczyny i skutku jest oczywiste nawet dla laika. Powolne zaś działanie tamtych szkodliwości odbywać się może nawet poniżej progu świadomości samego poszkodowanego. Rozróżnienie to jest praktyczne i dogodne dla techniki zapomogowej, ale to nie może wpłynąć na fakt, że zapobiec trzeba i jednym wypadkom i drugim. Tymczasem w praktyce w stosunku do pierwszych przewidziane są zabiegi zapobiegawcze i lecznicze, a w stosunku do drugich jedynie lecznicze. Jest to pewnego rodzaju krzywda dla tej drugiej kategorji, znacznie liczniejszej od pierwszej. Proponowane u nas scalenie tych form ubezpieczeniowych powinno pociągnąć za sobą scalenie i usług w sensie zapobiegania chorobowości, które instytucjom ubezpieczenia od wypadków nie jest obce.

Prócz tych argumentów ogólnej natury, istnieją bardziej praktyczne, przemawiające za tem, by Kasy Chorych podjęły się zorganizowania przemysłowych ośrodków zdrowia. Zdrowa zasada domaga się, by bezpośrednio zainteresowani zatroszczyli się o swe interesy, są nimi w tym przypadku oczywiście przemysłowcy, którzy tracą na zmniejszonej wydajności pracy, i robotnicy, którzy tracą swój kapitał — zdrowie. Skoro jednak strony nie dają sobie rady same, tak że ingeruje państwo, narzucając stronom przymus ubezpieczeniowy, następuje przesunięcie interesu. Oczywiście ryzyko dla stron istnieje nadal, ale ryzyko najbardziej naoczne i najbardziej zrozumiałe: finansowe, w znacznym stopniu zostało zmniejszone; co więcej, składka musi być wpłacona, choćby ryzyko chorobowe naskutek inwestycyj zdrowotnych się zmniejszyło. Dlatego też w krajach, które posiadają rozwinięty system ubezpieczeń społecznych, mało jest tej akcji zapobiegawczej, która przeważa tam, gdzie działa pierwotny interes bezpośrednio zainteresowanych, jak w Stanach Zjednoczonych A. P. Zdarza się przecież, że ktoś zabezpieczony od ognia sam podpala własny dom. Propaganda na rzecz bezpieczeństwa pożarowego leży na sercu przedewszystkiem odnośnym towarzystwom ubezpieczeniowym. W dziedzinie ubezpieczenia na wypadek choroby, czynnikiem bezpośrednio zainteresowanym finansowo jest Kasa Chorych.

Możnaby zarzucić, że dobrodziejstwo Kasy Chorych polega właśnie na tem, iż obejmuje ryzyko nietylko ośmiu godzin pracy, a dwudziestu czterech godzin dnia. Tak jest istotnie i tej zdobyczy, niezmiernie ważnej z szerszego punktu widzenia zdrowia publicznego, nie należy uronić. Należy również podkreślić, że uprzystępnienie opieki lekarskiej w każdym przypadku ma już doniosłe znaczenie dla samej produkcji. Z drugiej strony pamiętać trzeba o tem, że pieniądze na całkowitą swą działalność czerpie Kasa Chorych z tych ośmiu godzin pracy produkcyjnej. Dla Kasy produkcja jest więc tą kurą złotonośną, której należy się wobec tego opieka w interesie całokształtu działalności ubezpieczeń społecznych. Dlatego, zdaniem mojem, wydzielenie kompleksu zawodowego z masy czynników nie związanych z pracą i traktowanie go oddzielnie jest uzasadnione.

Przy innem rozwiązaniu zagadnienia tego należałoby stworzyć drugą organizację leczniczą, choć zor-

jentowaną zapobiegawczo, na tym samym terenie, na którym pracują Kasy Chorych. Oczywiście produkcja byłaby wtedy podwójnie obciążona z tego samego tytułu ryzyka chorobowego. Nietylko wydaje mi się to nierealnem, ale i sprzecznem z zasadą scalania ryzyka, której daje wyraz projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznem. Tymczasem Kasy Chorych, względnie instytucje ubezpieczenia społecznego, są chyba jedyną organizacją, która mogłaby zorganizować służbę zapobiegawczą w dziedzinie chorobowości zawodowej, bez nakładania nowych ciężarów na produkcję. Przy konstrukcji naszych opłat na rzecz ubezpieczenia na wypadek choroby zysk finansowy, którego należy się spodziewać na podstawie doświadczenia zagranicznego, pozostaje w rękach Kasy. Wysiłek finansowy Kasy w kierunku zapobiegania zamortyzuje się kasowo, czego nie można spodziewać się od inwestycyj w kierunku lecznictwa, niezbędnych oczywiście. Tą drogą dałyby się osiągnąć oszczędności, o które Kasy Chorych, dysponując pieniędzmi społecznemi, zabiegają i dzisiaj, choć na drodze może mniej właściwej redukcji etatów lekarskich i restrykcji co do środków leczniczych.

Wyliczałem dotąd prawdopodobne zyski dla Kas Chorych, wynikające z nastawienia ich działalności leczniczej na tory zapobiegania. Zyskuje na tem i druga strona. Takie zespolenie lecznictwa zapobiegawczego w zakresie medycyny przemysłowej z organizacją dotychczasową Kas Chorych zwiększyłoby jego wydajność. Całkowity wynik zapobiegania zostanie osiągnięty wtedy, gdy spostrzeżone braki fizyczne czy choroby zostaną usunięte dzięki zabiegom leczniczym. Przy systemie medycyny przemysłowej, w zasadzie czysto zapobiegawczym, jaki istnieje w Stanach Zjednoczonych, ta strona programu szwankuje nawet dość poważnie. W tych warunkach zabiegi lecznicze musi opłacić sam pracownik, który albo niema potrzebnych w tym celu pieniędzy, albo dla fałszywie pojętej oszczędności unika tego wydatku, nawet jeżeli ma środki potemu. Dlatego w dobrze zorganizowanych zakładach spotykamy tam kasy wzajemnej pomocy, które mają ułatwić pracownikom uzyskanie potrzebnej pomocy lekarskiej. Jest to, notabene, dowód niezbity doniosłości ubezpieczenia na wypadek choroby. Jeżeli mimo tych trudności umieralność w zakładach posiadających organizację lecznictwa zapobiegawczego udało się doprowadzić w Ameryce do 4%, zamiast 8% w zakładach, gdzie jej niema, to w ramach Kasy Chorych wyniki powinny być jeszcze lepsze. Chęć odbicia sobie wpłaconych składek podziała właśnie w kierunku poddania się niezbędnym zabiegom leczniczym.

Jak należałoby sobie przedstawić organizację medycyny zapobiegawczej przy warsztacie pracy? W osobnych przychodniach fabrycznych, obsługujących bądź jeden duży zakład przemysłowy, bądź kilka mniejszych, położonych w pobliżu, lekarze odpowiednio dobrani, mieliby następujące zadania: przedewszystkiem pierwszą pomoc chirurgiczną i lekarską. Leczyliby te sprawy, które nie wymagają porzucenia pracy, a tych jest najwięcej. Odciążyłoby to w znacznym stopniu rejonowe centra lecznicze Kasy Chorych, skracając długość ogonków wyczekujących na kolejkę. Pozatem umożliwiłoby to korzystanie z pomocy lekarskiej tym członkom, którzy nie chcą się zdecydować na przerwanie pracy i utratę zarobku dla lżejszych cierpień, które z punktu widzenia zapobiegania stanowią właśnie najwdzięczniejsze pole pracy lekarza - klinicysty.

Drugiem zadaniem tych przychodni byłoby obserwowanie rekonwalescentów po poważniejszych chorobach czy uszkodzeniach. Możnaby ich wtedy wcześniej odesłać do pracy, mając pewność, iż czuwa nad nimi lekarz miejscowy. Doświadczenie chirurgów wojskowych podczas wielkiej wojny, jak również doświadczenie lekarzy przemysłowych amerykańskich zgodnie potwierdza fakt, iż rehabilitacja zawodowa przy pracy postępuje wcześniej i kompletniej, aniżeli w domu lub szpitalu. Zmniejsza się również liczba spraw nerwowych na tle walki o rentę, na którą skarżą się szczególnie niemcy. Taki systematyczny dozór podczas pracy pozwala najlepiej określić stopień obniżenia zdolności do pracy i zarobkowania poszkodowanych, mą więc szczególne znaczenie dla ubezpieczenia inwalidzkiego.

Szczególnie ważny jest on przy chorobach przewlekłych, zjawiających się w wieku dojrzałym, które narazie nie zmuszają do przerwania pracy, choć poważnie mogą obniżyć wydajność pracy, przedewszystkiem zaś stanowią poważne ryzyko dla danego osobnika, zawodowe i życiowe. Opieka lekarska przy pracy pozwoliłaby takim osobnikom na bliższy, ciągły kontakt z lekarzem, którego rady, szczególnie, że zna warunki pracy, mogą być bardziej celowe i skuteczne, aniżeli rady lekarza centralnego ambulatorjum. Taki dozór zmniejsza poważnie ryzyko chorobowe i może przedłużyć okres produktywności tej kategorji osób, a do niej należą najcenniejsze siły produkcyjne zakładu: rzemieślnicy, majstrzy, wogóle personel kwalifikowany, którego wartość wzrasta w miarę dłuższej praktyki. Dozór taki, w postaci perjodycznego badania, ma również poważne znaczenie dla zdrowych, narażonych na zetknięcie się z określoną szkodliwością zawodową, jak np. z truciznami. Należy bowiem na podstawie doświadczenia określić wrażliwość osobniczą, a pod tym względem bywają duże wahania. Należy starać się o wykrycie pierwszych objawów zatrucia, kiedy leczenie jest najskuteczniejsze i najtańsze, a nieraz wystarczy chwilowa zmiana zajęcia. Celem wykrycia wczesnych objawów w całym szeregu zatruć przemysłowych, potrzebna jest pomoc laboratorjum, połączenie organizacyjne z Kasą Chorych pozwoliłby wyzyskać laboratorjum centralne dla celów zapobiegawczych.

Bardzo ważnem i cennem zadaniem takiej przychodni byłoby prowadzenie dokładnej statystyki chorobowości i umieralności według zawodów i warsztatów pracy. Na wynikach takiej statystyki należałoby oprzeć progresję składek ubezpieczeniowych.

Podobnie jak statystyka chorób zakaźnych, stałaby się ona najważniejszem oparciem dla zarządzeń zapobiegawczych w kierunku zmniejszenia również ryzyka mechanicznego pracy. Wogóle byłaby to placówka pod niejednym względem jedyna dla pogłębienia naszych wiadomości o chorobowości i umieralności zawodowej. Wymieniłem dotąd czynności, które, tak mi się wydaje, nie wymagają żadnej zmiany w ustawodawstwie obecnie obowiązującem. Przy liberalnej interpretacji pojęcia choroby, stanowiącej wypadek ubezpieczeniowy, możnaby przeprowadzić perjodyczne ba-

danie całej załogi pracowniczej danego warsztatu pracy, wychodząc z założenia, iż niema w społeczeństwach cywilizowanych, szczególnie w wieku produkcyjnym, nikogo, który nie potrzebowałby porady lekarza, choć nie potrzebuje ewentualnie leków. Przypominam w tem miejscu badania wykonane przez Life Extension Institute. Należałoby oczekiwać podobnych rezultatów dla zdrowia pracowników, dla produkcyjności przedsiębiorstwa, w pieniądzach zaś dla Kas Chorych, o jakich donosi Mentropolitan Life Insurance Co. powyżej przezemnie cytowana. Efekt takiej pracy byłby tem większy, że możliwy jest w przychodni fabrycznej osobisty długotrwały kontakt lekarza z pracownikiem. Lekarz taki wie, co to znaczy warsztat pracy i posiada, radząc, zupełnie inny autorytet, — o ile chodzi o zapobieganie działaniu szkodliwości zawodowych albo o zmianę zachowania się pracownika przy pracy, — aniżeli lekarz centrali, który o środowisku pracy swych pacjentów może nie wiedzieć niczego, i dlatego zamiast trafną poradą częstuje ich często jakimś niewinnym środkiem leczniczym, ut aliquid fiat videretur. Przychodnia fabryczna odgrywałaby w stosunku do ambulatorjów rejonowych rolę lekarzy oddziałowych i pierwszych punktów opatrunkowych podczas bitwy w stosunku do szpitali polowych i etapowych. Oznaczałoby to racjonalizację obecnej pracy lekarskiej, szczególnie w zakresie spraw drobnych, z którymi dzisiaj lekarze Kasy Chorych nie bardzo wiedzą, co począć. Mówimy o armji pracy, analogja z wojną i z wojskiem sięga głębiej, aniżeliby się wydawało. Czyż byłby do pomyślenia wódz, który zadowoliłby się pod względem samego choćby lecznictwa, posiadaniem daleko za frontem położonych szpitali? Tymczasem armja pracy, tocząca bezustannie walkę z przyrodą o produkt, z którego utrzymuje się całe społeczeństwo, tak właśnie ma zorganizowaną pomoc lekarską.

Podział pracy pomiędzy organizacją leczniczą warstw pracujących a organizacją higjeny polegałby wtedy na tem, że pierwsza, prócz zadań obecnie spełnianych, starałaby się o zmniejszenie ryzyka chorobowego zawodowego, ukrytego w czynniku ludzkim produkcji, druga zaś zajęłaby się walką z ryzykiem mechanicznem, fizycznem i chemicznem produkcji. Lekarz przychodni fabrycznej byłby pomostem pomiędzy jedną organizacją a drugą. Bez takiego lekarza najważniejszy teren, że się tak wyrażę, pobojowisko pracy, pozostałoby bez dozoru lekarskiego. Ani dotychczasowa działalność Kas Chorych nie spełnia tych funkcyj, o które chodzi, ani nie zdoła tego uczynić inspektor pracy, choćby był lekarzem, a nietylko technikiem, bo jako czynnik terytorjalny nie posiadałby tego bezpośredniego codziennego kontaktu ani z procesem produkcji, ani z pracownikami, który jest niezbędny do sukcesu.

Oczywiście stworzenie typu i stanowiska lekarza przemysłowego nie załatwi wszystkiego. Ale w kombinacji takiej: lekarze przemysłowi, mający za sobą centra lecznicze Kasy Chorych, w współpracy i porozumieniu z inspektorami pracy oraz lekarzami sanitarnymi miejskimi czy powiatowymi, przy pomocy sztabu specjalistów higjeny pracy, umieszczonych przy wyższych instancjach władz administracyjnych, zdołaliby zdziałać bardzo dużo dla ochrony zdrowia podczas pracy. Do pełnego sukcesu jednakże potrzeba jeszcze inicjatywy własnej przemysłu, tak pracowników jak pracodawców. Pod tym względem higjena przemysłowa nie różni się zupełnie od higjeny publicznej. Minęły te czasy, kiedy policja sanitarna: wydawanie przepisów, kontrolowanie ich wykonania i kary na winnych, stanowiły kwintesencję działalności dla podniesienia zdrowotności. Na tak psychicznie uproszczony system mogli sobie pozwolić ewentualnie niemcy, z ich przedwojennym ideałem posłuszeństwa dla władzy. Dziś jednak, jak zresztą uprzednio już wielkie demokracje zachodu, i niemcy kładą coraz większy nacisk na propagandę zdrowia. A to oznacza uznanie konieczności inicjatywy własnej zainteresowanych w sprawie swego zdrowia i zdrowia publicznego. Ostatecznie sam przemysł powinien uzdrowić produkcję. Wspomniałem jednakże o fakcie, że czyni on to w coraz szerszym zakresie tam tylko, gdzie ustawodawstwo społeczne jest mało rozbudowane. Przyczyny tego stanu upatruję w technice składkowej na rzecz ubezpieczenia. Jednolita składka dla wszystkich zawodów i wszystkich warsztatów paraliżuje inicjatywę prywatną, gdyż ewentualne inwestycje nie mają wpływu na wysokość składki. Progresja składki, o ile opiera się na grupach zawodowych, również da mało, dla wyzyskania progresji lub degresji w całej pełni celem pobudzenia inicjatywy własnej powinno się dopuścić indywidualizację poszczególnego zakładu. Zapoczątkowują jakąś akcję tego typu nie grupy, lecz wyłącznie poszczególne jednostki, a dopiero później przykład, naśladownictwo, wyniki osiągnięte pociągają ociągającą się większość. W umiejętnem stosowaniu progresji lub degresji przy przymusie ubezpieczeniowym tkwi klucz do pozyskania współpracy i pobudzenia inicjatywy własnej przemysłu dla wielkiego dzieła ochrony sił produkcyjnych narodu. Dokonać tego dzieła może jedynie kooperacja wszystkich czynników, a tak, jak się stosunki ułożyły w Polsce, Kasy Chorych nietylko należą do czynników najbardziej zainteresowanych, ale mają możność zrobienia pierwszego kroku w tym kierunku. Posiadane przez największe nasze Kasy Chorych ambulatorja fabryczne nadają się do zapoczątkowania tej akcji, jako teren zebrania własnego doświadczenia w tej materji.

Reklamacje

z powodu nieregularnego dostarczania

„Przeglądu Ubezp. Społecznych"

nadsyłać należy

do Administracji pisma naszego

Warszawa, **LWOWSKA 13.**

DR. JÓZEF SCHREIBER.

EGOIZM ZAWODOWY CZY INTERES OGÓLNY?

Sprawa wzajemnego stosunku lekarzy i Kas Chorych była i jest jeszcze jedną z najbardziej piekących kwestyj, wymagających rychłego i możliwie zgodnego załatwienia. Konieczność ta jest tem większa, ile że stan obecny oddawna już przekroczył ramy chronicznego konfliktu między Zarządami poszczególnych Kas z jednej, a przedstawicielami danego zawodu z drugiej strony, a stał się w całem tego słowa znaczeniu ogólną kwestją społeczną, przynoszącą szkodę całemu społeczeństwu. Usiłowania dotychczasowe, zmierzające do wzajemnego uzgodnienia poglądów, rozbijały się z jednej strony z powodu częstokroć wybitnego konserwatyzmu i szowinizmu stanowego, z drugiej zaś napotykały na niezrozumienie choćby najsłuszniejszych postulatów o znaczeniu ogólno-społecznem i na krzywdzącą podejrzliwość o kierowanie się li tylko względami na interes materjalny.

Tłem zatargu jest znaczny rozwój ubezpieczenia społecznego w czasach powojennych i pozornie w ślad za tem idące obniżenie prestigu zawodowego, poziomu naukowego oraz stopy życiowej lekarzy.

Fakt, iż znaczenie i stanowisko społeczne lekarzy, ich wpływ na społeczeństwo i stosunek do nich zarówno władz i ogółu jak i poszczególnych jednostek w ostatniem dziesięcioleciu uległy znacznej zmianie w kierunku ujemnym, nie jest chyba dziś dla nikogo tajemnicą. Na łamach prasy zawodowej toczy się od kilku lat ożywiona dyskusja, mająca na celu wyświetlenie przyczyn tego stanu oraz znalezienie środków zaradczych. Winni są tu w znacznej mierze sami lekarze bądź dlatego, iż nie liczą się dostatecznie z obecną strukturą społeczną i jej konsekwencjami, bądź też z powodu obniżenia się poziomu etyki i wiedzy lekarskiej w dobie powojennej, z drugiej zaś strony, może w jeszcze większej mierze, brak u ogółu społeczeństwa a szczególnie u jego czynników kierujących i odpowiedzialnych zrozumienia dla posłannictwa i zadań zawodu lekarskiego, w szczególności zaś dla sposobów i dróg wiodących do ich spełnienia.

I tu chciałbym zwrócić uwagę na okoliczność, która, zdaniem mojem, stanie się kiedyś wspólną wytyczną przy uregulowaniu wzajemnych stosunków. Sam fakt zmniejszenia się autorytetu jakiegoś zawodu, choćby najbardziej szczytnego, nie byłby może w czasach ogólnego przewrotu i rewizji dawnych pojęć i wierzeń większą tragedją, nie dającą się przeboleć. Nie należy jednak sądzić, iż tylko względy natury czysto osobistej lub, co gorzej, czysto materjalnej skłaniają od szeregu lat poważnych i zasłużonych przedstawicieli zawodu lekarskiego do zajmowania się tą sprawą. Czynniki kierujące i budujące gmach nowego społeczeńswa muszą zrozumieć, iż prestige zawodu lekarskiego jest ściśle związany z rolą społeczną tego zawodu, i że każde obniżenie autorytetu moralnego lekarzy zemścić się w końcu musi na samem społeczeństwie. Nie wolno im zapominać, iż szczególnie w naszem społeczeństwie, bądź co bądź stojącem na niższym stopniu uświadomienia i rozwoju kulturalnego niż społeczeństwa zachodnie, pogrążonem częstokroć w średniowiecznej ciemnocie i zabobonach, autorytet moralny lekarza jest może najsilniejszym orężem w walce z chorobami, i że czynnik psychiczny jest dotychczas najwalniejszą bronią lekarzy w ich posłannictwie społecznem.

Jedną z przyczyn upadku autorytetu zawodowego jest, jak już wyżej wspomniałem, obniżenie się ogólnego poziomu wiedzy lekarskiej. I na to zjawisko złożyło się wiele powodów. Nie tu miejsce do analizowania przyczyn „płytkości powojennej" faktem jednak jest, iż nie pozostała ona bez wpływu na wykształcenie zawodowe lekarzy. Szybkie tempo życia obecnego, chęć wyżycia się, hyperprodukcja zawodowa i walka o byt, oto główne przyczyny tego zjawiska. W miejsce lekarzy starszych, z których każdy prawie, czy to specjalista wielkomiejski, czy też praktyk prowincjonalny, mógł się wykazać kilkuletnią pracą szpitalną, widać obecnie coraz częściej lekarzy „z mokrymi dyplomami", którzy kilkuletnie doświadczenie szpitalne czy kliniczne starają się zastąpić szumną reklamą, koneksjami, frazesami, a w najlepszym razie książkową erudycją. Dawniej lekarze tacy należeli do wyjątków, albowiem zdobycie klijenteli, a z nią dobrobytu zależało w głównej mierze od walorów czysto fachowych; obecnie zaś stosunki zgoła się zmieniły. Wolna konkurencja ustąpiła miejsca ubieganiu się o posady, praktyka prywatna zmalała skutkiem rozwoju rozmaitych form ubezpieczeń społecznych na wypadek choroby. Fakt, iż przy obsadzaniu posad lekarzy rządowych lub urzędowych, lekarzy kasowych lub instytucji samorządowych decydują z reguły względy nie mające nic wspólnego z kwalifikacjami zawodowemi kandydata, jest ogólnie znany i niestety tolerowany. Lekarz powiatowy lub lekarz kasowy, nie mogący się wykazać nawet podstawową dwuletnią praktyką szpitalną, a mający często w swej pieczy zdrowie setek i tysięcy obywateli, nie należy do wyjątków, lecz zaczyna być regułą. Prawo podaży i popytu i tu znalazło swoje zastosowanie z tą tylko różnicą, iż w danym wypadku, bez względu na nasilenie i stosunek podaży do popytu, prawie zawsze decyduje o „kupnie" taniość „towaru" bez oglądania się na jego jakość.

Względy te decydują niestety szczególnie przy obsadzaniu posad lekarzy kasowych, co wszakże świadczy to raczej o krótkowzroczności i braku zrozumienia dla wymogów racjonalnego lecznictwa, aniżeli o złej woli lub specjalnej niechęci do lekarzy o lepszych kwalifikacjach. To też nic dziwnego, iż lekarz młody, stojąc przed alternatywą odbycia kilkuletniej bezpłatnej praktyki szpitalnej dla nabrania koniecznego doświadczenia zawodowego, a wykonywanej częstokroć „o głodzie i chłodzie", lub też otrzymania natychmiast niezgorszej posadki w Kasie Chorych a z nią widoków na dość znośną wegetację, idzie z reguły po linji mniejszego oporu, powiększając szeregi miernot i tak zwanych lekarzy drugiej klasy. Nie wspominam naturalnie o całym legjonie młodych lekarzy „wojennych", którzy opuścili kadry wojskowe

bardzo często jako ludzie żonaci i obarczeni rodziną, a tem samem zmuszeni byli chwytać się czegobądź, byle tylko na chleb codzienny zarobić.

Mimo wyliczonych wyżej, jak widać, dość licznych „bolączek zawodowych", mimo jeszcze liczniejszych nie wyliczonych i niestety dotąd jeszcze nie wyleczonych przywar zawodowych, (brak solidarności, bardzo często brak rozumnego umiaru w żądaniach i w. in.) mam uzasadnione podstawy do przypuszczenia, iż nie one stanowią główną przyczynę braku uregulowanych stosunków między lekarzami a Kasami Chorych, lecz raczej ich główna i może najsilniej odczuwana konsekwencja: zmniejszenie dobrobytu materjalnego i obniżenie stopy życiowej lekarzy. Przyczyny tego zjawiska naogół znamy, muszę jednak tu zwrócić uwagę, iż w rozpatrywanem zagadnieniu przyczyna staje się bardzo często skutkiem i vice versa (np. upadek dobrobytu lekarza jest jednem z następstw upadku znaczenia zawodowego, jednakowoż ze zmniejszeniem się dobrobytu następuje, przynajmniej w obecnej strukturze społecznej, dalszy upadek znaczenia) tak, iż tworzy się błędne koło, co jeszcze bardziej utrudnia ostateczne rozwiązanie kwestji. Punktem zaczepienia w owym kole, tem cięciem aleksandryjskiem, rozwiązującem splot poruszonych zagadnień, jest, zdaniem mojem, należyte wyświetlenie roli, którą strona materjalna w całej tej sprawie odgrywa i usunięcie wytworzonych nieporozumień.

Od szeregu lat toczy się na łamach prasy zawodowej ożywiona dyskusja nad formą i ustrojem Kas Chorych, brakami lecznictwa i administracji, niedomaganiami świadczeń i powodami niezadowolenia ubezpieczonych. Każdy przejaw życia kasowego przechodzi przez ogień krytyki i analizę swej celowości. I nikt z lekarzy temu się nie dziwi. Wszak Kasy Chorych są instytucjami, których zadaniem jest w pierwszym rzędzie udzielanie dostatecznej pomocy ubezpieczonym w wypadku choroby oraz zapobieganie chorobom, wszystkie zaś czynności Kas stoją bodaj w pośrednim związku z lecznictwem. Inna rzecz pytanie, czy zarzuty stawiane Kasom przez lekarzy zawsze są słuszne i czy wszystkie żądania możliwe są do przeprowadzenia bez szkody dla całokształtu ubezpieczenia. Zdaniem mojem nie wszystkie postulaty i zarzuty lekarzy są bezsprzecznie i dostatecznie uzasadnione, w każdym zaś razie wiele jest takich, które w dzisiejszych warunkach niemożliwe są do przeprowadzenia i naprawienia. Lecz jednego zarzutu nie mogę oszczędzić obecnym budowniczym gmachu ubezpieczeń społecznych: wszystkie postulaty lekarzy bez względu na ich treść i cele sprowadzane są stale do wspólnego mianownika interesu materjalnego. Mogą lekarze wysuwać żądania pierwszorzędnej doniosłości dla samych Kas lub dla niezliczonej już dziś rzeszy ubezpieczonych, zawsze prawie spotykają się z zarzutem, iż troska o dobro społeczne jest dla nich maską, pod którą ukrywa się li tylko interes osobisty lub zawodowy. Tu leży źródło wzajemnej nieufności i nieporozumienia, którego winę ponoszą obie strony w równej mierze. Lekarze dlatego, iż postulaty swe nie zawsze tak formułują i motywują, jak tego obecnie interes społeczny wymaga, stronnictwa społeczne i ich przywódcy dlatego, iż nie są na tyle objektywni i wolni od uprzedzeń, by w postulatach lekarzy odróżnić zdrowe ziarno uzasadnionej krytyki od plewy egoizmu kastowego i osobistego interesu. Ten brak objektywizmu wobec żądań lekarzy cechuje nietylko stronnictwa postępowe, będące dziś sternikami nawy ubezpieczeń społecznych, lecz i partje klerykalno - zachowawcze, które ogólnie pomawiane są o wpływ na zrzeszenia lekarskie i ich „antispołeczne tendencje" (vide „Lekarz polski" Nr. 7 z 1.VII.1926 str. 20, Nowelizacja ustawy o Kasach Chorych w projekcie Chrześcijańskiej Demokracji). Jedynem wyjściem z tej szkodliwej dla obu stron sytuacji jest usunięcie źródła wzajemnych nieporozumień, odebranie mu ostrza i pozorów interesu osobistego i zgodne rozpatrywanie wzajemnych postulatów sine ira et studio.

Walka, która się toczy od szeregu lat i prowadzona jest przez obie strony z równą zaciętością, nie zdołała jednak przeszkodzić wytworzeniu się pewnej formy współżycia między lekarzami, a Kasami Chorych. Forma tej symbiozy, jej trwałość i ścisłość regulowane są dziś interesem obopólnym, ten zaś zależny jest w poszczególnej miejscowości od stosunków lokalnych i zapatrywań poszczególnych zarządów. Nigdzie jednak nie widać jeszcze wzajemnej serdeczności, tak potrzebnej do zgodnej współpracy dla wspólnego celu. Zapatrywania obu stron były do niedawna zbyt rozbieżne i krańcowe, by można było marzyć o ich uzgodnieniu. A jednak nie brak, szczególnie w ostatnich czasach oznak, świadczących o pewnem otrzeźwieniu. W prasie lekarskiej, nawet w organie Związku Lekarzy P. P. zaczynają się pojawiać artykuły dowodzące znacznej zmiany w sposobie myślenia lekarzy (zobacz Nowiny społeczno-lekarskie, rocznik I zeszyt 5 z 1.VI.1927, str. 130 i dalsze, art. Doc. D-ra Janiszewskiego p. t. „Co znaczy czuć i myśleć społecznie). Projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznem M. P. i O. S. uwzględnia również niektóre postulaty lekarzy. Nie przeczę, iż zarówno jedno jak i drugie zjawisko nie zmieniają stanu faktycznego i nie zadawalają jeszcze nikogo z kontrahentów. Świadczą one jednak, iż obie strony mają już dość sporów i zaczynają rozumieć, iż cierpi na nich interes ogólny. Mam wrażenie, iż główną przeszkodą porozumienia jest wzajemna nieufność i brak wiary w szczerość i czystość intencyj, szczególnie zaś brak wspólnego forum dla ich usunięcia i uzgodnienia poglądów. Zadaniem naszem, zadaniem lekarzy kasowych jest wyjaśnić istniejące nieporozumienia, wykazać braki obustronne i wyrównać dzielące różnice poglądów. Zdaję sobie dokładnie sprawę z trudności i niewdzięczności tego nowego obowiązku; do niewdzięczności jednak jesteśmy wszak już przyzwyczajeni, trudności zaś musimy zwalczyć. Lekarze kasowi, ten twór obecnej symbiozy między lekarzami, a Kasami Chorych, obznajomieni wszechstronnie z tem wszystkiem, co obie strony dzieli i co je łączyć powinno, winni stać się pionierami obopólnej zgody i porozumienia. Ogólno-państwowy zjazd lekarzy kasowych, zrzeszenie się w jeden związek z własnym organem zawodowym, oto pierwsze kroki wiodące do wytkniętego celu. Lekarze muszą zrozumieć, iż wartkiego prądu dzisiejszego życia społecznego cofnąć nie zdołają, zaś zarządom Kas i ich członkom musimy wytłumaczyć i udowodnić, iż bez dobrych lekarzy niema dobrego lecznictwa.

NADZÓR PAŃSTWOWY NAD INSTYTUCJAMI UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

(Dokończenie).

B. UBEZPIECZENIE OD WYPADKÓW.

W myśl ustawy austrjackiej z dnia 25 grudnia 1887 r. (Dz. Ust. P. Nr. 1 z r. 1888) w brzmieniu ustalonem ustawą z dnia 7 lipca 1921 r. (Dz. Ust. R. P. Nr. 65, poz. 413) sprawę nadzoru państwowego normuje przepis § 48, który opiewa: „Nadzór państwowy nad Zakładami ubezpieczenia, urządzonemi w myśl niniejszej ustawy, sprawuje władza administracyjna II instancji, w której okręgu administracyjnym znajduje się siedziba odnośnego Zakładu ubezpieczenia i Minister Pracy i Opieki Społecznej".

Drugie zdanie tego paragrafu stanowi: „Minister Pracy i Opieki Społecznej jest także powołanym do udzielania przyzwolenia państwowego w tych przypadkach, w których potrzeba go według niniejszej ustawy".

Zdanie pierwsze tego paragrafu postanawia wyłącznie o nadzorze państwowym, który ma być wykonywany pod względem formalnym przez władzę administracyjną II instancji i Ministra Pracy i Opieki Społecznej, natomiast nie zawiera przepisów o zakresie działania władzy administracyjnej II instancji, jakoteż o zakresie działania Ministra Pracy w zakresie nadzoru. Wobec tego przepis powyższy jest przepisem ramowym; nie można bowiem przypuścić, by zdanie drugie stanowiło przepisy materjalne o władzy nadzorczej, gdyż zdanie to przedewszystkiem odnosi się do uprawnień Ministra, a nie do władz nadzorczych w ogólności, a dalej powyższe brzmienie tego zdania wskazuje, że uprawnienia Ministra nie są uprawnieniami nadzorczemi, lecz noszą specyficzny charakter: „udzielanie przyzwoleń w wypadkach, gdy ustawa wyraźnie takiego przyzwolenia wymaga", to jest w sprawach, w których objawienie woli Ministra stwarza ważność aktu prawnego. Są to więc działania Ministra o charakterze konstytutywnym. Gdyby leżało w intencjach ustawodawcy nierozróżnianie tych dwóch czynności, lecz gdyby ustawodawca uważał je za czynności nadzorcze, nie byłby ich wyraźnie nawzajem przeciwstawiał, jak to uczynił w § 48, gdyż przeciwstawienie takie byłoby bezprzedmiotowe, a pod względem prawnym wprost niezrozumiałe.

Przepis o nadzorze państwowym jest przepisem ramowym. Praktyka względnie władza nadzorcza musi więc te przepisy ramowe uzupełnić i wypełnić, a nadto wypełnić zgodnie z duchem ustawy, zgodnie z wymogiem interesów ubezpieczonych i ubezpieczających, a więc zgodnie z interesem publicznym. Niektórzy twierdzą, że wobec brzmienia § 48 władza nadzorcza nie może nic uczynić, ani też nic przedsięwziąć, czego ustawa nie przewiduje, zapatrywanie zupełnie słuszne i zupełnie zgodne z duchem prawa, ale ci wszyscy zapominają, że właśnie ustawodawca pozostawił władzy wykonawczej — władzy nadzorczej możność inicjatywy wypełnienia przepisu ramowego materjalną treścią.

Przewidziane w zdaniu 2 § 48 uprawnienia Ministra Pracy i Opieki Społecznej, któremu ustawodawca pozostawił unormowanie tych przepisów, są uprawnieniami, których ze względów potrzeb życiowych ustawodawca nie mógł unormować w szczegółach, a twierdzenie to należy uwypuklić przytoczeniem tych uprawnień.

Zgodnie z § 3 ustawy Minister Pracy i Opieki Społecznej może:

1) wyłączyć z pod obowiązku ubezpieczenia poszczególne przedsiębiorstwa, podlegające obowiązkowi ubezpieczenia, które nie są połączone z niebezpieczeństwem wypadku dla osób w tych przedsiębiorstwach zatrudnionych;

2) Minister Pracy i Opieki Społecznej uprawniony jest również poddać pod obowiązek ubezpieczenia inne przedsiębiorstwa niż w § 1 wymienione, które połączone są z niebezpieczeństwem wypadku, zwłaszcza z niezwykłem niebezpieczeństwem pożaru.

Zarządzenia wymienione w p. 1 i 2 należy podać do wiadomości Sejmu.

3) Minister Pracy i Opieki Społecznej ma także prawo wydać w razie potrzeby przepisy o tem, które przyrządy mechaniczne należy uważać jako należące do motorów.

Upoważnienia powyższe zmierzają do rozszerzenia ustawy względnie do jej modyfikacji w kierunku poddania przedsiębiorstw obowiązkowi ubezpieczenia, których ustawodawca pod ten obowiązek nie podciąga i dlatego zarządzenia te muszą być podane do wiadomości ciał ustawodawczych.

Zgodnie z § 9 wyżej wymienionej ustawy Minister Pracy i Opieki Społecznej:

1) oznacza siedzibę Zakładu Ubezpieczenia od Wypadków,

2) może polecić Zakładowi otwarcie Oddziałów w poszczególnych okręgach administracyjnych,

3) zatwierdza urzędnika kierującego oraz technika ubezpieczeń.

Przepisy powyższe są przepisami administracyjnemi wprawdzie, jednak nie są czynnościami czysto nadzorczemi.

Zgodnie z §§ 12, 13, 15, 38, 57, 58 i 60 Minister Pracy i Opieki Społecznej:

1) zatwierdza przewodniczącego Zarządu,

2) ma prawo rozwiązać Zarząd i ustanowić delegata,

3) zatwierdza statut i zmiany statutu,

4) ustala wysokość kwoty rezerwowej,

5) jest upoważniony do podwyższenia lub zniżenia taryfy opłat,

6) oznacza w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości siedzibę Sądów Rozjemczych,

7) rozstrzyga o dopuszczeniu specjalnych zakładów do przeprowadzenia ubezpieczenia wypadkowego i

8) przyjmuje do wiadomości sprawozdania zakładu.

Wszystkie wyżej wymienione czynności dadzą się podciągnąć pod przepis § 48 ustawy, natomiast nie dadzą się podciągnąć pod przepis zdania pierwszego § 48-go.

Gdyby stanąć na stanowisku, jak pragną niektóre instytucje, że władzy nadzorczej nie przysługują inne uprawnienia w zakresie nadzoru jak tylko te, które im przyznaje ustawa, nie możnaby wogóle mówić o nadzorze państwowym, gdyż wszelka ingerencja władzy państwowej, zmierzająca do czuwania nad należytą działalnością instytucji, jakoteż nad przestrzeganiem przez instytucje przepisów ustaw i statutów w interesie publicznym byłaby wykluczona. Nasuwa się więc pytanie, w jaki sposób dadzą się pod względem prawnym uzasadnić wszelkie zarządzenia austrjackiego ministerstwa spraw wewnętrznych co do sposobu prowadzenia biurowości, przeprowadzenia ubezpieczenia wogóle, instrukcje, pouczenia i wyjaśnienia, mimo tego, że rząd austrjacki miał w składzie zarządu swoich przedstawicieli. Zwolennicy takiego stanowiska nie zaprzeczają li tylko jednemu i ostatecznemu środkowi represyjnemu, jaki przewiduje ustęp drugi § 12, a przecież chwycenie się ostatecznego środka musi nastąpić po wyczerpaniu wszelkich innych możliwych środków. Stojąc na tem stanowisku, władza nadzorcza musiałaby w każdym wypadku posługiwać się tym środkiem ostatecznym, co przecież nie leżało w zamiarach ustawodawcy, ani też nie leży w interesie publicznym.

C. UBEZPIECZENIE PENSYJNE.

(na terenie b. zaboru austrjackiego).

Nadzór państwowy w zakresie ubezpieczenia pensyjnego na terenie b. zaboru austrjackiego normuje § 98 ustawy z dn. 16 grudnia 1906 r. o ubezpieczeniu pensyjnem funkcjonarjuszy w służbie prywatnej i niektórych funkcjonarjuszy w służbie publicznej w brzmieniu ustalonem ustawą z dn. 10 czerwca 1921 r. (Dz. U. R. P.Nr. 59, poz. 370). Paragraf ten opiewa: „Tak zakład pensyjny jak i oznaczone w § 65 zakłady zastępcze podlegają nadzorowi rządowemu; nadzór ten wykonuje Minister Pracy i Opieki Społecznej.

Tenże Minister powołany jest także do udzielania zatwierdzeń rządowych, przewidzianych w tej ustawie.

Do bezpośredniego wykonywania nadzoru rządowego mogą być ustanowione osobne organa.

Minister Pracy i Opieki Społecznej ma prawo poddać gospodarkę Zakładu pensyjnego i jego biur oraz zakładów zastępczych urzędowej rewizji, stosownie do § 38 i 39 rozporządzenia ministerjalnego z dnia 5 marca 1896 r. Dz. U. P. Nr. 31) względnie przepisów, któreby w jej miejsce dla zakładów ubezpieczenia na przyszłość były wydane; nadto ma prawo rozwiązać Wydział Kierujący Zakładu Pensyjnego i poruczyć prowizorycznie sprawowanie ich czynności i zastępstwo administratorowi; jednakże Minister jest obowiązany poczynić do 8-miu tygodni po rozwiązaniu potrzebne zarządzenia w celu zwołania Walnego Zgromadzenia dla wyboru nowego Wydziału Kierującego.

Gdy chodzi o zarządzenia dotyczące zakładów zastępczych, utworzonych lub zasilanych dotacją przez przedsiębiorstwa podlegające nadzorowi rządowemu jakiejś innej władzy centralnej, należy się porozumieć z tą władzą.

Par. 38 i 39 rozporządzenia ministerjalnego z 5 marca 1896 r. stanowią: Par. 38: „Towarzystwa są zobowiązane organom władzy nadzorczej każdej chwili udzielić wszelkiej pomocy i wyjaśnień, które władza nadzorcza w wykonaniu prawa państwowego nadzoru zażąda, i dozwolić organom władzy nadzorczej w wykonaniu prawa nadzorczego wglądu do ksiąg towarzystwa, rachunków i t. p. Par. 39: „Zamknięcia rachunkowe wszelkich zakładów ubezpieczeń będą w czasie właściwym przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej poddane badaniu przez ustanowione w tym celu organa fachowe". Dalszy ciąg tego paragrafu, jako odnoszący się ściśle do towarzystw prywatnych, pomijam.

Przepisy z zakresu nadzoru w myśl ustaw obowiązujących na terenie b. zaboru pruskiego i Górnego Śląska narazie wyeliminowano ze względu na odrębny charakter tych przepisów, jakoteż ze względu na odmienny skład organów instytucji ubezpieczeń.

INGERENCJA WŁADZY PAŃSTWOWEJ W POSZCZEGÓLNYCH WYPADKACH.

Z przytoczonych dotychczas przepisów wynika, co już na wstępie podnosiłem, że nadzór państwowy w ustawodawstwie ubezpieczeniowem, powyżej omawianem, nie jest jednolicie unormowany ani pod względem formalnym, ani pod względem materjalnym. Dlatego praktyka władzy administracyjnej, sprawującej nadzór państwowy, musi działać w tym kierunku, by niedostateczne przepisy materjalne nadzoru uzupełnić i o ile możności praktycznie je jednolicie przeprowadzić.

Wychodząc z tego założenia w dalszej części niniejszego artykułu, zamierzam omówić najważniejsze zagadnienia w kwestji nadzoru.

A. ZATWIERDZENIE STATUTÓW ORAZ ICH ZMIANY.

Podstawę każdej instytucji ubezpieczeniowej stanowi statut, zatwierdzony przez władzę nadzorczą. Przy założeniu instytucji obowiązują w zasadzie statuty normalne. Statut normalny może być zmieniony przez właściwe organy instytucji ubezpieczeniowej. Władza nadzorcza z mocy swego własnego prawa statutu zmienić nie może, z wyjątkiem wypadku, gdy instytucja ubezpieczeń nie poweźmie ważnych uchwał w celu przeprowadzenia równowagi między dochodami a wydatkami. Może to mieć miejsce tylko w ubezpieczeniach, w których wysokość składek unormowa-

na jest statutem, t. j. w ubezpieczeniu chorobowem; nie może to mieć miejsca w innych rodzajach ubezpieczeń, a w szczególności w ubezpieczeniach długoterminowych, gdzie wysokość składki ustala się bądź drogą rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej, bądź też same ustawy ustalają wysokość składek na pewien, z góry określony czas, po którym na podstawie wyników techniczno - asekuracyjnych tylko drogą rozporządzenia zmienioną być może. Do prośby o zmianę statutu należy dołączyć protokuł względnie wyciąg z protokułu posiedzenia organów instytucji, na którym te zmiany uchwalono. Z protokułu musi wynikać z całą pewnością, czy właściwy organ instytucji ubezpieczeń był zdolny do powzięcia uchwał a więc ile i które osoby do głosowania uprawnione były obecne, następnie jak się ułożył stosunek głosów przy każdem pojedyńczem głosowaniu, nadto protokuł musi stwierdzić, czy posiedzenie organów było zwołane z zachowaniem przepisów statutu. Jeżeli zamierzona zmiana dotyczy podwyższenia lub zmniejszenia opłat lub podwyższenia świadczeń (w ubezpieczeniu na wypadek choroby), to oprócz protokułu winno być też dołączone zamknięcie rachunkowe Kasy. Władza nadzorcza może odmówić zatwierdzenia zmian statutu, o ile statut sprzeciwia się postanowieniom ustaw, bądź też o ile przy uchwaleniu zmian statutu nie dochowano przepisanych formalności, t. j. nienależycie zwołano posiedzenie, ilość głosów była niedostateczna. Władza nadzorcza może ewentualnie celem usunięcia nieformalności samych, lub usunięcia sprzeczności z przepisami prawnemi zalecić odpowiednie modyfikacje. Zalecając modyfikacje, może równocześnie władza nadzorcza polecić zwołanie właściwego organu na posiedzenie nadzwyczajne, przyczem jednak termin zwołania organów, przewidziany w ustawie lub statucie musi być dochowany. Innych zmian statutu jak uchwalonych władza nadzorcza zatwierdzić nie może.

Statut instytucji ubezpieczeń nie wyczerpuje całokształtu zagadnień danej instytucji, gdyż statut nie może zawierać szczegółowych przepisów o wewnętrznem prowadzeniu biurowości, jakoteż nie normuje stosunku służbowego urzędników i pracowników danej instytucji.

B. SPRAWY SŁUŻBOWE FUNKCJONARJUSZY.

Stosunek służbowy urzędników i pracowników instytucji ubezpieczeń jest stosunkiem prywatno-prawnym, opartym jednak na regulaminie służbowym. Niektóre ustawy przewidują, że mianowanie lub zwolnienie kierownika biura względnie dyrektora wymaga zatwierdzenia władzy nadzorczej. Ustawy nie postanawiają jednak czy i jaki wpływ ma władza nadzorcza na stosunki urzędnicze, nie wynika jednak z tego, by władza nadzorcza na mocy ogólnych przepisów nadzorczych nie mogła ingerować.

Oznaczenie norm co do mianowania i awansowania należy do autonomji instytucji ubezpieczeń. W kwestjach dotyczących czasu trwania stosunku służbowego względnie czasu trwania umów urzędników, instytucje ubezpieczeń nie są niczem ograniczone i ograniczone być nie mogą. Przyjmując urzędników, organy instytucji nie mogą się ograniczać tylko do czasu trwania swej kadencji, gdyż ograniczenie przyjmowania urzędników do czasu swej kadencji byłoby sprzeczne z zasadą ciągłości, na czem ucierpiałaby sama instytucja. Władza nadzorcza może jednak, nie wchodząc w poszczególne sprawy urzędnicze, wywierać tak co do ilości urzędników jak i co do wysokości ich poborów pewien wpływ, albowiem ilość personelu i wysokość jego poborów pozostaje w ścisłym związku z ogólnemi kosztami administracji, co łączy się, względnie pozostaje w stosunku z podniesieniem lub zmniejszeniem opłat na rzecz ubezpieczeń. W sprawach personelu możność ingerencji władzy nadzorczej zależy od swobodnej oceny, nie ma bowiem w danym wypadku przepisu pozytywnego, gdyż Rozporządzenie Prezydenta o uposażeniach urzędników instytucyj publiczno-prawnych na skutek wyroku Trybunału Administracyjnego nie obowiązuje. Władza nadzorcza może więc, opierając się na ogólnych przepisach o nadzorze państwowym, bądź to oznaczyć ilość i wysokość etatów, bądź to określić płacę w stosunku do ogólnych kosztów administracyjnych. Ingerencja władzy nadzorczej w sprawach personelu nie jest i nie może być uważany za naruszenie autonomji instytucyj ubezpieczeniowych, albowiem władza nadzorcza wkracza w interesie publicznym. Wkroczenie takie byłoby naruszeniem autonomji wówczas, gdyby władza nadzorcza nie stosowała norm ogólnych, lecz wkraczała w poszczególne kwestje personelu tak co do przyjmowania, mianowania, jako też co do jego uposażenia.

Władza nadzorcza powołana jest do zatwierdzania uchwał organów instytucyj ubezpieczeniowych w przedmiocie powoływania wzgl. zwalniania dyrektora. Ustawy lub statuty bliższych postanowień w tym kierunku nie zawierają.

Zatwierdzając uchwały organów instytucyj ubezpieczeniowych o powołaniu wzgl. zwolnieniu dyrektora, zależy od uznania władzy nadzorczej czy zechce ingerować i w jakim stopniu ta ingerencja ma nastąpić. Albowiem nie jest rzeczą obojętną dla władzy nadzorczej czy osoba dyrektora ma odpowiednie kwalifikacje i daje zupełną gwarancję, że instytucja pod względem biurowości będzie prowadzona w sposób należyty. Dlatego też władza nadzorcza może postawić normy ogólne odnośnie kwalifikacji dyrektorów, bądź też postawić normy szczegółowe w zależności od instytucji. W postawieniu tych norm władza nadzorcza nie może być niczem krępowana, a więc i ostateczna decyzja władzy nadzorczej co do odmowy zatwierdzenia dyrektora nie może być zaskarżona.

C. OPŁATY, ICH WYMIAR I EGZEKUCJE.

Na pokrycie wydatków związanych z zadaniami instytucji ubezpieczeń służą składki, których wysokość procentową określają bądź ustawy i rozporządzenia, bądź statuty poszczególnych instytucyj, zatwierdzone przez właściwą władzę nadzorczą. Określenie procentowej wysokości opłat nie wyczerpuje całego zagadnienia. Nadzór państwowy w danym wypadku nie może ograniczać się tylko do stwierdzenia czy dana instytucja zastosowała odpowiednią stopę procentową, gdyż nie może być obojętnem dla władzy nadzorczej, czy instytucja ubezpieczeń zastosowała tę stopę do właściwych, na słusznych zasadach obliczonych zarobków, wypłaconych przez pracodawcę w pewnym okre-

ślonym terminie. Nie stopa procentowa, lecz właśnie wysokość przyjętego zarobku wymaga ciągłej kontroli, ciągłej ingerencji władzy nadzorczej, szczególnie wówczas, gdy władza nadzorcza reguluje równocześnie orzecznictwo w sprawach wysokości opłat. Niektóre instytucje czy to ze zbytniej troski o swe dochody, czy to z powodu mylnego zrozumienia przepisów ustawowych, bądź też z winy pracodawców, którzy w interesie własnym a z krzywdą dla wszystkich płatników na rzecz instytucji ubezpieczeń nie podają faktycznych danych, wymierzają opłaty od robocizny fikcyjnej — wówczas władza nadzorcza winna nietylko na wniosek pokrzywdzonego, ale także w interesie publicznym wkroczyć, gdyż nie jest to tylko sprawa inter partes, ale pogwałcenie ducha ustawy, pogwałcenie zasad słuszności. Wymiar opłat winien nastąpić w sposób prawidłowy, to znaczy winien odnosić się do właściwego okresu płatniczego — winien zawierać oznaczenie kwoty zarobku oraz stopę procentową i wysokość należnej sumy. Wymiar winien być pracodawcy podany do wiadomości w formie pisemnej, t. j. w formie nakazu zapłaty, który powinien zawierać termin płatności jako też pouczenie o środkach prawnych. Bez powyższych danych, każde żądanie zapłaty czy to przez inkasentów, czy to w inny sposób, pod względem formalno-prawnym jest nieważne i winno być przez władzę nadzorczą uchylone, czego wymaga dobro publiczne. Instytucje nie mogą więcej żądać aniżeli im się należy na mocy ustawy i statutu: zdarza się jednak, że instytucje doliczają dowolne kwoty do rachunków tytułem inkasa lub innych kosztów prawnie nie uzasadnionych. Doliczanie do rachunków jakichkolwiek opłat jest niedopuszczalne i tu władza nadzorcza winna wszelkie tego rodzaju dodatki unieważnić jako nielegalne. Dopuszczalne jest tylko doliczanie kosztów przesyłki pocztowej upomnienia, lecz i te w rzeczywistej tylko wysokości. Wymierzone i ustalone w sposób niewątpliwy opłaty ubezpieczeniowe winny być ściągnięte; o ile płatnik wzbrania się uiścić należne sumy, należy wyczerpać wszelkie środki egzekucyjne. Egzekucja nie zawsze odnosi dodatni skutek. O ile egzekucja nie odniesie dodatniego rezultatu, wówczas opłaty winne być odpisane, jako nieściągalne. Instytucje ubezpieczeń, ściągając w drodze przymusowej należne opłaty, mają prawo do ściągnięcia także kosztów egzekucyjnych, lecz wysokości tych kosztów egzekucyjnych ustawy ubezpieczeniowe nie przewidują. O ile instytucje ubezpieczeniowe przy ściąganiu należności korzystają z organów egzekucyjnych władz administracyjnych lub sądowych, to wysokość kosztów egzekucyjnych oznaczają te władze. O ile zaś instytucje ubezpieczeniowe przy ściąganiu należności posługują się własnemi organami egzekucyjnemi, to wysokość kosztów egzekucyjnych jest normowana dowolnie. Władza nadzorcza winna czuwać, aby te koszta egzekucyjne nie były wygórowane, i w tym wypadku władza nadzorcza musi normować wysokość tych kosztów na analogicznem zastosowaniu przepisów egzekucyjnych pretensyj tego samego rodzaju. Działalność władzy nadzorczej w zakresie ściągania opłat polega także na tem, by egzekucje były w czasie właściwym wytoczone, by były należycie popierane, by nie odpisywano kwot, co do ściągnięcia których nie wyczerpano postępowania egzekucyjnego, by nie wstawiano do zamknięć rachunkowych pozycyj nieściągalnych, które wpływać mogą w wysokiej mierze na aktywność zamknięcia rachunkowego, gdy faktycznie bilans będzie bierny. Interes ogółu płatników w szczególności płatników dobrych, wnoszących opłaty we właściwym czasie, wymaga, aby władza nadzorcza czuwała nad działalnością instytucji w ściąganiu opłat, by dobrzy płatnicy nie pokrywali niedoborów, z powodu opieszałości organów instytucji w ściąganiu opłat.

D. WYMIAR ŚWIADCZEŃ.

Udzielanie świadczeń jest istotnym celem prawnym instytucji ubezpieczeniowej. Władza nadzorcza ma czuwać, by świadczenia były przyznawane w czasie właściwym, w należytej wysokości i osobom, mającym warunki ustawowe do świadczeń, jakoteż by świadczenia były przyznawane przez właściwe organy. Wymiaru świadczeń dokonują bądź biura instytucyj ubezpieczeniowych, bądź Komisje Rentowe jako organa 1-szej instancji. W tem stadjum wymiaru świadczeń ingerencja władzy nadzorczej jest możliwa i uzasadniona, może ona badać tak sposób obliczenia świadczeń, jak też podstawę prawną i inne okoliczności, i może w danym wypadku zarządzenia instytucji wstrzymać w wykonaniu, zalecić zmiany i t. d. W dalszym toku instancyj, t. j. z chwilą gdy skarga na orzeczenie organów instytucyj ubezpieczeniowych wpłynie do Komisji Rozjemczej względnie do właściwego sądu, ingerencja władzy nadzorczej, chociażby osąd, względnie wyrok był oparty na uwzględnieniu okoliczności, których ustawa wzgl. statut nie normuje, może mieć miejsce, ale tylko ze względów formalnych, nie może natomiast władza nadzorcza ingerować co do meritum sprawy.

Komisje Rozjemcze w ścisłem tego słowa znaczeniu są sądem specjalnym, powołanym do rozstrzygania sporów na tle świadczeń. Orzeczenia ich nie mogą być zmienione przez władzę nadzorczą, gdyż Komisje Rozjemcze nie są organami instytucji ubezpieczeń. Władza nadzorcza może ingerować, o ile orzeczenie Komisji Rozjemczej było powzięte przy pogwałceniu przepisów formalnych, np. w posiedzeniu komisji brali udział członkowie niepowołani, brak było quorum. Wówczas może władza nadzorcza wstrzymać takie nieformalnie powzięte uchwały w wykonaniu i polecić przekazać je do ponownego rozpatrzenia. Zachodzą niejednokrotnie wypadki, że skarga wzgl. zażalenie strony na wymiar wzgl. odmowę świadczenia rozstrzygają specjalne powołane przez Zarząd Komisje, jak lekarska, finansowa, klimatyczna itd., które nie są niczem innem, jak tylko emanacją Zarządu, a więc organem instytucji, podległym Zarządowi. Komisje te nie mogą rozstrzygać sporu o świadczenia, albowiem nikt nie może być sędzią w swych własnych sprawach. Takie rozstrzygania spraw winny być w każdym poszczególnym wypadku zawieszane w wykonaniu przez władzę nadzorczą, jako sprzeczne z przepisami prawnemi, gdy ustawy wyraźnie postanawiają, kto ma rozstrzygać spory o świadczenia. Przyznanie lub odmowa świadczenia musi nastąpić w każdym wypadku w formie pisemnej i musi być zakomunikowana stronie z pouczeniem, czy i jakie środki prawne przysługują stronie dla obrony jej interesów. Komisje Rozjemcze mogą rozstrzygać tylko spory,

które wniesione zostaną do Komisji w formie pisemnej, i które wyraźnie skierowane są przeciw wymiarowi wzgl. odmowie świadczeń. O ile więc instytucja ubezpieczeniowa nie doręczy zainteresowanej stronie swojej rezolucji na piśmie, nie może Komisja Rozjemcza rozpatrywać sprawy. Orzeczenia Komisji Rozjemczej muszą być wydane stronom na piśmie z pouczeniem czy i jaki środek prawny przysługuje przeciw temu orzeczeniu i w jakim czasie i w jakim terminie może być wniesiony. Niewydanie orzeczenia stanowi wadliwość formalną, a władza nadzorcza może wszystkie powzięte uchwały wstrzymać w wykonaniu.

Niejednokrotnie się zdarza, że władza nadzorcza, rozwiązując organy instytucji ubezpieczeniowej, rozwiązuje także Komisję Rozjemczą, przekazując zakres działania organów autonomicznych instytucji komisarzowi jako delegatowi władzy nadzorczej. Zachodzi więc pytanie, czy strona, w razie przyznania lub odmówienia świadczeń na mocy decyzji komisarza wydanej w zastępstwie rozwiązanej Komisji Rozjemczej, może odwołać się do władzy nadzorczej, gdy orzeczenia Komisji Rozjemczej są ostateczne. Na pytanie powyższe należy odpowiedzieć twierdząco, albowiem komisarz mianowany przez władzę nadzorczą nie stanowi organów autonomicznych instytucji lecz jest delegatem władzy rządowej; od orzeczeń więc jego przysługuje stronie odwołanie w normalnem toku instancyj.

Wpływ władzy nadzorczej na sądy rozjemcze miejsca mieć nie może, albowiem sądy rozjemcze są sądami koronnemi dla spraw specjalnych.

E. KONTROLA INSTYTUCYJ UBEZPIECZEŃ.

Władza nadzorcza, dla stwierdzenia czy instytucje ubezpieczeniowe działają zgodnie z przepisami ustaw i statutu, może posługiwać się rozmaitemi środkami, a więc: żądać składania sprawozdań, odpisów protokułów z posiedzeń organów instytucji, może brać udział przez swoich delegatów w posiedzeniach organów ubezpieczeń. Najważniejszym zaś środkiem kontrolnym władzy nadzorczej jest możność przeprowadzenia kontroli przez swoich delegatów. Ustawy o ubezpieczeniu nie przewidują w jaki sposób ma być kontrola prowadzona. Nie zawierają również przepisów, kto może brać udział w kontroli, czy tylko przedstawiciel władzy nadzorczej, czy obok przedstawiciela władzy nadzorczej także i osoby trzecie czyli rzeczoznawcy. Co do sposobu przeprowadzania kontroli, co do składu komisji kontroli władza nadzorcza nie jest w niczem krępowana, może ona prowadzić kontrolę w sposób, jaki uzna za najbardziej celowy. Dla umożliwienia kontroli instytucje ubezpieczeniowe winny są udzielić delegatom władzy nadzorczej wszelkich wyjaśnień, dostarczyć wszelkich materjałów, jakoteż dozwolić wglądu we wszystkie papiery wartościowe, protokuły obrad komisyj i t. p. Niejednokrotnie instytucje ubezpieczeń żalą się, że Komisje Kontrolne kwestjonują uchwały powzięte formalnie przez organy instytucji, wychodząc z założenia, że uchwały powzięte formalnie i nie zakwestjonowane we właściwym czasie są prawomocne i nie mogą być kwestjonowane. Stanowisko takie nie jest uzasadnione, albowiem uchwały te, chociażby prawomocne zdaniem instytucji, mogą być kwestjonowane, o ile nie dotyczą praw osób trzecich.

Jeżeli więc uchwały instytucji ubezpieczeń nie odnoszą się do praw osób trzecich, już zrealizowanych, mogą w każdej chwili być kwestjonowane i wstrzymane w wykonaniu. O ile natomiast uchwały takie byłyby wykonane, to zakwestjonowanie ich może mieć znaczenie na przyszłość i powzięcie takich uchwał może pociągnąć za sobą zastosowanie środków represyjnych. Po przeprowadzeniu lustracji delegowani przedstawiciele władzy nadzorczej winni przedłożyć swojej władzy sprawozdanie lustracyjne, z którego winna być widoczna działalność lustrowanej instytucji tak z jej wadami, jak i zaletami. Protokuł lustracyjny przed wydaniem zarządzeń ostatecznych winna władza nadzorcza przedłożyć instytucji do oświadczenia się, zwłaszcza wówczas, jeżeli delegowani na spostrzeżone usterki nie żądali podczas lustracji pisemnego oświadczenia. Na otrzymany protokuł lustracyjny instytucja ubezpieczeniowa winna odpowiedzieć w czasie właściwym, wyznaczonym przez władzę nadzorczą; nieudzielenie odpowiedzi powodować może zastosowanie środków represyjnych, t. j. rozwiązanie autonomicznych organów instytucji.

WYROK SĄDU NAJWYŻSZEGO

w sprawie ściągania składek w Małopolsce.

Wykazy zaległości, sporządzone przez Powiatowe Kasy Chorych, a potwierdzone co do swej wykonalności przez Starostwo stanowią tytuł egzekucyjny. [1])

Uzasadnienie: Sąd Najw. nie podziela zapatrywania prawnego Sądu rekurs., jakoby wykazy zaległości Kas chorych potwierdzone co do ich wykonalności przez Starostwo jako nadzorczą władzę administracyjną nie stanowiły tytułu egzekucji sądowej. Przeciwnie art. 107 zd. 2 u. z dnia 19 maja 1920 r. poz. 272 Dz. U. postanawia wyraźnie, że w przedmiocie ściągania należności Kas chorych pozostają aż do dalszego zarządzenia nadal w mocy obowiązującej przepisy prawne dotyczące postępowania administracyjnego i cywilno - sądowego wraz z egzekucyjnem i konkursowem.

Według zaś przepisów postępowania cywilno-sądowego i egzekucyjnego wkładki na rzecz Pow. Kas chorych jako podpadające pod pojęcie świadczeń na cele publiczne, korzystały z egzekucji sądowej w myśl art. III ustawy wprow. ordynację egzekucyj-

[1]) W tym samym duchu zapadły orzeczenia z 24 listopada 1925 R. 508/25, z 10 listopada 1926 R. 934/26 i z 17 listopada 1296 R. 904/26. Odmienne stanowisko przedstawione w orzeczeniu z 17 lutego 1926 R. 882/25, ogłoszonem w „Przeglądzie Prawa i Administracji" 1926, poz. 156, str. 164. Praktyki cywilno-sądowej, pozostało odosobnione.

ną, jak to szczegółowo wyjaśnił i uzasadnił b. austr. Sąd Najw. w Wiedniu w orzeczeniach plenarnych z 7 listopada 1899 r. Ks. Jud. 144, z dnia 16 października 1917 Ks. Jud. 251. Dlatego wykazy zaległości Kas chorych zaopatrzone w potwierdzenie ściągalności przez Starostwo w myśl § 54 ust. 2 o. e. stanowią tytuł egzekucyjny z § 1 L. 13 o. e. i art. III u. wprow. o. e. że na podstawie wykazów zaległości Kas chorych potwierdzonych przez właściwe Starostwo co do ich wykonalności dopuszczalną jest w szczególności egzekucja sądowa, wynika także z następujących dalszych przepisów prawnych.

Mianowicie przepis art. 53 u. 1 ustawy z dnia 19 maja 1920 poz. 272 Dz. U. opiewa, że „zaległe składki, koszty egzekucyjne i inne należności Kasy, ściągane są w ten sposób, jak podatki gminne", a ustawa z dnia 11 sierpnia 1923 r. p. 747 Dz. U. o tymczasowem uregulowaniu finansów komunalnych postanawia w art. 55 u. 3., że „na obszarze b. dzielnicy austrjackiej nieuiszczone we właściwym czasie samoistne daniny komunalne mogą być ściągane w drodze egzekucji sądowej na podstawie ustawy z dnia 27 maja 1896 Nr. 79 Dz. U.", a więc na podstawie ordynacji egzekucyjnej.

Ponieważ więc w obecnym przypadku dołączony do wniosku egzekucyjnego wykaz zaległości Pow. Kasy chorych w Rzeszowie jest potwierdzony przez Starostwo zgodnie z § 54 ust. 2 o. e., przeto uchwała Sądu I dozwalająca żądanej egzekucji odpowiada ustawie i dlatego należało ją przywrócić do prawnej mocy. Nadmienia się przytem, że zobowiązany zawartym w jego rekursie od uchwały pierwszego Sądu z dnia 22 lipca 1926 r. wnioskiem o ograniczenie egzekucji w myśl § 41 u. 2 o. e. ma zwrócić się do Sądu I instancji, który może powziąć decyzję w tym kierunku dopiero po przesłuchaniu wierzycieli.

Wskutek przywrócenia uchwały Sądu I z dnia 22 lipca 1926 dozwalającej egzekucji wymaga załatwienia rekursu zobowiązanego od uchwały I instancji z dnia 2 września 1926 co do ustanowienia nowego zarządcy przymusowego, który Sąd rekursowy uznał za bezprzedmiotowy wobec mylnego odmówienia wnioskowi egzekucyjnemu. Rekurs ten odrzucono jednak jako niedopuszczalny w myśl wyraźnego przepisu § 132 L. 5 o. e.

O O. S. N. z 9 lutego 192 7r. III R. 1024/26, S. A. Kraków R. 261/26, S. O. Rzeszów E. 104/26.

(Podkreślić musimy, iż S. N. poraz pierwszy uzasadniając wyrok w takiej sprawie, powołał się na naszą ustawę o tymcz. uregulowaniu finansów komunalnych z 11. VIII. 1923. Pogląd prawny, wybitnego znawcy tej materji p. Dr. R. Bubera ze Lwowa został zatem całkowicie potwierdzony przez S. N. — Redakcja).

W SPRAWIE ZWROTU PRZEZ ZWIĄZKI KOMUNALNE KASOM CHORYCH POŁOWY KOSZTÓW LECZENIA

(Interpretacja art. 43 ustępu III-go ustawy z 19 maja 1920 r. (Dz. U. R. P. Nr. 44, poz. 272) o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby).

W myśl art. 43 ust. III ustawy z 19.V.1920 r. „szpitale publiczne jako też instytuty położnicze państwowe i komunalne oraz administrowane przez państwo lub związki komunalne, obowiązane są przyjmować chorych członków Kas Chorych po cenach, odpowiadających połowie własnego przeciętnego kosztu utrzymania i leczenie chorego". O ile jednak chodzi o szpitale, będące własnością związków komunalnych, to obowiązek ten, w myśl dalszych przepisów, zawartych w zdaniu drugiem i trzeciem ustępu III-go art. 43 ustawy zacytowanej, nie odnosi się do członków wszystkich Kas Chorych. Szpital, należący do związku komunalnego (gminnego lub powiatowego) obowiązany jest przyjmować po cenach, odpowiadających połowie własnego przeciętnego kosztu utrzymania i leczenia chorego jedynie członków Kasy Chorych, „której działalność obejmuje okrąg tegoż związku komunalnego". Jeżeli w szpitalu komunalnym leczy się członek Kasy Chorych innego okręgu, to Kasa ta „obowiązana jest zwrócić temuż szpitalowi koszty leczenia wedle najniższej taksy szpitalnej, ma jednak prawo żądać zwrotu powstałej stąd różnicy kosztów od związku komunalnego, na którego okrąg rozciąga się jej działalność".

W praktycznem stosowaniu tych przepisów, a w szczególności przepisu, uprawniającego Kasę Chorych do żądania od związku komunalnego, na którego okrąg rozciąga się jej działalność, zwrotu różnicy (t. j. połowy) kosztów za swych członków, leczonych w szpitalach, położonych poza okręgiem jej działalności, powstały wątpliwości, co do kwestji, który związek, powiatowy czy gminny, obowiązany jest do zwrotu owej połowy kosztów, czy w konkretnym wypadku należy pociągnąć do tego obowiązku związek komunalny według miejsca zamieszkania, czy stałego miejsca pracy, czy też według miejsca przynależności leczonego w szpitalu członka Kasy.

Wątpliwości te rozstrzygnęło Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej reskryptem z dnia 11 grudnia 1922 r. Nr. 1680/VII, w którym wyjaśniło, że „związkiem komunalnym, od którego, w myśl art. 43 ust. III ustawy z dnia 19 maja 1920 roku, Kasa Chorych ma prawo żądać zwrotu połowy kosztów za swych członków, leczonych w szpitalach, położonych poza okręgiem jej działalności, jest Związek powiatowy, na którego okrąg jej działalność się rozciąga i z którego okręgiem okrąg jej działalności się pokrywa".

Przeciw temu orzeczeniu Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej wniósł skargę do Najwyższego Trybunału Administracyjnego Przewodniczący Wydziału Powiatowego we Wrześni na skutek sporu między tym Wydziałem a Powiatową Kasą Chorych we Wrześni, która żądała zwrotu połowy kosztów za swych członków, leczonych w szpitalach poza obrębem jej działalności, a będących mieszkańcami miast, gmin wiejskich i obszarów dworskich, położonych w okręgu powiatu wrzesińskiego.

Najwyższy Trybunał Administracyjny wyrokiem z dnia 28 marca 1927 r. L. Rej. 1314/25 uchylił zaskarżone orzeczenie Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej (z dnia 11 grudnia 1922) i w motywach wyroku wyjaśnił, że „jako związek komunalny, obowiązany w myśl ust. III art. 43 ustawy z dnia 19 maja 1920 r. Dz. U. R. P., poz. 272, do zwrotu różnicy kosztów leczenia za chorych członków Kas Chorych, leczonych w szpitalach, położonych poza obrębem działalności tej Kasy, należy, zgodnie z art. 5 i 9 pkt. 1 tej ustawy uważać *gminę stałego miejsca pracy* ubezpieczonego, która, odnosząc korzyści materjalne z istnienia danego przedsiębiorstwa, winna ponosić i połączone z tem ciężary.

Wobec tego Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej wydało komunikat za Nr. 2089 U. III, podany Kasom Chorych do wiadomości przez Okręgowe Urzędy Ubezpieczeń, następującej treści: „Jak to wyjaśnił Najwyższy Trybunał Administracyjny wyrokiem swoim z dn. 28 marca r. b. L. 1314/25, za związek komunalny, obowiązany, na mocy art. 43 ust. III ustawy z dn. 19 maja 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. R. P. Nr. 44, poz. 272), do zwrotu różnicy kosztów leczenia za chorych członków Kas Chorych, leczonych w szpitalach, położonych poza okręgiem działalności danej Kasy, uważać należy *gminę stałego miejsca pracy ubezpieczonego*".

Zarazem Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej zwróciło się do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych o wydanie odpowiednich zarządzeń stosownie do powyższego wyjaśnienia Najwyższego Trybunału Administracyjnego.

Kasy Chorych winny więc zwrócić uwagę na zmianę interpretacji ustępu III-go art. 43 ustawy i skierowywać pretensje swe o zwrot połowy kosztów leczenia swych członków w szpitalach do gmin stałego miejsca pracy leczonych członków.

O.

DR. FR. GRODECKI.

JAKIE UPRAWNIENIA POWINNO NADAĆ USTAWODAWSTWO NACZELNEMU LEKARZOWI KASY CHORYCH.

(Art. dyskusyjny).

P. Dr. D. Buchheim w artykule swym „Zmiana administracji Kas Chorych"*), broni tezy, że „nie ma powodu nadania naczelnemu lekarzowi specjalnych uprawnień, albowiem stanowisko to jest ustawą i statutem wzorowym ściśle ustalone (?!), natomiast byłoby wprost szkodliwem (sic!), gdyby chciano przyznać naczelnemu lekarzowi głos decydujący względnie prawo sprzeciwu przeciwko uchwałom Zarządu dotyczącym np. przyjęcia lekarza lub jego zwolnienia".

Stanowisko powyższe starego działacza na terenie ubezpieczeń społecznych jest wprawdzie dosyć ciekawe, aczkolwiek bynajmniej nie oryginalne, hołduje mu bowiem ogromna większość członków bodaj czy nie wszystkich Kas Chorych, powodując ustawiczne zatargi z lekarzami, co bezwątpienia wywiera nader ujemny wpływ na rozwój i życie instytucyj ubezpieczeniowych.

Jako lekarz muszę na tem miejscu wyrazić p. Dr. Buchheimowi głęboką wdzięczność za jego bezwzględną szczerość i z równą szczerością odpowiedzieć, co w tej sprawie myśli cały zespół najbardziej uspołecznionych lekarzy, pracujących w Kasach Chorych.

Zadanie K. Ch. polega na organizacji lecznictwa społecznego, rozwoju medycyny zapobiegawczej z jednej strony, z drugiej zaś na wydawaniu zasiłków w czasie niezdolności do pracy. Nie zaprzeczy zapewne ani p. Dr. Buchheim, ani cała plejada członków zarządów jednakowo z nim myślących, że jak w pierwszym tak i w drugim wypadku decydujący głos mają lekarze w Kasie pracujący. Co do lekarza naczelnego to jest on i tylko on odpowiedzialny za stan całego lecznictwa, jakoteż za czynności zarówno poszczególnych lekarzy, jak i całego personelu pomocniczego; lekarz naczelny jest okiem i uchem zarządu, powinien być inicjatorem wszystkich poczynań w dziale lecznictwa, musi być czynnikiem, ożywiającym całą działalność K. Ch. na polu lecznictwa.

Wydatki, jakie wszystkie K. Ch. ponoszą na cele lecznictwa oraz związane z nim zasiłki, sięgają do 75% wszystkich wpływów; cała ta olbrzymia nieraz kwota znajduje się, ściśle rzeczy biorąc, w dyspozycji lekarzy; cała pozostała administracja pracuje jedynie po to, by lekarze mogli wydatkować. Im bardziej będą oni do niej przywiązani, im racjonalniej będą stosowali metody lecznicze, tem oczywiście cały stan lecznictwa będzie stał wyżej, wydatki zaś będą jaknajbardziej celowe i racjonalne. Czuwać nad tem wszystkiem, sharmonizować pracę lekarską ma obowiązek i może nie kto inny niż lekarz naczelny. Jest to aksjomat, któremu nie zaprzeczy zapewne i p. Dr. Buchheim. A co z tego aksjomatu wynika? Odpowiedź prosta i jasna. Skoro rola naczelnego lekarza jest tak ważna i tak odpowiedzialna pod każdym względem, więc i stanowisko jego musi być w odpowiedni sposób przez prawo uregulowane i w żadnym razie nie może zależeć od widzimisię Zarządu K. Ch., którego skład zmienia się przy każdych wyborach. Wbrew twierdzeniu p. D-ra B. ani ustawa, ani wzorowy statut w tym względzie nie zawierają żadnych wyraźnych postanowień. I to, jak tego dowiodła dotychczasowa praktyka, jest kardynalny błąd. W dziedzinie lecznictwa lekarz naczelny powinien mieć te same prawa, co i dyrektor; on i tylko on, jako że jest odpowiedzialny za całokształt pracy lekarskiej, powinien mieć decydujący głos w doborze personelu zarówno lekarskiego, jak i pomocniczego, oraz we wszystkich sprawach, wchodzących w zakres organizacji aparatu lec-

*) „Przegl. Ubezpieczeń Społ." Nr. 8 (1927 r.).

niczego. Prawo to nie powinno być przekazane Zarządowi, do którego — jest to publiczną tajemnicą — w olbrzymiej większości Kas wchodzą reprezentanci nie wiedzy lekarskiej, a ugrupowań politycznych.

I z tą chwilą, gdy decydujący głos w sprawach np. personalnych lekarskich przeszedłby do Zarządu, zaczęłaby się gra polityczna, która w żadnym razie na terenie K. Ch. miejsca mieć nie powinna. Że jest, niestety inaczej, — wielkie stąd wypływa dla K. Ch. zło. Tylko przy proponowanem ujęciu sprawy, tylko przez nadanie naczelnemu lekarzowi pełni praw, można i należy żądać od niego całkowitej odpowiedzialności; bez tych sankcyj całokształt spraw lecznictwa nie może być i nie będzie w należyty sposób uregulowany.

Dziś, jak to stwierdza życie, naogół Zarządy Kas są do ogółu lekarzy kasowych usposobieni nieprzychylnie, częstokroć nawet wrogo. Trudno wymagać, by strona przeciwna żywiła uczucie inne; ludzie są ludźmi i pięknem za nadobne płacą. Lekarze, jako stanowiący poważny odłam inteligencji polskiej, muszą i będą bronili swych słusznych praw, w niczem nie kolidujących z interesami instytucji ubezpieczeń społecznych, gdyby je bowiem dali sobie wydrzeć, nastąpiłby stan panujący za czerwonym kordonem. Wierzę głęboko, że i p. Dr. B., jako stary działacz społeczny, tego sobie nie życzy; wierzę, że wcześniej, czy później wszyscy lekarze kasowi, a więc i lekarz naczelny, zdobędą te prawa, które im się słusznie należą; im wcześniej nastąpi ten moment, tem lepiej, — a gdy to nastąpi, będą wówczas lekarze odpowiedzialnymi współgospodarzami Kas, przywiążą się do nich i dołożą wszelkich sił do ich rozkwitu; — czas więc już wielki, by wszystkie Zarządy K. Ch. uprzytomniły sobie te tak proste i tak logiczne postulaty, czas, by Zarządy stanęły na tem stanowisku, że K. Ch. są to przedewszystkiem instytucje ekonomiczne, nie zaś placówki polityczne.

WACŁAW SMULSKI.

O UPROSZCZONĄ BUCHALTERJĘ W KASACH CHORYCH.

Nigdy chyba tak wiele nie mówiono i nie pisano o potrzebach oszczędności, jak się to dzieje w dobie dzisiejszej. Kierownicy nawy państwowej — czy też instytucyj społecznych zarażeni tem hasłem oszczędności mają jeden już dzisiaj tradycyjny środek: „redukcję personelu". Hasło to wprowadza się w życie i często te redukcje nieobmyślane przynoszą krzywdę — gmatwają instytucję w mroki złudzeń, pozostały personel przeciążają pracą nad siły i w instytucjach społecznych każą łamać ustawy socjalne, wykoszlawiając w ten sposób pojęcie ochrony pracy.

Mam na myśli stosunki w Kasach Chorych.

Kierując się prawdą, należy stwierdzić, że biurokratyzm w Kasach, w początku ich organizowania rozpanoszył się i że od 2-ch lat widzimy poważne usiłowania, mające na celu usunięcie oraz zmniejszenie wydatków na personel administracyjny tak, że dzisiaj ataki przeciwników Kas Chorych o nadmiarze personelu i jego wydatkach są tylko nieuzasadnioną złośliwością. Nadmiaru personelu w Kasach już niema, — przeciwnie jest jego brak, Kasy są mimo to dosyć sprężyście obsługiwane. Dzieje się to jak wyżej powiedziałem kosztem pracowników pozostałych i bez specjalnego za to wynagrodzenia.

Władze nadzorcze Kas Chorych szukają drogi, by kwestję buchalterji w Kasach uprościć, by kierownictwo Kas operowało na podstawie dokładnych bilansów otrzymywanych w porę.

Dotychczas stanu tego, szczególnie w Kasach większych, nie daje się osiągnąć, jeżeli widzimy bilans miesięczny to dopiero w połowie lub pod koniec następnego miesiąca, tak samo roczny i to z dużym wysiłkiem.

Mamy przez to oprócz kilkumiesięcznego złudzenia niezdrowe tarcia między dyrektorem i władzami Kas.

Przypadek zrządził, że zapoznałem się z systemem buchalterji opartej na zasadach naukowej organizacji pracy, ułożonej przez organizatora prac biurowych w Polsce p. Pawła Kina w Łodzi, od którego nabyły już niezbędne urządzenia do zastosowania t. zw. systemu „Taylor - Kina", — Kasa Chorych m. Łodzi i Pow. Kasa Chorych w Piotrkowie, które z całą pewnością nie chciałyby już dzisiaj tego postępu zarzucić.

Dodatni system ten jest od roku szkolnego przedmiotem wykładu w 3-ch państwowych szkołach handlowych w Łodzi.

Jako kilkuletni pracownik Kasy Chorych, który chciałby widzieć tę instytucję jak najlepiej prowadzoną, służącą przykładem dla innych, żywo zainteresowałem się tą automatyczną metodą. Badałem wyniki w szeregu poważnych przedsiębiorstw prywatnych jak elektrownia, kolej łódzka i inne, miałem sposobność osobiście przekonać się, iż system Taylor - Kin stosują tam z wielką korzyścią i powodzeniem.

Nasuwa się pytanie, jakże system ten przez prawie 2 lata już istniejący mógł być nieznanym Zarządom Kas Chorych, lub też dlaczego nie został stosowany przez nie.

Omawiany system Taylor - Kin utrzymuje nadal system podwójnej buchalterji i rozróżnia:

1) dzienniki,
2) księgę kont statystycznych,
3) księgę bilansów miesięcznych,
4) księgę główną zbiorową.

Wszystkie te księgi są sznurowane i poświadczone przez władze i zastępują zarazem księgi pomocnicze.

Wymaga on następujących przyborów pomocniczych:

1) skrzynkę kontotekową specjalnej konstrukcji, która umożliwia momentalne odszukanie danego konta (obojętne, czy posiadamy kilkaset czy też kilka tysięcy kont) bez poprzedniego szukania w skorowidzu i bez potrzeby dotykania palcami wszystkich innych kont niepotrzebnych.

2) aparat księgowy specjalnej konstrukcji, który wykonywa automatycznie przenoszenia:

a) pozycji księgowych z kont statystycznych do dziennika,

b) jak również miesięcznych sum obrotowych z kont statystycznych do księgi bilansów.

Przez to unikamy przenoszenia pozycyj do Księgi Głównej, Ksiąg pomocniczych, Księgi — Zbiorowej.

Z powyższego wynika, że nie księgujemy wcale w Dzienniku i zasadniczo nigdy nie piszemy jednej i tej samej pozycji kilka razy, natomiast wpisujemy każdą pozycję bez wyjątku wprost na Konto Statystyczne, przyczem dzięki „Aparatowi Księgowemu" przenoszenie do dziennika zostaje uskutecznione samo przez się — mometalnie i bezwarunkowo zgodnie z pozycją na koncie. Następnie przy końcu miesiąca ten sam Aparat Księgowy również automatycznie wykonuje przenoszenia poszczególnych adycji miesięcznych obrotów z kont statystycznych do Księgi Bilansów Miesięcznych.

Tą drogą nietylko zaoszczędzamy zbędnej pisaniny, oraz materjałów (nie potrzeba ksiąg pomocniczych, jak dłużnicy, wierzyciele i t. d.), ale przedewszystkiem zmniejszamy możność powstawania wszystkich błędów wynikających z wielokrotnego pisania jednej i tej samej pozycji.

Wpisywanie pozycji w dzienniku przez kalkę daje gwarancję, że każda suma w nim uwidoczniona, jest tak samo napisaną i na odpowiedniem koncie. Ta gwarancja pozwala przeprowadzać jak najszczegółowszą kontrolę na poszczególnych kontach, chociaż niema się ich przed sobą; można więc konto kontrolować, nie widząc go zupełnie.

Kontrole mogą być oczywiście z całą dokładnością przeprowadzone również na podstawie kopji dziennikowych, czyli że można kontrolować całą księgowość, nie widząc samych ksiąg i nie przerywając wcale pracy bieżącej.

Błędy mogące powstać jedynie z niewłaściwego zaksięgowania dowodów lub z błędnego sumowania (nigdy jednak z mylnego przenoszenia) zlokalizowane są do przestrzeni jednej tylko strony dziennika i nie trzeba przeglądać zatem całego szeregu ksiąg lub kont, celem ich odszukania. Taka prostota i jasność metody pozwala na przeprowadzenie rewizji ksiąg przy użyciu drobnej tylko cząstki zazwyczaj stosowanych prac rewizyjnych. Ponieważ otrzymuje się bez specjalnej pracy podwójne źródłowe księgi, wszelka kontrola na odległość jest umożliwiona, co jest ważną rzeczą przy oddziałach.

Uważam zatem, że Kasy jeżeli nie same, to przynajmniej po sprawdzeniu przez Okręgowe Związki Kas Chorych, winny wprowadzić system ten jako ważny czynnik ekonomicznej pracy w Kasach.

KASOWIEC.

O REFORMĘ BUCHALTERJI W K. CH.

(Artykuł dyskusyjny).

Z pośród wielu zagadnień, tyczących się normalizacji i usystematyzowania biurowości w Kasach Chorych, bezsprzecznie najważniejszem jest zagadnienie normalizacji buchalterji kasowej.

Normalna książkowość kasowa powinna tak być zorganizowana, aby mogła dać władzom Kasy rzeczywisty materjał do rozważań i planów finansowo - gospodarczych, a władzom nadzorczym — ścisły materjał orjentacyjny.

Tymczasem wiadomem jest powszechnie, iż dotychczasowy system rachunkowości Kasowej daleki jest od tego ideału, postępy, jakie w tej dziedzinie pracy kasowej czynimy, są zbyt powolne. Trudno jednak wyobrazić sobie instytucję finansową, jaką jest Kasa, bez racjonalnego i sprężystego funkcjonowania aparatu sprawozdawczo - kontrolnego, t. j. buchalterji. Jakież bowiem plany gospodarcze, jakie preliminarze, jaką politykę finansową prowadzić można w instytucji, której buchalterja nie może dać z różnych względów **rzeczywistego** obrazu różnych dziedzin jej działalności. Jakąż korzyść osiągają władze nadzorcze Kas z porównywania bilansów, zestawianych według różnych metod?

Buchalter kasowy, dysponując dziennikiem amerykańskim (w Ameryce oddawna zapomnianym), w którym kolejność i nomenklatura rachunków **nie odpowiada** kolejności i nomenklaturze rachunków w bilansie rocznym oraz w rocznym sprawozdaniu z działalności, dysponując książkami pomocniczemi, niedostosowanemi do odnośnych rachunków dziennika, (np. książka „specyfikacji", której nie zna żadna inna instytucja publiczna, czy prywatna), nieskrępowany szczegółową instrukcją może bez obawy książkować zaszłości i sporządzać bilanse wbrew ogólnie przyjętym zasadom książkowości podwójnej.

Wady fachowe, organizacyjne i techniczne, mogą ułatwić dokonywanie nadużyć. Sprawa asygnat kasowych przychodowych i rozchodowych (w ścisłem znaczeniu), sprawa kwitarjuszów, dostatecznej kontroli nad inkasentami, nad rachunkami pracodawców, nad wydatkami i wpływami, nad zaszłościami kredytowemi, kwestja systemu przechowywania dokumentów buchalteryjnych, trudności techniczne przy faktycznej kontroli bilansów (wskutek odmiennej nomenklatury rachunków i odmiennego ich ugrupowania), brak dobrze obmyślanych druków i formularzy, brak szczegółowej instrukcji dla buchalterów itd. itd., wszystko to powinnoby skłonić Związki Kas do powołania specjalnej komisji, której zadaniem byłoby wszelkie niedomagania usunąć i opracować właściwy system buchalterji kasowej.

Trudno przewidzieć, jaki system książkowości uznałaby taka komisja za najlepszy: czy modny obecnie system książkowości „bez przenoszeń", czy poprzestałaby na dotychczasowej „amerykance", czy zaleciłaby zaniechać prowadzenia buchalterji podwójnej, wprowadzając buchalterję kameralistyczną, — w każdym jednak wypadku znormalizowałaby technikę, sposób księgowania i zestawiania bilansów oddając tem nieocenione usługi sprawie ubezpieczeń społecznych.

Do wykonania tej pracy muszą być powołani fachowcy-praktycy, znający dokładnie czynności biurowe Kas i świadomi zadań i celów rachunkowości kasowej. Dobra i przejrzysta buchalterja jest jedynym środkiem umożliwiającym sprawne

administrowanie instytucją, z czego, niestety, do dnia dzisiejszego nie wszyscy działacze kasowi zdają sobie sprawę.

Pożądanem byłoby, aby buchalterzy kasowi, wśród których jest wielu wybitnych fachowców, zechcieli wypowiedzieć się w sprawie powyższej. Nowy okres gospodarczy bowiem rozpocznie się za kilka miesięcy, wobec czego należałoby w najbliższym czasie zorganizować wspomnianą komisję.

PRACE KAS I ZWIĄZKÓW.

SANATORJUM KASY CHORYCH M. ŁODZI W TUSZYNKU.

19 września 1925 r. Zarząd Kasy Chorych m. Łodzi nabył za 152.000 zł. przeszło 240 mórg terenu leśnego, aby wznieść tam własne sanatorjum dla piersiowo - chorych. Zakupiony obszar leśny — Tuszynek Poparafialny, położony w odległości 23 klm. od Łodzi — całkowicie odpowiada wszelkim warunkom terenowym, jako miejsce leczenia sanatoryjnego: grunt piasczysty, suchy, a tak łatwo przepuszczalny, że zalesienie terenu miejscami jest wprost karłowate. Drzewostan Tuszynka naogół jest średni, tylko pasma międzywzgórz, dzięki mniej szybkiemu odwadnianiu przy opadach atmosferycznych, są zalesione dobrze.

Powierzchnia Tuszynka jest pagórkowata, a na granicy północnej i wschodniej ciągnie się półksiężycowem zagięciem pasmo wzgórz, dochodzących do 17 mtr. wysokości.

I-szy pawilon, przeznaczony dla dzieci, którego otwarcie odbyło się 31lipca r. b., został wybudowany na polanie, położonej na 7 i pół mtr. wysokości. Długość budynku wynosi 75 metrów, szerokość 22 mtr. Pawilon posiada 6 sal sypialnianych na 120 dzieci, salę jadalną, odpowiednie pomieszczenie dla personelu, umywalnie, łazienki, klozety.

Pod względem architektonicznym gmach prezentuje się badzo ładnie. Wielki taras o szerokości 4 mtr. zwrócony jest ku południowi. Od strony wschodniej i zachodniej do budynku przylegają boczne werandy, których różnobarwne szyby dają niezmiernie efektowną całość oszklenia ścian werandowych. Ze skromnego naogół charakteru fasady pawilonu wyzierają cechy właściwe monumentalnym budowlom, to też gmach wywiera imponujące wrażenie. Pawilon jest skanalizowany, posiada instalacje wodne i elektryczne. Zainstalowano w pawilonie także radjo - aparat.

Na terenie Tuszynka znajdują się duże pokłady żwiru, którego używa się do wyrobu t. zw. pustaków betonowych, przyczem żwir stanowi 9/10 ogólnej masy tego materjału budowlanego. Kasa Chorych urządziła w Tuszynku wytwórnię pustaków, z których wybudowała pierwszy pawilon i buduje z nich następny — pawilon II-gi.

Ze względu na brak w pobliżu cegielni i duże trudności przewozowe, gdyby wypadło zwozić cegłę z daleko położonych od Tuszynka cegielń, koszt budowy pawilonu wzrósłby trzykrotnie. Wzniesienie tego pawilonu, po uwzględnieniu szeregu robót dodatkowych, kosztuje Kasę około 160.000 zł., co przy 8000 mtr. objętości budowli stanowi za 1 mtr^3 zł. 20 — podczas gdy koszt jednego metra sześciennego z cegły oblicza się w Łodzi na 50 — 60 zł.

Zanim Zarząd Kasy zdecydował się na użycie pustaków betonowych, jako materjału budowlanego, wzięto pod uwagę wszystkie objekcje, wysuwane przeciwko tego rodzaju materjałowi i dopiero po licznych próbach i doświadczeniach, które dały dobre wyniki, materjał ten uznano za odpowiedni. Dziś już niema kwestji co do jakościowej dobroci tego materjału, gdyż ubikacje pawilonu wzniesionego z pustaków, są bardzo suche i ciepłe.

Jak już wzmiankowałem, Kasa Chorych rozpoczęła budowę drugiego pawilonu dla chorych na gruźlicę otwartą. Stosownie do opracowanych szczegółowo planów — pawilon ten stanie na najwyższem miejscu. W pawilonie tym, który zostanie całkowicie wykończony w pierwszym kwartale roku przyszłego, znajdzie pomieszczenie 200 gruźlików dorosłych.

Kompleks budynków sanatoryjnych w Tuszynku, nie licząc zabudowań gospodarczych, składać się będzie z 5-ciu pawilonów, które, sądząc z dotychczasowego tempa robót budowlanych, wykończone będą w ciągu 3-ch lat. W sanatorjum Kasy będą leczeni: zagrożeni gruźlicą, chorzy z rozwijającą się gruźlicą i cierpiący z powodu gruźlicy otwartej. Dla każdej z wymienionych grup kuracjuszy, klasyfikowanych według stopnia choroby, przeznaczone są oddzielne pawilony.

Z dwóch systemów zabudowy — systemu zwartego i rozrzuconego — wybrano ten ostatni. Budowa zwarta jest znacznie tańsza i dogodniejsza dla administracji. Budowa sanatorjum w myśl zasad systemu pawilonowego jest kosztowniejsza, stwarza większe trudności administracyjne, podnosi koszty utrzymania chorych, ale posiada tak wiele dodatnich stron z punktu widzenia racjonalnego leczenia, że ten wzgląd zwyciężył.

Plany dotyczące rozmieszczenia pawilonów, jak i wewnętrznego dostowania ich do prawidłowego rozmieszczenia chorych, zostały opracowane przy współudziale lekarzy Kasy i lekarzy pozakasowych, obznajmionych dokładnie z budową nowoczesnych szpitali. W myśl opracowanych projektów budowy — każdy z pawilonów w ciągu zimy użytkowany będzie tylko w 30% normalnej ilości miejsc, zajętych przez chorych w okresie letnim. Wyjątek stanowić będzie tylko pawilon przeznaczony dla osób chorych na gruźlicę otwartą. Ten pawilon obliczony jest na całoroczne, bez przerwy, użytkowanie w 100% posiadanych miejsc.

Wszystkie budynki staną na wzgórzach terenu granicy północnej i wschodniej. Pawilony będą odwrócone frontem do południa, przez co otrzymają jak najlepsze warunki nasłonecznienia.

Oprócz pawilonów leczniczych będzie wzniesiony kompleks zabudowań gospodarczych: mieszkania dla administracji i lekarzy, magazyny opałowy i żywnościowy, centrala siły i światła, kotłownia, centralna kuchnia, dom izolacyjny dla kuracjuszy zapadających na choroby zakaźne, ambulatorjum, łaźnia, pralnia i t. p. Zabudowania gospodarcze staną we wschodniej części Tuszynka, a będą położone tak, by uchronić atmosferę otaczającą pawilony od zanieczyszczenia jej dymem.

Zabudowania gospodarcze oraz najbliżej położony pawilon dla chorych na gruźlicę otwartą ogrzewane będą z jednego wspólnego paleniska. Następne pawilony posiadać będą własny system centralnego ogrzewania. Zabudowania gospodarcze jak i wszystkie pawilony zaopatrzone zostaną w wodociągi, połączone z centralną wieżą ciśnień. Woda zużyta odprowadzana będzie systemem rur kanalizacyjnych do już urządzonych kanałów ściekowych.

Na terenie południowo-wschodnim Tuszynka prowadzone są roboty nad urządzeniem dla kuracjuszy basenu kąpielowego

wraz z plażą. Basen ten, zajmujący przeszło morgę powierzchni, zasilany będzie wodą przepływową.

Twórcza inicjatywa Kasy Chorych spotkała się z wielkiem uznaniem wszystkich warstw społeczeństwa Łodzi, które coraz lepiej pojmować zaczyna, że to miasto-fabryka, wytwarzające wielkie bogactwa materjalne, pod względem zdrowotnym jest niezmiernie upośledzone. Ta bogata Łódź, skupiająca przeszło pół miljona mieszkańców, nie posiada wodociągów i kanalizacji! Stolica polskiego przemysłu włókienniczego, tonąca stale w chmurach dymów fabrycznych, nie mogła się zdobyć nawet w okresie najświetniejszego rozwoju na dostateczną ilość szpitali! To też gruźlica w tem mieście bogactw i nędzy robotniczej zbiera obfite żniwo.

Nowootwarty pawilon jest zaledwie cząstką środków, które Kasa Chorych zamierza użyć do zwalczania gruźlicy. A że plany swe Kasa realizuje szybko, że rozbudowa Tuszynka odbywa się w iście amerykańskiem tempie — wierzyć należy, iż sanatorjum Kasy Chorych m. Łodzi już w niedalekiej przyszłości odegra ważną rolę na polu walki z okropnym wrogiem robotniczej Łodzi — gruźlicą.

Stanisław Górniak.

OTWARCIE I-GO KURSU DLA PRACOWNIKÓW KAS CHORYCH—OKR. ZW. K. CH. W POZNANIU.

W dniu 18 lipca b. r. odbyło się otwarcie I-szego kursu dla pracowników Kas Chorych, zorganizowanego przez Okręgowy Związek Kas Chorych w Poznaniu.

Uroczyste otwarcie kursu poprzedzone zostało nabożeństwem w kościele Serca Pana Jezusa na Jeżycach.

Kurs otworzył w obecności dyrektora Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń p. Barańskiego, dyr. St. Krawczyka i wielu innych przedstawicieli Kas tutejszych oraz prelegentów, Komisarz Związku p. dr. St. Rudkowski okolicznościowem przemówieniem, w którem specjalny nacisk położył na konieczność stałego kształcenia się pracowników Kas Chorych.

Następnie p. dr. Rudkowski oddał głos p. dyr. Barańskiemu, który wygłosił pierwszy wykład na temat: „Władze Nadzorcze Kas Chorych".

W dniu tym odbyły się już programem przewidziane wykłady.

W kursie bierze udział 50 urzędników zatrudnionych w Kasach.

Dodać należy, że wszyscy słuchacze, z wyjątkiem kilku, znaleźli wygodne pomieszczenie w gmachu Związku na cały czas trwania kursu.

KRONIKA.

ZE ZJAZDU KAS CHORYCH W NIEMCZECH.

W końcu lipca b. r. obradował przez kilka dni w Królewcu 31-szy Kongres Głównego Związku Kas Chorych w Niemczech, obejmującego ogólno - miejscowe Kasy Chorych, w których ubezpieczonych jest ponad 10 miljonów osób.

W obradach wzięło udział 275 przedstawicieli pracodawców, 661 przedstawicieli ubezpieczonych i 460 funkcjonarjuszy Kas. Jako reprezentanci władz byli obecni: z ministerstwa pracy dyrektor **Grieser,** z ministerstwa spraw wewnętrznych prof. dr. **Taube,** z państwowego urzędu ubezpieczeń dr. **Traenkner,** z państwowego urzędu zdrowia dr. **Bogusat,** z urzędu statystycznego dr. **Wogan** i wielu innych. Międzynarodowe Biuro Pracy reprezentował dr. **Stein.**

Z licznych mów powitalnych wspomnieć należy o przemówieniu dyr. **Griesera,** który wskazał na to, że ubezpieczenie chorobowe jest strażnicą najcenniejszego dobra, jedną z najwydatniejszych wspólnot oszczędnościowych, intelektualno - moralną szkołą, instytucją wyzwolenia godności ludzkiej robotnika. Udzielenie instytucji tej prawa samorządu było decyzją o genjalnej wielkości. Samorządowi i pracownikom Kas Chorych wyraża pełne uznanie i podziękowanie.

Po raz pierwszy reprezentowany był na zjeździe Lipski Związek lekarzy, którego przedstawiciel dr **Lautsch** w przemówieniu powitalnem podziękował za zaproszenie i wyraził nadzieję, że uda się tak unormować stosunek Kas Chorych do lekarzy, aby ci stali się odpowiedzialnymi organami Kas.

Sprawozdanie z działalności Związku złożył **Lehmann,** który m. in. wskazał na to, że 96 proc. wszystkich Kas Związku wprowadziło pomoc dla rodzin ubezpieczonych. Mimo wszelkie przeciwności i ataki wrogów, rozszerzono opiekę i pomoc dla rekonwalescentów i opiekę nad dziećmi. Sprawozdawca występuje przeciw powiększaniu liczby Kas cechowych i zastępczych, co prowadzi do uwstecznienia całego ubezpieczenia, gdyż spełnić zadanie swoje może ubezpieczenie społeczne tylko przez zjednoczenie wszystkich sił w wielkich organizacjach.

Po ożywionej dyskusji przyjęto jednogłośnie rezolucję, w której powiedziano:

„31-szy Zjazd niemieckich Kas Chorych ubolewa szczerze, że ustawodawca zdecydował się w 3-ciej noweli do II Księgi Ordynacji ubezpieczeniowej dopuścić do tworzenia nowych Kas zastępczych w ubezpieczeniu chorobowem. Przez to podcina się społeczną ideę obowiązkowego ubezpieczenia na korzyść samolubstwa stanowego i otwiera się Kasom zastępczym drogę do żądania dalszych przywilejów. Stanowi to uwstecznienie w dziedzinie polityki socjalnej i musi zaszkodzić sławie ojczyzny ubezpieczeń społecznych. Tkwi w tem zarazem niebezpieczeństwo, że przymusowe Kasy, przez dalszy ubytek dobrych ryzyk, utracą zdolność sprostania swym zadaniom.

Kasy zastępcze stanowią poważne naruszenie zasady wspólnoty losowej ,na której opiera się ubezpieczenie chorobowe. Ustawodawstwo musi więc uczynić wszystko, aby ubezpieczenie chorobowe, zamiast je osłabiać przez dalsze rozdrabnianie, doprowadzić do najwyższej wydajności przez zjednoczenie wszystkich sił. Temu celowi służy tworzenie okręgowych związków przymusowych, do których mają należeć wszystkie rodzaje Kas, nie wyłączając zastępczych. Tylko na tej drodze może ubezpieczenie chorobowe spełnić swoje wielkie społeczne zadania".

Do drugiego punktu porządku dziennego o **Międzynarodowej Konferencji Pracy w sprawie ubezpieczenia chorobowego** referował dr. **Stein** z M. B. P. Poinformował on Zjazd o wynikach prac Konferencji i rozprawił się zasadniczo z przeciwnikami ubezpieczeń społecznych. Podniósłszy zasługi Niemiec około dojścia do skutku międzynarodowej Konwencji, podkreślił ogromne znaczenie wywalczenia minimum pomocy i opieki lekarskiej dla miljonów i miljonów ludzi pracy całego świata.

Bardzo interesujący referat **o społeczno - higjenicznem uświadamianiu ludu** wygłosił prof. dr. **Adam,** a po dyskusji uchwalono następującą rezolucję:

„31-szy Zjazd niemieckich Kas Chorych podkreśla ponownie wielkie znaczenie społeczno - higjenicznego uświadamia-

nia ludu dla utrzymania zdrowia zwłaszcza ubezpieczonej w Kasach Chorych ludności. Kasy Chorych muszą uważać za swój obowiązek wobec kultury wzmożenie i pogłębienie swej pracy na tem polu. Przedsięwzięcia pouczające, jeśli mają być skuteczne, muszą być częściej powtarzane. Muszą być planowo prowadzone we wszystkich okręgach. Największą wagę przywiązywać należy do codziennej akcji przez organy Kas Chorych, organizacje pracodawców i związki robotnicze. Wszelkie poczynania i przedsięwzięcia innych organizacyj w dziedzinie społeczno - higjenicznej mają być przez Kasy Chorych najenergiczniej popierane. Społeczno - higjeniczna służba oświatowa wśród ludu powinna się posiłkować wszelkiemi środkami propagandy, nietylko ulotkami i czasopismami, ale także żywem słowem, filmem, przezroczami i radjofonją. Wystawy i sportowe imprezy są również środkiem propagandy na rzecz zdrowia i powinny znaleźć poparcie Kas Chorych.

Wszystkie wynikające stąd oszczędności w rachunku świadczeń powinny być zużyte na rozszerzenie akcji uświadamiającej na polu społeczno - higjenicznem. Gdzie brak odpowiednich organizacyj tego rodzaju, tam Kasy powinny same wystąpić z inicjatywą. W wydziałach miejscowych dla społeczno-higjenicznego uświadamiania ludu Kasy Chorych powinny brać czynny udział".

W drugim dniu obrad zajmował się Zjazd sprawą „Wspólnoty pracy dla ochrony zdrowia", sprawą udziału Kas Chorych w walce z chorobami wenerycznemi, opieką nad niemowlętami, walką z chorobami zawodowymi i powziął w każdej z tych spraw odpowiednie rezolucje.

W ostatnim dniu Zjazdu omawiana była m. in. także sprawa stosunku między lekarzami i Kasami, a to na podstawie referatu dyr. **Okrass'a,** który oparł swoje wywody na następujących tezach:

1-o Zdrowie i siła niemieckiego narodu zależą głównie od zapewnienia odpowiedniej pomocy lekarskiej ubezpieczonej w Kasach Chorych ludności. W zgodnej współpracy między lekarzami i Kasami Chorych należy przeto szukać takiego uregulowania sprawy, któreby uwzględniając stosunki gospodarcze, zadowolniło chorych, lekarzy i Kasy.

2-o. Nierzeczowe i nieuzasadnione ataki ze strony organizacyj lekarskich nie powstrzymają Kas Chorych od pracy nad zapewnieniem swoim członkom jaknajlepszej pomocy lekarskiej i od szukania form najlepszej współpracy z lekarzami.

3-o. Obecny nadmiar podaży lekarskiej należy zatamować przez ograniczenie dopływu do studjum medycznego.

4-o. Nieograniczone dopuszczenie lekarzy do praktyki kasowej jest w obecnych warunkach niemożliwe. Kasy nie mogą być zmuszone do zatrudniania większej liczby lekarzy, niż tego wymaga zapewnienie ubezpieczonym najlepszej pomocy lekarskiej.

5-o. Zadawalniające stosunki nastaną wtedy, gdy nadmierne zatrudnienie poszczególnych lekarzy będzie usunięte i więcej uwagi poświęci się sprawie równomierniejszego zatrudnienia wszystkich lekarzy dopuszczonych do praktyki kasowej. Możliwe to będzie przez rozszerzenie systemu „lekarzy zaufania" (Vertrauensärzte), którzy dbać mają o to, aby każdy chory bezzwłocznie otrzymał potrzebną mu pomoc, a każdy zdrowy odesłany był do pracy.

6-o. Wynagrodzenie lekarzy według opłat jednostkowych nie odpowiada potrzebom praktyki kasowej i powinno być zastąpione przez wynagrodzenie ryczałtowe.

7-o. Przez wspólną pracę Kas i lekarzy należy dążyć do podniesienia wartości pomocy leczniczej. Nowe pokolenie lekarzy musi posiąść większe wykształcenie w dziedzinie medycyny społecznej i ubezpieczeniowej jakoteż w higjenie społecznej.

8-o. Podniesienie poziomu pomocy lekarskiej da się zupełnie dobrze pogodzić z oszczędną polityką gospodarczą.

9-o. Sprawiedliwa ocena Kas Chorych przez lekarzy musiałaby w konsekwencji utorować drogę do ściślejszej i odpowiedzialnej współpracy lekarzy w ubezpieczniach społecznych.

Z KAS ZASTĘPCZYCH W NIEMCZECH.

Z pośród licznych kas zastępczych w Niemczech najpoważniejszą grupę stanowią Kasy handlowców, z których niektóre, jak np. Kasa w Barmen, mają do 300.000 członków. Ze sprawozdania Związku tych Kas za r. 1926, obejmującego 21 Kas, wynika, że ponad 40% ich członków stanowią dobrowolnie ubezpieczeni, z czego sprawozdanie wyciąga słuszny wniosek, że „granica zarobkowa, do której obowiązuje przymus ubezpieczeniowy, jest zbyt niską i wymaga koniecznie podwyższenia". Na każde 100 członków liczą te Kasy 28,7 kobiet, podczas gdy w kasach ogólno-miejscowych jest na 100 członków 43 kobiety. Na 100 ubezpieczonych przypada w tych Kasach 69 członków rodzin, a w kasach ogólno-miejscowych 72.

Przeciętna składka roczna w tych kasach wynosi 105,20 mk., podczas gdy w kasach ogólno-miejscowych wynosi tylko 76,07 mk.

Z porównania wydatków w tych dwóch typach Kas wynika:

Wydatki na	Kasy zastępcze		Kasy ogólno-miejscowe	
	mk. na 1 ubezp.	w %% wydatków	mk. na 1 ub.	w %% wydatk.
zasiłki pieniężne	17,20	19,1	23,—	33,40
pomoc lekarską	31,59	35,0	13,68	20,04
pomoc dentystyczną	10,70	11,9	2,51	3,64
lekarstwa	16,63	18,5	8,14	11,76
szpitale	8,16	9,1	9,52	13,75
zasiłki pogrzebowe	1,01	1,1	0,84	1,18

Widzimy tu w Kasach zastępczych przerost wydatków na pomoc lekarską i na lekarstwa, przy równoczesnem zupełnie niedostatecznem odszkodowaniu ubezpieczonych przy niezdolności do zarobkowania.

Administracja Kas zastępczych okazuje się również zupełnie niezadawalniającą, a jest droższą niż w Kasach ogólno-miejscowych. W tych pierwszych na 1 urzędnika Kasy przypada 372 ubezpieczonych, a w drugich 691. Na każdego ubezpieczonego przypada:

Koszty administracji:	Kasy zastępcze	Kasy ogólno-miejscowe
	w markach	
personalnej	8,43	5,00
rzeczowej	4,14	1,03
ogółem	12,57	6,08

W stosunku do ogółu wydatków wynoszą koszty administracji w Kasach zastępczych 12,3%, a w Kasach ogólno-miejscowych 8,79%.

USTAWA O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNEM WE FRANCJI.

Od siedmiu lat toczy się we Francji walka o ubezpieczenie społeczne robotników, a w walce tej, która różne już przechodziła fazy, najzawziętszy opór szedł ze strony przemysłowców i prywatnych towarzystw ubezpieczeniowych. Obecnie senat francuski uchwalił już odnośny projekt, obejmujący ubezpieczenie na wypadek choroby, inwalidztwa i starości. Ubezpieczenie jest przymusowe dla wszystkich pracujących w stosunku na-

jemnym, liczących od 16 do 60 lat i nie zarabiających więcej, niż 15.000 fr. na rok (bez rodziny i dzieci). Jeżeli ubezpieczony ma na utrzymaniu dziecko do lat 16 lub kogoś z rodziców, to granica zarobkowa wynosi 18.000 fr., przy dwóch dzieciach 20.000 fr. i t. d. za każde dziecko po 2.000 fr. Ustawa nie czyni żadnej różnicy między dziećmi ślubnemi, nieślubnemi lub przybranemi. Przy obliczeniu zarobku robotników, mających rodziny na utrzymaniu, nie uwzględnia się pobieranych przez nich ewentualnie dodatków rodzinnych. Prawo do dobrowolnego ubezpieczenia się ma każdy obywatel francuski, który nie zarabia ponad określone poprzednio normy, nie przekroczył 50 roku życia i może przedłożyć świadectwo lekarskie, dowodzące, że nie jest chronicznie chory. Oprócz dopłat skarbu państwa, składka wynosi 10% zarobku, a opłacają ją po połowie pracodawca i robotnik.

PRZEGLĄD PISM I KSIĄŻEK.

„OCHRONA SPOŁECZNA" w N-rze 6-tym w artykule p. t. „W jaki sposób mogą Kasy Chorych podnieść zdrowotność ogółu" — rozwija myśl ustanowienia przez Kasy sanitarjuszek rejonowych, których głównem zadaniem byłoby uświadomienie szerokich mas o życiu higjenicznem i o możności zapobiegania różnym chorobom. Tworzyłyby one stały łącznik między lekarzem i Kasą a ubezpieczonym, musiałyby odwiedzać rodziny ubezpieczonych, niezależnie od tego, czy w danej chwili jest w nich ktoś chory, czy też nie. W razie choroby pierwszą instancją, którąby musiała być uwiadomioną o wypadku — z wyjątkiem zasłabnięć nagłych — powinna być sanitarjuszka. Ona zbiera doniesienia i wydaje przekazy do lekarzy, ma nadzór nad chorymi i czuwa nad wypełnieniem przez nich poleceń lekarza.

„NOWINY SPOŁECZNO-LEKARSKIE", zesz. 9/10 z 1 sierpnia, zawierają m. in. Memorjał Naczelnej Izby Lekarskiej w sprawie projektu ustawy ogólnej o ubezpieczeniach społecznych. Cały materjał ocieka wprost troską o dobro mas ubezpieczonych i o dobro tych nawet, którzy ubezpieczeniu nie podlegają, a tylko ubocznie występuje w obronie stanu lekarskiego. Memorjał, jako zwierciadło sposobu myślenia kierowniczych organów stanu lekarskiego, zasługuje na szczegółową analizę, do której jeszcze w „Przeglądzie" wrócimy. Dla charakterystyki poziomu tego myślenia zaznaczamy dziś tylko, że memorjał wspomina parokrotnie o tem, że na podstawie nowej ustawy lecznictwu kasowemu podlegać będzie **80% ludności,** co dowodzi, że autorzy memorjału albo nie wiedzą co to znaczy %, albo nie wiedzą ile Polska ma ludności i jaka jest jej struktura społeczno-zawodowa.

„DIE ARBEITER — VERSORGUNG" Nr. 20.

Słyszy się u nas często opinję, że lepiej zarabiający pracownicy nie powinni podlegać przymusowi ubezpieczeniowemu, gdyż najczęściej ze świadczeń wcale nie korzystają i są w stanie radzić sobie w potrzebie bez pomocy instytucji ubezpieczeniowej. Pogląd taki, wygłaszany często, zwłaszcza przez sfery lekarskie, nie liczy się z rzeczywistością, która dowodzi, że niekorzystanie z urządzeń instytucyj ubezpieczeniowych — zwłaszcza z urządzeń Kas Chorych — coraz bardziej zanika, a jeżeli jeszcze gdzieniegdzie trwa, to tylko siłą inercji, a następnie, że „lepiej zarabiający" pracownicy coraz trudniej dają sobie radę o własnych siłach i tam nawet, gdzie nie istnieje przymus ubezpieczeniowy, tworzą sobie sami instytucje zastępcze.

Potwierdzają to m. in. stosunki w Niemczech, gdzie np. urzędnicy publiczni (państwowi, komunalni i t. p.), choć z pewnością mogą być uważani za „lepiej zarabiających", w przeważającej większości należą do instytucyj ubezpieczeniowych, gdyż zmusza ich do tego twarda konieczność życiowa. Interesujące uwagi i dane liczbowe w tej sprawie znajdujemy w artykule dra P. Frey'a p. t. „Opieka nad chorym urzędnikiem publicznym" w Nrze 20 czasopisma „Die Arbeiter - Versorgung". Autor nawiązuje do uchwały Komisji parlamentu niemieckiego, wzywającej rząd do „jaknajrychlejszego zakończenia prac w kierunku stworzenia jednolitego ustawowego ubezpieczenia urzędników państwowych na wypadek choroby", i stara się obliczyć, jaki jest obecnie stan tego ubezpieczenia.

Prywatne towarzystwa ubezpieczeń zapewniają pomoc na wypadek choroby zaledwie dziesiątej części urzędników publicznych, których w Niemczech oblicza się na 1½ miljona (wraz z nauczycielami). Oprócz tych **150 tys. osób,** mających zapewnioną pomoc prywatnych towarzystw ubezpieczeniowych, **około 600 tysięcy urzędników objętych jest ubezpieczeniem publicznem,** t. j. w instytucjach, bądź prowadzonych przez same władze publiczne, bądź też przy ich czynnym współudziale. Do tych instytucyj należą: 1) Kasa Chorych urzędników kolejowych, licząca około 330 tysięcy ubezpieczonych, 2) Kasa Chorych urzędników poczty i telegrafu, obejmująca około 150 tys. członków, 3) Kasa Chorych bawarskich urzędników państwowych z 18 tysiącami członków i 4) Kasa Chorych heskich urzędników, licząca około 6000 członków. Oprócz tego istnieje cały szereg mniejszych Kas lokalnych lub specjalnych, liczących razem około 100 tysięcy ubezpieczonych.

Znaczna część urzędników publicznych posiada surogat ubezpieczenia w **instytucjach społecznych,** zwłaszcza w związkowych Kasach Chorych i stowarzyszeniach zapomogowych na wypadek choroby. Ogółem obejmują one **około 320 tys. urzędników.** Do najliczniejszych wśród nich należą: 1) Kasa Chorych urzędników i funkcjonarjuszy gminnych, mająca swą siedzibę w Koblencji, ale przyjmująca członków z całego państwa i licząca około 80.000 ubezpieczonych, 2) Kasa Chorych pruskiego związku nauczycieli w Magdeburgu, obejmująca 70.000 ubezpieczonych, 3) Kasa Chorych niemieckiego nauczycielstwa z siedzibą w Dortmundzie — 30.000 członków, 4) Kasa urzędników państwowych Saksonji — 22.000 ubezpieczonych, 5) Kasa Chorych nauczycieli Saksonji — 20.000 ubezpieczonych i t. d.

Z powyższych danych wynika, że na 1½ miljona urzędników w Niemczech tylko 400 tysięcy obchodzi się bez ubezpieczenia na wypadek choroby, przyczem nie wiadomo jeszcze czy są to najlepiej zarabiający, których stać na opłacanie lekarzy i lekarstw z prywatnych funduszów, czy też najmniej zarabiający, którzy nie mogą sobie pozwolić na regularne opłacanie składek za ubezpieczenie. W każdym razie dane powyższe dowodzą, że ubezpieczenia społeczne są gospodarczą koniecznością, której podlegają nawet zupełnie dobrze opłacani urzędnicy publiczni tak bogatego kraju jak Niemcy.

W SPRAWIE ADMINISTRACJI FUNDUSZU BEZROBOCIA.

Otrzymaliśmy następujące pismo:

Szanowna Redakcjo!

W N-rze 8 „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych" pomieszczony był artykuł o administracji Funduszu Bezrobocia w latach 1924 — 1925, który działalność tej instytucji poddaje bardzo ostrej krytyce. Nie wchodząc w to, czy krytyka ta jest uzasadniona i o ile postulaty wysunięte przez autora artykułu są racjonalne, chciałbym zwrócić uwagę na zupełnie horrendalny sposób obliczenia przez niego procentu kosztów administracyjnych, gdyż uważam, że **żaden nonsens nie jest dość oczywisty, aby nie mógł być wyzyskany przez przeciwników ubezpieczeń społecznych,** zwłaszcza jeżeli mogą się powołać na tak miarodajne źródło, jakiem jest niewątpliwie „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych". I dlatego uważam, że sprawa wymaga na łamach „Przeglądu" wyjaśnienia i kategorycznego sprostowania.

Obliczenie **procentu** kosztów administracyjnych, dokonane przez Komisję rewizyjną i opublikowane w oficjalnem Sprawozdaniu Funduszu Bezrobocia za lata 1924 — 1925 było niewątpliwie błędne, gdyż brało pod uwagę **koszty administracji w stosunku do ogółu wpływów,** doliczając do nich niesłusznie także **sumy, wypłacone przez Państwo na zapomogi doraźne.** Sumy te nie mogą być uważane za „wpływy" Funduszu Bezrobocia, chociaż za pośrednictwem Funduszu są przekazywane bezrobotnym. Przy takiej niewłaściwej metodzie mogła Komisja rewizyjna dojść do 3,57% kosztów administracyjnych za r. 1924 i do 6,59% za r. 1925.

Ale nie mniej błędne i niewłaściwe jest postępowanie autora powołanego artykułu, podpisującego się „Ubezpieczeniowiec", który **wszystkie koszty administracji, łącznie z niewątpliwemi kosztami prowadzenia państwowej akcji doraźnej, bierze w stosunku do części składek, opłacanej przez pracodawców i ubezpieczonych, a pomija zupełnie część składek opłacaną przez Państwo,** co pozwala mu orzec, że koszty administracji F. B. wynosiły w 1924 r. 20,85% składek, a w 1925 r. 22,16% składek.

Jedyny sprawiedliwy i słuszny sposób ustalenia procentowej wysokości kosztów administracyjnych polegać musi na wyeliminowaniu z rachunku pozycyj, odnoszących się do państwowej akcji doraźnej, za której prowadzenie Fundusz Bezrobocia otrzymuje zwrot kosztów administracyjnych (5% wypłat z akcji doraźnej dla robotników i 2% z akcji doraźnej dla pracowników umysłowych), i **na obliczeniu własnych kosztów administracyjnych Funduszu w stosunku do pełnego przypisu składek, obejmującego również tę część składek, jaką zgodnie z ustawą płaci za każdego ubezpieczonego Skarb Państwa.** Wówczas okaże się, że **koszty administracji Funduszu Bezrobocia wynoszą około 10% przypisu składek.**

„Ubezpieczeniowiec" czyni swoje obliczenia z tego względu, bo obawia się, aby na podstawie błędnych obliczeń Komisji rewizyjnej F. B. nie powstało wrażenie, że „administracja F. B. jest bardzo tania a Kas chorych bardzo droga". Obliczając zupełnie bezpodstawnie koszty administracyjne F. B. na dwadzieścia kilka procent, szkodzi on pokrewnej Kasom chorych instytucji ubezpieczeń społecznych, a nie wyświadcza Kasom Chorych żadnej przysługi.

Łączę wyrazy etc.

O. E.

TREŚĆ:

D. Salamander: Biurokratyzm w lecznictwie.

Dr. med. Brunon Nowakowski: Kasy Chorych a ochrona zdrowia.

Dr. Józef Schreiber: Egoizm zawodowy czy interes ogólny?

Dr. G. C.: Nadzór państwowy nad instytucjami ubezpieczeń społecznych (dokończenie).

Wyrok Sądu Najwyższego w sprawie ściągania składek w Małopolsce.

W sprawie zwrotu przez Związki Komunalne Kasom Chorych połowy kosztów leczenia.

Dr. F. Grodecki: Jakie uprawnienia powinno nadać ustawodawstwo naczelnemu lekarzowi.

Wacław Smulski: O uproszczoną buchalterję w Kasach Chorych.

Kasowiec: O reformę buchalterji w Kasach Chorych.

Prace Kas i Związków.

Kronika.

Przegląd pism i książek.

W sprawie administracji Funduszu Bezrobocia.

Prenumerata:

Rocznie . . . . zł. 18
Kwartalnie . . . „ 4.50
Numer pojedyńczy „ 1.50

Cena ogłoszeń:

1/1 strona za tekstem 200 zł.
II, III i IV strony okładki 250 zł.

Redakcja i Administracja: Lwowska 13, telefon 37-61 Konto P.K.O. Warszawa Nr. 51-150

Redaktor: DR. ALFRED KRIEGER. **Wydawca: OGÓLNO-PAŃSTWOWY ZW. KAS CHORYCH.**

Odbito w drukarni „Robotnika" Warecka 7.