PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN OGÓLNO-PAŃSTWOWEGO ZW. KAS CHORYCH W POLSCE

ROK II | MIESIĘCZNIK | ZESZYT 12

WARSZAWA DN. 1 GRUDNIA 1927.

KS. PROF. ALEXANDER WÓYCICKI.

MIĘDZYN. ZJAZD ORGANIZACJI POSTĘPU SPOŁECZNEGO.

Sprawa międzynarodowego ustawodawstwa społecznego należy do tych, które z trudem torują sobie drogę w opinji publicznej. Są bowiem jeszcze ludzie, którzy nie rozumieją tej prawdy, że pokój wewnętrzny społeczeństw jak i pokój między narodami musi opierać się na przeprowadzonych w życiu zasadach sprawiedliwości społecznej. To też podobnie jak stowarzyszenia przyjaciół Ligi Narodów pracowicie starają się zdobyć opinję publiczną dla idei pokoju powszechnego, a tem samem dla jej genewskiego organu, również liczne organizacje krajowe postępu społecznego czy też polityki społecznej pracują u siebie wewnątrz kraju, tudzież na dorocznych zjazdach międzynarodowych, podbijając światłą opinję publiczną dla sprawy Międzynarodowego Biura Pracy przy Lidze Narodów, stanowiącego skuteczny organ międzynarodowego ustawodawstwa robotniczego.

Tegoroczny zjazd wiedeński należy do najbardziej udanych, tak co do całego swego przebiegu, jak i co do żywotności spraw na nim poruszanych. Poruszono bowiem na nim tak palące sprawy na dobie, jak ochrona pracy a wydajność pracy, międzynarodowa kontrola kredytu, skutki społeczne racjonalizacji w przemyśle, wytyczne ubezpieczenia na wypadek braku pracy, wreszcie ubezpieczenie macierzyństwa i polityka rodzinna.

***

Pierwszy temat dotyczy stosunku ochrony pracy do wydajności pracy. Geneza tej sprawy jest następująca. Bezpośrednio po wojnie atmosfera moralna stała się wielce nieprzyjazną dla reform społecznych, a zwłaszcza dla ośmiogodzinnego dnia roboczego. Ta wrogość szczególnie jaskrawo uwydatniła się w Niemczech, gdzie opinja publiczna wysunęła tezę o niezgodności zasady 8-godzinnego dnia pracy ze sprawą odszkodowania, tezę, której z zacięciem bronili przedstawiciele rządu i społeczeństwa niemieckiego na międzynarodowych konferencjach pracy w Genewie, poczynając od r. 1924.

By przeciwdziałać temu niebezpiecznemu przesądowi, grupa działaczy społecznych, na czele z p. Albertem Thomas zorganizowała międzynarodowy kongres polityki społecznej w Pradze (paźdz. 1924 r.), który stał się wspaniałą międzynarodową manifestacją na rzecz ośmiogodzinnego dnia roboczego. Właśnie na tym kongresie p. Lujo Brentano, stary wytrawny polityk społeczny, przez swą mowę przeciwko uznanej zasadzie ośmiu godzin stał się istnym *turbator chori*. Zmiażdżony w replice przez p. Alb. Thomas, bronił się później w publicystyce niemieckiej na podstawie przeprowadzonej przez się ankiety w kilku wielkich przedsiębiorstwach, która jakoby dowiodła jego twierdzenia; zaś w r. 1925 na międzynarodowym kongresie w Bernie szwajcarskim postawił wniosek, przyjęty przez zgromadzenie, który zalecał sekcjom krajowym stowarzyszenia międzynarodowego dla postępu społecznego, aby wpłynęły na swe rządy celem zorganizowania ankiet, zmierzających do wykazania wpływu, jaki wywarły zmiany, wprowadzone w długości pracy, na wydajność pracy robotników. Projektodawcy, dzięki stanowisku, jakie zajmują w nauce niemieckiej, udało się przez wpływowy *Verein für Sozialpolitik*, tudzież przez wybitnych posłów do parlamentu spowodować zorganizowanie przez rząd niemiecki wielkiej ankiety co do położenia gospodarczego rzeszy niemieckiej, a w związku z niem co do wpływu 8-godzinnego dnia na wydajność pracy.

Verein für Sozialpolitik, współpracując z Komisją ankietową, ze swej strony wyłonił podkomisję na czele z prof. Heyde (Berlin), której zadaniem było ustalić metodologję badań o długości pracy — celem ułatwiania ankiet urzędowych.

Właśnie prezes tej podkomisji prof. Heyde w Wiedniu zreferował jej prace, stanowiące nie tylko praktyczne ułatwienie wielkiej ankiety rządowej, ale i poważny przyczynek naukowy, metodologiczny. Wyłoniona przez międzynarodowe Stowarzyszenie dla Postępu Społecznego Komisja dla zbadania tej sprawy pod przewodnictwem p. Fontaine i p. Heyde uzna-

ła, że należy zalecić sekcjom krajowym Stowarzyszenia, iżby przeprowadzano w innych krajach podobne badania na podstawie wskazanej metody; wprawdzie podobne ankiety są zbyt kosztowne, (ankieta niemiecka kosztowała rząd niemiecki 10 miljonów marek), i powtarzałyby zbytecznie tę samą robotę. wszakże zaleca się spopularyzować przez sekcje narodowe przynajmniej rezultaty komisji niemieckiej. Zjazd przeto jednomyślnie przyjął rezolucję następującą:

„Drugie Zgromadzenie delegatów Stowarzyszenia Postępu Społecznego uznaje znaczenie urzędowej ankiety niemieckiej o stosunku między godzinami pracy, zarobkami i wydajnością pracy. Nie wchodząc w dyskusję nad szczegółami metod, stosowanych w ankiecie niemieckiej, Stowarzyszenie uważa, że metoda ta stanowi ścisłą podstawę naukową dla późniejszych badań metodycznych ze strony sekcji poszczególnych krajów. Wobec tego zwracamy się z prośbą do Komisji Fontaine-Heyde, by po zakończeniu prac ankiety niemieckiej zabrała się na nowo, celem powzięcia uchwały co do wyników praktycznych niemieckiej metody oraz jej zastosowania w ankietach państw innych.

***

Bardziej praktyczną i palącą od poprzedniej sprawą, jaka zajęła uwagę Zjazdu, była sprawa ustalenia podstawowych zasad ubezpieczeń na wypadek braku pracy. Referował ją taki znawca przedmiotu, jak p. Henryk Fuhs, urzędnik Międzynarodowego Biura Pracy w Genewie, dobrze znany w Warszawie, choćby ze świetnego odczytu, jaki przed 1½ roku wygłosił u nas w Polskiem Towarzystwie Polityki Społecznej.

Referent za podstawę do dyskusji wziął punkty następujące: 1) obowiązkowe czy dobrowolne ubezpieczenie, 2) powszechność ubezpieczeń czy też ograniczenie do niektórych gałęzi przemysłu lub zawodu, 3) określenie zajęcia „odpowiednie", 4) zasiłki ubezpieczeniowe w czasie przymusowego braku pracy, pochodzącego pośrednio z zatargów zbiorowych, 5) zasiłki ubezpieczeniowe dla bezrobotnych sezonowych, 6) zasiłki dla bezrobotnych obcokrajowych, 7) zasiłki dla bezrobotnych w czasie krótkotrwałego lub powtarzającego się braku pracy, 8) świadczenia ubezpieczeniowe i powrót bezrobotnych do pracy, 9) stopa zasiłków, i czas trwania zasiłków przyznawanych, 10) finansowa organizacja ubezpieczenia, jego administracja i scalanie ubezpieczenia według gałęzi przemysłu, wreszcie 11) unifikacja czy też łączenie ubezpieczenia na wypadek bezrobocia z innemi rodzajami ubezpieczeń społecznych.

Ten aktualny temat wywołał dużą rozmaitość poglądów już w odpowiedziach sekcji krajowych na kwestjonarjusz, rozesłany przed rokiem przez Stowarzyszenie. Odpowiedzi te streścił w swym referacie p. Fuhs, podkreślając wyraźny podział, zwłaszcza na dwa obozy: przeciwników przymusowego ubezpieczenia i jego zwolenników [1]). Podział ten uwydatnił się jeszcze bardziej w ożywionej dyskusji, jakoteż na komisji *ad hoc* wyłonionej, gdzie dzięki wyjątkowemu taktowi referenta, współpracy delegata polskiego inż. Dreckiego, udało się znaleźć formułę kompromisową dla kwestji spornych.

Tak więc w pierwszej zasadniczej sprawie — obowiązkowość czy wolność ubezpieczenia — zgromadzenie, uznając w zupełności wielką rolę, jaką w dziejach postępu społecznego odegrały systemy ubezpieczenia dobrowolnego na wypadek braku pracy, i nie zapoznając doniosłości usług, jakie systemy te, stosowane przejściowo lub uzupełniająco, mogą jeszcze oddać pracownikom i wogóle gospodarstwu społecznemu, wyraża przekonanie, że ubezpieczeniu na wypadek braku pracy należy nadać charakter obowiązkowego tam, gdzie ono jeszcze tego charakteru nie posiada.

I w sprawie powszechności ubezpieczeń, zjazd wypowiedział wyraźne swe zdanie, iż jest rzeczą pożądaną, by obowiązek powyżej określony, był stopniowo rozszerzany na wszystkich pracowników najemnych oraz zatrudnionych na podstawie umowy pracy, a w tem i pracowników umysłowych, robotników rolnych, służbę domową, chałupników i pracowników małych przedsiębiorstw. Również uznał zjazd, iż jest rzeczą pożądaną, by zostały podjęte badania nad możnością stosowania ubezpieczenia na wypadek braku pracy do rzemieślników i robotników niezależnych; zaś do czasu ogólnego rozciągnięcia obowiązku ubezpieczenia na wypadek braku pracy na wszystkich pracowników najemnych jest rzeczą pożądaną, jak głosi przyjęta rezolucja, by władze publiczne udzieliły subwencji kasom dobrowolnego ubezpieczenia, zakładadanym przez pracowników, nie podlegających jeszcze obowiązkowi ubezpieczenia.

Uznano też, iż w żadnym wypadku bezrobotny ubezpieczony nie powinien być zmuszany przez instytucję ubezpieczeniową do przyjęcia zatrudnienia, które spowodowałoby dla niego jakąś szkodę gospodarczą, fizyczną lub moralną. t. j. zatrudnienia, w któremby zastępował innego pracownika strajkującego lub objętego lokautem, albo też zatrudnienia, którego warunki są sprzeczne z przepisami publicznemi, tyczącemi się ochrony pracy, lub innemi, względnie sprzeczne z postanowieniami zbiorowej umowy o pracę, stosującej się do zawodu, względnie przemysłu, i do danego miejsca, lub w razie braku takich szczegółowych postanowień, sprzecznych ze zwyczajami, panującemi w danej chwili; wreszcie zatrudnienia, które nie odpowiada zdolnościom zainteresowanego i które byłoby poważną przeszkodą do późniejszego podjęcia przez bezrobotnego zatrudnienia w swym zawodzie, z zastrzeżeniem zresztą tych zmian zawodu, które były uważane za konieczne, zwłaszcza wskutek niedostatecznych widoków na znalezienie przez bezrobotnego takiego zatrudnienia w krótkim okresie czasu.

Celem stosowania tych zasad — głosi dalej rezolucja — i uregulowania w sposób słuszny wszystkich wypadków nieprzewidzianych należy korzystać ze współudziału komisji bezstronnych, obejmujących w równej liczbie przedstawicieli pracowników i pracodawców.

Jeżeli bezrobocie przymusowe powstało na tle zbiorowego zatargu, w którego załatwieniu bezrobotni przymusowi są bezpośrednio zainteresowani, nie powinni oni otrzymywać zasiłków ubezpieczeniowych, dopókąd trwa zatarg. Zalecono też sekcjom krajowym

[1]) Patrz „L'Avenir du Travail", tom V, r. 1927, str. 140 i nast. Przegląd ten jest organem Międzynarodowego Stowarz. dla Postępu Społecznego.

Stowarzyszenia, by zbadały wyniki zarządzeń, przedsięwziętych w celu pokoju społecznego, zarówno w Wielkiej Brytanji jak w Belgji, w sprawie traktowania jako bezrobotnych przymusowych pracowników, którzy porzucili swe zatrudnienie w wyniku czy to niezachowania przez przedsiębiorcę warunków umowy zbiorowej, czy też wskutek odmowy przedsiębiorcy przystąpienia do normalnej procedury pojednawczej lub rozjemczej czy niezastosowania się do orzeczenia rozjemczego.

Co do bezrobotnych sezonowych, to Zjazd uznał, iż nie jest pożądanem, aby pracownicy, pozbawieni pracy w czasie mniej lub więcej martwego sezonu przedsiębiorstwa ich lub zawodu byli systematycznie pozbawiani zasiłków; o ile nie mogą być zupełnie zrównani z innymi bezrobotnymi, to koniecznem jest, aby przedsięwzięto specjalne starania celem przyjścia im z pomocą. Natomiast pracownicy cudzoziemcy winni być traktowani narówni z pracownikami krajowymi w stosunku do instytucji ubezpieczeniowej na wypadek braku pracy. Stowarzyszenie zaleciło sekcjom narodowym prowadzenie akcji, mającej na celu ratyfikowanie przez wszystkie państwa międzynarodowej konwencji waszyngtońskiej, dotyczącej bezrobocia.

Dalej, krótkotrwałe a powtarzające się bezrobocie winno być objęte przez instytucje ubezpieczeniowe. W tym celu koniecznem jest i wystarczającem, by przepisy, tyczące się okresu wyczekiwania, zawierały postanowienia, w myśl których krótkie okresy bezrobocia, powtarzające się w krótkich odstępach czasu, nie były wykluczone z odszkodowania.

Co do częściowego bezrobocia, jest pożądanem, by przeprowadzić badania we wszystkich krajach w sprawie możliwości objęcia tego ryzyka przez ubezpieczenie, ze szczególnem uwzględnieniem zarządzeń, wydanych w tym celu w różnych krajach.

Do punktu ósmego stwierdzono jednogłośnie, iż jest rzeczą konieczną, by instytucje ubezpieczeń na wypadek bezrobocia nie poprzestawały na udzielaniu zasiłków bezrobotnym, lecz były uzupełnione przez biura pośrednictwa pracy, o ile możności jaknajdoskonalsze; bowiem zasadniczym celem ubezpieczenia winien być powrót bezrobotnych do pracy w jak najkrótszym możliwie czasie. W myśl zasad powyższych, działalność ubezpieczenia na wypadek bezrobocia będzie ułatwiona, jeśli współpracować z niem będą w sposób mniej lub więcej ścisły, inne instytucje, mające na celu zapobiec lub zmniejszyć bezrobocie (czynniki kierujące robotami publicznemi), ułatwić powrot do pracy bezrobotnym za pomocą przeszkolenia zawodowego, dostarczenia narzędzi i ubrań do pracy lub innych środków.

Wysokość zasiłków winna być zróżniczkowana z uwzględnieniem zwykłego zarobku ubezpieczonego bez różnicy płci. Wysokość zasiłku ma pozwolić bezrobotnemu na prowadzenie pewnego minimum odpowiedniego życia w społeczeństwie cywilizowanem. Dla bezrobotnego, obarczonego rodziną, zasiłek podstawowy winien być uzupełniony przez świadczenia dodatkowe. Wszakże mają być utrzymane dostateczne różnice między wysokością zasiłku a wysokością zarobku, iżby skutecznie pobudzić robotnika do podjęcia pracy.

Do punktu dziesiątego rezolucja głosi, że odszkodowanie za bezrobocie zwykle jest ograniczone do pewnej liczby tygodni, w roku; gdy bezrobocie przekracza ten okres, to koniecznem jest, by przedsiębrano środki celem przedłużenia zasiłków. W razie przewlekłego, długotrwałego bezrobocia należy ze szczególną uwagą uwzględnić możność zmiany zawodu, którą bezrobotny musiałby przyjąć, następnie — czy wchodzące w rachubę jednostki są w dalszym ciągu zdolne do pracy i czy nie winny obciążać innych instytucji, niż ubezpieczenie na wypadek bezrobocia.

Zastosowanie tych zarządzeń winno dokonywać się ze współudziałem przedstawicieli pracodawców i pracowników.

Zjazd stwierdził, że ciężary ubezpieczeń są uzyskiwane w różnych krajach na podstawie różnych zasad. Wogóle zalecił on repartycję tych obciążeń między władze publiczne, pracodawców i pracowników.

W sprawie administracji instytucji ubezpieczeniowej, zgromadzenie jest zdania, iż ubezpieczenie na wypadek bezrobocia winno być zarządzane z odpowiedzialnym współudziałem organizacyj robotniczych, względnie ciał parytatywnych.

W dalszym punkcie zjazd stwierdza, że wedle panującego obecnie poglądu, należy wprowadzić zasade solidarności między rozmaitemi gałęziami przemysłu lub zawodami w zakresie ryzyka na wypadek bezrobocia oraz spowodować ich udział w ogólnym systemie ubezpieczenia na wypadek braku pracy. W krajach, gdzie przeważa specjalizacja ubezpieczenia lub zawodu, należy w drugim rzędzie ustanowić, przez wprowadzenie wspólnego funduszu reasekuracyjnego, solidarność między różnemi organami ubezpieczeń, obejmującemi poszczególne zawody lub gałęzie przemysłu.

W pełnym systemie ubezpieczenia społecznego administracja poszczególnych działów ubezpieczenia może być prowadzona w sposób bardziej ekonomiczny przez ustanowienie pewnych związków poszczególnych działów, zwłaszcza o ile chodzi o pobieranie składek zarówno w czasie, gdy ubezpieczony nie ulega żadnemu z ryzyk, objętych przez daną instytucję, jak i wtedy, gdy jedno z tych ryzyk zaistniało dla niego. Należy ustalić zasady celem uregulowania wzajemnej substytucji zasiłków, odnoszących się do różnych ryzyk w tych wszystkich wypadkach, gdy natura ryzyka, którem dana jednostka jest dotknięta, zmieniła się, np. gdy bezrobotny wskutek braku pracy stał się chorym albo inwalidą lub też odwrotnie, gdy ubezpieczony, dotknięty czasową niezdolnością do pracy, nie znajduje zatrudnienia natychmiast po swem wyzdrowieniu.

Organizacja ubezpieczenia na wypadek bezrobocia winna z drugiej strony być związana ściśle z urzędami pośrednictwa pracy i wszelkiemi innemi instytucjami, mającemi na celu, jako czynniki regulujące, kierować robotami publicznemi oraz innemi, których zadaniem jest wprowadzić większą stałość w postępie gospodarczym i wskutek tego większą stałość w zatrudnieniu pracowników.

***

Następny referat o „Międzynarodowej kontroli nad kredytem" wygłosił p. Max Lazard, finansista paryski, prezes francuskiego Stowarzyszenia dla wal-

ki z bezrobociem. Jeszcze na zjeździe w Bernie szwajcarskim r. 1925 poruszył on myśl, że Międzynarodowe Stowarzyszenie dla Postępu Społecznego winno zająć się nie tylko sprawami robotniczemi, ale rozszerzyć swój program przez badanie zagadnień gospodarczych i finansowych, mających stosunek bezpośredni z dobrobytem ogólnym, w którego ramach znajduje się dobrobyt robotniczy.

Zatem w kompetencji Stowarzyszenia leży badanie głównych instytucji życia gospodarczego w związku z dobrobytem świata pracy, iżby następnie projektować reformy, popierające ten dobrobyt w ramach dobrobytu ogólnego. Kontrola kredytu jest potrzebna po to, aby usunąć chorobę niestałości gospodarczej.

W dyskusji potwierdzono główne wywody referenta. Przedstawiciel Stanów Zjednoczonych prof. Fisher, podniósł, że niestałość pieniądza stanowi główną przyczynę bezrobocia; jego zdaniem stabilizacja pieniądza to sprawa dziś najbardziej paląca; a gdy chodzi o robotników, to są oni pierwszą ofiarą inflacji zarówno jak i deflacji. W Niemczech np. — twierdził p. Fisher — więcej złego zrobiła inflacja, niż nawet wojna. I polityka deflacyjna jest niedobra; i przy niej robotnik pada ofiarą. Zatem nietrzeba dopuszczać i do deflacji, ale wszystkiemi siłami rozwijać w kraju życie gospodarcze i sprawiedliwość społeczną. W polityce gospodarczej każdego kraju ogromną rolę gra badanie ruchu cen, albowiem ceny w życiu gospodarczem są tem, czem jest obieg krwi w organizmie ludzkim.

***

Na zakończenie przyjęto rezolucję, w której mówi się, że usunięcie przejawów niestałości gospodarczej, zależnych od czynnika monetarnego, wymaga przedewszystkiem istnienia zdrowego pieniądza, posiadającego stałą siłę nabywczą, że w obecnym stanie cywilizacji pieniądzem zdrowym jest pieniądz oparty bezpośrednio lub pośrednio na złocie. Dalej rezolucja twierdzi, że skutki polityki monetarnej lub bankowej narodu nie zamykają się w granicach tegoż narodu, lecz mają nieunikniony oddźwięk w handlu światowym; ta polityka z konieczności wywołuje kwestje międzynarodowe; międzynarodowa polityka monetarna wymaga umów między centralnemi instytucjami emisyjnemi w zakresie rozdziału, obiegu lub składów kruszców czy dewiz; wymaga ona też usiłowań celem ustosunkowania się stopy wzajemnego redyskonta banków centralnych; łącznie z polityką kruszców, dewiz i redyskonta należy też poczynić wysiłki, by w sprawie kredytu handlowego wprowadzić w grę nie tylko kryterja indywidualistyczne zysków wierzyciela lub wypłacalności dłużnika, ale nadto kryterjum zbiorowe całokształtu ułatwień kredytowych. Pod tym względem pożądanem jest, by kontrola niektórych centralnych banków emisyjnych na rynku monetarnym była wzmocniona. Z pośród danych, które winny być brane pod uwagę przy normowani u całokształtu kredytu, a zwłaszcza celem ujawnienia wpływu czynnika monetarnego w produkcji i podziale dóbr, znajduje się szczególnie ruch zwyżkowy lub zniżkowy ogólnego wskaźnika cen.

Wysiłki, jakie należy poczynić celem uniknięcia szkodliwego wpływu wahań w wartości monety i zapewnić kontrolę kredytu winny iść przedewszystkiem w kierunku propagandy i wychowania; środki ustawodawcze ewentualnie proponowane winny być jak najostrożniejsze i dyskretne; niemniej wszakże władza publiczna niema prawa cofać się przed odpowiedzialnością, spadającą na państwo jako gwaranta monety krajowej.

Dlatego Zarząd Stowarzyszenia ma komunikować komitetowi „Banking and Currency Comélttee" Izby Przedstawicieli Stanów Zjednoczonych o całokształcie prac Stowarzyszenia co do międzynarodowej kontroli kredytów i okazywać im zainteresowanie, z jakiem Stowarzyszenie śledzi prace tego komitetu w kierunku stabilizacji monety, następnie wzywa sekcje krajowe do prowadzenia w ramach gospodarczych danego kraju badań nad zagadnieniami teoretycznemi i praktycznemi barometrów ekonomicznych i wskaźników cen; do pracy nad rozwojem nauczania ekonomji popularnej, zwłaszcza szerzenia idei, że dobry stan organizmu gospodarczego zależy nie tyle od mniejszej czy większej siły nabywczej pieniądza, ile od stałości tej siły nabywczej.

(D. c. n.).

ALFRED KRIEGER.

NACZELNA IZBA LEKARSKA O PROJEKCIE USTAWY O UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH.

Naczelna Izba Lekarska ogłosiła w prasie lekarskiej (p. Nowiny społeczno - lekarskie Nr. 9 — 10) swój Memorjał w sprawie projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznem, złożony Ministerstwu Pracy.

W Nr. 9 naszego pisma stwierdziliśmy już fakt ogłoszenia Memorjału, dzisiaj zajmiemy się nim nieco dokładniej.

N. I. L. stwierdza, iż „przedstawia swoje uwagi w sprawie rzeczonego projektu, oświetlając go ze strony lekarskiej, mianowicie pod (?) względem interesu ubezpieczonych, interesów nauki lekarskiej i stanu lekarskiego, a pozostawiając na stronie (?) bardzo nastręczające potrzebę krytyki inne zarządzenia".

Pozostawiamy „na stronie" język i styl memorjału a zajmiemy się jedynie jego wywodami rzeczowemi.

Autor memorjału, ograniczając się tylko — jak twierdzi—do omówienia szeroko pojętej strony lekarskiej projektu dobrze się zasłużył Izbie Naczelnej. Jak wyglądałaby bowiem ogólna krytyka projektu, gdyby nim zajęto się nieco szerzej, świadczą następujące argumenty:

1) Twierdzi memorjał, iż projekt „zajmuje się sprawą lecznictwa, które ma być zorganizowane dla prawie 80 proc. obywateli Państwa". Autor memorjału się myli. Ministerstwo donosiło już oficjalnie, iż liczba ubezpieczonych wynosić będzie około 3.300 tysięcy, a więc z rodzinami około 7 miljonów, czyli ogół korzystający z ustawy nie będzie wynosił więcej niż 25 proc. ogółu ludności. Gdyby nie było oficjalnych cyfr, N. I. L. winna była wiedzieć iż obecnie mamy 1.700.000 ubezpieczonych, że w przyszłości liczba ubezpieczonych powiększyć się może o robotników rolnych b. zaboru rosyjskiego i częściowo austrjackiego, a więc maximum o 1.5—1.6 miljonów osób. Odsetek ubezpieczonych (10 — 12 proc.) w stosunku do ogółu ludności R. P. będzie niewielki. O wiele niższy, niż w innych państwach. Wynosi on bowiem: w Anglji 35 proc., w Niemczech 32 proc., w Austrji 34.3 proc. w Czechosłowacji 19,25 proc. *)

2) N. I. L. stwierdza, iż w memorjale swym nie będzie omawiała *„wiele innych zarządzeń, które między innemi, mają wyłączyć z obiegu pieniężnego, tak poważne kapitały, jakie przewidziane są na rezerwę w Kasach"*. (Podkreślenie moje — autor). Nie używamy nigdy w polemice słów ostrych. Jednak w tym wypadku, w imię powagi samego tematu, zapytujemy N. I. L., jak można było powierzyć ignorantowi pisanie memorjału. Autor słyszał zapewne, iż istnieją w ubezpieczeniach długoterminowych rezerwy i wydaje mu się zapewne, że rezerwy te przechowuje przewodniczący Zarządu w pończosze. Inaczej nie można bowiem tłómaczyć argumentu o wyłączeniu z obiegu pieniężnego kapitałów, stanowiących rezerwy ubezpieczeniowe. Tak rozumując należałoby nakazać przymusową likwidację pryw. tow. ubezpieczeń na życie, które muszą gromadzić jeszcze większe rezerwy aniżeli emerytalno - inwalidzkie ubezpieczenia społeczne. Takiemi argumentami posługuje się najwyższa władza korporacyjna lekarska, w memorjale do najwyższej władzy administracyjnej w Państwie. Pomijamy już twierdzenie, iż „Kasy będą gromadziły rezerwy". Autor miał na myśli zapewne Zakłady Ubezpieczeń społecznych. Ta drobna zresztą nieścisłość świadczy o braku staranności w opracowywaniu memorjału. Wogóle cały memorjał robi dość przykre wrażenie, albowiem pisany jest w tonie rozdrażnionym, brak mu umiaru i spokoju, którego należy wymagać od N. I. L.

N. i L. jest niezadowolona ze składu organów (Rada, Zarząd) przyszłych organizacyj ubezp. społ. i twierdzi, że pomysł wprowadzenia do Rady i Zarządu ⅔ pracobiorców i ⅓ pracodawców musi podtrzymać (?) mniemanie, że instytucje ubezpieczeniowe nie są placówką gospodarczą, lecz polityczną. N. I. L. jest, jak twierdzi, niezadowolana, iż pozostawiono takie „formy" Zarządu. Co to ma znaczyć? Z następnego ustępu memorjału dowiadujemy się, iż „można przecież obejść się bez Rad i Zarządów z wyborów, a wprowadzić zarządy naprawdę z fachowców, wśród którychby i lekarze byli reprezentowani". Stwierdzić musimy, iż niema w Europie państwa, w którymby instytucje ubezpieczeń społecznych nie miały władz wybieranych. Nawet tak często zachwalane przez lekarzy, angielskie komitety ubezpieczeniowe (p. ust. ang. z 16.XII 1911 sekcja 59 Nr. 2) składają się z ⅗ przedstawicieli ubezpieczonych w t. zw. stowarzyszeniach aprobowanych, z przedstawicieli (⅕) hrabstw, z 2 przedstawicieli miejscowej organizacji lekarskiej, z 1—3 (zależnie od liczby członków Komitetu) lekarzy, delegowanych przez hrabstwa i z członków mianowanych przez t. zw. komisarza ubezpieczeniowego. Czyli w najlepszym razie w Komitecie zasiada 5 lekarzy na 80 członków komitetu. A przypomnieć musimy, iż w myśl powołanej ustawy (sekcja 60 Nr. 1) komitet odgrywa wielką rolę w dziedzinie lecznictwa.

O ustawie czechosłowackiej, austrjackiej i niemieckiej nie wspominamy, gdyż w krajach tych władze są wybierane przez ubezpieczonych i pracodawców.

Konsekwencją tego rodzaju stanowiska wobec wybieranych władz kasowych, jest także nieprzychylny stosunek do wybieranych władz nadzorczych. Jest to zrozumiałe wobec tego, że N. I. L. pozwala sobie np. na takie twierdzenia „Do rozporządzenia takiemi sumami (tj. setkami miljonów składek) nie można dopuszczać ludzi — właściwie dzieci". Wobec takich twierdzeń nic już nas dziwić nie może. N. I. L. idzie jeszcze dalej w trosce „o dobro 80% ludności Państwa" i żąda, by Najwyższa Izba Kontroli Państwa miała „ustawowo zagwarantowane prawo robienia kontroli instytucji w każdym czasie, w każdem miejscu i pod każdym względem", albowiem „Ministerstwo Pracy przez wprowadzenie (?) Izby Kontroli zmniejszy swoją odpowiedzialność i ułatwi sobie nadzór". Oczywiście, owa troska N. I. L. o Ministerstwo jest tylko pozorna, w rzeczywistości N. I. L. przypuszcza, że Najwyższa Izba Kontroli będzie właśnie tą instytucją, przy pomocy której będzie można skuteczniej zaatakować Kasy i Zakłady. Warunkiem dobrej kontroli jest jej fachowość. Nawet najlepszy buchalter nie potrafi odpowiednio skontrolować instytucji, której nie zna. Trudno żądać od urzędników N. I. K., by mieli jednocześnie zbadać działalność np. Okr. Dyr. Lasów Państw. i Zarządu Ubezpieczeń Społecznych.

Przeciw oddaniu nadzoru nad Zakładami i Kasami Ubezp. Społ. Najwyższej Izbie Kontroli przemawia jeszcze następujący wzgląd, naszem zdaniem, najważniejszy. Z rozwojem gospodarczym państwa współczesnego powstaje szereg nowych zadań i zagadnień, których państwo bezpośrednio, za pośrednictwem swego własnego aparatu, wykonywać nie może. Na tem podłożu powstaje idea samorządu. Im wyższy jest szczebel rozwoju państwowego, tem samorząd stoi wyżej. Zrazu istnieje tylko samorząd terytorjalny, w ostatnich latach rozwija się nowa forma — samorząd gospodarczy. W początkach nieśmiało, jako Izby handlowe, rolnicze i t.d., zaś po wojnie staje się on czynnikiem, przewidzianym (w formie Izb gospodarczych) w przepisach ustaw konstytucyjnych (Niemcy, Czechosłowacja, Polska). Oddanie nadzoru nad Kasami Ubezpieczeń Społ. władzom wybieranym jest etapem na drodze rozwoju instytucyj samorządowych i u nas.

*) P. L'assurance — maladie obligatoire. Première partie. Le champ d'aplication, Genève, 1927, str. 49, 54, 75 i 105. (Wydawnictwo Międzynar. Biura Pracy).

Samorząd organizacyj ubezp. społ. będzie i w tym wypadku szkołą wyrobienia obywatelskiego i administracyjnego szerokich kół ludności. Zwiąże masy ubezpieczonych z instytucją, którą uważać będą one za swoją wobec tego, że będą miały w niej swych przedstawicieli.

N. I. L. bardzo ostro występuje przeciw przymusowi zakładania ambulatorjów przez Kasy Ub. Społ. (art. 112 projektu). Jest to zupełnie zrozumiałe, nie można bowiem od tych lekarzy, którzy dzisiaj rządzą w Izbach Lekarskich spodziewać się niczego innego. Interesuje nas w tym wypadku tylko metoda zwalczania ambulatorjów. Twierdzi N. I. L., iż „wydawanie numerków do lekarza zmusza chorego do brania tego, co mu dają, a przez to utrudnia, a najczęściej uniemożliwia mu udawania się o pomoc do tego lekarza, do którego ma zaufanie". „Wydawanie numerków" szczegół natury technicznej, mający znaczenie zupełnie podrzędne w tym wypadku podniesiono do znaczenia jakiegoś aktu obrzędowego. Autor stara się wprost zasugestjonować Ministerstwo, iż to straszne „wydawanie numerków" uniemożliwia udawanie się o pomoc lekarską. Statystyka urzędowa mówi nam jednak, że twierdzenie N. I. L., że „wydawanie numerków, uniemożliwia... udawanie się o pomoc lekarską" jest nieprawdziwe.

W r. 1925*) na 100 ubezpieczonych chorowało i było niezdolnych do pracy w województwach centralnych (b. Kongresówka), w których system ambulatoryjny przeprowadzono najbardziej konsekwentnie — 32,76 osób, zaś w województwach zachodnich (b. zabór pruski) — 33,58. Jak widzimy „wydawanie numerków" bynajmniej nie umożliwia leczenia. Liczba wypadków choroby (t. j. zachorowań połączonych z niezdolnością do pracy) jest nawet w województwach centralnych znacznie wyższa, wynosi bowiem 63,23 na 100 ubezpieczonych, aniżeli w województwach zachodnich, gdzie wynosi tylko 48,51 na 100 ubezpieczonych.

Memorjał N. I. L. zarzuca projektowi, iż nic nie mówi o leczeniu obłożnie chorych. Nie znamy w Europie ustawy, któraby temu zagadnieniu poświęcała specjalne przepisy. Instytucje ubezpieczeń chorobowych mają obowiązek leczenia ubezpieczonych bez względu na to, czy są oni lekko, czy obłożnie chorzy. Twierdzenie zaś memorjału, że „w tych razach (t. j. w razie choroby obłożnej) bezwzględnem prawem chorego jest wezwanie lekarza cieszącego się jego zaufaniem, a nie obcego, co kilka dni innego, w (?) przebiegu tejsamej choroby". W mniejszych Kasach chory obłożnie wezwać może każdego lekarza kasowego, zaś w Kasach wielkich (Warszawa, Łódź i t. d.) na każdej dzielnicy jest kilkunastu lekarzy, wśród których może ubezpieczony zupełnie swobodnie wybierać. Nie wyobrażamy sobie bowiem takich idealnych stosunków, o ileby wprowadzono wolny wybór lekarza, by którykolwiek lekarz warszawski, mieszkający np. na Pradze, zechciał stale odwiedzać chorych, mieszkających na Mokotowie, czy na Woli.

*) P. Przegląd Ubezpieczeń Społecznych Nr. dodatkowy z 1/VII — 1927, tabela IV-a.

Wogóle atak na przepis art. 112 projektu robi wrażenie dziwne z powodu patosu, jakim memorjał się posługuje. Miasto spokojnej krytyki — rejtanowskie rozdzieranie szat. Jakże bowiem określić twierdzenie, iż *„art. 112 projektu godzi nietylko w interesy ubezpieczonych, godzi on jednocześnie i w polską naukę lekarską"* (podkreślone w memorjale — autor). System ambulatoryjny zmusza lekarza do zmechanizowania czynności, ogonek oczekujących utrudnia badanie, zmusza lekarzy do szablonowego najszybszego załatwiania chorego. „Zmuszają go do tego zresztą i okoliczności i nakazy nietylko dyrektorów, lecz nawet lekarzy naczelnych" Kasy. Zarzut „ogonka" i jego konsekwencji ma charakter czysto techniczny. Niesłychanie żywa działalność inwestycyjna naszych Kas, jaka rozwinęła się w ostatnich czasach, doprowadzi po kilku latach do zniknięcia „ogonka". Zresztą są już Kasy nawet bardzo wielkie, w których niema ogonków.

Pozostają dwa zarzuty: 1) „system ambulatoryjny *zmusza* (podkreślone w memorjale — autor) nawet najsumienniejszego lekarza do zmechanizowania swych czynności". Dlaczego? Memorjał nie daje odpowiedzi. Spytamy dlaczego praca szpitalna, gdzie na każdy oddział przydziela się pewną liczbę lekarzy nie zmusza „do mechanizacji czynności"? Przecież właśnie szpitalom i klinikom zawdzięczamy niebywały rozwój sztuki lekarskiej, a nie prywatnym gabinetom lekarskim. Oczywiście, zdajemy sobie sprawę, iż ambulatorja K. Ch. w minimalnym stopniu są instytucjami naukowo-badawczemi. Sędziowie są także „przydzieleni" do pracy. Nikt jednak nie twierdzi, nawet zainteresowani, iż sposób w jaki spełniają swe obowiązki zmusza ich do mechanizacji pracy, a sędzia musi przecież pracować indywidualnie. Nikt nie żąda, by sędzia przyjmował we własnym gabinecie, a nie w gmachu sądowym, nikt nie domaga się „wolnego wyboru sędziów", ba nawet fundamentalna zasada nieusuwalności sędziów wytwarza stan tego rodzaju, że sędziowie w jednej miejscowości dziesiątki lat pracują bez względu na wolę stron.

2) Zarzut, że ambulatorja godzą w naukę polską, nie został w memorjale poparty żadnym dowodem. My wszyscy, którzy z tej nauki korzystamy musimy protestować przeciw tego rodzaju nieuzasadnionym zarzutom, postawionym przez instytucję prawa publicznego. Czy nauka polska ucierpi na tem, że Kasy stworzą wzorowe instytucje lecznicze. Od czasu stabilizacji naszej waluty nie ma wprost Kasy, któraby nie budowała, lub przynajmniej nie ulepszała ambulatorjów, pracowni djagnostycznych, nie zakupywała kosztownych aparatów, których żaden lekarz nie jest w stanie kupić. W tej chwili w 6 miejscowościach montuje się w Kasach Chorych aparaty roentgenowskie, z których każdy kosztuje około 100 tys. złotych. Ilu lekarzy może pozwolić sobie na tego rodzaju wydatek? Zarzut, że „okólniki" i „nakazy dyrektorów" zmuszają lekarzy do pracy wbrew ich sumieniu, jest zupełnie gołosłowny. Nietylko, iż memorjał nie daje dowodów, ale nie czyni tego nigdy prasa lekarska. Jesteśmy przekonani, że gdyby Kasy Chor. tego rodzaju „uchwały i okólnik" i wydawały, wówczas prasa lekarska opubliko-

wałaby je z całą pewnością, dowiedziałyby się o nich także władze nadzorcze.

Niejednokrotnie czytamy w prasie lekarskiej zarzuty pod adresem K. Ch., że uważają lekarzy za wrogów K. Ch. czy idei ubezpieczeń (pisze o tem także i memorjał). Trudno oczywiście twierdzić, że ktoś jest przeciwnikiem „idei", jednak probierzem stosunku będzie zawsze stanowisko w pracy praktycznej. Jakże nazwać argumenty przeciw ambulatorjom i to jeszcze w imię nauki polskiej?

Niechęć ta do Kas Chorych wydała w memorjale dosyć ciekawe rezultaty. N.I.L. w sposób następujący ocenia lekarzy K. Ch.: „Dawniej młody lekarz chcący właściwą drogą dojść do praktyki dawał się poznać ogółowi przez pracę naukową, dziś przy (?) protekcji dostaje pensję w Kasie Chorych i o postęp nauki nie dba". A dalej: „System ambulatoryjny demoralizuje lekarzy, którzy tracą przez to najwyższego bodźca do pracy naukowej, szlachetne współzawodnictwo". Z twierdzenia tego wynikałoby, iż ogół czytywał „dawniej" prace naukowe z dziedziny lekarskiej. Jest to oczywiście przesadą nie mającą z faktycznemi stosunkami nic wspólnego. Przypuszczaliśmy, że organizacje lekarskie zawodowe zaprotestują przeciw ubliżającym twierdzeniom, iż „dziś przy protekcji dostaje (lekarz) pensję w Kasie Chorych i o postęp nauki nie dba". W tym wypadku musimy my stanąć w obronie 4 tysięcy lekarzy, zatrudnionych w naszych Kasach, a są wśród nich przecież jednostki bardzo wartościowe.

Zdaniem N. I. L. „system ambulatoryjny demoralizuje lekarzy", natomiast bodźcem do pracy naukowej jest „szlachetne współzawodnictwo". W słowniku życia codziennego nazywa się to walką o byt, lub walką konkurencyjną. Nie rozumiemy z jakich powodów ciężka praca zarobkowa, jaką jest t. zw. wolna praktyka lekarska, wymagająca kilkunastu nieraz godzin pracy dziennie jest szlachetnem współzawodnictwem, zaś praca opłacana miesięcznie, niewytwarzająca ryzyka zawodowego, dzięki stałej płacy miesięcznej, jest demoralizacją. Byłoby rzeczą bardzo interesującą, gdyby N. I. L. nieco szerzej motywowała swe stanowisko w tej sprawie.

Jak wiadomo projekt rządowy przewiduje obowiązek ubezpieczenia bez względu na wysokość zarobku. N. I. L. sprzeciwia się oczywiście tym zamierzeniom, domagając się wprowadzenia t. zw. górnej granicy zarobku, t. j. zwolnienia od obowiązku ubezpieczenia, osoby mające wyższe zarobki. Szkoda, że nie podano w memorjale dokładnie górnej granicy, gdyż jeszcze na zjeździe międzyizbowym w dniu 2 i 3 maja r. b. uchwalono *) domagać się wprowadzenia górnej granicy zarobku w wysokości 300 złotych. Powszechne oburzenie, jakie wywołała uchwała ta, także i wśród lekarzy, było dobrą nauką dla Izb Lekarskich, wobec czego obecnie są one już bardziej powściągliwe i nie wyjaśniają swych żądań w sposób tak bezceremonjalny.

Górna zarobku istnieje w kilku państwach. W Niemczech istnieje tylko, dla pracowników umysłowych i wynosi 3200 marek rocznie, w Anglji wynosi 250 f. szt. rocznie, w Austrji i Czechosłowacji nie istnieje. Zwracamy uwagę, iż w Anglji i w Niemczech rozwinął się typ dobrowolnego ubezpieczenia na wypadek choroby, w prywatnych towarzystwach, obliczonych na zysk. Widzimy więc, że konieczność ubezpieczenia nawet wśród osób więcej zarabiających jest wielka.

Liczba osób, które mogąc pokryć z własnych funduszów wydatki, wynikłe z powodu choroby jest niesłychanie mała. Te osoby, opłacając składkę, płacą pewnego rodzaju podatek społeczny i stanowiąc lepsze „ryzyko ubezpieczeniowe" umożliwiają obniżenie składki. Przeciw tej tezie występuje N. I. L. i twierdzi: „to że słabi ekonomicznie musieliby płacić wyższe stawki ubezpieczeniowe nie jest argumentem, żeby nie potrzebujący ubezpieczenia haracz płacili". Już sam fakt użycia słowa „haracz" świadczy o tendencji. Czytając te argumenty, ma się wrażenie, że autor memorjału nie zdaje sobie sprawy z istoty i celu ubezpieczeń społecznych. Pisze on bowiem, że *„opieranie całego życia tylko na ubezpieczeniu z wyłączeniem momentu zapobiegliwości i przewidywania musi każde społeczeństwo doprowadzić do ruiny i rozkładu"*. (podkreślone w memorjale—autor). Znowu puste słowa, a nie argument. Na czem ma polegać „ruina i rozkład"? Przecież ubezpieczenia społeczne nie są niczem innem, jak właśnie zbiorową „zapobiegliwością", tylko o tyle bardziej skuteczną, że oparta jest ona na przymusie, przeciw któremu w tej dziedzinie, dzisiaj nikt nie występuje. Im liczba ubezpieczonych większa, tem ryzyko, rozkładając się na większą liczbę osób, jest mniejsze, a więc ubezpieczenie tańsze, wzgl. świadczenia wyższe. Są to truizmy w dziedzinie ubezpieczeń społecznych, nie wie o nich, zdaje się tylko N. I. L., albowiem w konkluzji na ten temat memorjał twierdzi: „że bynajmniej nie ciasny interes stanowy skłania lekarzy do żądania wprowadzenia górnej granicy, lecz elementarna sprawiedliwość tego wymaga".

W braku innych argumentów N. I. L. uderza w najczulszy ton naszego życia państwowego i troszczy się o armję. Kasy Chorych wywołały pauperyzację lekarzy, co powstrzymać może młodzież naszą od zapisywania się na studja lekarskie! Co się stanie z armją w czasie wojny, gdy nie będzie miała lekarzy? Słowem apel do M. S. Wojsk. Twierdzenia powyższe nie zostały poparte podobnie, jak w całym memorjale — żadnym materjałem cyfrowym. Statystyka urzędowa *) dowodzi, że liczba lekarzy u nas stale wzrasta. Mieliśmy lekarzy zarejestrowanych:

w r. 1923 — 6.850
w r. 1924 — 8.242 **)
w r. 1925 — 7.342

Płonna jest również obawa N. I. L., że młodzież nie poświęca się zawodowi lekarskiemu. Pamiętamy głośną mowę rektora Uniw. Jag. w Krakowie, prof. Marchlewskiego, wygłoszoną na uroczystości inauguracji roku akademickiego 1926 27, w której prof. Marchlewski stwierdził, iż za dużo młodzieży zapisuje się na uniwersytet. I tegoroczne przemówienie rektorskie prof. Marchlewskiego było ostrzeżeniem młodzieży

*) P. Biuletyn Izby warszawsko-białostockiej Nr. 2.

*) Patrz sprawozd. Departamentu Służby Zdrowia za rok 1923, — str. 105, za r. 1924, — str. 71 i za r. 1925, — str. 164.

**) Cyfra zapewne z powodu błędu drukarskiego fałszywa.

przed zapisywaniem się na uniwersytet. Liczba słuchaczów na wydziałach medycznych naszych uniwersytetów spadła wprawdzie w ostatnich latach, jednak w każdym razie przyczyną tego jest ogólne zubożenie kraju i drożyzna studjow, a nie Kasy Chorych.

Zdaniem N. I. L. „w projekcie nie ma żadnych gwarancji dla (?) zachowania tajemnicy lekarskiej". Na poparcie twierdzenia tego nie znajdujemy, ani argumentow, ani wnioskow zmieniających przepisy projektu, lecz pouczenie Ministerstwa, iż tajemnica lekarska istnieje „od czasow Hippokratesa", że „sekret nie jest zachowany", że „Kasy wymagają od lekarzy wyjawienia rozpoznań wobec profanow" i t. d.

Konieczność zachowania szczegółów choroby ubezpieczonego wobec osob trzecich nie podlega dyskusji. Specjalne przepisy w projekcie są niepotrzebne, albowiem art. 11 ust. z dn. 2.XII — 1921 r. o wykonaniu praktyki lekarskiej, chroni lekarza i zabezpiecza chorego przed wyjawieniem szczegołów jego choroby. Również i pracownicy K. Ch. są, w myśl art. 226 projektu obowiązani do zachowania tajemnicy, tyczącej się „chorób względnie innych ułomnosci osob ubezpieczonych" i mogą być karani karą pieniężną lub aresztem. Alarm memorjału i powoływanie się na Hippokratesa jest zupełnie niepotrzebne.

Sprawie tajemnicy lekarskiej poświęcimy jeszcze na łamach pisma naszego nieco więcej miejsca, dzisiaj stwierdzamy, że zagadnienie w Kasach Chorych przedstawia się zupełnie inaczej aniżeli w praktyce prywatnej. W Kasie Ch. chory przestaje być jednostką, a staje się zjawiskiem masowem, przestaje być, że się tak wyrazimy „osobistym znajomym" lekarza. To samo tyczy się i pracownikow, czy „profanów", jak się wyraża memorjał. I pracownik w bardzo nielicznych wypadkach ma wśrod chorych osobistych znajomych, z reguły są to dla niego anonimowi ubezpieczeni. Jeżeliby nastąpiło naruszenie tajemnicy, art. 226 jest dostateczną sankcją (można ewent. przepisy te bardziej skonkretyzować lub zaostrzyć karę), iż tajemnica choroby będzie całkowicie chroniona.

N. I. L. uczuła się dotknięta pewnym ustępem uzasadnienia projektu i wniosła „najmocniejszy i najkategoryczniejszy protest" przeciw takiemu traktowaniu stanu lekarskiego. Ustęp ten brzmi: *„o ile lekarze nie traktują swych obowiązków dość sumiennie, zbyt hojnie udzielają świadczeń, zbyt łatwo ulegają żądaniom symulantów* (podkreślono w memorjale — autor) oszczędności mogą osiągnąć minimalne rezultaty. *Marnotrawstwo* (podkreślono w memorjale — autor) uniemożliwić może wszelkie wysiłki oszczędnościowe. Ściślejsza kontrola niejednokrotnie wykazywała, że wśród poddanych ponownemu badaniu okazywało się 50% symulantów".

Odpowiada N. I. L.: „Czy nie wtajemniczony czytelnik tego ustępu projektu wyniesie po przeczytaniu go inne wrażenie, niż to, że lekarze są zbrodniarzami lub nieukami; czy można tak ogólnie robić zarzuty nie podając kiedy, gdzie i w jakiej ilości się to zdarzyło?". Po oburzeniu N. I. L. sili się na dowcip i pisze: „Wszak przy sprawdzeniu 2 przypadków, o ile 1 okaże się symulowanym, to też będzie 50%". Nie naszem zadaniem jest obrona M. P. i O. S. Oczywiście byłoby lepiej, gdyby w uzasadnieniu podano wypadki konkretne. Twierdzimy jednak, iż jeżeli te wypadki zachodzą, to przyczyną jest system jednostkowego opłacania za porady. Wówczas chory dobrze wie, iż lekarz jest zależny od niego, gdyż o ile nie uzna go za chorego, to więcej nie przyjdzie do niego po poradę. Z tych powodów zwalczaliśmy zawsze opłaty jednostkowe, jako niemoralne, nietylko w imię interesow Kas, lecz i lekarzy. Szkoda, że nasze Kasy Chorych w b. dzielnicy pruskiej nie ogłaszają w swych sprawozdaniach cyfr, dotyczących działalności t. zw. lekarskich komisji kontrolujących, jak to czynią Kasy niemieckie. Np. Ogolno-miejscowa Kasa Chorych w Hamburgu zdaje sprawozdanie z działalności t. zw. lekarzy zaufania *).

W roku 1926 wezwano do zbadania 82.986 ubezpieczonych, z czego zjawiło się 57.309 (61.1%). Z tej liczby uznano za zdolnych do pracy 22.220 (38.8%). Z tych, którzy się nie stawili na wezwanie zgłosiło się 14.779, iż są zdolni do pracy, czyli ogołem zdolnych do pracy było 37.019 (44.6%), z pośrod ubezpieczonych wezwanych przez „lekarza zaufania".

Ogólno-miejscowa Kasa Chorych w Monachjum podaje w swym sprawozdaniu **): „Z 69.709 ubezpieczonych chorych, wezwanych przez lekarską komisję kontrolną, zjawiło się 42.489 chorych, nie zjawiło się 11.569 osób, zaś 15.652 zgłosiło, iż są zdolni do pracy. Wśród zgłaszających się uznano 18.385 osób za zdolnych do pracy". I w tej Kasie także zgórą 40%. Stwierdzić przytem musimy, że owe komisje składają się wyłącznie z lekarzy, czynniki administracyjne nie mają na ich działalność żadnego wpływu. Nie przypuszczamy, by u nas panowały inne stosunki. Lekarze muszą tego rodzaju zarzut przyjąć do wiadomości, albowiem winę ponosi, jak stwierdziliśmy, system jednostkowej opłaty za poradę. N. I. L. nie ma prawa do oburzania się, skoro sama system ten uważa za pewnego rodzaju fundament „złotej wolności stanu lekarskiego".

Tak przedstawiają się zarzuty N. I. L. przeciw projektowi Min. Pracy. Jest rzeczą niezmiernie smutną, że naczelna władza korporacyjna lekarska, a więc czynnika tak ważnego w organizacji ubezpieczeń społecznych podnosi zarzuty, które normalnie spotkać można w sferach pracodawców. Jedyny argument słuszny w tym memorjale, to żądanie rozciągnięcia obowiązku ubezpieczenia na niestale zatrudnionych, inne natomiast (górna granica zarobku, samorząd, system ambulatoryjny) świadczą, iż wbrew twierdzeniu N. I. L. w sferach lekarskich, rządzących Izbą nie ma zrozumienia dla instytucji, która właśnie ze stanowiska lekarskiego winna być przecież podstawą utrzymania zdrowia szerokich mas ludności.

*) P. Allgemeine Ortskrankenkasse Hamburg, Bericht über das Rechnungsjahr, 1926, — str. 52.

**) Allgemeine Ortskrankenkasse München (Stadt) Verwaltungsbericht für das Geschäftsjahr, 1926, — str. 26.

DR. MED. BRUNON NOWAKOWSKI.

ROZPORZĄDZENIE O ZAPOBIEGANIU CHOROBOM ZAWODOWYM I ICH ZWALCZANIU.

(Dokończenie).

Pośpiech jest również konieczny ze względu na zwiększone szanse wiernego odtworzenia warunków powstania choroby zawodowej, które mogą być natury przemijającej. Odwrotnie, dana szkodliwość może działać czas dłuższy i zagrażać innym pracownikom. Dlatego też ustawa przewiduje krótki, bo w ciągu doby od chwili powzięcia wiadomości, termin zgłoszenia. W praktyce najwięcej informacji będą mogli dostarczyć lekarze Kasy Chorych, gdyż większość osób, o które tu chodzi, podlega ubezpieczeniu na wypadek choroby. Zgłoszenie ma być piśmienne, poważnym brakiem jest wobec tego, że ustawa nie mówi nic o zwolnieniu zgłoszenia od opłat pocztowych.

Podobnie, jak logicznem rozwinięciem zasadniczego postawienia sprawy chorób zawodowych były daleko idące uprawnienia właściwych ministrów co do wydawania zarządzeń, również i władzom wykonawczym miejscowym, powiatowym władzom administracji ogólnej w osobie lekarza powiatowego oraz inspektorom pracy, nadano poważne atrybucje co do przeprowadzenia dochodzenia na miejscu. Ustawa nakazuje nietylko szczegółowe badanie chorego, ewentualnie sekcję zwłok na wypadek zgonu, ale i towarzyszy pracy, oględziny danego warsztatu pracy wraz z narzędziami, surowcami i t. p. oraz wyjaśnienie warunków pracy poszkodowanego. Przyczem zarówno kierownicy jak pracownicy danego zakładu mają obowiązek dostarczenia wszelkich potrzebnych informacyj. Ponadto w zakładach, szczególnie niebezpiecznych, te same władze dokonywują perjodycznych oględzin warsztatów pracy oraz pracowników, niezależnie od faktu otrzymania zgłoszenia przypadku choroby zawodowej. Badanie lekarskie pracowników zastrzeżone jest wyłącznie dla lekarza powiatowego, badanie warsztatów odbywa się wspólnie przez niego i przez inspektora pracy. Mają się one odbywać conajmniej raz na rok, ewentualnie częściej. Te dwa postanowienia dotyczące dochodzenia w każdym przypadku zgłoszenia oraz perjodycznego badania zawodów niebezpiecznych, łącznie z prawem wydania odpowiednich zarządzeń stanowią najskuteczniejszą broń, jaką posiadamy w celu zapobiegania i zwalczania chorób zawodowych. W tej zasadniczej formie nie zna takich uprawnień żadne inne państwo. Sankcje karne, przewidziane w ustawie są dość surowe, by zabezpieczyć wykonanie jej postanowień. Grzywny wynoszą od 25 do 3000 zł., pozatem przewidziany jest areszt do 6 tygodni ,o ile dany czyn nie ulega karze surowszej w myśl postanowień ustaw karnych. Oddanie wymiaru kary w pierwszej instancji w ręce powiatowych władz administracji ogólnej zapewnia pożądaną szybkość działania w tej mierze.

Tyle ustawa. Jak widać z tego przeglądu jej postanowień, jest to ustawa ramowa, stwarzająca podstawy prawne oraz precyzująca organizację i tryb postępowania w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób zawodowych. Pod tym względem daje ona nam do ręki potężny instrument w walce o zdrowie warstw pracujących. Praktyczne jej znaczenie okaże się dopiero w przyszłości, gdyż najtrudniejsze decyzje, co do zakresu działania tych uprawnień, jak również co do merytorycznych postanowień dotyczących urządzeń ochronnych, pozostawia ona rozporządzeniom właściwych ministrów. Dziś chciałbym dorzucić kilka uwag na temat dwuch konkretnych postanowień ustawy: obowiązkowej notyfikacji chorób zawodowych przez lekarzy praktykujących i powierzenia wykonawstwa dwom władzom terytorjalnym, lekarzom powiatowym i inspektorom pracy łącznie. Co do tej pierwszej sprawy uderza, że przewidziane są aż dwie listy chorób zawodowych. Pierwsza, z powołania artykułu 1, ustali zakres działania całej ustawy, druga z powołania artykułu 4, wskaże choroby zawodowe, podlegające zgłoszeniu obowiązkowemu. Z brzmienia artykułu 4 wynika, że ta druga lista będzie węższa aniżeli pierwsza. Tymczasem dochodzenie władz wykonawczych opiera się na zgłoszeniu przypadku. Przy takimże postawieniu sprawy niewiadomo, co się stanie z chorobami z listy pierwszej, nie podlegającymi zgłoszeniu. Mogą one być przedmiotem ogólnych przepisów ministerjalnych wydawanych na podstawie artykułów 3 i 4. Wydaje się to o tyle nierealne, że przepisy te będą oczywiście skierowane przeciwko najważniejszym chorobom zawodowym, których ryzyko jest bardzo poważne albo bardzo rozpowszechnione. W tych przypadkach nie zastosować dokładnej kontroli przez dochodzenie miejscowe mijałoby się z celem ustawy. Choroby takie winny więc trafić również na drugą listę, bez której dochodzenie to nie odbedzie się. Oczywiście lekarze praktykujący mogą również zgłaszać dobrowolnie takie choroby zawodowe, które nie znajdują się na drugiej liście. Jednakże doświadczenie ze zgłoszeniem chorób zakaźnych uczy nas, że nawet notyfikacja obowiązkowa bywa wykonywana bardzo nieszczególnie, słowem liczyć na dobrowolne zgłoszenia nie można. Będzie więc istniała pewna grupa chorób zawodowych, podlegających ustawie, dla których nie będzie zabezpieczone wykonawstwo. Zwężenie zakresu notyfikacji w stosunku do zakresu dalej idącej ustawy o zwalczaniu i zapobieganiu wydaje się tem mniej celowe, że zagranicą widzimy raczej wręcz odwrotne postawienie sprawy. Istnieją państwa, jak Holandja, gdzie specjalne ustawodawstwo o chorobach zawodowych ogranicza się tylko do notyfikacji chorób zawodowych. Służą one jako wskaźnik rezultatów akcji zapobiegawczej w zawodach, zawierających w sobie dane ryzyko chorobowe. Mamy przedewszystkiem trudności w zwalczaniu chorób zawodowych, gdyż do zbyt radykalnych środków zapo-

biegawczych nie możemy się uciekać ze względu na interesy produkcji. Jakkolwiek nie łatwo jest przeciętnemu lekarzowi praktykowi rozpoznać chorobę zawodową, nierozpoznane przypadki nie mogą się stać punktem wyjścia akcji zapobiegawczej. Raczej więc możnaby ściślej ograniczyć teren akcji zapobiegawczej, aniżeli notyfikacji. Zresztą przyszłość okaże, jak ta sprawa będzie rozwiązana w praktyce.

Druga sprawa, która wymaga kilku słów wyjaśnienia, to dwoistość władz wykonawczych, wskazanych w ustawie. Są nimi, jak wiadomo, lekarze powiatowi i inspektorzy pracy. Jest ona przedewszystkiem wynikiem stanu prawnego u nas, który się wytworzył po zniesieniu Ministerstwa Zdrowia Publicznego. Sprawy higjeny pracy przeszły wtedy do Ministerstwa Pracy, a zwalczanie chorób zawodowych do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. W rzeczy samej współpraca obu tych czynników jest niezbędna. Organy wykonawcze Ministerstwa Pracy, inspektorzy pracy, nie są w stanie ani ocenić stanu zdrowotnego pracowników, ani wpływu na zdrowie poszczególnych szkodliwości zawodowych, jest to sfera działania lekarzy-higjenistów. Z drugiej strony, jeżeli chodzi o zarządzenia ochronne i zapobiegawcze, potrzebna jest dokładna znajomość metod produkcji i urządzeń technicznych zakładów pracy, o czem lekarze, w najlepszym razie, mają tylko bardzo ogólnikowe pojęcie, jest to sfera działania inżyniera. Dopiero w połączeniu stają się oni kompetentni w sprawie zapobiegania i zwalczania chorób zawodowych. Prócz lekarzy powiatowych nie mamy obecnie na terenie innych lekarzy-higjenistów, inspektorzy fabryczni są, oczywiście, z natury rzeczy powołani do współdziałania. Nie było więc narazie nawet wyboru, co do personelu wykonawczego. Pragnę tutaj podkreślić jednak, że i zasadniczo to rozwiązanie sprawy jest słuszne. Sprawom higjeny przemysłowej należy się coprawda osobna organizacja ze względu na specyficzność zagadnień, z którymi się tutaj spotykamy. Niemniej zupełne oddzielenie tych spraw od higjeny danego środowiska, byłoby błędnem. Kto głębiej wnika w sprawy, związane ze zdrowotnością warstw pracujących, ten nie może nie widzieć, jak ściśle stosunki pozazawodowe łączą się pod tym względem ze stosunkami zawodowymi, że istnieje tu ścisła współzależność. Szczególnie wybitnie występuje ta współzależność w dziedzinie chorób zawodowych niespecyficznych. Racjonalna walka z nimi musi być prowadzona równocześnie na obu frontach: w warsztacie pracy i w domu. Dlatego wprowadzenie przedstawiciela terytorjalnej władzy sanitarnej w postaci lekarza powiatowego do zakładu pracy daje możność należytego skoordynowania akcji zapobiegawczej na terenie z akcją zapobiegawczą w przemyśle, gdzie inspektor pracy ma daleko sięgające uprawnienia nietylko z tytułu ustawy o zapobieganiu chorobom zawodowym. Powstaje tylko pytanie, czy lekarz powiatowy potrafi wykonać należycie te nowe i niełatwe zadania, które spadają na niego z tytułu tej ustawy. Jeżeli chodzi o czas, to sprawa ta nie byłaby trudna do załatwienia, gdyż należałoby poprostu dodać mu pomocników w miarę potrzeb. Każde inne rozwiązanie wymagałoby również stworzenia nowych etatów. Jeżeli chodzi o jego kompetencje fachowe, to przyznać trzeba, iż pod tym względem będzie się on musiał dużo douczyć. Ale taksamo winien postąpić każdy inny lekarz, mający zamiar wykonania podobnych funkcji, gdyż higjeniści przemysłowi nie rodzą się na kamieniu. Jest to wogóle specjalność mało rozpowszechniona nawet w krajach, posiadających pod tym względem dużą tradycję, u nas możnaby ich policzyć na palcach. Koniecznem więc będzie doszkolenie lekarzy w tej dziedzinie, a pod tym względem lekarz powiatowy ma ułatwione zadanie, gdyż przechodzi on specjalne wyszkolenie w Państwowej Szkole Higjeny, która uwzględnia również higjenę przemysłową. Rzecz inna, że w przyszłości to nie wystarczy. Niewątpliwie prędzej czy później powinni być powołani do współdziałania zarówno z lekarzami powiatowymi, jak z inspektorami pracy specjaliści, którzy w szczególnie trudnych sprawach będą przeprowadzali badania szczegółowsze, mniejwięcej na wzór niemieckich „Gewerbearzt"ów. Miejsce ich byłoby przy władzach drugiej instancji.

Pozostaje mi jeszcze powiedzieć kilka słów na temat stosunku strony zapobiegawczej do strony ubezpieczeniowej chorób zawodowych. W numerze wrześniowym tego pisma pozwoliłem sobie rozwinąć tezę, że organy ubezpieczeń społecznych w postaci kas chorych powinny rozwinąć specjalną akcję zapobiegawczą w stosunku do chorobowości warstw pracujących i motywowałem to między innemi również względem na choroby zawodowe. Tutaj zaś podkreśliłem, jako fakt dodatni, że sprawa zapobiegania chorobom zawodowym została ustawowo oddzielona od strony ubezpieczeniowej. Tę pozorną sprzeczność należy wyjaśnić. Otóż akcja zapobiegawcza, jaką przewiduje ustawa o zapobieganiu chorobom zawodowym, jest inną, aniżeli ta, którą powinny przeprowadzić kasy chorych. Chodzi tu o właściwą higjenę zakładów pracy, poszczególny przypadek chorobowy jest tylko wskaźnikiem braków pod tym względem istniejących. Ta część akcji zapobiegawczej z natury rzeczy nie może być powierzona instytucjom ubezpieczeń społecznych, gdyż nie są one władzami, upoważnionymi do regulowania urządzeń i metod pracy stosowanych w przemyśle. Natomiast kasy chorych, wysuwając swe placówki lekarskie w obręb, a conajmniej jak najbliżej, zakładów pracy, mogą nadać swemu lecznictwu charakter medycyny zapobiegawczej. Zapewniając szybką pomoc lekarską w porę, mogą zapobiec bezpośrednio nie chorobie, ale poważniejszym jej następstwom. To, że w zakładach pracy istniałyby ośrodki zdrowia, nie uczyniłoby zbędną interwencje władz kompetentnych w dziedzinie higjeny przemysłowej, podobnie, jak istnienie ośrodków zdrowia wogóle nie czyni zbędnymi miejskich czy powiatowych urzędów zdrowia. Praktyka wykazuje, że właśnie współdziałanie ośrodków zdrowia z władzą administracyjną sanitarną zapewnia najlepszy wynik pracy obu tych czynników. Podobnie dopiero współdziałanie władz sanitarnych przemysłowych z instytucjami ubezpieczeń społecznych, z których każda ma sobie właściwe sposoby działania na tym samym terenie pracy, w mojem przynajmniej zrozumieniu, rozwiąże te poważne trudności, które napotykać będzie realizowanie zamierzeń ustawy o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalcza-

niu. Podział kompetencji nie sprzeciwia się, a przeciwnie wymaga właśnie należytego skoordynowania obu stron zagadnienia: zapobiegania i ubezpieczenia chorób zawodowych. Jedna tylko byłaby kolizja, mianowicie w sprawie perjodycznych badań pracowników, przewidzianych w artykule 8. ustawy. Niewątpliwie byłoby lepiej, gdyby one były przeprowadzane przez lekarza ośrodka zdrowia przemysłowego. Lekarz powiatowy, im lepszym będzie higjenistą, tem gorszym będzie naogół klinicysta, którym powinien być i pozostać lekarz kasy chorych. Ale ta kolizja może dopiero nastąpić w przyszłości, gdyby istniały takie ośrodki. Na razie ich niema, a gdy powstaną, to nie wiadomo jeszcze, czy rozszerzą swą działalność na badanie perjodyczne zdrowych. Tymczasem istnieją zawody niebezpieczne, którym jaknajwcześniej należy zabezpieczyć choćby taką ochronę lekarsko-higjeniczną, na jaką nas w tej chwili stać. Później, w przyszłości, znajdą się niewątpliwie sposoby, żeby w razie potrzeby, uniknąć faktycznej kolizji. Do pomyślenia jest przelanie kompetencji lekarza powiatowego w tej mierze na lekarza ośrodka, albo uznania zakładów mających zabezpieczony stały nadzór lekarski za bezpieczne. Wogóle akcja instytucji ubezpieczeń społecznych w zakresie medycyny zapobiegawczej może i powinna uczynić w dużym stopniu zbędną interwencję władz wykonawczych, powołanych przez ustawę o zapobieganiu chorobom zawodowym. Taka kolizja ze wszech miar jest pożądana.

DR. HENRYK KŁUSZYŃSKI.

HYMNY O LECZENIU AMBULATORYJNEM W KASIE CHORYCH W BERLINIE.

W twierdzy leczenia członków Kasy Chorych we własnych gabinetach lekarskich, nastąpił w grudniu 1923 r. stanowczy wyłom. Jest to data uchwalenia przez Zarząd Związku Kas Chorych w Berlinie, zorganizowania ambulatorjów kasowych. Była to odpowiedź na postanowienie organizacji lekarskiej, nie udzielania pomocy lekarskiej członkom Kas Chorych. Uchwała została powzięta 19 grudnia, a w styczniu 1924 otwarto już 16 ambulatorjów, w marcu tegoż roku było już 33, a obecnie w 40 ambulatorjach udziela się pomocy lekarskiej. W kwietniu 1924 r. nastąpiło zawieszenie broni między Związkiem Lekarzy a Zarządem Związku Kas Chorych i ambulatorja te przeznaczono wyłącznie dla członków rodzin. Ze sprawozdania z działalności za r. 1925*), wynika, że czynnych było 38 ambulatorjów, 13 stacji rentgenowskich dla djagnostyki, jedna stacja dla głębokiej terapji, 25 oddziałów lamp kwarcowych z 100 lampami, 26 oddziałów dla leczenia kąpielami elektrycznemi z 230 aparatami, 53 pantostatów, 8 aparatów inhalacyjnych, 5 diatermji, 2 elektrokardiografy i 53 mikroskopów w laboratorjach dla badań djagnostycznych. Przytoczone cyfry mówią chyba dość wyraźnie o wysokiej wartości lecznictwa kasowego przy systemie ambulatoryjnym tembardziej, że jakość leczenia nie ustępuje w niczem prywatnej praktyce, gdyż obok wybitnych specjalistów wszystkich działów, pracują największe powagi, jako konsultanci, w chorobach wewnętrznych, dziecięcych, kobiecych, którym się przedstawia trudniejsze i bardziej powikłane przypadki. W ambulatorjach dbają lekarze więcej o właściwe leczenie chorych, niż o zapisywanie lekarstw.

Krytyka celowości ambulatorjów — pisze jeden z lekarzy w sprawozdaniu — opiera się na argumencie, że „masowy ruch" w ambulatorjach nie stwarza atmosfery zaufania i na osobisty kontakt między lekarzem a chorym. Argument ten jest i teoretycznie nieuzasadniony i praktyka wykazała, że jest niesłuszny. Leczenie ambulatoryjne wywiera silny wpływ suggestywny na chorego, gdyż ma to przekonanie, że może być dokładnie zbadany i cała wiedza lekarska jest do jego dyspozycji. Również i możliwość zbadania jednocześnie przez kilku lekarzy, odpowiada życzeniu chorych, którzy pragną wysłuchania większej ilości rad i zleceń lekarskich. Działania suggestywnego u chorych z zaburzeniami czynnościowemi nie wolno niedoceniać, nie jest ono wprawdzie jednolitym czynnikiem, lecz składa się z wielu wrażeń i wpływów, które działają na chorego przez obcowanie z lekarzami.

Dlatego z gruntu fałszywy jest pogląd, że lekarz w prywatnym gabinecie wywiera korzystny wpływ w przeciwieństwie do ambulatoryjnego, któremu się przypisuje niekorzystne oddziaływanie na chorego, albowiem w leczeniu szpitalnem, które przecież jest wybitnie kolektywnem, osiąga się najkorzystniejsze wyniki suggestywne.

Innym znów argumentem, przemawiającym przeciwko leczeniu ambulatoryjnemu — pisze na innem miejscu drugi lekarz — jest twierdzenie, że nie można materjału chorobowego naukowo wyzyskać, przez co następuje obniżenie nauki lekarskiej.

Twierdzenie takie jest powierzchowne i błędne, albowiem w ambulatorjach kasowych prowadzi się o każdym przypadku historje chorób, które są doskonałym materjałem dla prac naukowych. Przeciwnie, w prywatnych gabinetach z małemi wyjątkami, nie prowadzi się historji choroby, albowiem lekarze-praktycy nie mają czasu, spieszą się i nie mają sił pomocniczych. W ambulatorjach, jak na klinice i poliklinice o każdym przypadku pisze się wywiad (anamnezę), historję choroby i rozpoznanie.

Dr. Juljusz Loewenheim, laryngolog ambulatorjum K. Ch. pisze w sprawozdaniu, że właśnie w jego dziale chorobowym ma wielkie znaczenie karta chorobowa, albowiem ta specjalność ma wiele punktów stycznych z innemi działami medycyny i wielu chorych, leczonych u lekarzy innych specjalności, zosta-

*) Jahrbuch der Ambulatorien des Verbandes Krankenkasson, Berlin, hrsg. von der Leitung der Amb. des Verb. der Krankenkassen, Berlin.

je do niego kierowanych, już to dla postawienia rozpoznania lub dalszego leczenia i odwrotnie. Pacjentów u niego leczonych odsyła do lekarzy innych działów medycyny. Mimo znane zarzuty schematyzowania i zmechanizowania leczenia w ambulatorjach kasowych, przeciwnie, tylko tu udaje się nie leczyć wyłącznie zapalenia nosa, gardła i uszu, lecz leczy się chore osoby, które zapadły na takie cierpienie.

Przykładami charakterystycznemi można udowodnić wyższość leczenia ambulatoryjnego. Kobiety chore na zanikowe zapalenie gardła, nosa, albo suche zapalenie nosa i gardła okazują nadzwyczajną bladość błon śluzowych. Po przesłaniu do zbadania do ginekologów, okazuje się, że znajdują się w okresie przekwitania, a jednym z objawów są takie charakterystyczne zmiany na błonach śluzowych powyższych organów. Lokalne leczenie jak pędzlowanie gardła i nosa nie odniesie skutku, musi być zastosowane ogólne leczenie, odpowiednie do ogólnego cierpienia. Tylko szybka konsultacja z ginekologami ułatwia zapoznanie i zastosowanie natychmiast właściwego leczenia. Możnaby przytoczyć i cały szereg innych chorób, które wymagają natychmiastowej konsultacji z lekarzami innych działów, dla postawienia rozpoznania i zastosowania właściwego leczenia.

Inaczej ta sprawa wygląda przy leczeniu u prywatnych lekarzy. Pacjent kasowy ma wogóle bardzo mało czasu i dla niego wyszukiwanie drugiego lekarza przedstawia już wiele trudności. Chory wprawdzie powie, że pójdzie do lekarza, ale w zasadzie już więcej się nie pokazuje, gdyż albo wcale nie poszedł do drugiego specjalisty, albo wogóle przestał się z tego powodu dalej leczyć. Pozatem i lekarz prywatny nie bardzo chętnie posyła do drugiego specjalisty, gdyż obawia się, że przez to chory straci do niego zaufanie. Przy leczeniu ambulatoryjnem ten moment odpada. Również odpada u lekarza moment materialny, że chorego straci, gdyż po odbyciu konsyljum chory wraca natychmiast do swego lekarza.

Choroby górnych odcinków dróg oddechowych są w łączności z chorobami płuc. Konsyljum ze specjalista płucnym ułatwia rozpoznanie i leczenie. Przy chorobach serca niedostateczne oddychanie przez nos powiększa cierpienie serca. I tak w wielu chorobach możliwość natychmiastowego odbycia konsylium ułatwia lekarzowi pracę i jest niezaprzeczoną korzyścią dla chorego.

To też jeszcze długo przed utworzeniem ambulatorjum wygłosił referat prof. Grotiahn, w którym zaznaczył, że „lekarze będą musieli zaniechać oporu przeciwko zakładaniu przez Kasy Chorych poradni i stacyj opieki, w których członkowie Kas Chorych korzystać będą mogli ze wszystkich postępów technicznych, których dać nie może lekarz w swojej godzinie ordynacyjnej".

Prof. Lennhof, przewodniczący Związku Lekarzy w Berlinie, jeszcze w roku 1919 wyrażał się: „jestem zdania, że utrzymanie prywatno - gospodarczego drobnego przemysłu nie leży w istocie wykonywania zawodu lekarskiego. Czy jest to konieczne i ekonomiczne, aby każdy lekarz kupował sobie kosztowne instrumentarjum, z którego tylko niewielu korzystać będzie i nawet się nie oprocentują. Czemuż lekarz musi mieć swoje godziny ordynacyjne w prywatnem mieszkaniu? Jeżeli je ma poza domem mieszkalnym, ma więcej wolności i może więcej czasu poświęcić swojej rodzinie".

System zatem ambulatoryjny jest już faktem dokonanym w Berlinie. Wypowiedziały się za nim najwyższe powagi naukowe i w ambulatorjach berlińskich pracuje też wielu profesorów i docentów uniwersytetu.

Problem statystyki chorobowej w Kasach Chorych ujmuje dość szeroko Dr. Norbert Max, który chciałby, by w statystyce uwzględniono warunki mieszkaniowe. W kartotece powinna być — powiada — rubryka: mieszkanie z odpowiedniemi poddziałami, front, oficyna, piętro, cena, ile dorosłych mieszka, ile dzieci, liczba rodzin, używających jednego klozetu. Z materjału tego można wyciągnąć wnioski o znaczeniu społeczno - higienicznem. Jeszcze nie jest wyjaśniony wpływ mieszkania na tak zwane choroby z przeziębieniami, jak zapalenie oskrzeli, reumatyzm i t. d. Drugie pytanie tyczy się różnicy wieku między mężem i żoną. W wywiadzie kobiet należy uwzględnić, ile było poronień, przedwczesnych porodów, donoszonych płodów i ile dzieci żyje. Trzecie pytanie odnosi się do zawodu, jak długo chory pracuje w obecnym zawodzie, jak długo był w poprzednim.

Ogólna statystyka chorobowa ma mało wartości. Dopiero podział chorobowy na zawody daje jej rzeczywistą wartość. Dla tego powinna być prowadzona w ambulatorjach lista chorych według grup zawodowych. Wówczas będziemy mogli niektóre choroby często występujące w pewnych zawodach określić, jako zawodowe. Stąd wyniknie dla Kas Chorych pytanie, czy liczba wypadków tych chorób zmniejsza się przy odpowiednich zmianach w przedsiębiorstwach, czy daje się zatem uniknąć, względnie czy choroby te są nieuniknione przy dzisiejszym stanie techniki. Statystyka winna być prowadzona nietylko według zawodu, lecz również według wieku. Nadto należy obliczyć czas trwania niezdolności do pracy dla każdej grupy zawodowej osobno.

Choroby wewnętrzne — mówi sprawozdanie — stoją, co do liczby chorych, na pierwszem miejscu i zajmują więcej czasu przy badaniu, które nie może być ograniczone do jednego narządzu, na który się skarży chory, ale w myśl naczelnej zasady leczenia chorego, musi objąć cały organizm. Chory nie może ucierpieć z tego powodu, że lekarz nie ma czasu, albo w poczekalni czeka wielu chorych. Powinny być urządzone rozbieralnie i ubieralnie. Aczkolwiek lekarz kasowy nie zawsze będzie mógł wiele czasu poświęcić pierwszej rozmowie, jakby to sobie życzył niejeden chory, musi jednak być mu dana sposobność zwierzenia się lekarzowi ze swoich cierpień i dolegliwości. W regule lekarz ambulatoryjny nie będzie mógł rozmawiać bez końca z chorym. Spisywanie historji, postawienie choremu szeregu pytań, wymaga dużego doświadczenia i silnej koncentracji lekarza, gdyż pacjenci z reguły, nie są zdolni przedstawiać swoje bóle i dolegliwości jasno i bez błędu.

Historja choroby musi być ułożona w formie kartoteki nietylko w wyrazie, ale i w treści, musi być podobna do klinicznej. Karty chorobowe winny służyć i naukowym zestawieniom, jak i społeczno - higienicznym celom.

Odnośnie do leczenia gruźlicy określono ściśle, jakich chorych należy wysyłać do sanatorjów. Prze-

dewszystkiem chory winien być troskliwie zbadany, czy wogóle jest gruźlica, a jeśli jest, czy wymaga koniecznie leczenia sanatoryjnego, i czy z tego leczenia będzie korzyść. Chorych z nieżytem oskrzelowym, rozedmą płuc, dychawicą oskrzelową, niedokrwistością nie należy wysyłać do sanatorjów,również należy pamiętać, że sanatorja, to nie są szpitale do pielęgnowania ciężko chorych, u których nie ma nadziei powrotu do zdrowia i uzyskania dłuższej niezdolności do pracy. Nadaja się do leczenia sanatoryjnego chorzy w początkowych okresach gruźlicy, którzy wolni od innych chorób, rokują nadzieję wyleczenia lub znacznej poprawy. Nie nadają się zatem do leczenia sanatoryjnego chorzy, którzy potrzebują specjalnej opieki i pielęgnowania i przez dzień nie mogą przebywać na powietrzu, chorzy z hektyczną gorączką, wielkiemi naciekami z obydwóch stron, wiekszemi ogniskami w dolnych płatach, rozległą gruźlicą krtani, jelit, kości, stawów, ucha, z niedowładem serca, ciężką chorobą nerkową itd.

Sprawa leczenia chirurgicznego w ambulatorjach kasowych jest obszernie omówiona w sprawozdaniu. Lekarze chirurdzy muszą dążyć do ustalenia, które chirurgiczne przypadki mogą być leczone ambulatoryjnie, a które należy natychmiast kierować do szpitala. Nietylko punkt widzenia lekarski musi być uwzględniony, ale należy nie mniej wziąć w rachubę stosunki społeczne i rozmaite psychologiczne nastawienie publiczności do lekarza i szpitala. Czasem może być przypadek, nadający się do ambulatoryjnego leczenia, chociaż pacjent powinien potem leżeć w łóżku. Jeżeli jednak ma ciasne mieszkanie jednopokojowe, w którem mieszka więcej osób, wówczas taki chory powinien być leczony w szpitalu. Zasada powinna być następująca: w ambulatorjum należy operować takich chorych, którzy mogą sami pieszo przybyć. Kwestja transportu nie odgrywa tu żadnej roli, tylko odpowiedzialność chirurgiczna. Nie należy operować w ambulatorjum takich schorzeń chirurgicznych, u których po operacji może nastąpić gorączka, zakażenie krwi, krwotok, duszność, lecz przekazać szpitalowi. Również przypadki, wymagające dłuższego przygotowania do operacji winny być przekazane szpitalowi. Teoretycznie należałoby również rozważyć, jakie operacje nagłe (ratownicze) można wykonać w ambulatorjum. Takie przypadki mogą się przecież zdarzać. Chodzi głównie o dwa przypadki: krwotok i tracheotomia. We wszystkich innych przypadkach jest zawsze dość czasu, by chorego przewieźć do szpitala. W bardzo nagłych przypadkach, w których odgrywa rolę każda minuta, by uratować życie ludzkie, musi chirurg wykonać każdy zabieg.

Ambulatoria są nadto powołane na podstawie swego materjału i doświadczenia do torowania nowych dróg wiedzy praktycznej lekarskiej. Rozchodzi się często o wskazanie społeczne przy chirurgicznym zabiegu. Przez leczenie długotrwałe i często nieodpowiednie, opóźnia się najlepszy czas na odzyskanie zdrowia. Wielka bowiem różnica czy kobieta z zamożnego domu cierpi na chroniczne zapalenie woreczka żółciowego i ma atak co 4 lub 6 tygodni i może się pielęgnować, przeprowadzać djetę, w lecie wyjechać do Karlsbadu, czy zaś cierpi na tę chorobę kobieta z proletarjatu, która ma 4 dzieci i pracować musi od rana do wieczora. Kobiecie z proletarjatu należy radzić, żeby się poddała operacji, gdyż po operacji będzie za 4 tygodnie zdolna do pracy. Jest jeszsze dużo innych przypadków, przy których odgrywa rolę ta sama kwestja. Chirurdzy, pracujący w ambulatorjach Kas Chorych, mają przeto obowiązek studjowania wskazań społecznych do chirurgicznych zabiegów.

Bez ambulatorjów kwestja ta nie da się naukowo rozstrzygnąć. Lekarze ambulatoryjni nie są wcale zainteresowani materjalnie w długotrwałem leczeniu danego przypadku, mogą zatem unikać stosowania nieodpowiednich metod leczniczych, połączonych z wielką stratą czasu. Ambulatorja maja jeszcze to znaczenie, że stała współpraca z innymi lekarzami daje rękojmię, że się nie jest jednostronnym w leczeniu i upartym dla zasady, co się odnosi nietylko do chirurgów, ale do wszystkich chorób leczonych w ambulatorjach.

Problem krzywicy, czyli t. zw. popularnie, choroby angielskiej omawia szeroko prof. Bendix. Krzywica jest w Europie wszędzie, na wyżynie, w dolinach, wśród wszystkich warstw ludności. U niezamożnych rodzin wielkich miast z niezdrowemi mieszkaniami zapada 90% dzieci w pierwszych dwóch latach życia. Krzywica, jako choroba ludowa istnieje nietylko w Europie, ale we wszystkich częściach świata. Nie występuje u ludów pierwotnych, podzwrotnikowych, jakoteż u dzieci Eskimosów, które są karmione tranem. Rozmaite przyczyny wywołują tę chorobę. Brak powietrza, światła, ruchu, ciasne i wilgotne mieszkanie, błędne i jednostronne odżywianie. Brak witamin nie jest również bez znaczenia.

Krzywica działa wszechstronnie, nietylko ujemnie z powodu skrzywienia kości i kręgosłupa, ale jako następstwo tego skrzywienia powstaje często niezdolność do pracy zawodowej, albo wyklucza chorego zgóry z wielu zawodów. Nadto istnieje niebezpieczeństwo wielu chorób nerwowych, a w niektórych przypadkach następuje wstrzymanie umysłowego rozwoju, tępota i idjotyzm.

U dzieci z krzywicą istnieje brak odporności na rozmaite choroby i dzieci takie wcześnie giną, a przy ciasnej miednicy matki ciężarnej, jako następstwo krzywicy lat dziecięcych, grozi płodowi wielkie niebezpieczeństwo. Choroba ta ma przeto wielkie znaczenie społeczno - higjeniczne i gospodarcze.

W zwalczaniu tej choroby powinni wspólnie działać rodzice, gminy, państwo i Kasy Chorych.

Ważnym ośrodkiem zapobiegawczym jest uświadamianie matek, wykłady, ulotki i kino, poradnie dla dzieci, wykluczenie wszelkich środków szkodliwych. Naturalne odżywianie dzieci, gdzie to absolutnie jest niemożliwe, sztuczne ale dokładnie przygotowane i dawkowane. Wcześnie dawać dzieciom soki owocowe i świeże jarzyny, pielęgnowanie ciała, kąpiele i pobyt na powietrzu i słońcu.

Do zapobiegania krzywicy i leczenia potrzebny jest tran i słońce naturalne i sztuczne.

Będzie zadaniem przyszłości, by codzienne odżywianie osesków i małych dzieci zawierało wielkie ilości przeciwkrzywicowych substancji, by krzywica, jako choroba ludowa więcej nie występowała. Higjena mieszkań, troska o światło, powietrze, swoboda ruchów, troskliwa opieka, a przy odziedziczonej skłon-

ności i rozpoczynającej się chorobie sztuczne słońce i tran.

Do bardzo częstych chorób, spotykanych w Kasach Chorych należą skargi chorych na dolegliwości stopy. W regule odsyła się chorych z czynnościowem osłabieniem stopy (insufficientia pedis) do bandażysty, jeśli lekarz, mimo troskliwe badanie i roentgenowskie zdjęcie, nie może stwierdzić ani zewnętrznej, ani wewnętrznej choroby, a leczenie maściami, nacieraniami, gorącemi kąpielami i masażem okazało się bezskuteczne i było bez rezultatu. Bandażysta ma dać odpowiednią wkładkę ze swego składu, albo ją sfabrykować. Niestety i lekarze i laicy nie wiedzą, że leczenie wkładkami pomaga tylko przy pewnych warunkach i tylko przy długiem fachowo-lekarskiem doświadczeniu udaje się każdą stopę doprowadzić do korzystnego ułożenia i że również trudno jest, nawet dla pięknych i normalnie zbudowanych stóp, wynaleźć dla każdego przypadku celową wkładkę. Tem można wytłomaczyć, że lekarze jeszcze ciągle to odpowiedzialne leczenie funkcjonalnej słabości stóp, tego najczęstszego schorzenia ortopedycznego, oddają laikowi bandażyście. Przytem istnieje u laików bardzo szkodliwy pogląd, że dla cierpień stopy, przy, pozatem zupełnie normalnych stopach, nie ma potrzeby szukania pomocy u lekarza. Pogląd taki jest naturalnie bardzo szkodliwy, gdyż wskutek zaniedbania, albo niefachowego leczenia powstają ciężkie zaburzenia zdrowia, trwające nieraz całe życie. Zaniedbanie tego cierpienia w młodości wpływa, że młodzież ma wiele trudności w wyborze odpowiedniego dla siebie zawodu, wielu musi go zmienić, dorośli muszą niejednokrotnie dobrze płatną posadę porzucić i zadowolić się pracą siedzącą, ale źle płatną. Chory taki staje się ciężarem Kas Chorych i swojej rodziny. Prof. Pramer, w pracy o płaskiej stopie podaje: że zbadano 10.000 dzieci w wieku 8 — 12 lat i znaleziono u 42,7%płaską stopę, u dzieci na wsi 17,1%, w przemysłowych miastach 79 na tysiąc.

Płaska stopa jest w 9/10 przypadkach nabyta, a tylko w 1/10 wrodzona. Pierwszym objawem czynnościowego osłabienia stopy jest nawykowe, złe ustawienie jednej albo obu stóp.

Ponieważ cierpienie stopy, jako następstwo jej czynnościowego osłabienia należy do cierpień ortopedycznych, bardzo rozpowszechnionych, wpływających szkodliwie na zdrowie i siłę ludu, przeto walka z tem cierpieniem nie może być pozostawiona laikom, lecz musi być zorganizowana przez fachową wiedzę ortopedyczną. Choroba ta już nie stanowi wytycznych problemu lekarskiego, ale jest przedewszystkiem zagadnieniem społecznem i gospodarczem.

Można powiedzieć, że w przybliżeniu 50 proc. osób cierpiących na tę chorobę nosi nieodpowiednie i szkodliwe wkładki i z tego powodu pomnażają wcześniej, czy później armję chorych i niezdolnych do pracy. Nieodpowiednie wkładki są szkodliwe zarówno czy są drogie, czy tanie, czy wykonane fabrycznie, czy na miarę.

Wkładki muszą być przez fachowego lekarza—ortopedystę wyszukane i odpowiednio zużyte.

Należy uświadomić ludność przez lekarzy Kasy Chorych, że przez fachowe leczenie cierpień stopy prostemi środkami (mocne buciki do sznurowania z płaskim i szerokim obcasem, odpowiednią wkładką) mogą być stopy utrzymane zdrowe, aż do późnej starości, a przez niefachowe leczenie przez laików mogą nastąpić ciężkie stany chorobowe i przedwczesna utrata sił do pracy.

Ważne jest statystyczne ujęcie wszystkich cierpiących na czynnościowe osłabienie stóp przez szkoły i Kasy Chorych, aby w ten sposób wcześnie objąć leczenie wszystkich i odpowiednio poradzić.

Dr. Norbert Max, którego nazwisko już raz wspomniałem, przeprowadził ankietę mieszkaniową u chorych gruźliczych w dzielnicy Charlottenburg. Rezultatem jego badań jest wyrażona opinja, że naszym celem i środkiem leczniczym winno być dążenie, by ziemia i grunta, jako objekty spekulacji zostały z naszej gospodaki wyłączone. Tylko w ten sposób będzie można dostarczyć klasie robotniczej i sproletaryzowanym drobnomieszczanom, głównym ofiarom gruźlicy ludzkiej, higjeniczne mieszkania.

Poza ankietą mieszkaniową przeprowadziła Kasa Chorych badania wagi ciała u dzieci proletarjackich. Zbadano w roku 1924 — 1925 w ambulatorjum 5.000 dzieci od 1 — 14 roku. Usunięto od badania dzieci, które wykazały poważne odchylenia od normy konstytucyjnej, przedewszystkiem dzieci z chorobami zakaźnemi — szczególnie gruźlicze. Z tych 5.000 zbadanych dzieci, 3.855 miały przeciętną niską wagę, t. j. 77 proc. wszystkich dzieci, a przeciętne zmniejszenie wagi wynosiło 11 proc. Najwięcej dzieci z mniejszą waga było w 3—4 roku życia, potem stała norma, aż do 10 roku życia, potem nagły wzrost zmniejszonej wagi prawie do 100 proc. Statystyka wskazała na złe odżywianie dzieci zwłaszcza w okresie szkolnym.

Poza gabinetami leczniczemi prowadziła Kasa Chorych szereg poradni. I tak poradnia dla ciężarnych dzieli się na lekarską, gospodarczą i prawną. Ciężarna jest wyłączona z ogólnych godzin ordynacyjnych ginekologa, który jest przedewszystkiem zajęty kliniczną djagnostyką i terapją. W poradni winien być zbadany nietylko stan cielesny, ale całe położenie winno być ujęte, aby jej udzielić wszelkiej pomocy. Ciężarnej musi być oszczędzone czekanie we wspólnej poczekalni razem z innymi chorymi, gdyż z doświadczenia wiemy, że unikają i boją się tego.

Korzyści płynące z zapobiegawczej opieki i wczesnego leczenia są nadzwyczaj wielkie. Ten ustawiczny wpływ higjeniczny i djetyczny na ciężarną z czasem nawet pieniężnie się opłaca. Zapobiegać, to zn. oszczędzać. Jeżeli się czeka, aż zaburzenia sprowadzą ciężarną do lekarza, to może powstać taki stan choroby, którego usunięcie wymaga już czasu i jest kosztowne, a nieraz połączone z niebezpieczeństwem dla matki i dziecka.

Ambulatorja mają wielkie znaczenie dla zapobiegania chorobom zawodowym. Choroby bowiem zawodowe i przemysłowe należą obecnie do ważnych zadań polityki społecznej. Mają one znaczenie nietylko dla tych, których ta choroba dotknęła, ale dla gospodarki społecznej. Zapobieganie chorobom zawodowym jest przedewszystkiem problemem technicznym.

Zapobiegawcze środki winny być zastosowane już przy zakładaniu fabryki. Udowodniono, że nawet wysokie koszty zakładów, których produkcja jest mało szkodliwa, opłacają się w końcu lepiej gospodarczo i finansowo.

Zapobieganie działa na podniesienie wogóle odporności przeciwko szkodliwym wpływom, a więc podniesienie poziomu życia, dobre odżywianie, higjeniczne mieszkanie. W końcu systematyczny dobór zdrowotnie ukwalifikowanych do odpowiednich zajęć.

W ambulatorjach kasowych jest możliwa dokładna djagnoza wobec tego są lekarze rozmaitych specjalności. Choroby zawodowe nie występują w jednym narządzie, ale w rozmaitych narządach i systemach narządów. Mogą być bowiem równocześnie zaburzenia systemu nerwowego, wzrokowego, nerek i t. d. (zatrucia ołowiem). Współpraca wszystkich specjalistów i narada specjalistyczna mogą się przyczynić do postawienia ścisłego rozpoznania choroby zawodowej. Ale nietylko pod względem medyczno - klinicznym, ale i pod względem społeczno-higjenicznym nadają się ambulatorja do zwalczania chorób zawodowych.

Ambulatorja skupiają chorych z pewnego okręgu i okolicznych fabryk. Lekarze w ambulatorjach czynni spostrzegają występujące często choroby zawodowe i mogą w ten sposób stwierdzić związek między niemi, a procesem fabrycznym. Ze spostrzeżeń tych korzysta kierownictwo kasy i żąda od fabryki usunięcia niedomagań.

Należy bowiem pamiętać, że można ustrzec się przed chorobami zawodowemi. Przedewszystkiem kierownictwo fabryki, jako też i robotnicy muszą znać wszystkie środki ochronne, które wskazuje przemysłowa higjena. Uświadomienie o niebezpieczeństwach i pouczenie, jak się mają zachowywać robotnicy, winno się odbywać w ambulatorjach przez lekarzy, a zwłaszcza w poradniach zawodowych. Człowiek z gruźlicą, albo do niej predysponowany, nie może pójść do pracy do zakładów w których wytwarza się pył, ze skłonnością do płaskiej stopy nie może mieć zawodu przy którym trzeba stać (piekarz). Dziecko krótkowzrocznych rodziców nie może być zecerem, dziecko alkoholika nie może pracować w wytwórni napojów alkoholowych, ani być zajęte w zakładach gastronomicznych. Ludzie z dyspozycją nerwową nie nadają się do zajęć, jako szoferzy lub maszyniści kolejowi.

Poradnia zawodowa nie może się ograniczyć do wykluczenia nieodpowiednich zawodów, ale musi współdziałać z państwowemi urzędami pośrednictwa pracy, które znają rynek pracy. Poradnie muszą posiadać psychotechnicznie wyszkolonego psychologa, który może wypowiedzieć się pozytywnie o zdolności badanego, lecz zawsze jest konieczne orzeczenie lekarskie na podstawie konstytucji i dziedziczności.

Poradnia zawodowa, o ile chodzi o zawody szkodliwe walczy z wielkiemi trudnościami, albowiem najbardziej szkodliwe zawody wymagają najlepszego materjału ludzkiego i niszczą go szybko. Słabi trudno znajdują właściwy zawód. Walka przeciwko szkodliwym warunkom pracy przemysłowej jest w pierwszej linji rzeczą techniki i inspekcji pracy. Ale i lekarz jest nieodzowny i dlatego walce przeciw chorobom zawodowym muszą ambulatorja być ogniskiem społecznego ducha i wysoko wykwalifikowanego lekarskiego działu.

Poradnia dla sportu — mówi sprawozdanie — ma wielkie społeczno - higjeniczne znaczenie, gdyż przez systematyczne badania osiąga się zdrowotne działanie ściśle kontrolowanego sportu.

Równocześnie działają takie poradnie zapobiegawczo przez szersze rozpoznawanie chorób.

Pozatem zajmuje się sprawozdanie zagadnieniami w zakresie ścisłej medycyny, jak o raku, o prądach nurtujących w zakresie leczenia promieniami Roentgena, o leczeniu światłem wrzodów goleni, o żylakach i wielu innych chorobach.

Całość sprawozdania jest jednym wielkim hymnem o leczeniu ambulatoryjnem w Kasach Chorych.

Jeżeli wszystkie Kasy Chorych ujmą tak rzeczowo zagadnienie lecznictwa i zapobiegania, ambulatorja kasowe staną się wielką kuźnią postępu społeczno - higjenicznego.

DR. MED. A. HOLITSCHER.
lekarz nacz. K. Ch. w Chomotowie
(Czechosłowacja).

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE A WALKA Z ALKOHOLEM.*)

Im dłużej istnieją ubezpieczenia społeczne, t. j. ubezpieczenie na wypadek choroby, od wypadku, na starość i inwalidzkie, tem bardziej uwidocznia się, że instytucja ta jest niezbędnym środkiem pomocniczym, jakkolwiek nie pozbawionym wad, mającym na celu ochronę klasy robotniczej przeciw cierpieniom najbardziej przykrym. Organizacje ubezpieczeń społecznych nie mogą ograniczyć się do leczenia szkód, wyrządzonych lub do ich łagodzenia, ich celem winna być także działalność zapobiegawcza. Wiemy np., że dopiero ubezpieczenia od wypadku narzuciły przedsiębiorstwom działalność systematyczną, normowaną przez Państwo, mającą na celu zapobieganie wypadkom. Kasy chorych, jako instytucje ubezpieczeniowe, mają na celu udzielanie pomocy chorym i pozbawionym zarobku w formie zasiłku, który nie zawsze wystarcza na przetrwanie klęsk, spowodowanych chorobą. Z czasem wytworzyło się przekonanie, iż K. Ch. mają zadanie ważniejsze, a mianowicie przywrócenie ubezpieczonym zdrowia i zdolności do zarobkowania,

*) Na nasze zaproszenie zabiera głos w sprawie walki z alkoholizmem jeden z najwybitniejszych znawców tego zagadnienia. — **Red.**

przez udzielenie pomocy lekarskiej przy pomocy wszystkich środków, jakie zna współczesna sztuka lekarska. Po pewnym czasie Kasy przekonały się, że będzie rzeczą bardziej racjonalną i finansowo dla nich bardziej korzystną, jeżeli zajmować się będą także i działalnością zapobiegawczą, t. j. będą starać się zapobiegać chorobie i niezdolności do pracy. Widzimy, iż na całym świecie, szczególnie w Stanach Zjedn. Ameryki Półn. i w Anglji zorganizowano szeroko pomyślaną akcję, mającą na celu zapobieganie gruźlicy i syfilisowi. W wielu krajach współdziałają czynnie w tej akcji instytucje ubezpieczeń społecznych.

Działalność zapobiegawcza leży nietylko w interesie ubezpieczonych i społeczeństwa, lecz przynosi także korzyści gospodarcze instytucjom ubezp. społ., albowiem dzięki niej zmniejsza się liczba chorych. Instytucje ubezp. społ. oszczędzają duże kwoty, które mogą z korzyścią zużyć na inne cele.

Trzecią wielką klęską społeczną, obok gruźlicy i chorób wenerycznych, jest alkoholizm. Alkoholizm nazywamy zupełnie słusznie klęską społeczną, albowiem powoduje on wiele chorób i wypadków śmierci, wzgl. jest przyczyną wielu wypadków, skracających w dużej mierze życie ludzkie, zmniejsza zdolność do pracy, a nawet wpływa na wartość biologiczną przyszłych pokoleń.

Alkohol jest trucizną, upajającą tkanki organizmu ludzkiego, zmniejsza ich zdolność do życia, a wreszcie niszczy tkankę całkowicie. Sztuka lekarska stwierdziła bezspornie, że nawet małe stosunkowo ilości alkoholu, które ogół uważa za nieszkodliwe, wywołują wspomniane skutki. Jest rzeczą zrozumiałą, iż alkoholizm jest dla kas chorych wielkim ciężarem, którego wielkości nie można obliczyć, ani nawet ogólnie ustalić. Nie mamy, rzecz zrozumiała, żadnych danych statystycznych, albowiem brak w tym wypadku możności porównania. Musielibyśmy porównać śmiertelność i chorobowość wśród ubezpieczonych, pijących alkohol i jego przeciwników. Gdzież jednak znaleźć w tak wielkiej liczbie nie pijących ubezpieczonych, by można było wyciągnąć jakiekolwiek wnioski. Pewne próby w tej dziedzinie poczyniono w Anglji przed wprowadzeniem przymusowego ubezpieczenia na wypadek choroby w r. 1911. Robotnicy angielscy organizowali instytucje ubezpieczenia dobrowolnego, niejednokrotnie przeciwnicy alkoholu organizowali własne kasy chorych. Wówczas okazało się, że w kasach abstynentów, na jednego ubezpieczonego przypadało 0.748 tygodni choroby rocznie, natomiast w innych kasach 2.7 tygodni choroby, a więc trzy razy więcej. W Kasach abstynenckich składka członkowska wynosiła 5 sh. 9.5 d. rocznie, natomiast w innych 13 sh. 5 d., a więc była wyższa więcej, niż dwukrotnie. Nie należy przywiązywać do tych faktów zbyt wielkiej roli, gdyż nie wiemy, czy w kasach obu rodzajów ubezpieczeni żyli w tych samych warunkach życiowych, t. zn. czy mieli takie same płace i czy wykonywali taką samą pracę. W każdym razie przykłady te są godne uwagi.

Badania, przeprowadzone przez Kasę Chorych w Lipsku w roku 1907-8 są bardziej wartościowe. Wyniki ich ogłoszono w czterotomowem dziele p. t. „Śmiertelność i chorobowość w Kasie Chorych w Lipsku i okolicy. Badanie wpływu płci i zawodu". W pracy tej uwzględniono także obciążenie Kasy, spowodowane przez alkoholików. Jako alkoholików uznano tych ubezpieczonych, na których kartach chorobowych lekarz wypisał „P" (potator), albo „chroniczny alkoholizm", „delirium tremens". Jest rzeczą zrozumiałą, że uwzględniano tylko największych alkoholików, podczas, gdy wśród ogółu ubezpieczonych było zapewnie dość ludzi stale pijących, u których nie można było tylko skonstatować objawów alkoholizmu.

Z zrozumiałych powodów nie możemy na tem miejscu omawiać szczegółów tych badań, ograniczymy się tylko do podania wyników. Badania te dowodzą, że:

1) liczba wypadków u alkoholików jest 2 — 5 razy większa, aniżeli u ogółu (oczywiście jest ona zawsze zależna od wieku i trwania skutków tych wypadków);

2) alkoholicy wykazują we wszystkich grupach chorób przeciętnie 2 — 6 razy więcej *dni chorobowych*, aniżeli ogół mężczyzn ubezpieczonych;

3) śmiertelność jest u alkoholików we wszystkich grupach wieku wyższa 2 — 9 razy, aniżeli u ogółu ubezpieczonych.

Już tych kilka cyfr dowodzi, jak wielkim obciążeniem dla kas chorych jest alkoholik.

Mimo dużej wartości tych badań, nie dają one obrazu całkowitego szkód, jakie wyrządza pijaństwo, ubezpieczonym i instytucjom ubezpieczeń społecznych. Nie należy przytem zapominać, że wśród ogółu nie notowanego, jako pijacy, znajduje się wiele osób, których zdrowie jest chwilowo, lub stale zagrożone wskutek pijaństwa. Pewne światło na to zagadnienie rzuca nadzwyczajny wzrost śmiertelności i chorobowości w tych zawodach, w których spożycie alkoholu jest bardzo rozpowszechnione, przedewszystkiem w przemyśle alkoholowym. Jest objawem bardzo charakterystycznym, który stwierdzają wspomniane badania, jak również sprawozdania statystyczne *wszystkich* krajów, że śmiertelność i chorobowość zwiększa się wielokrotnie w stosunku do ogółu nietylko u osób zatrudnionych w warunkach niehigjenicznych, jak np. kelnerzy i właściciele restauracji, lecz także wśród robotników, pracujących w fabrykach wódek, wśród handlarzy win, szczególnie zaś wśród robotników zatrudnionych w browarach lub rozwożących piwo, mimo, że i ich rodzaj zatrudnienia, jak i położenie gospodarcze i społeczne nie dają do tego powodu. Dowodem słuszności tego twierdzenia niechaj będą cyfry, czerpane z owego sprawozdania lipskiego. Jeżeli przyjmiemy, iż śmiertelność wśród mężczyzn ubezpieczonych wynosiła 100, wówczas śmiertelność wśród piwowarów wynosiła 150.7, a więc jest zgórą 1½ raza wyższa. Któż może w tym wypadku wątpić, iż jedyną przyczyną jest nadmierne spożycie alkoholu.

Podobne doświadczenia poczyniły prywatne towarzystwa ubezpieczeń na życie całego świata. Przypominamy, iż w Anglji, w Australji i w innych krajach istnieją prywatne towarzystwa ubezpieczeń na życie, które zorganizowały specjalne oddziały dla abstynentów. Stwierdzono, że w oddziałach tych długość życia ubezpieczonych (t. j. abstynentów) jest o 26% wyższa, aniżeli wśród pijących, mimo, iż wiadomem jest, że pryw. tow. ubezpieczeń chronią się w miarę możności przed ubezpieczeniem pijaków.

W tym więc wypadku porównywano abstynentów z umiarkowanymi spożywcami alkoholu.

Moglibyśmy zacytować setki przykładów podobnych, jednak cyfry powyższe wystarczają już jako dowód, iż alkohol jest bardzo często przyczyną wypadków, choroby, śmierci i inwalidztwa mimo, iż dokładnych cyfr podać nie możemy. Nie potrafimy podać dokładnych cyfr, jednak przykłady te dowodzą, że alkohol powoduje nietylko liczne choroby i wypadki, lecz zmniejsza odporność organizmu i siłę życiową przeciw czynnikom chorobotwórczym wszelakiego rodzaju. Do tych objawów należy: rzerzączka i syfilis, którymi zaraża się podchmielony, albowiem wówczas łatwiej ulega pokusie i zapomina o koniecznych środkach ostrożności, a także i gruźlica płuc, na którą choruje robotnik, oddający się pijaństwu, albowiem wydaje swój zarobek na wódkę, mieszka w mokrej i zatęchłej norze, a z braku pieniędzy nie może się dobrze odżywiać.

Nie możemy zapominać o tem, że alkoholizm i nałogi pijackie powodują nietylko śmierć i chorobę, lecz także wpływają niesłychanie szkodliwie na dobrobyt ogólny i moralność szerokich mas. Dzięki pijaństwu zapełniają się szpitale dla obłąkanych, przytułki dla biednych, domy poprawcze i więzienia. Alkoholizm jest wobec tego zagadnieniem, którem instytucje ubezpieczeń społecznych muszą się zająć mimo, że instytucje te nie interesuje bezpośrednio strona gospodarcza i etyczna problemu. Należy podkreślić, że właśnie te instytucje, a przedewszystkiem kasy chorych są w pierwszej linji uprawnione i zobowiązane do współudziału w walce z tą trucizną masową. Muszą one w walce tej stać w pierwszym szeregu, albowiem w ich pracy codziennej mają one najżywszy kontakt z szeroką masą ludności i posiadając, jak niewiele innych instytucyj, zaufanie tych mas szczególnie wówczas, jeżeli ustrój ich zbudowany jest na zasadach samorządu, a ubezpieczeni posiadają wpływ na działalność Kasy. Lekarz kasowy i pracownicy kasy mając codzienny kontakt z robotnikiem i jego rodziną, zna jego stosunki osobiste i sposób życia, jego cierpienia i smutki. Z tych powodów jest obowiązkiem kasy opieka nad ubezpieczonym, pouczenie go o sposobie życia, o krokach, jakie winien poczynić, by był nietylko zdrowym, lecz i także moralnie i gospodarczo w najlepszych warunkach, w jakich to możliwe jest w dzisiejszym ustroju kapitalistycznym.

Jakie drogi powinny obrać instytucje ubezpieczeń społecznych, by wypełnić swój obowiązek moralny i społeczny?

Jeżeli się chce rozpocząć akcję w tej dziedzinie, nie należy zapominać, iż spożycie i nadużycie alkoholu — a trudno rozgraniczyć te dwa pojęcia, mimo usiłowań przyjaciół alkoholu i przedsiębiorstw produkucych go — nie jest grzechem lub przestępstwem, lecz nałogiem uznanym i tolerowanym przez społeczeństwo. Alkoholik staje się ofiarą nałogu i braku odporności przeciw alkoholizmowi, jest on człowiekiem chorym, a nie zbrodniarzem: Za takiego należy go uważać. Jest rzeczą niesłuszną karanie za pijaństwo w społeczeństwie, które uznaje pijaństwo i opiewa je np. w poezji. Z tych powodów należy rozpocząć walkę z pijaństwem i z przesądami, które istnieją na temat skutków dodatnich, jakie wywiera alkohol na organizm.

Dla kas chorych otwiera się w tej dziedzinie szerokie pole do pracy. Winny one pracę tę stale prowadzić, albowiem nie kosztuje ona nic, przeciwnie przynosi nawet oszczędności. Istnieje stary i bardzo rozpowszechniony przesąd, jakoby alkohol miał własności lecznicze i był niezbędny w wielu chorobach, jako środek wzmacniający. Sztuka lekarska stwierdziła, że alkohol nie ma zastosowania w lecznictwie, a jego właściwości wzmacniające są złudzeniem. Pijak sądzi zawsze, że jest tak silny, iż wespół ze swoim towarzyszem może walczyć z całym światem, oczywiście także i z policją. Nawet mowy niema o tem, jakoby alkohol był czynnikiem dającym siłę, o czem najlepiej wiedzą sportowcy. Kasy chorych mają obowiązek zwalczania tego nałogu, zakazując przedewszystkiem przepisywania chorym, cierpiącym na niedokrewność, alkohol, jako środek wzmacniający, szczególnie wino i piwo ciężkie. Należy żądać od lekarzy kasowych, by przepisywali alkohol w wypadkach wyjątkowo, usprawiedliwiając ten fakt w każdym wypadku.

Jest ponadto obowiązkiem kas chorych czynna współpraca uświadamiająca z organizacjami walki z alkoholem i wywieranie wpływu na ciała ustawodawcze, by systematycznie zmniejszano liczbę lokalów sprzedających alkohol.

Spożycie alkoholu, które w czasie wojny się zmniejszyło, a w pierwszych latach po wojnie wzrastało powoli, teraz zwiększa się bardzo szybko. Pogarsza się przez to zdrowie ludności, obniża się jej poziom moralny, zagrażając przyszłości pokoleń następnych. Nie ulega wątpliwości, że przewaga Stanów Zjednoczonych A. P. w niemałej mierze wynika z uwolnienia ludności z nędzy powodowanej pijaństwem. Widoki, że Europa nie ulegnie w tej walce są bardzo małe, zniknie zupełnie ta nadzieja, jeżeli Europa nie pójdzie śladami Ameryki.

Należy rozpocząć przedewszystkiem akcję uświadamiającą wśród młodzieży i całego społeczeństwa wogóle. W myśl współczesnych założeń wychowanie nie oznacza bynajmniej tylko karania, lecz jest to apel do rozsądku i do poczucia odpowiedzialności, poparty argumentami naukowemi i przykładem życia własne-

eżeli chcę kogo przekonać, że alkohol jest szkodliwy, niebezpieczny i niepotrzebny, nie mogę go sam pić, gdyż wówczas nikt mi nie uwierzy.

Odnosi się to przedewszystkiem do lekarzy, którzy muszą przodować akcji uświadamiającej. Wydaje mi się z tego powodu rzeczą słuszną i wskazaną, by kasy zwracały uwagę, jaki jest stosunek lekarzy do alkoholu. Kasy muszą żądać od lekarzy, by uświadamiali i pouczali ubezpieczonych w słowie i w piśmie. Godziny przyjęć są znakomitą ku temu okazją. Należy żądać od lekarzy, by wyzyskiwali tę sposobność, a ponadto, by wygłaszali odczyty, rozdawali ulotki i t. d. Rozumie się samo przez się, że nie można wymagać od lekarzy i tak już przeciążonych pracą, by pracę tę wykonywali bezpłatnie; opłaci się to jednak kasom sowicie, jeżeli zapłacą lekarzom za pracę tę przyzwoicie.

Związki muszą wydawać ulotki, małe broszurki, tablice ścienne, pokazy świetlne, filmy i sprzedawać je kasom po cenie kosztu, które winny je rozpowszechniać.

Kasy i lekarze dowiadują się o chorobach, spowodowanych alkoholem wówczas, gdy ratunek jest jeszcze możliwy. W tych wypadkach należy działać szybko i energicznie, gdyż tylko w tym stadjum pomoc jest jeszcze możliwa. Wobec tego, że środki finansowe kas chorych są zbyt małe, należy się w tych wypadkach porozumieć z organizacją ubezp. inwalidzkich które są poważnie zainteresowane w leczeniu alkoholików, gdyż w przeciwnym wypadku chory staje się w krótkim czasie niezdolny do pracy lub umiera. W pierwszym — ubezpieczony obciąża zakład, w drugim — jego rodzina. Leczenie chorego i stały nadzór nad nim dają często bardzo dobre rezultaty.

Te krótkie uwagi dają wskazówki o możliwościach kas chorych w dziedzinie walki z gruźlicą. Każdy fachowiec potwierdzi, że walka z gruźlicą i chorobami wenerycznemi będzie bezskuteczna, dopóki nie będzie się prowadzić walki z trzecim wrogiem ludzkości, z alkoholem. Walka z alkoholem jest jednym z najważniejszych postulatów higjenicznych w chwili obecnej. Te trzy plagi nie znikną bezsprzecznie tak długo, dopóki istnieć będzie nędza społeczna, jak ludzie mieszkać będą w przepełnionych norach bez światła i powietrza, jak długo ludzie nie będą mieli rozrywek bardziej szlachetnych. Mimo to nie wolno nam założyć bezczynnie rąk. Jakkolwiek nie można dokonać wszystkiego, jednak mimo to wiele można uczynić. Cel jest jasny: alkohol jest sprzymierzeńcem obecnego ustroju. Tylko ludzkość wolna od zmory alkoholu będzie mogła zdobyć wolność społeczną. Do zadań organizacji ubezpieczenia społecznego należy propaganda tych haseł. Im energiczniej i bardziej planowo poświęcimy się tym sprawom, tem więcej zdziałamy dla dobra i przyszłości ogółu.

DR. FRANCISZEK PAJERSKI.

NIEMIECKIE UBEZPIECZENIE GÓRNICZE A POLSCY RENCIŚCI.

Niemieckie ubezpieczenie górnicze utrzymało dotychczas swą samodzielność i odrębność i zrobiło duży krok na polu udoskonalenia i ujednostajnienia swej organizacji. Już ogólno - niemiecka ustawa o ubezpieczeniu górniczem (Resichsknappschaftsgesetz) z dnia 23 czerwca 1923 r. usunęła pojedyńcze ustawy krajowe, a na ich miejsce stworzyła jedną spółkę bracką, obejmującą swą działalnością całe terytorjum Niemiec powojennych. Ustawa powyższa nie zaspokoiła jednak w zupełności potrzeb i życzeń niemieckich górników, a nadto spotkała się z silną krytyką pracodawców, w następstwie czego Rząd niemiecki poddał jej przepisy rewizji, której wynikiem jest najnowsza ustawa o Spółkach Brackich z dn. 1 lipca 1926 r.

Ze stanowiska polskiego warto zastanowić się, jak ustosunkowały się obie niemieckie ustawy do rencistów, obywateli polskich, zamieszkałych za granicą Niemiec.

Otóż należy podkreślić, że jeżeli chodzi o prawa rencistów polskich, zamieszkałych za granicą Niemiec ,to najnowsza ustawa z dn. 1 lipca 1926 r. nie przyniosła zmian zasadniczych i w istocie nie różni się od ustawy z dn. 23 czerwca 1923 r. W nowej ustawie mieszczą się również przepisy o t. zw. „spoczywaniu renty" na wypadek wyjazdu rencisty (obcokrajowca) z Niemiec. Niemieckie władze stosują przepisy o spoczywaniu renty ze specjalną dokładnością przedewszystkiem do polskich obywateli i wszelkie wysiłki Rządu Polskiego, by rygor ten złagodzić, nie dały do dni ostatnich wydatniejszych rezultatów. Dlatego też polscy renciści oczekują z wielką niecierpliwością na wynik toczących się obecnie rokowań polsko - niemieckich, w sprawie zawarcia umowy ubezpieczeniowej.

Jakkolwiek więc nowa ustawa z dn. 1 lipca 1926 r. nie wprowadziła zasadniczych zmian w stosunku do rencistów obcokrajowców, to jednak na uwagę zasługują niektóre pomniejsze zmiany. Stara ustawa z dn. 23 czerwca 1923 r. przewidywała w § 31 rentę i dodatki drożyźniane, stopniowane zależnie od czasu pracy. Nadmienić wypada, że w okresie dewaluacji marki niemieckiej dodatki drożyźniane stanowiły istotne świadczenia.

W myśl dawnej ustawy renta zasadnicza spoczywała:

a) jak długo uprawniony do pobierania renty przebywał dobrowolnie za granicami Niemiec (rygor ten odnosił się zatem tak do obcokrajowca, jak i krajowca),

b) jeżeli uprawniony obcokrajowiec został wydalony z granic Rzeszy Niemieckiej z powodu zasądzenia go w postępowaniu karnem. W myśl § 62 Rząd niemiecki mógł ograniczenia powyższe znieść w stosunku do obcokrajowców, których państwa zapewniły rencistom niemieckim odpowiednią opiekę. Przy stosowaniu tego paragrafu ujawniła się zła wola Rządu Niemieckiego w odniesieniu do rencistów, obywateli polskich. Mimo to, że polska ustawa z dn. 6 lipca 1923 r. w przedmiocie rozciągnięcia na obywateli państw obcych przepisów prawnych o odszkodowaniu z tytułu nieszczęśliwych wypadków przy pracy, niezdolności do pracy, starości i śmierci jakoteż braku pracy (Dz. U. R. P. Nr. 75 poz. 587), zapewniała rencistom, obywatelom niemieckim swiadczenia na wypadek opuszczenia granic Polski, to jednak władze niemieckie nie chciały słyszeć o wzajemności w stosunku do rencistów obywateli polskich. Ostatecznie wypłata renty zasadniczej nie przedstawiałaby prawie żadnych korzyści dla polskiego rencisty, jednak § 31 pozbawił ich również właściwego świadczenia, jakiem były dodatki drożyźniane. I tu Rząd niemiecki, a właściwie uprawniony ustawą niemiecki Minister Pracy nie zezwolił na wypłatę dodatków drożyźnianych rencistom polskim. Wobec usilnych starań Rządu Polskiego i polskich placówek konsularnych w Niemczech zdawało się, że nowa ustawa poczyni pewne ustępstwa wo-

bec rencistów polskich. Nadzieje te zawiodły w zupełności.

Nowa ustawa o Spółkach Brackich z dnia 1 lipca 1926 r. nie zniosła rygoru dawnej ustawy i w § 93, 94, 95 i 96 zachowała ograniczenia, dotyczące poboru renty przez obcokrajowców.

W myśl zatem § 93 renta spoczywa:

1) jak długo uprawniony obcokrajowiec przebywa dobrowolnie poza granicami Niemiec (dawna ustawa mówiła o „uprawnionych", zatem o krajowcach i obcokrajowcach, obecnie rygor o spoczywaniu renty dotyczy tylko obcokrajowca),

2) jeżeli uprawniony obcokrajowiec został wydalony z Niemiec z powodu zarządzenia w postępowaniu karnem.

W myśl § 94 może Rząd niemiecki ograniczenia powyższe znieść odnośnie do obywateli tych państw, których ustawodawstwo gwarantuje obywatelom niemieckim równą opiekę (przepis ten w odniesieniu do obywateli polskich jest nadal fikcją).

W myśl § 95 stosuje się do świadczeń przysługujących inwalidom górniczym w formie bezpłatnej opieki lekarskiej i bezpłatnych środków leczniczych przepis § 216 niemieckiej ordynacji ubezpieczeniowej, według której powyższe świadczenia spoczywają, jeżeli uprawniony wyprowadza się bez zezwolenia Zarządu Kasy zagranicę. Przepis ten jest nowy, nieznany ustawie z roku 1923.

Na uwagę zasługuje sprawa t. zw. „uznaniówek", czyli składek wpłaconych po rozwiązaniu stosunku służbowego, a mających na celu zachowanie nabytych ekspektatyw do ubezp. górn.

W myśl § 46 ustawy z 1923 r. członkowie oddziału pensyjnego Spółki Brackiej, którzy nie są jeszcze niezdolnymi do wykonywania pracy zawodowej, lecz rozwiązują stosunek służbowy, mogą sobie zapewnić nabyte ekspektatywy przez płacenie składki uznawczej. Prawa powyższe gasną jednak, jeżeli występujący ze służby robotnik nie uiści składki w ciągu jednego roku. Składka uznawcza wynosiła zazwyczaj 50 fenigów miesięcznie. Ustalenie jej wysokości pozostawiła ustawa statutowi.

Nowa ustawa postanowienia powyższe, co do opłaty uznaniówki, utrzymała w mocy. Zaznaczyć należy, że prawo do uiszczenia uznaniówki nie jest zależne od przebycia jakiegoś okresu wyczekiwania. Z prawa tego może korzystać każdy ubezpieczony w Spółce Brackiej bez względu na czas pracy, który nie będąc niezdolny do wykonywania pracy zawodowej, zatrudnienie dotychczasowe porzucił.

Bardzo ważną dla rencistów polskich jest sprawa kapitalizacji renty na wypadek jej spoczywania.

W myśl § 63 ustawy z r. 1923 renty obcokrajowca, u którego zachodził wypadek zawieszenia renty z powodu pobytu zagranicą, winny były być skapitalizowane w sumie odpowiadającej świadczeniu (bez dodatku drożyźnianego) za 3 lata, jeżeli zaś chodziło o rentę sierocą, to odpowiadającą świadczeniom za 1½ roku. Skapitalizowanie to było więc obowiązkowe. Ustawa z roku 1926 zmieniła ten przepis o tyle, że skapitalizowanie renty pozostawiła do swobodnego uznania Spółki Brackiej.

W myśl zatem § 96 ustawy tej, Spółka Bracka może skapitalizować renty uprawnionych, którzy przebywają dobrowolnie zagranicą i to w sumie odpowiadającej świadczeniom za 3 lata. To samo tyczy się tych obcokrajowców, którzy opuścili Niemcy na zarządzenie władzy niemieckiej, o ile nie zostali wydaleni w drodze postępowania karnego.

Dawna zatem ustawa nakładała obowiązek skapitalizowania renty obcokrajowca, przebywającego zagranicą, zaś nowa pozostawia decyzję, co do tego swobodnemu uznaniu Spółki Brackiej. Większość jednak Spółek Brackich w Niemczech nie korzysta z tego prawa i warunków o skapitalizowaniu nie uwzględnia.

SAMUEL KLACZKO.

Z DZIAŁALNOŚCI KAS CHORYCH W NIEMCZECH ZA 40 LAT ISTNIENIA*)

W roku 1924 minęło 40 lat od chwili wprowadzenia w Niemczech ubezpieczenia robotników na wypadek choroby.

W ciągu tego półwiekowego prawie okresu czasu rzesze ubezpieczonych robotników i pracowników powiększyły się o 4 razy, ponieważ w roku 1885 liczba ubezpieczonych wynosiła około 4.300.000 osób, zaś w roku 1924—17.300.000 osób [2]). Przytem liczba ubezpieczonych kobiet wzrosła nawet o 8,4 razy, z 779,000 w r. 1885 do 6.536.000 osób w r. 1924. Natomiast ubezpieczeni płci męskiej dają wzrost dopiero 3,1 razy, bo z 3.515.000 w r. 1885 do 10.751.000 w r. 1924.

Wzrost liczby ubezpieczonych znacznie poprzedził ogólny wzrost ludności Niemiec za tenże okres czasu. W r. 1885 ludność całych Niemiec w granicach obecnych stanowiła około 45.000.000 ludzi, w r. 1924 około 62,5 miljonów, co daje wzrost o 1,4 razy. Wskazuje to, iż Niemcy przeżyły przez 40 lat bardzo intensywny proces uprzemysłowienia kraju [3]).

Jest rzeczą dobrze znaną, jakie skutki pociąga za sobą uprzemysłowienie jakiegobądź kraju. Acz-

[1]) Posługiwałem się danemi, które zaczerpnąłem z urzędowej statystyki niemieckiej o Kasach Chorych w r. 1924. Patrz: Statistik des Deutschen Reiches. Band 331: Die Krankenversicherung im Jahre 1924 oraz Band 289 za r. 1923.

[2]) Wykorzystane tutaj dane nie obejmują Kas górniczych i zastępczych, a dotyczą tylko tak zwanych Kas Chorych (Reichsgesetzliche Krankenkassen), opierających się na niem. ordynacji ubezp.

[3]) Przyczyniło się do tego także stałe rozszerzanie zakresu osobowego ustawy w ciągu 40 lat. — Red.

kolwiek jest to proces konieczny i nieunikniony, co więcej — wielce przez wszystkich pożądany nawet, to jednak ciężar jego jest olbrzymi. Ciężary te ponosi najbiedniejszy, bo robotnik, po cenie najdroższej, i jedynym przytem majątkiem swym — bo własnem zdrowiem, a niekiedy i życiem swoim.

Oto poniższe dane statystyczne wykazują, jak za przebieg 40 lat wzrosła wśród ubezpieczonych niezdolność do pracy wskutek choroby.

Na 100 ubezpieczonych przeciętnie rocznie przypada:

W okresach:	Wypadków zachorowania z niezdolnością do pracy.	Dni niezdolności do pracy z powodu choroby.
1885 — 1889	36.24	563
1890 — 1894	36.16	610
1895 — 1899	35.70	620
1900 — 1904	37.78	707
1905 —1909	40.18	801
1910 — 1913 [a])	41.72	840
1922 — 1924	41.67	915

Widzimy więc, jak stale powiększa się chorobowość ubezpieczonych. Ilość wypadków zachorowania z utratą niezdolności do pracy podniosła się (biorąc liczby zaokrąglone) z 36 do 42 na 100 ubezpieczonych, t. j. na 17 proc., a ilość dni niezdolności do pracy z 563 do 915 dni, t. j. na 62.5 proc. Coraz to częściej zapadają ubezpieczeni na choroby i coraz to dłuższy okres czasu choroba trwa, jak to stwierdzają też następujące dane ilości dni, przypadających na jedno zachorowanie.

W okresach:	Na 1 zachorowanie przypada dni niezdolności do pracy.
1885 — 1889	15.6
1890 — 1894	16.9
1895 — 1899	17.2
1900 — 1904	18.6
1905 — 1909	20.0
1910 — 1913	20.0
1922 — 1924	21.8

W okresie pierwszego pięciolecia (1885—1889) po wprowadzeniu ubezpieczenia chorobowego każde zachorowanie trwało przeciętnie 15.6 dnia, t. j. trochę więcej niż 2 tygodnie. Z biegiem jednak czasu każde zachorowanie trwa już dłużej, a mianowicie o jeden przynajmniej dzień na każdy nowy okres pięcioletni, aż ostatnio (1922 — 1924) na każde zachorowanie przeciętnie przypada już trzy zgórą tygodni.

Powyższe dane dotyczą wszystkich ubezpieczonych obojga płci. O ile zaś uwzględnimy płeć, to dane te przyjmą nieco inny kształt. Rzecz bowiem zrozumiała, iż na kobietę, wobec pewnych właściwości jej organizmu, praca przemysłowa w fabryce i przy warsztacie działa o wiele bardziej ujemnie, niż na mężczyznę. Oto jak w związku z tem wyglądają powyższe dane w obliczeniu dla ubezpieczonych każdej płci?

Na 100 ubezpieczonych każdej płci przypada rocznie:

W okresach:	Zachorowań U mężcz.	Zachorowań U kobiet	Dni niezdolności. U mężcz.	Dni niezdolności. U kobiet
1885 — 1889	36.98	33.10	571	527
1890 — 1894	37.42	31.50	621	572
1895 — 1899	36.98	31.56	622	612
1900 — 1904	39.26	33.14	705	712
1905 — 1909	42.00	35.16	790	831
1910 — 1913	42.25	37.28	819	892
1922 — 1924	42.53	40.17	857	1008

Coprawda ilość zachorowań na każde 100 ubezpieczonych kobiet mniejsza jest niż u mężczyzn, co się da wytłómaczyć tem, iż mężczyźni pracują w warunkach i przy robotach, powodujących większe ryzyko zachorowania. Tak samo ilość dni niezdolności do pracy z powodu choroby, przypadających na 100 ubezpieczonych kobiet w pierwszych 15 latach istnienia kas chorych też była mniejszą, niż u mężczyzn. Z chwilą jednak, gdy proces uprzemysłowienia kraju nabrał szczególnej mocy i kobiety wskutek tego w większych niż dotąd masach wciągnięte zostały do pracy w przemyśle — zaczęła też wzrastać i liczba dni niezdolności do pracy na każde 100 kobiet. To samo miało miejsce i u mężczyzn, jednak ci zostali pod tym względem znacznie wyprzedzeni przez kobiety. Poczynając właśnie od r. 1900 ilość dni niezdolności na 100 ubezpieczonych jest u kobiet wciąż większą niż u mężczyzn i różnica ta stopniowo wzrasta. Gdy w okresie 1900 — 1904 na 100 mężczyzn przypada rocznie 705 dni niezdolności, to na 100 kobiet — 721 dni, oraz gdy w okresie 1905 — 1909 na pierwszych przypada rocznie 790 dni, to na drugich 831 dzień i t. d.

Jeżeli ponadto weźmiemy pod uwagę dane, określające czas trwania jednego zachorowania u ubezpieczonych obu płci, to przekonamy się, jak ciężko wpływa na zdrowie kobiety jej udział w pracy przemysłowej. Ani lżejsza bezwzględnie praca kobiet, ani też lżejsze jej warunki nie mogą tu zaradzić i widzimy, iż kobieta zawsze choruje dłużej niż mężczyzna, dowodem czego służy zestawienie następujące:

W okresach:	Na 1 zachorowanie przypada dni niezdolności u ubezpieczonych: Mężczyzn	Kobiet.
1885 — 1889	15.4	16.0
1890 — 1894	16.8	18.2
1895 — 1899	16,8	19.1
1900 — 1904	18.1	21.6
1905 — 1909	18.8	23.7
1910 — 1913	19.0	24.1
1922 — 1924	19.9	25.2

Gdy jedno zachorowanie ubezpieczonego robotnika trwa przeciętnie od 2 do 3 tygodni, to takież zachorowanie kobiety-robotnicy trwa zawsze kilka dni dłużej, 4 — 5 dni przynajmniej.

Kasy Chorych zmuszone są wobec tych wypadków uprzemysłowienia kraju wydawać poważne kwoty na materjalne poparcie chorych robotników i pracowników, drogą udzielania im zasiłków pieniężnych za czas niezdolności do pracy z powodu choroby oraz na leczenie ich. I jakkolwiek materjalne

[1]) Za lata wojny i po wojnie danych tego rodzaju brak, ponieważ Kasy Chorych zwolnione były od składania władzom nadzorczym odpowiednich sprawozdań.

wynagrodzenie robotnika (w znacznej przytem części — jegoż własnym kosztem) za stracony z powodu choroby zarobek, zawsze uważane było za pierwszy cel ubezpieczenia chorobowego, to jednak wydatki na lecznictwo zaczynają odgrywać poważniejsze znaczenie w budżetach kas chorych, jak to odzwierciedla poniższe zestawienie porównawcze wydatków na te dwa zasadnicze rodzaje świadczeń kasowych:

Przeciętnie rocznie w okresach:	% wydatków na świadczenia w stosunku do ogólnej sumy wydatków. Zasiłki pieniężne.	Świadczenia lek.	Wszystkie świadczenia razem.
1885 — 1889	49.3	42.3	91.6
1890 — 1894	46.9	45.6	92.5
1895 — 1899	44.4	48.4	92.8
1900 — 1904	45.0	47.0	92.5
1905 — 1909	44.6	48.2	92.8
1910 — 1913	42.2	50.0	92.2

Suma wydatków na wszystkie świadczenia waha się w dość ciasnych ramach od 91.6 proc. do 92.8 proc. ogólnej sumy wydatków. Jednak wewnętrzny podział świadczeń ujawnia wyraźną tendencję do wzrostu wydatków na lecznictwo kosztem świadczeń pieniężnych, wbrew wzrostowi przeciętnego zasiłku pieniężnego wskutek wzrostu zarobków. Jeśli w okresie 1885 — 1889 zasiłki stanowiły rocznie 49.3 proc. wszystkich wydatków, a świadczenia lekarskie tylko 42.3 proc., to stopniowo stosunek ten zamienia się na odwrotny, aż w okresie 1910 — 1913 mamy na świadczenia lekarskie już 50 proc. wszystkich wydatków rocznych, zaś na zasiłki tylko 42.2 proc. Niewątpliwie też i inne przyczyny miały wpływ na to zjawisko, wszak na pierwsze miejsce wśród tych przyczyn wysuwa się bezwzględnie wzrost chorobowości ubezpieczonych.

Niepodobna wprost wyczerpać tak bogatych danych statystycznych z działalności niemieckich kas chorych za czterdziestolecie ich istnienia, więc skończymy wnioskiem, który z powyższych danych wypływa, a który pozostanie raczej pytaniem pod adresem tych tak gorących zwolenników jaknajrychlejszego uprzemysłowienia naszego kraju i, uważających za konieczny do tego warunek bezwzględne zniesienie kas chorych i wogóle wszystkich świadczeń na rzecz robotnika.

Zapytamy ich, cóżby miały robić wciągnięte w wir i gorączkę przemysłową szersze masy ludności, które fabryka i warsztat tak obficie obdarza chorobami i kalectwami, jeżeliby pozbawione zostały pomocy, udzielanej im przez kasy chorych? Jakżeby wyglądało wtedy uprzemysłowienie kraju wobec tych oto zwyrodniałych i zrozpaczonych rzesz robotniczych? Czyż to — naodwrót — nie uzasadnia konieczności kas chorych ze względu tylko na interes — broń Boże! — robotnika, lecz właściwie ze względu na interes normalnego rozwoju przemysłu i wogóle gospodarki krajowej?

Kto naprawdę szczerze i poważnie traktuje te tak doniosłe dla całego Państwa i wszystkich jego warstw społecznych zagadnienia—powinien uwzględnić wszystkie bez wyjątku czynniki, niezbędne do najskuteczniejszego ich rozstrzygnięcia. Dlatego też sądzę, iż jedna tylko może być na te pytania odpowiedź, a znajdujemy ją w przytoczonych wyżej objektywnych danych statystycznych, wyciągniętych z działalności kas chorych niemieckich za pół prawie wieku.

KRONIKA.

O PROWADZENIU EWIDENCJI UBEZPIECZONYCH (KARTOTECE).

W biurowości Kas Chorych, ten dział pracy jest najbardziej różnorodny: ile Kas — tyle bezmała jest systemów. Należy liczyć się i z tą okolicznością, że są Kasy różnej wielkości i różnej budowy, posiadające jedno lub kilka ambulatorjów; kartoteka nie może być podciągnięta pod jeden schemat. Tym niemniej należy w organizacji kartoteki ustalić pewne wytyczne i zasady, które niewątpliwie dla wszystkich Kas są wspólne.

Do każdego zagadnienia można różnie podchodzić: są tacy, którzy lubują się w wielkim aparacie biurowym i w skomplikowanej biurowości, (niestety tych wielu w Kasach pracuje). Metoda pracy tak myślących, niepotrzebnie obciąża biura Kas wszelkim, a zbytecznym balastem.

Tymczasem w Kasach, gdzie wszystko powinno się robić z myślą, iż każda oszczędność zwiększa kapitał na świadczenia, zasada „homo economicus" winna obowiązywać.

Powstaje więc pytanie: w jakim celu urzędnicy Kas Chorych tracą czas, a Zarządy marnują pieniądze ubezpieczonych, na niepotrzebne przepisywanie tych samych danych z zameldowań na odpowiednie karty? Robi się podwójne kartoteki jedną dla Centrali, drugą dla oddziałów, do tego również i dla jednych i drugich skorowidz. Wszystko to stwarza niepotrzebny balast.

Uważam, że tego rodzaju kartoteki są zbędne. Wystarczy najzupełniej odpowiednie a umiejętne przechowywanie zameldunków i wymeldunków. (Np. w tekturowych okładkach, w podwójnie złożonych kartonach, w opaskach i t. p.) Najwyżej większe Kasy mogą mieć alfabetyczne skorowidze.

Ten uproszczony system z niemniejszym powodem służyć może jako materjał ewidencyjny, (ilość członków, wybory do władz Kasy) i w rachubie. A świadczenia? Tu powstaje nowe zagadnienie.

Kasy zakładając kartoteki, wprowadzają do nich dziesiątki rubryk, przewidując wpisywanie do nich nawet każdej wizyty ambulatoryjnej. Urzędnik w Centrali i na oddziale (w dużej Kasie iluż?) niema nic ważniejszego do roboty. W rezultacie albo tych rubryk nie wypełnia się zupełnie, albo wypełnia się je źle. Oprócz tego prowadzi się ewidencję świadczeń pieniężnych (zupełnie słusznie). Czasem kwestjonarjusze chorobowe na oddziałach giną i udziela się świadczeń nieuprawnionym po dwuch miesiącach zazwyczaj wskutek zbytniego ich nagromadzenia się, idą „ad acta", historja leczenia ubezpieczonego znika z pod obserwacji lekarza i biura.

A przecież regulować te niedomagania tak łatwo! Należy połączyć kartotekę na oddziałach z kartoteką chorobową. Manipulacja prosta. Podwójny karton papieru, na pierwszej stronie najniezbędniejsze dane ewidencyjne, na drugiej i trze-

ciej — dane dotyczące świadczeń, wystarczy: początek i koniec leczenia (uwidoczniony w przewidywaniu zaginięcia kwestionarjusza chorobowego), świadczenia pieniężne (zamiast odrębnej ewidencji tych świadczeń) wreszcie przekazy do obcych Kas i szpitali. W środku tego kartonu, kwestjonarjusze chorobowe członków Kasy i ich rodzin.

Oddział po otrzymaniu zameldunku natychmiast zaprowadza taką kartotekę ewidencyjną i chorobową, zameldunki zaś odsyła do Centrali. Gdy otrzyma wymeldunek, wybija pieczęć „wymeldowany dnia....“ i przechowując kartotekę osób wymeldowanych przez 13 tygodni wzgl. do czasu wyczerpania praw. W Centrali znów, tam przynależni członkowie mają również tę samą kartotekę, która ze względu na to, że wymeldunki i zameldunki są na miejscu, jest wyłącznie kartoteką chorobową.

Ewidencja ubezpieczonych nastręcza zdaje się że we wszystkich Kasach jeszcze jedną trudność. Chodzi o wielkie firmy, gdzie personel roboczy jest bardzo płynny. Tu należą wszelkiego rodzaju przemysły sezonowe, zależne od pory roku, a nawet od pogody. Nadsyłanie zameldunków nastrecza tym firmom wiele kłopotu. Wymagania i pretensje Kas Chorych, są bezskuteczne wzgl. o ile dane te są nadsyłane, to w takim stanie, iż wprowadzają zamęt i nieporządek.

Najjaskrawszym przykładem są przedsiębiorstwa budowy dróg bitych, regulacje rzek i t. p. Przedsiębiorstwa te czasem nie prowadzą wogóle ewidencji swych robotników. Do prac zgłaszają się okoliczni włościanie, wolni chwilowo od pracy u siebie w domu. Przedsiębiorstwa dowiaduja się o ich nazwiskach dopiero przy wypłacaniu zarobku. W tych warunkach wymaganie nadsyłania zameldunków i wymeldunków jest nieżyciowe, a przez podobne firmy traktowane jako bezmyślne zarządzenie biurokracji.

W tych wypadkach uważam, że lepiej zrezygnować z pewnych ściślejszych danych, niż nie opanowywać sytuacji wogóle wzgl. mieć fałszywy materjał. (Napewno niema w Polsce Kasy, którąby miała ścisłą ewidencję robotników dróg bitych).

Dla rachuby najzupełniej wystarczą listy płacy, (przy kontroli takowych) cierpi natomiast ewidencja i kontrola uprawnień. Ponieważ oparcie się na fałszywych danych jest najgorszym wyjściem, czy nie lepiej kartotekę (nawet specjalną dla tych firm) oprzeć wyłącznie na listach płacy, a świadczenia udzielać na podstawie tej kartoteki i zaświadczeń z firm. Poważna firma napewno nie będzie wydawać niezgodnych z prawdą zaświadczeń — ucierpi tylko statystyka członków wg. lat urodzenia (dla Ministerstwa).

W konkluzji uważam: zasadą organizacji kartoteki, tak jak każdego działu pracy musi być „jaknajwięcej korzyści przy minimum wysiłku“. Źle jest, gdy kto sądzi, że maximum wysiłku daje maximum wyniku. **A. B.**

POWSZECHNA WYSTAWA KRAJOWA W R. 1929.

Prasa codzienna doniosła już, iż w r. 1929 odbędzie się w Poznaniu „Powszechna wystawa krajowa“. Wystawa ta ma na celu, z racji 10-lecia zdobycia Niepodległości, zobrazować wysiłek kraju we wszelkich przejawach naszego życia zbiorowego.

Organa Powszechnej Wystawy Krajowej (Rada Główna, Zarząd i Dyrekcja) kierują, w porozumieniu z t. zw. Komitetem międzyministerjalnym pracami, wystawy. Ponadto zorganizowano w łonie każdego Ministerstwa odrębne komitety.

W skład Komisji Ministerstwa Pracy wchodzą delegaci:
Departamentu Pracy M. P. i O. S.
Departamentu Ubezpieczeń Społecznych M. P. i O. S.,
Departamentu Opieki Społecznej M. P. i O. S.,
Urzędu Emigracyjnego,
Biura Głównego Inspektora Pracy,
Głównego Urzędu Ubezpieczeń,
Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych w Polsce (2 delegatów),
Zakładu Ubezpieczenia od wypadków we Lwowie,
Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu
Zakładu Ubezpieczeń Społecznych woj. Śląskiego w Król. Hucie,
Zakładu Pensyjnego we Lwowie, i
Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach.

Pan Minister powołał jednocześnie t. zw. stałą Komisję Pracy, w skład której wchodzą delegaci następujących urzędów i instytucyj:
Departamentu Pracy M. P. i O. S.,
Departamentu Ubezpieczeń Społecznych M. P. i O. S.,
Departamentu Opieki Społecznej M. P. i O. S.,
Urzędu Emigracyjnego,
Biura Głównego Inspektora Pracy i
Ogólno - Państwowego Związku Kas Chorych w Polsce.

Związek Ogólno-Państwowy zwoła w tej sprawie szereg konferencji Kas i Związków, by instytucje nasze godnie zaprezentowały na Wystawie swój dorobek.

NIEMCY O T. ZW. CIĘŻARACH SOCJALNYCH.

W październiku r. b. odbyło się w Lipsku posiedzenie t. zw. wielkiego wydziału Związku Przemysłowców saskich, na którem przemawiał prof. uniwersytetu Moldenhauer, poseł do Sejmu Rzeszy niem. i członek niemieckiej partji ludowej, reprezentującej interesy wielkiego przemysłu. W przemówieniu swojem ostrzegał przed zmniejszeniem „ciężarów socjalnych“. **„Gdyby ograniczono dzisiaj ubezpieczenia społeczne,** byłoby to objawem nietylko niepożądanym, lecz nawet szkodliwym, albowiem historyczna już dzisiaj instytucja ubezpieczeń społecznych, we współczesnem państwie przemysłowem jest niezbędnie konieczna“.

Znany przywódca niemieckiego „centrum“ (partji katolickiej) Dr. Stegerwald wygłosił na ten temat również bardzo znamienne przemówienie. „Robotnicy mówią zupełnie słusznie: jeżeli zawody wolne i inne osoby zajmujące stanowiska kierownicze, zawierają ubezpieczenia życiowe na wysokie sumy, to ogół uważa, iż jest to wszystko w zupełnym porządku. Jeżeli 500 — 700 tysięcy urzędników emerytowanych obciąża niemieckie życie gospodarcze 1½ — 1¾ miljonów marek, to również jest w porządku. Natomiast jeżeli 20 miljonów robotników i pracowników umysłowych wydaje rocznie na t. zw. ciężary przemysłowe 3 miljardy, z czego robotnicy płacą połowę, wówczas „zabija się chęć do pracy“, lub „łamie się wolę do zdrowia“. Czy nikt nie rozumie, iż robotnicy mogą się oburzać, jeżeli wydatek na kilkaset ty[illegible] urzędników, który wynosi 1½ miljarda marek, uważa się z[illegible]pełnie zrozumiały, podczas, gdy taki sam wydatek na 20 miljonów robotników i pracowników umysłowych uważa się zawsze za demoralizujący i przewyższający możliwości niemieckiego gospodarstwa?“

Zacytowaliśmy głosy polityków obozu umiarkowanego. Przemówienia te świadczą, iż wbrew temu, co się u nas twierdzi, „zagranica“ bynajmniej nie ma zamiaru ograniczyć t. zw. ciężarów socjalnych.

ZJAZD DYREKTORÓW I PRZEWODNICZĄCYCH ZARZĄDÓW KAS CHORYCH WOJ. POZNAŃSKIEGO I POMORSKIEGO.

Dnia 25. października b. r. odbył się z inicjatywy Okręgowego Związku Kas Chorych w Poznaniu zjazd przedstawicieli Kas Chorych woj. Poznańskiego i Pomorskiego.

Celem zjazdu było omówienie całego szeregu aktualnych

spraw, dotyczących Kas Chorych, w pierwszej linji omówienie projektu utworzenia handlowej składnicy aptecznej przy Ogólno-państwowym Związku Kas Chorych w Warszawie oraz zorganizowanie inspekcji farmaceutycznej. Sprawę powyższą referował dyrektor wymienionego Związku p. Osiowski.

Obrady stwierdziły jednomyślność poglądów wszystkich zebranych na sprawę utworzenia centralnej składnicy aptecznej, w której wszystkie Kasy mogłyby pokrywać swe zapotrzebowania na środki opatrunkowe i inne dla ogółu swych ubezpieczonych. Pozatem zebrani przyjęli do wiadomości projekt budowy sanatorjum dla płucno-chorych na Pomorzu.

Związek Kas Chorych w Poznaniu jednoczący w sobie Kasy Chorych województw Poznańskiego i Pomorskiego, przystąpił do opracowania projektu budowy powyższego sanatorjum, chcąc w drobnej mierze chociaż zaspokoić powszechnie odczuwany brak sanatorjum w Polsce wogóle, a na Pomorzu w szczególności.

Projekt znalazł wśród zebranych jednomyślne uznanie.

Wreszcie omówiono na Zjeździe projektowaną przez Związek Kas Chorych w Poznaniu podróż naukową po kraju, mającą na celu zapoznanie się z organizacją i urządzeniem lecznictwa kasowego w Kasach Małopolski i b. Królestwa.

Podróż ta odbędzie się w maju roku przyszłego i winna się ona przyczynić do szybszego zrealizowania planu stworzenia na terenie Wielkopolski i Pomorza wzorowych ambulatorjów kasowych, zastępujących dzisiejsze niewyposażone prywatne gabinety lekarskie.

O godz. 4-ej po południu przew. Kom. Zw. Dr. Rudkowski zamknął Zjazd, dziękując za liczny udział.

OTWARCIE II-GO KURSU DLA PRACOWNIKÓW KAS CHORYCH.

W dniu 3 listopada b. r. został otwarty drugi kurs dla pracowników Kas Chorych województw Poznańskiego i Pomorskiego.

Okręgowy Związek Kas Chorych w Poznaniu, organizujący powyższy kurs, kładzie wielką wagę na dokształcenie personelu kasowego i to nie tylko urzędników niższych, ale w tym samym stopniu na dokształcenie pracowników najwyższych, dyrektorów i ich zastępców.

Na kurs obecnie otwarty, zgłosiło się 46 słuchaczów, w tem 75% dyrektorów Kas Chorych.

Fakt powyższy tłumaczy dostatecznie potrzebę urządzania kursów z jednej strony, z drugiej zaś dowodzi wielkiego zrozumienia w Kasach, by pracownicy byli lepiej przygotowani do pracy społecznej.

Moralnego poparcia dla kursu udzielają państwowe Władze Nadzorcze.

W uroczystości otwarcia kursu brali między innemi udział p. dyr. Barański, przedst. Władzy Nadzorczej, przedstawiciele prasy, miejscowych organizacyj zawodowych, przedstawiciele organów samorządowych Kas obydwu województw, grono prelegentów i t. d.

Kurs otworzył Komisarz Okręgowego Związku Kas Chorych p. Dr. Rudkowski i w krótkiem przemówieniu wskazał na cel i zadanie kursu i jego znaczenie dla instytucyj ubezpieczonych.

Życzenia kierownictwu kursu składali pp. dyr. Barański, kom. Sell, p. Adamek i in.

Grono prelegentów składa się z wypróbowanych sił fachowych, a mianowicie: pp. Dyrektor Głównego Urzędu Ubezpieczeń w Warszawie, A. Korski, dyr. Barański, radca ministerjalny, Pierwocha, dyr. Osiowski, Dr. Rudkowski, Dr. Kunicki, Kom. Sell, ref. Rulski, Kom. Żakowski, Dr. Panieński, adw. Hundt, nacz. Wilczyński, lustr. Rohloff, prof. Wachowski i in.

Ogólna ilość godzin wykładowych 162, przedmiotów 17. Kurs trwać będzie od 3 listopada do 7 grudnia b. r. Dwa dni poświęcone będą na egzamin.

WALKA Z NIESZCZĘŚLIWEMI WYPADKAMI PRZY PRACY.

W pierwszych dniach listopada obradowała w Genewie Komisja, utworzona przez Międzynarodowe Biuro Pracy dla spraw walki z nieszczęśliwemi wypadkami przy pracy. Z prac Komisji wynika jasno doniosłość tego zagadnienia, które stanowić będzie przedmiot obrad Międzynarodowej Konferencji Pracy w roku 1928. Z danych zebranych przez Komisję wynika m. in., że w samych Stanach Zjednoczonych ginie skutkiem nieszczęśliwych wypadków przy pracy 25.000 robotników rocznie. Doświadczenie uczy, że bardzo znaczna ilość wypadków nie miałaby miejsca, gdyby uczyniono wszystko co należy, aby im przeciwdziałać i faktycznie w niektórych przemysłach udało się ilość wypadków przy pracy zmniejszyć o $^3/_5$, a czasem nawet o $^4/_5$. Z chwilą, że przeciwdziałanie nieszczęśliwym wypadkom jest rzeczą możliwą, wydaje się wskazanem, aby odpowiednie zarządzenia zostały wszędzie wprowadzone w drodze przymusu.

Komisja dla spraw walki z nieszczęśliwymi wypadkami stanęła zgodnie z wnioskiem Międzynarodowego Biura Pracy na stanowisku, że w formie ustawodawstwa międzynarodowego możnaby ustanowić następujące zasady:

1. że plan każdej nowopowstającej instalacji w zakładach pracy winien być zatwierdzony przez inspektorów pracy,

2. że należy ściśle zorganizować współpracę między władzami, towarzystwami ubezpieczeniowemi, pracodawcami i robotnikami w celu pouczania robotników o sposobach unikania nieszczęśliwych wypadków, w celu przeprowadzenia należytej selekcji zawodowej oraz organizacji statystyki nieczczęśliwych wypadków.

Międzynarodowe Biuro Pracy poświęci sprawie powyższej szereg wydawnictw specjalnych.

KSIĄŻKI I CZASOPISMA,

„NOWINY SPOŁECZNO - LEKARSKIE". W Nr. 12 z 15.IX r. b. umieszczają artykuł p. D-ra Sokołowskiego z Poznania p. t. „Współpraca lekarzy i czynnika obywatelskiego w instytucjach ubezpieczeniowych na Zachodzie i u nas". Z artykułu tego dowiadujemy się, iż postępuje się „na Zachodzie nadzwyczaj ostrożnie z rozbudową i wogóle z wprowadzeniem ubezpieczeń społecznych. U nas natomiast, gdzie Kasy Chorych dotychczas jeszcze nie zdołały się nawet na całym terenie Rzeczypospolitej należycie rozwinąć, zamierza się nową ustawę, o ogromnem znaczeniu dla całego życia gospodarczego poprostu na kolanie załatwić". Twierdzenia bardzo śmiałe. Przedewszystkiem „na Zachodzie" postępuje się wprawdzie ostrożnie, jednak śmiało. Najlepszym dowodem jest niebywały wprost rozwój ubezpieczeń społecznych od roku 1918. Autorowi radzimy przejrzeć choćby doroczne sprawozdanie dyrektora Międzynarodowej organizacji pracy, a przekona się, że na Zachodzie postępuje się nie tak „ostrożnie" jak on sobie wyobraża. Dlaczego zaś u nas załatwia się „na kolanie", tego nam autor nie mówi. Projekt ustawy o ubezpieczeniach społecznych ma wiele braków, ale jedno mu wszyscy krytycy przy-

znają, to staranność opracowania. Nie wiele projektów ustawowych opatrzono tak poważnem uzasadnieniem. Dla p. D-ra Sokołowskiego jest to „załatwianie na kolanie".

Artykuł pełen jest uczonych cytat i powoływań się na ustawodawstwo zagraniczne. Nie brak w artykule także i humorystyki. Np. art. 221 projektu nakładający na lekarzy sankcje karne, uważa autor za „przymus pracy", w żadnym ustawodawstwie poza Rosją sowiecką nie spotykany. Obecny Rząd ma bardzo wielu i surowych krytyków. Jednak nikt mu ani jego poszczególnym członkom nie zarzucił jeszcze „bolszewizmu".

DEUTSCHE KRANKENKASSE (Nr. 43) ogłasza artykuł D-ra med. Riglera p. t. „Lekarz kasowy i zarazem domowy". Autor stwierdza, iż zjazd Zw. Kas Chorych w Królewcu (o którym pisaliśmy w Nr. 9 P. U. S.) i zjazd Zw. lekarzy niem. w Würzburgu, przyczyniły się wiele do uspokojenia stosunku wzajemnego między lekarzami i kasami. Także i instytucja „lekarzy zaufania" (mających na celu kontrolę niezdolności do pracy) wiele przyczyniła się do wytwarzania atmosfery zaufania wzajemnego.

Największą bolączką Kas jest uznawanie przez lekarzy zbyt wielu chorych, mogących pracować, za „niezdolnych do pracy. „Jesteśmy wszyscy — powiada autor — także i my, lekarze, ludźmi, którzy walczą o swój byt. Niektóry z nas, by zyskać większą klijentelę, szafują zbyt hojnie niezdolnością do pracy, temu nikt nie zaprzeczy. Jeżeli w jednej miejscowości jest 3 lekarzy, a jeden z nich jest zbyt „miękki", wówczas i pozostali lekarze uznają większą liczbę chorych za niezdolnych do pracy. Ubezpieczeni chętnie odwiedzają takiego lekarza, jeżeli on uznaje ich za niezdolnych do pracy, szczególnie w wypadkach lekkich".

Oto mamy dowód, do czego doprowadza opłata jednostkowa za poradę. Autor nie powiedział nam nic nowego, zawsze twierdziliśmy, że opłata jednostkowa demoralizuje lekarzy i zmusza z obawy o ich dochody, do działania na szkodę Kasy. Oczywiście winę ponosi nie jednostka, a system.

Kasy są zmuszone do ponownego badania chorych, przez swych „lekarzy zaufania", jednak autor jest zdania, że to badanie ponowne nie powinno być zarządzane zbyt często. Należy natomiast zamiast opłaty jednostkowej za poradę, wprowadzić ryczałt lekarski (Arztpauschale), którego wysokość corocznie ustalana, byłaby zależna od dochodów Kasy.

Autor twierdzi, iż zmiana w sposobie zapłaty, zagadnienia nie rozwiąże. Zdaniem jego „lekarz kasowy winien nietylko udzielać porady w czasie choroby, lecz nadzorować stale stan zdrowia ubezpieczonego, czy zorganizować należy praktyczną działalność profilaktyczną".

W dalszej części artykułu uzasadnia Dr. Rigler swój pogląd na to zagadnienie.

Artykuł ten jest niezmiernie charakterystyczny. Oznacza on, że i lekarze niemieccy zdają sobie sprawę, że opłata jednostkowa nie rozwiązuje kwestji ich wynagrodzenia za pracę w K. Ch., a następnie, że kwestja badania zdrowych, o czem już niejednokrotnie pisaliśmy, staje się w Niemczech zagadnieniem coraz bardziej aktualnem.

Nr 20.

TREŚĆ:

Ks. prof. Alexander Wóycicki — Międzynarodowy zjazd organizacji postępu społecznego.

Alfred Krieger — Naczelna Izba Lekarska o projekcie ustawy o ubezpieczeniach społecznych.

Dr. med. Brunon Nowakowski — Rozporządzenie o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu (dokończenie).

Dr. Henryk Kłuszyński — Hymny o leczeniu ambulatoryjnem w Kasie Chorych w Berlinie.

Dr. med. A. Holitscher — Ubezpieczenia społeczne a walka z alkoholem.

Dr. Franciszek Pajerski — Niemieckie ubezpieczenie górnicze a polscy renciści.

Samuel Klaczko — Z działalności Kas Chorych w Niemczech za 40 lat istnienia.

Kronika — O prowadzeniu ewidencji ubezpieczonych (kartotece) — Powszechna wystawa krajowa w r. 1929 — Niemcy o t. zw. ciężarach socjalnych — Zjazd dyrektorów i przewodniczących Zarządów Kas Chorych woj. Poznańskiego i Pomorskiego — Otwarcie II-go kursu dla pracowników K. Ch. woj. Poznańskiego i Pomorskiego — Walka z nieszczęśliwemi wypadkami przy pracy.

Książki i Czasopisma — Nowiny Społeczno Lekarskie Nr. 12 — Deutsche krankenkasse Nr. 43.

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

Powiatowa Kasa Chorych
w Międzyrzecu Podlaskim

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

Redakcja i Administracja: Lwowską 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.

GŁÓWNA BIBLIOTEKA PRACY
I ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO
GBPiZS
P-25/II
1927