





PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN OGÓLNO-PAŃSTWOWEGO ZW. KAS CHORYCH W POLSCE



ROK III P-25 / II

MIESIĘCZNIK

ZESZYT 1

WARSZAWA DN. 1 STYCZNIA 1928.

ZYGMUNT ZAREMBA.

PLACE I UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE.

Po kilku latach istnienia i pracy Kas Chorych odeszły w niepamięć spory na temat samej zasady przymusu i powszechnego obowiązku ubezpieczenia. Dziś na porządku dziennym stoi sprawa rozszerzenia zakresu ubezpieczenia i usprawnienia organizacji, a tem samym w centrum uwagi wejść musi zagadnienie źródeł, z których czerpie się środki na rozbudowanie ubezpieczenia i celowego zużycia tych źródeł.

Polemizując na łamach „Przeгляdu Ubezpieczeń Społecznych” z niektórymi tezami komisji prof. Kemmerera, przedmiotu tego dotknąłem już, ale tylko nawiasowo, twierdząc, że

„Ubezpieczenia społeczne są instytucją *samopomocy*. Instytucją *uspołeczniającą część pracy* roboczej w celu niesienia członkom instytucji ubezpieczeniowej pomocy w razie choroby, inwalidztwa czy starości. — I to, co płaci dziś przedsiębiorca i robotnik na ubezpieczenia społeczne, w większej mierze musiałby wydatkować, gdyby te istotne potrzeby zabezpieczenia pracownika były przez przedsiębiorcę pokrywane drogą prywatną”.

W ten sposób dałem wyraz stanowisku, kształtującemu ubezpieczenie jako środek do zaspokojenia istotnej potrzeby zabezpieczenia pracownika przed nędzą w razie choroby, starości i t. p., i podkreśliłem samopomocowy charakter instytucji ubezpieczeń powszechnych.

Wynika z tego, że ubezpieczenie nie może być traktowane jak jakaś impreza filantropijna, ani też jak swego rodzaju choć przymusowe, ale dobrodziejstwo przedsiębiorców ze względu na to, że pokrywają oni część wkładki. W tym świetle składka ubezpieczeniowa nabiera wyraźnego znaczenia części płacy roboczej.

Jest to jednak pogląd tak zaciemniony dotychczasowymi narzekaniami na „ciężary socjalne” i faktem wpłacania części składek przez przedsiębiorców, a także ich ustawowym udziałem w kierowniczych ciałach instytucji ubezpieczeniowej — że

wymaga bliższej analizy, i możliwie wyczerpującego omówienia. Konieczne jest to zarówno ze względów teoretycznych, jak i praktycznych. Wciąż bowiem dla pewnej grupy ekonomistów, nie jest rozstrzygnięte pytanie, jakie miejsce zajmują środki zbierane na potrzeby ubezpieczenia w życiu finansowym kraju, wciąż jeszcze pokutuje chęć traktowania ich, jako „dodatowego opodatkowania ludności”. Z drugiej zaś strony dojrzewa coraz bardziej pytanie, czy wskazanym jest i na jakiej podstawie udział przedsiębiorców w kierownictwie zakładów ubezpieczeniowych.

Rozważanie tych kwestyj i odpowiedź na te pytania może dać tylko analiza stosunku ubezpieczeń i źródeł pokrycia ich kosztów do płacy roboczej.

Klasyczne określenie płacy roboczej brzmi: „Cenę pracy określa się przez cenę niezbędnych kosztów utrzymania”). Cena wszelkiego towaru kształtuje się w zależności od popytu i podaży tych dwu dźwigni: podnoszącej cenę i spychającej ją na dół. Tak samo i cena pracy w postaci płacy roboczej w zależności od konjunktury na rynku pracy dźwiga się lub opada. I tu decydującą rolę odgrywa popyt na pracę, a więc stan rozwoju i uruchomienia przemysłu oraz podaż pracy, czyli ilość swobodnych rąk roboczych, poszukujących na rynku pracy.

Formuła Marxa na pierwszy rzut oka nie przewiduje tych zwykłych i zniżkowych wahań płacy. Było by tak jednak tylko wtedy, gdyby pojęcie „niezbędne koszty utrzymania” traktować jako pojęcie niezmienne, a samą płacę nie jak cenę, zależną od warunków rynku, lecz jak zwierciadlane odbicie tych kosztów utrzymania. Zresztą sam Marx formułę swoją traktował jako określenie społecznego minimum płacy roboczej.

„Cenę kosztów utrzymania i rozplądania stano-

*) Karol Marx: Praca Najemna i Kapitał. (Pisma pomniejsze, Serja I, str. 22). Paryż, 1907r.

inv. 2808
26.5.76

wi. płacę roboczą. W ten sposób określona płaca robocza zowie się *minimalną płacą roboczą*. Ta minimalna płaca stosuje się, jak to też ma miejsce przy określaniu ceny towarów przez kosztą produkcji, nie do *oddzielnych osobników*, ale do całego gatunku").

„Niezbędne koszty utrzymania” są zjawiskiem społecznym, podległym zmianom, jakie zachodzą w społeczeństwie. Niezbędność, pojęta w najwęższym zakresie, zacięsniona do potrzeb spożycia i odzienia samego robotnika i jego rodziny, określa poziom płacy, — jako wynik żywiołowego procesu kształtowania się ceny pracy na rynku, gdzie zawsze jest nadmiar rąk swobodnych w postaci rezerwowej armji robotniczej, wypadkami wojny tak znacznie rozszerzonej. I wszędzie, gdzie płaca kształtuje się żywiołowo, niezależnie od wpływu woli proletariatu, sprzedającego swój jedyny towar — pracę, — tak zacięsnione „niezbędne koszty utrzymania” grają decydującą rolę przy określeniu płacy. Czemże bowiem jest płaca 2 — 3 złotych dziennie, jak nie równowartością niezbędnej, najprymitywniejszej żywności dla robotnika, a przy 1 — 2 złotowym zarobku żony — także i dla dzieci! I raczej w tych wypadkach płaca stoi poniżej najskromniej obliczonych kosztów utrzymania.

Ale rozwój organizacji robotniczych do tego żywiołowego procesu wprowadza cały szereg korekt. Prawodawstwo robotnicze, powstałe pod wpływem walki społecznej, bierze pod ochronę prawa robotników, cały szereg potrzeb robotnika, niemożliwych do pomieszczenia w ramach tych zredukowanych do minimum przez płacę „kosztów utrzymania”, a odnoszących się w pierwszym rzędzie do zabezpieczenia przed wypadkami (profilaktyka — prawa o bezpieczeństwie pracy; odszkodowania za niezawiniony wypadek — prawa ubezpieczeniowe) — i naciskiem państwa włącza do niezbędnych kosztów utrzymania, rozszerzając je po za granice, nakerślone poziomem płacy.

Z drugiej strony zawodowa walka robotników o płacę, w chwilach sprzyjającej konjunktury, podnosi poziom płacy. Jednocześnie drogą kombinowanej walki polityczno - zawodowo - spółdzielczej, przy pomocy pracy oświatowej i kulturalnej dźwiga się stale poziom potrzeb całej klasy robotniczej. Rozszerzająca się rola robotnika w społeczeństwie, rozszerza jednocześnie skalę jego potrzeb. Powiedzmy przykładowo: — koszt kołnierzyka, który dla robotnika przed laty był luksusem, stał się, przynajmniej na niedzielę lub dzień świąteczny „niezbędnym” składnikiem kosztu utrzymania większości robotników miejskich w Polsce.

Zapasowa armja robotnicza obniża stale poziom płac. Ciągnie cenę pracy do poziomu minimalnego, określonego „niezbędnymi kosztami utrzymania” w znaczeniu żywności i tandetnej odzieży. Kryzysy przemysłowe rujnują raz po raz osiągnięty poziom płac i zaspokojony przezeń poziom potrzeb staje się równią, ku której wspina się znów klasa robotnicza w momencie sprzyjającym i przy pomocy swych organizacji przekracza ją, rozszerzając znów skalę swych potrzeb.

Rzeczywistość klasy robotniczej odbywa się w tych cyklach wznoszenia się i spadku płac roboczych.

*) Tamże, str. 22 — 23.

I w tych warunkach musi na pierwsze miejsce wysuwać się kwestja zabezpieczenia trwałego zaspakajania pewnego minimum potrzeb, włączenia ich na stałe do „niezbędnych kosztów utrzymania”. Dodać tylko można, albo przez zagwarantowanie prawne pewnego minimum płacy, albo też przez wyeliminowanie pewnych potrzeb i moznosci ich zaspakajania od wahań na rynku pracy. Pominąć tu musimy całą skomplikowaną sprawę minimum płacy, szczególnie ze względu na szaloną odległość plac wielu kategorii robotników od jakiegokolwiek najskromniejszego minimum kosztów utrzymania. I chociaż słusznie klasa robotnicza podnosi dziś na plan pierwszy sprawę plac względnych, stosunkowych, określonych stopniem udziału robotników w dochodzie społecznym — dla polityki społecznej drogą natychmiast dającą rezultaty jest droga wyodrębnienia pewnych potrzeb, które się uzna za społecznie niezbędne, a których zaspokojenie ze skądą dla całości społeczeństwa nie może być dokonane w okresach spadku płacy, lub w kategoriach, pobierających płace poniżej minimalnych kosztów utrzymania.

Kiedy spojrzymy na cyfry, ilustrujące rozwój budżetu robotniczego w zależności od większych lub mniejszych zarobków, rychło przekonamy się o potrzebie takiego traktowania sprawy. W miarę kurczenia się budżetu robotnika, służy on coraz bardziej do zaspakajania potrzeby wyżywienia i mieszania. Inne potrzeby zredukowane są do minimum lub wyłączone, bo zarobku nie starcza na ich pokrycie.

Oto ilustracja wagi pozycji żywności w budżecie domowym według trzech grup zarobkowych. Dane te dotyczą robotników szwecckich, wśród których przeprowadzono w r. 1923 nowe badania ankietowe budżetów domowych”).

Grupa pierwsza:

Zarobek na jednostkę spożywczą poniżej 1.100 kr.
 Żywność, napoje, tytoń, opał, światło, komorne—62,5%
 Inne wydatki 37,5%

Grupa druga.

Zarobek na jedn. spoż. od 1.100 do 1.650 kr.
 Żywność, napoje, tytoń 55,3%
 Inne wydatki 44,7%

Grupa trzecia.

Zarobek powyżej 1.650 kr.
 Żywność, napoje, tytoń 49,3%
 Inne wydatki 50,7%

Tę samą tendencję ilustrują dane, zaczerpnięte z życia naszego. Bardzo fragmentaryczna ankietą, dotycząca budżetów domowych, opublikowana przez Kruszczyńskiego i Zdziarskiego”), podaje nam stosunek tych dwu pozycji budżetu jak następuje:

	r. 1914	r. 1921
Żywność, opał, światło, napoje, tytoń, mieszkanie	71,0%	78,7%
Inne wydatki	29,0%	21,3%

Podobnie głosi sprawozdanie z ankiety W-łu Stat. mag. m. st. Warszawy, przeprowadzonej w r. 1922.

*) Revue Internationale du Travail vol. XIV, Nr. 4, octobre 1926. L'enquete suedoise de 1923 sur les budgets familiaux. Str. 524.

*) St. Kruszczyński i M. Zdziarski. — Życie Robotnicze w Polsce r. 1913 — 1921.

E. Budziszewski podaje do wiadomości publicznej wyniki tej ankiety, stwierdza *):

„W budżecie badanych rodzin pracowniczych pozycja żywności stanowi zaledwo 37,4% ogólnych wyd. budżetowych. Procent średni dla wszystkich gospodarstw, został wydatnie obniżony przez odpowiednie liczby dla gospodarstw urzędniczych, w rodzinach tych bowiem wyższa stopa życiowa powoduje w ogólnym budżecie *zmniejszenie wagi grupy żywności*. Natomiast w gospodarstwach robotniczych waga tej grupy wyraża się liczbą 43,77% ogólnych wydatków budżetowych”.

Tak więc wydaje się bezsporną tezę głoszącą, iż w miarę zmniejszania się skali zarobków, koszty utrzymania są redukowane do kosztów niezbędnej dla życia i coraz gorszej, bo tańszej żywności.

A jednak płaca i tylko płaca jest źródłem pokrywającym „koszta utrzymania”. Stałe więc pytanie, jak wkroczyć w „niezbędne koszty utrzymania” szereg potrzeb niezbędnych, czy to ze względów ogólnospołecznych — jak zdrowotność, czy dyktowanych przez elementarną sprawiedliwość — jak zabezpieczenie na starość lub w razie inwalidztwa. I nie tylko włożyć, lecz również zabezpieczyć zaspokojenie tych potrzeb przed wpływem zmniejszania zarobków?!

Zadanie to na drodze prywatnej inicjatywy rozwiązać się nie da. Póki panuje system wolnego najemnictwa z jego armią bezrobotnych i niewyczerpanym źródłem mało wymağających rak do pracy w postaci naszej, duszacej się na drobnych kawałkach ziemi, ludności małorolnej i bezrolnej — nie sposób przypuszczać, by potrzeby lecznictwa, czy zabezpieczenia na starość mogły znaleźć trwałe miejsce w niezbędnych kosztach utrzymania. Przecież może nie tak jaszkrawo, ale powszechnie namnie u nas ten stan rzeczy, jaki maluje Błażej Stolarski w swej znakomitej monografii wsi polskiej p. t. „*Śługocice*” (str. 161):

KS. PROF. ALEXANDER WÓYCICKI.

MIĘDZ. ZJAZD ORGANIZACJI POSTĘPU SPOŁECZNEGO.

(Dokończenie)

Bardzo dziś modny i wielce aktualny temat o racjonalizacji ekonomicznej przedstawił w swem referacie p. Paul Devinat, dyrektor Międzynarodowego Instytutu Naukowej Organizacji Pracy w Genewie, autor obszernej i najbardziej wyczerpującej pracy w tym przedmiocie. W dyskusji, a następnie w rezolucji zaznaczonej, że międzynarodowa konferencja ekonomiczna uznała zastosowanie metod racjonalizacji jako jeden ze środków najbardziej właściwych, celem opanowania w świecie trudności gospodarczych, wywołanych przez wojnę, i wyraźnie zaleciła tę racjonalizację we wszystkich krajach. Wobec tego należy ułatwiać znajomość tych metod w przemyśle, rolnictwie i we wszystkich gałęziach produkcji i podziału tudzież popierać wysiłki, podjęte w tym kierunku przez instytucje specjalne, zwłaszcza przez

*) Statystyka Pracy, r. 1923, str. 44.

„Życie ludu z punktu widzenia zdrowotności, opiera się na skrajnym radykalizmie. Rodzi się czełek skłonny do chorób, to na wsi nie długo popasa, natychmiast chwyta okazję zaziębienia się lub dostaje takiej czy innej choroby, żegna ten świat i życie nad nim przechodzi do porządku dziennego”.

Czyż wśród ogromnej większości robotników w miastach i miasteczkach nie panuje tenże radykalizm śmierci!? — Rodzi go brak środków.

Poziom płac nie pozwala troszczyć się o takie potrzeby, jak również o zabezpieczenie w razie niezdolności do pracy.

I oto wkracza tu ubezpieczenie społeczne. Nakazem prawa wyłącza część płacy, niezbędną na pokrycie tych potrzeb niszczonej, niedopuszczanej do należytego rozwoju przez poziom dzisiejszy i wahania płac. Przez to „niezbędne koszty utrzymania” muszą zawierać również i koszt ubezpieczenia.

W walce na rynku pracy o cenę dla niej, o płacę roboczą robotnik zdobywa ten poziom, który może w danych warunkach zdobyć, plus koszty ubezpieczenia.

I nie ma istotnego znaczenia, czy koszty te wnosi przedsiębiorca w całości lub części do instytucji ubezpieczeniowej, albo też wnosi je tam robotnik. Manipulacja ta ma znaczenie czysto buchaltewne i techniczne. Istotą rzeczy pozostaje to, że ubezpieczenia społeczne uspołeczniają część płacy roboczej, wydzielając ją z najniższej nawet płacy i zabezpieczając w ten sposób zaspokojenie określonych potrzeb. Podnoszą przez to poziom płac nad równię określoną tylko kosztami żywności, mieszkania, w najgorszych choćby norach i nędznego odzienia. I stąd narzekania przedsiębiorców.

Gdy jednak zostanie powszechnie zrozumiany ten istotny związek między płacą, a kosztami ubezpieczenia — narzekania te muszą ścichnąć, zbyt bowiem będą cyniczne.

Międzynarodowy Instytut organizacji Pracy w Genewie.

Racjonalizacja, bez szkody dla uzasadnionych interesów tych wszystkich, którzy przyczyniają się do rozwoju życia gospodarczego, winna być połączona w Europie zarówno jak i w Ameryce z polityką wysokich zarobków, to jest z polityką, pozwalającą na wzrost siły nabywczej rzesz spożywców, podniesienie poziomu życia pracowników i zwiększenie ich możliwości ogólnej kultury.

Wszakże, jak się tego domaga sama uchwała międzynarodowej konferencji gospodarczej, zastosowanie tych metod winno być prowadzone z niezbędną roztropnością, by nie wyrządzić szkody uzasadnionym interesom robotników; w tych warunkach racjonalizacja może przyczynić się skutecznie do dobrobytu zbiorowości i stanowić cenne narzędzie postępu społecznego.

Należy uzyskać porozumienie co do ujęcia samej koncepcji racjonalizacji, jak również zastosowania racjonalizacji i związanych z nią zagadnień, przy czym to porozumiewanie jest tam koniecznością, że koncepcje, ujęte z punktu widzenia interesów prywatnych i zbiorowych, nie zawsze są z sobą zgodne. Dlatego zjazd wyraża życzenie, aby odpowiednie organizacje krajowe i międzynarodowe starały się uzyskać jak najszybciej porozumienie w tym względzie, aby celem zapobieżenia bezrobocia, którego przyczyną mogłaby być racjonalizacja, instytucje kredytowe kontrolowały ich przebieg, w celu nadawania siły nabywczej spożywców rozwoju równoległego do rozwoju produkcji, by władze publiczne ułatwiały ponowne zatrudnienie pracowników zwolnionych lub zmuszonych bądź do zmiany zawodu, bądź do emigracji, i zapewniły bezrobotnym słuszną odszkodowanie oraz by pracodawcy podjęli konieczną inicjatywę, celem zastosowania tych wszystkich zarządzeń.

Następnie zjazd zaleca, by stała poprawa wydajności dozwoliła na stopniowe zmniejszenie czasu pracy drogą układów między zarządem a personelem i pod gwarancją umów zbiorowych oraz tekstów ustawowych, by słuszną polityka płac pozwoliła pracownikowi korzystać z każdego zwiększenia się wydajności, do którego się przyczynia; by niedogodności, jakie mogą wynikać z automatyczności i monotoni pracy i zmniejszenia się kwalifikacji zawodowych zostały usunięte przez dobrą organizację pracy w zakładzie przy ścisłym zachowaniu przepisów higieny, przez powszechne wprowadzenie porady zawodowej, opartej na zbadaniu wszystkich zdolności określonych przez psychotechnikę, przez rozwój wychowania technicznego i przez umożliwienie pracownikom poświęcania na swe doskonalenie zwiększonych wypoczynków oraz płac zwiększonych. Wreszcie zjazd postanowił, by sekcje krajowe domagały się od swych rządów udzielania potrzebnych środków finansowych na prowadzenie badań nad stroną fizjologiczną, psychologiczną i społeczną racjonalizacji, mając na celu zapobieganie szkodliwym skutkom, zwłaszcza objawom przemęczenia, oraz by inspektorom pracy zapewniono środki działania w tym zakresie, jakoteż aby został ustalony we wszystkich szczeblach wytwórczości i podziału system stałego współdziałania między kierownictwem a personelem, oparty o współpracę organizacji zawodowych i autorytetów naukowych i technicznych, a mogący, chroniąc pracownika przed wszelkimi zgubnymi skutkami nieodpowiedniego zastosowania, zapewnić zarówno na jego korzyść jak i dla zbiorowości, postępy racjonalizacji, którego naturalnym wynikiem jest również system powyższy.

**

Wreszcie ostatni punkt porządku dziennego obejmował sprawę ubezpieczenia macierzyństwa, ujętą w dwa referaty: pierwszy p. t. „Ochrona rodziny przez ubezpieczenia zbiorowe” przygotowany przez p. Edw. Fustera, profesora w **Collège de France**, i drugi p. t. „Polityka ochrony rodziny”, wygłoszony p. Fryd. Zahn'a, profesora uniwersytetu monachijskiego. Zadaniem pierwszego referatu było dowieść istnienia ryzyka rodzinnego, jako podstawy

dla ubezpieczenia nowego rodzaju. W tym celu p. Fuster użył metody ankietowej, odnoszącej się do 1000 rodzin w jednej z najuboższych dzielnic Paryża. W świetnym, czysto naukowym referacie, stwierdza on, że każdy człowiek przechodzi 3 okresy: okres słabości od dzieciństwa aż do wieku możności zarobkowania, okres czynny, i wreszcie okres starczej niemocy. Stąd wytwarza się łańcuch swego rodzaju: słaby potrzebuje pomocy od mocnego, który po pewnym czasie, stając się starym i do pracy niezdolnym, wymaga pomocy od tego, którego jeszcze wczoraj wspierał; a w ten sposób zadzierzgają się ogniwa tego samego łańcucha bez końca.

Dlatego dziecko w rodzinie jest wielkim bogactwem, a posiadanie rodziny to ogromny zysk. Przynajmniej tak było dawniej, a często bywa i dziś na wsi.

Ale przemysł i wielkie miasta niszczą rodzinę wszystkimi niemal swymi czynnikami, zwłaszcza zaś niską płacą, albowiem 1-o płaca dziś nie liczy się z potrzebami pracownika, 2-o stopa płacy różni się między jednostkami o potrzebach jednakich i w ten sposób wielu z pracowników stawia w położenie względnej niewystarczalności, 3-o ogólna krzywda płacy (la courbe générale du salaire) wystawia robotnika na zmniejszenie i utratę dochodów, mianowicie pod koniec życia 4-o kryzysy zdrowia lub pracy wystawiają robotnika na ciągle zmniejszenia lub zupełną utratę płacy.

Słowem — ostatni okres życia rodziców ma swe własne ryzyko i na niekorzyść rodziców i na niekorzyść dzieci. Dla **rodziców**, ryzyko jest to niedostateczność pomocy synowskiej, bo mają za mało dzieci, jak wskazuje materiał, zebrany co do 1000 rodzin paryskich; albo też dzieci jeszcze nie są zdolne pomagać rodzicom lub też nie są wolne od własnych ciężarów. Dla **dzieci pożenionych**, ryzyko — to nadmiar ciężarów synowskich, powstający z tych samych, jak powyżej, przyczyn.

Otóż z przeprowadzonej analizy przytoczonych faktów wypływa jasny wniosek, że istnieje ryzyko rodzinne, zupełnie odmienne od ryzyka ogólnego i zawodowego. Stąd potrzeba ubezpieczenia społecznego, na które złożyć się mają trzy czynniki: przedsiębiorca, społeczeństwo i ubezpieczony lub ten, kto korzysta z ubezpieczenia. A przeto Międzynarodowe Stowarzyszenie dla Postępu Społecznego winno przez specjalną komisję przygotować na przyszły zjazd plan ogólny, któryby zawierał: 1-o uogólnienie i polepszenia środków ubezpieczenia społecznego już zapoczątkowanych pod nazwami ubezpieczenia macierzyństwa, ubezpieczenia na wypadek chorób członków rodziny ubezpieczonych, ubezpieczenia wdów i sierot, 2-o integrację w systemie ubezpieczenia społecznego od różnych przyczyn niezabezpieczenia rodziny ludowej — przez system zasiłków pokrywających część wydatków na wychowanie małych dzieci.

Referat ten, acz miał się ograniczyć tylko do pytania: czy jest racja faktyczna (ryzyko rodzinne) do ubezpieczenia rodzinnego, rozrósł się do rozmiarów szerokiego zagadnienia, traktowanego niesły-

chanie ciekawie i głęboko przez referenta.¹⁾ Został on uzupełniony przez prof. Zahn'a, który swój referat poświęcił polityce rodzinnej.

Według prof. Zahn'a polityka rodzinna jako osobne zagadnienie zajmowała poszczególne jednostki jeszcze przed wojną. Nie doceniano wszakże jej doniosłości. Zahn zgadza się zupełnie z wywodami Fustera. Referat swój sprowadził do punktów następujących: 1-o rodzina to podwalina, to serce państwa, to niczem niezastąpiona szkoła człowieka i obywatela. Szczególnie rodziny z wieloma dziećmi (familles nombreuses) wydają wartości moralne i narodowe.

Ale dziś rodzina jest chora. Materjalizm współczesny wydał co do posiadania zbyt wielkiej liczby dzieci (Maltuzjanizm). Stąd mało jest rodzin, posiadających troje i więcej dzieci.

2-o Zwiększenie liczby poronień. Jest to zjawisko powszechne w krajach cywilizowanych.

3-o Brak mieszkań sprawia, że mało jest ślubów, małżeństw i rodzin. Dlatego narody praktykują coraz częściej samobójstwa. Mussolini chce tworzyć nowe rodziny; zdaniem p. Zahn'a najpierw trzeba ochraniać rodziny stare.

4-o Prawodawstwo dzisiejsze jest wrogiem dla rodziny; tymczasem powinno ono popierać ją, bo rodzina jest czemś więcej niż jednostka.

5-o Trzeba tedy polityki rodzinnej zorganizowanej i metodycznej, któraby zajęła się zwłaszcza licznymi rodzinami i miała cel potrójny: a) zapewnić skutecznie zdrowie fizyczne i wychowanie, b) ulepszyć warunki istnienia ekonomicznego (ubezpieczenia społeczne, pomoc dla ofiar wojny, pomoc dla bezrobotnych i t. p.), c) podnieść podstawy moralne rodziny.

W końcu referent żąda powołania komisji specjalnej o charakterze międzynarodowym, któraby ustaliła zasady i rolę przyszłej polityki rodzinnej. W dyskusji niżej podpisany delegat polski podniósł, że kwestja polityki rodzinnej jest niesłychanie ważną dla świata pracy, albowiem życie robotnika dzieli się na dwie części: życie w fabryce i życie w rodzinie. O ile pierwsze stanowi przedmiot stałą troskę polityki społecznej, o tyle drugie znajduje się w zupełnym zaniedbaniu. Trzeba podjąć reformy dotyczące tej drugiej połowy życia robotniczego. Jest w tej dziedzinie jeden punkt do załatwienia zawsze stary i zawsze nowy — to sprawa mieszkania robotniczego, bez którego pomyśleć się nie da samo istnienie rodziny robotniczej, jak niemożliwym jest życie ptaka bez własnego gniazda. Otóż nędza mie-

szkaniowa powojenna jest tak wielka, zwłaszcza w Polsce, iż — zdaniem delegata polskiego — inicjatywa prywatna jest niedostateczna do jej usunięcia; trzeba koniecznie interwencji państwa, władz publicznych zwł. komunalnych i społecznych. Dlatego złożona rezolucja polska brzmi: „Drugie zgromadzenie Stowarzyszenia postanawia wpisać na porządek dzienny przyszłego roku sprawę polityki rodzinnej, w szczególności polityki mieszkań robotniczych i żywo zaleca sekcjom narodowym zająć się sprawą mieszkaniową oraz niedostatecznością inicjatywy prywatnej w dziedzinie dostarczania zdrowych i tanich mieszkań rodzinie robotniczej”.

Wniosek ten razem z innymi — wobec spóźnionej pory odesłano do specjalnej komisji, jaką wybrano na skutek żądania referentów i przyjęto rezolucję poniższą:

„Międzynarodowe Stowarzyszenie dla Postępu Społecznego rozważyło referaty prof. Fustera i prof. Zahn'a, widzi w nich podstawę do dalszych rozpraw i poleca grupom krajowym, by zbadały w swych krajach konieczności społecznej i możliwości gospodarcze, któreby wymagały i dozwalały, aby ubezpieczenie społeczne zostało rozszerzone nie tylko na pomoc połogową i opiekę lekarską członków rodziny, zabezpieczonych, lecz również na udzielenie zasiłków na wychowanie dzieci, niezdolnych jeszcze do zarobkowania. Zadaniem wybranej Komisji jest opracowanie pouczenia dla tych badań, zebranie wyników i przedstawienie następnemu zebraniu odpowiednich wniosków”.

**

Zjazd upłynął w nader miłej atmosferze, jaką tylko gościnny Wiedeń dać może. Organizacja obrad nie pozostawiała nic do życzenia, a miasto i rząd ułatwiły wszystko uczestnikom.

Prezydent **Heinisch** nader mile przyjął delegację zjazdu w swej rezydencji, kanclerz Seipel ciepłymi słowami powitał zgromadzenie, a prezydent miasta Seitz, razem z byłym kanclerzem dr. Rennerem, prezesem Stowarzyszenia, wydali we wspaniałym ratuszu iście królewską ucztę.

Zgotowano uczestnikom zajmujące wycieczki w okolicę Wiednia, tudzież bardzo ciekawe i pocuczające wizyty społeczne do instytucyj miejskich dobrobytu robotniczego, szczególnie do domów robotniczych, jakie Wiedeń wznosi od szeregu lat, starając się ulżyć nędzy mieszkaniowej.

Zjazd Wiedeński dowiódł żywotności i potrzeby Stowarzyszenia dla postępu społecznego, które spełnia swe zadanie nie tylko przez popularyzację prac Międzynarodowego Biura Pracy przy Lidze Narodów ale i przez omawianie wielkich zasad, na których wspierać się musi nowoczesna powojenna polityka społeczna.

¹⁾ Niepodobna tu skreślić tego znakomitego studjum właściwie, nie referatu. Odsyłam czytelnika do przeglądu „L'Avenir du Travail”, wrzesień, 1927.

MEMORJAŁ NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ W SPRAWIE PROJ. USTAWY O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM.

W pierwszym numerze „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych”, poruszyłem sprawę hipnozy, której uległa większość lekarzy polskich, upatrując źródło wszystkiego zła dla stanu lekarskiego w powstaniu i rozwoju instytucji ubezpieczeń społecznych, zwłaszcza zaś Kas Chorych.

O opustoszeniu poczekalni lekarzy wolno praktykujących i przyczynach tego zjawiska pisano już dużo. Dziś nie będę się rozwodził nad tą sprawą. Chcę natomiast słów kilka powiedzieć o drugim ztem, wyrastającym rzekomo również z powstania i rozwoju Kas Chorych.

Pusty frazes o poniżaniu nauki lekarskiej przez ubezpieczenie na wypadek choroby tak się zakorzenił w umysłach pewnych zreszeń lekarskich, tak często bywa podnoszony, jako „argument”, że doprawdy, sam nie wiem, co mam bardziej podziwiać: bezmyślność czy złą wolę u tych, którzy go wciąż powtarzają.

Nie dziwiłbym się, gdyby „argumentem” wojował Związek lekarzy państwa polskiego, gdyż członkowie jego nie zawsze byli dość wybredni w doborze swych przedstawicieli i obdarzali godnością kierowników tej zawodowej organizacji, nie zawsze jednostki, umiające wogóle myśleć, lub myśleć krytycznie, chociaż nieraz nosiły tytuły naukowe. Wspomnę na dowód tego bezmyślną odezwę Zarządu okręgu związku l. p. p. w Krakowie, skierowaną **przeciwko budowie szpitala (!)** przez krakowską Kasę Chorych!... Odezwę tą podpisali między innymi dwaj docenci Uniwersytetu Jagiellońskiego!...

Zastanawia mnie bardziej stanowisko niektórych profesorów Wydziału lekarskiego w Krakowie wobec Kas Chorych i Okręgowego Związku Kas Chorych. Zastanawiają oni asystentom klinik, nie tylko stałej pracy w Kasie Chorych, ale czasowego zastępowania swych urlopowanych kolegów.

Stanowisko wobec Kas Chorych szerszego, a nawet najszerszego przedstawicielstwa świata lekarskiego, bo Naczelnej Izby Lekarskiej wprawia mnie wprost w zdumienie. Wyraz temu stanowisku dała N. I. L. w memorjale, złożonym Ministerstwu Pracy i Opieki Społecznej w sprawie projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznym. Pomijam niezgodności z faktycznym stanem rzeczy i naiwne twierdzenia, które zdradzają „ignorację” autorów w sprawach, o których piszą, ignorację, która nie powinna się przynajmniej ujawniać w piśmie poważnej instytucji do najwyższych władz państwowych, o ile nie ma uciec powagą stanu, reprezentowanego przez N. I. L., o ile stan ten ma pretensje do tego, aby jego głos był wzięty poważnie, aby się z nim liczone... Pod tym względem rzeczową i trafną ocenę „memorjału” dał p. Krieger w 12 N-rze „Przegl. Ubezpiec. Społ.”.

Memorjał zarzuca między innymi, iż przewidziany w projekcie ustawy ambulatoryjny system leczenia 1) „zmusza” lekarza do zmechanizowania

swych czynności, 2) godzi w naukę polską, 3) demoralizuje lekarzy.

Oczywiście, występując przeciw ambulatoryjnemu leczeniu „memorjał” chciałby wcielić w życie nieograniczony wolny wybór lekarzy, który, stwarza najwyższy bodziec do **pracy naukowej, szlachetnie współzawodnictwo**, — nie mechanizuje i nie godzi w naukę polską...

Autorzy memorjału powinni wiedzieć o tem, że postęp i doskonalenie się w każdej nauce, a zwłaszcza w nauce praktycznej, jaką jest medycyna stosowana, polega właśnie na zmechanizowaniu czynności. Im więcej „czynności” podczas badania i leczenia, lekarz potrafi „zmechanizować” tem swobodniej będzie mógł **myśleć** i z wyników „zmechanizowanych” czynności trafniejsze potrafi wyprowadzić wnioski, lepiej rozpoznać chorobę i, co za tem idzie, trafniej leczyć chorego. Im większą liczbę „czynności” w zabiegach leczniczych zmechanizuje, inaczey, **im większej nabierze wprawy**, tem lepiej zdoła wykonać zabieg leczniczy. Jeżeli przeto memorjał stwierdza, że system ambulatoryjny zmusza nawet najsumienniejszego lekarza do zmechanizowania swych czynności, to ta okoliczność wbrew intencjom autora (czy autorów) staje się bardzo silnym argumentem za wprowadzeniem tego systemu w imię doskonalenia pomocy lekarskiej. Przypuszczam, że autorowie nieumyślnie doprowadzili do tego wniosku tylko dzięki niedostatecznemu przemyśleniu materiału, o którym piszą. Zapewne chcieli napisać nie o „zmechanizowaniu czynności” lecz o schematyzowaniu badania i udzielania porad. Muszę zrobić to przypuszczenie, gdyż w razie przeciwnym zarzut niedostatecznego przemyślenia i zastanowienia się nad poruszoną sprawą musiałby wypaść znacznie ostrzej i dotkliwiej dla autora.

Jeżeli przeto autor miał na myśli schematyczne załatwienia chorych w ambulatorjum, to odpowiem, że **tepy** pracownik **niezależnie od systemu** leczenia (ambulatoryjny czy n. w. w. l.) będzie **schematyzował**, **światły** zaś — będzie **indywidualizował**. Tepego — w tym, czy innym systemie Kasa będzie musiała się pozbyć, a zwłaszcza będzie się musiała pozbyć w systemie nieogr. w. w. l., gdyż tepy w tym ostatnim wypadku nie będzie mógł swoją umiejętnością przyciągać do siebie chorych, będzie więc ich przyciągał schlebaniem, różnemi ułatwieniami (oczywiście, na koszt Kasy Chorych). Czyż podobne schematyzowanie w n. w. w. l. nie dochodziło miejscami do skrajnych granic swego spotęgowania się, a mianowicie do udzielania kartek zasiłkowych przez służącą bez zbadania, bez widzenia nawet chorego... Schematyzować zawsze można, najmniej jednak w ambulatoryjnym systemie, nad którym łatwiej można rozciągnąć kontrolę fachowych czynników kasowych.

System ambulatoryjny „godzi w naukę polską”? Frazes ten, rzucony bez uzasadnienia, również należy skomentować. Co ma on oznaczać? Je-

dno z dwojga, albo — że lekarze, pracujący w ambulatoryjnym systemie leczenia, nie pracują naukowo, natomiast lekarze inni zapładniają naukę polską niezliczoną liczbę odkrywczych prac naukowych, albo — że lekarze ambulatoryjni są tak zapracowani, iż nie mogą pracować naukowo, inni zaś — mogą. Stwierdzić należy, że ani jedno ani drugie nie znajduje w życiu uzasadnienia, gdyż system, w jaki Kasy ujmują swe leczenie, (ten lub inny) nie znajduje się w żadnym stosunku przyczynowym z nauką i pracą.

Dla pracy naukowej trzeba dwóch warunków: 1) osobniczych duchowych właściwości pracownika, 2) warsztatu pracy. Ważniejszym, oczywiście, jest warunek pierwszy, gdyż pęd do nauki (o ile go ktoś posiada) jest tak silnym bodźcem, że jego posiadacz potrafi z niczego stworzyć sobie warsztat pracy. Wspomnę dla przykładu D-ra Biegańskiego, który w najgorszych warunkach zewnętrznych potrafił szeroko rozwinąć pracę naukową. Przeciwnie, można przytoczyć przykłady, gdzie zewnętrzne warunki pracy nic, albo bardzo mało pozostawiają do życzenia, jednakże praca naukowa nie ujawnia się, gdyż kierownik warsztatu jest pozbawiony owej „iskry bożej”... Dużoby o tem można było jeszcze napisać. Nie mogę jednak przemilczeć jednej prawdy: zarobkowe zajmowanie się praktyką lekarską niezależnie od systemu lecznictwa wogóle nie sprzyja rozwojowi nauki polskiej. Kto chce naukowo pracować, nie powinien żyć z praktyki. Nieszczęściem naszych Wydziałów lekarskich jest to, że profesoria muszą zarobkować poza uniwersytetem. Gdyby nie to, o ileby wyżej stała nasza nauka lekarska, nasze wydziały lekarskie i lekarze, których wydziały te do życia praktycznego przygotowują...

Jeżeli jednak zastanowimy się, który system leczenia **mniej** sprzyja naukowej pracy lekarzy: ambulatoryjny, czy nieogr. w. w. l., to się okaże, że ten drugi: pośpiech w ordynowaniu w celu „wyrobienia”

większej ilości „punkcików”, zajęcie umysłu, lekarze podczas badania sumowaniem „punkcików” za zajrzenie do nosa, ucha, wlanie kwasu do moczu i t. d. i t. d. wcale nie sprzyja myślowemu skupieniu się i pracy systematycznej, bez której niema pracy naukowej.

Wcale nie podnosi moralnie, przeciwnie demoralizuje lekarza, i w imię podniesienia godności ludzkiej i lekarskiej, powinno być potępione przez tych, którzy mają stać na straży moralności stanu lekarskiego. Wrażliwy człowiek ze wstrętem odwrócić się powinien od tego „punkcikowego” badania i leczenia na centymetry, związanego dziś ściśle z systemem n. w. w. l...

Ambulatoryjny system, związany z ryczałtową zapłatą za stracony przez lekarza czas, daje największą liczbę warunków, sprzyjających możliwie sumiennemu badaniu i leczeniu chorego, i nie hamuje celowego pędu do **zapobiegania chorobom**, w przeciwieństwie do propagowanej przez niektóre przedstawicielstwa lekarskiej jednostkowej zapłaty za czynności lekarskie. Ta ostatnia sprowadza lekarzy na manowce i wbrew twierdzeniom N. I. L. demoralizuje lekarzy. Proszę czytać pisma propagatorów tego systemu (Nowiny Lekarskie), a znajdziecie tam dużo dowodów, stwierdzających powyższe twierdzenie.

Umyslnie nie przytaczam faktów, lecz odsyłam czytelnika do organu przeciwników ambulatoryjnego leczenia. Czynię to z dwóch przyczyn. 1) Z prawdziwym wstrętem myślę o dowodach braku poszanowania, wśród pewnych lekarzy, elementarnych zasad etyki, 2) argumenty, godzące w przeciwników, mają większą siłę, jeżeli je przytaczają sami przeciwnicy.

Tak, N. I. L. nie przysłużyła się swym „memoriałem” do wyświetlenia prawdy i zmuszenia władz do liczenia się z głosem lekarzy w sprawie tak ważnej, jaką są ubezpieczenia społeczne. — Szkoda!..

UCHWAŁY KONFERENCJI LEKARZY NACZELNYCH

Okr. Związków Kas Chorych m. Warszawy, Łodzi, Krakowa, Lwowa, Sosnowca i Poznania, odbytej w Ogólno-Państwowym Związku Kas Chorych dnia 24 i 25 listopada 1927 r.

I. W sprawie akcji sanatoryjnej dla chorych na gruźlicę.

1) Lecznice przeznaczone są dla leczenia gruźlicy czynnej, rokującej albo zupełne wyzdrowienie, albo poprawę, umożliwiającą powrót do pracy zawodowej.

2) Profilaktycy i t. zw. „zagrożeń” gruźlicą do lecznic nie kwalifikują, podobnie jak i gruźlicy, których zmiany są w okresie zastoju (nieczynna gruźlica).

3) Gruźlica rozpadowa należy do szpitala.

4) Zakwalifikowany do sanatoryjnego leczenia chory czy to przez lekarza ordynującego, czy Komisję lekarską, winien być poddany obserwacji w specjalnych stacjach obserwacyjnych, urządzonych staraniem czy to Związków Okręgowych, czy wielkich Kas.

Stacja obserwacyjna winna być zaopatrzona we

wszystkie urządzenia rozpoznawcze i kierowane przez specjalistów. Po obserwacji 7 — 14-dniowej chory będzie kierowany do sanatorium z odpowiednio założoną historją choroby lub odesłany z powrotem do Kasy, w razie braku kwalifikacji.

Stacje obserwacyjne rozstrzygają o kierowaniu chorego do lecznicy, położonej w miejscowości nizinnej, czy też wysokogórskiej.

5) W strefie nizinnej powinno być rozmieszczono około 70% łóżek, zaś w strefie górskiej około 30%.

6) Lecznice winny być rozmieszczone po całym kraju z wykluczeniem obszarów pod względem klimatycznym upośledzonych, za jakie zostały uznane obszary moczarsyste, lotnych piasków i nasze wybrzeże morskie zimą.

7) Wybór miejsca na lecznicę winien być dokonany przez Komisję, w której muszą wziąć udział

rzeczoznawcy, powołani przez Ogólno - Państwowy Związek Kas Chorych.

8) Lecznica winna mieć charakter pośredni między szpitalem a sanatorium.

9) Lecznica winna posiadać nie mniej aniżeli 300 łóżek, a to ze względu na oszczędność pod względem administracji i możność pozyskania wybitnych sił lekarskich, odpowiednio wynagrodzonych.

10) Zasadniczo najkorzystniejszą formą budowania lecznicy jest system pawilonowy, z krytą komunikacją między budynkami o pojemności 50 łóżek. System ten, jakkolwiek nieco droższy, umożliwi budowanie lecznicy etapami według zgóry powziętego planu, wykluczającego konieczność przeróbek części gospodarczej w miarę wzrostu instytucji. Wyjątkowo może być dopuszczona budowa lecznicy w jednym dużym gmachu.

11) Chory powinien być zasadniczo umieszczony w pokojach 2 — 3 łóżkowych, u dzieci w salach co najwyżej do 8 łóżek. Ilość pokoi jednoosobowych winna być ograniczona do minimum, przeważnie dla wypadków, gdzie zaszło nagłe pogorszenie oraz dla izolacji wypadków podejrzanych o inne choroby zakaźne.

12) Podział lecznicy na pięcie najlepszy jest przy systemie pawilonowym, zaś w budynkach blokowych jest możliwy przez rozmieszczenie na poszczególnych piętrach lub szczytach. Koziała na pięcie jedynie pokojami jest zupełnie nieodpowiedni. Dzieci do lat 14-ty mieszczą się w osobnych lecznicach, włącznie w osobnych pawilonach.

13) Lecznice winny być budowane przez Okręgowe Związki Kas Chorych lub największe Kasy Chorych pod kontrolą Ogólno - Państwowego Związku Kas Chorych.

14) Ogólno - Państwowy Związek Kas Chorych gromadzi na ten cel centralny fundusz, na który składają się składki wszystkich Kas Chorych, oraz kredyty na ten cel z instytucji finansowych i ubezpieczeniowych. Skuteczne przeprowadzenie tej akcji wymaga powołania do życia specjalnego komitetu z udziałem wybitnych fachowców przy Ogólno - Państwowym Związku Kas Chorych, jako organizacji centralnej, pozostającej w bezpośrednim kontakcie z Okręgowymi Związkami Kas Chorych, ewentualnie także z kilku największymi Kasami.

15) Budowa lecznicy i prowadzenie jej będzie powierzone Okręgowym Związkom Kas Chorych, względnie największym Kasom, pod kontrolą Ogólno - Państwowego Związku Kas Chorych.

16) Lecznice winny być prowadzone przez cały rok i muszą być wyposażone we wszystkie urządzenia rozpoznawcze i lecznicze z uwzględnieniem urządzeń chirurgicznych, jakoteż fizyko-terapeutycznych (lampy kwarcowe, Solux, Rentgen, wodolecznictwo, diatermia i t. d.).

17) Letnie pawilony, t. j. baraki, leżalnie dla potrzebujących wzmocnienia chorych z gruźlicą nieczynną, winny być pomieszczone w pobliżu lecznicy i być pod jednym zarządem dla wyzyskania znajdujących się przy tych lecznicach urządzeń.

II. Leczenie zdrojowe.

Wobec nieuporządkowania całego zagadnienia leczenia zdrojowego z braku danych cyfrowych, co do rozmiarów zapotrzebowania, konieczne jest drogą ankiety

zebranie potrzebnych wiadomości. Ankieta ma obejmować:

1) Które Kasy i w jakich zdrojowiskach prowadziły dotąd leczenie swych członków.

2) Jakie typy schorzeń do powyższych zdrojowisk wysłano.

3) Ilu chorych wysłały poszczególne Kasy w każdym roku od chwili uruchomienia Kasy na podstawie ustawy z 19 maja 1920 r.

4) Czy chorzy byli rozmieszczeni w pensjonatach własnych (wynajętych), włącznie w pensjonatach innych Kas, czy w pensjonatach prywatnych za umową Kasy, wreszcie ilu chorych otrzymywało li tylko pomoc gotówkową na leczenie zdrojowe.

5) Pod czyją opieką lekarską pozostawali (lekarze kasowi, kontraktowi, prywatni lub bez opieki lekarskiej).

6) Które Kasy, ilu chorych wysłały do uzdrowisk zagranicznych i czy korzystały tam ze specjalnych zniżek kasowych.

7) Z jakich ulg korzystały Kasy w uzdrowiskach krajowych i w jakich sezonach miało to miejsce.

8) Jakie doświadczenia porobiły Kasy z pensjonatami, prowadzonymi we własnym zarządzie i jakie z umieszczeniem chorych w pensjonatach prywatnych.

9) Jakie były wyniki lecznicze.

10) Konferencja wyraża opinię, że po schorzeniach gruźliczych — schorzenia reumatyczne i artretyczne są najpilniejszym przedmiotem leczenia zdrojowiskowego w przyszłości. Leczenie zdrojowiskowe powinno być zasadniczo prowadzone we własnych lecznicach zdrojowiskowych, wyposażonych we wszystkie urządzenia diagnostyczne i fizjoterapeutyczne, potrzebne do leczenia danej grupy chorych pod kierownictwem wytrawnego specjalisty. Konferencja jest zdania, że rozbudowa fizjoterapii w ramach samej Kasy Chorych (na miejscu) jest celem, do którego najusilniej dążyć należy, gdyż zastępuje ona w bardzo licznych przypadkach długotrwałe i kosztowne leczenie apteczne, ponadto nie odrywa chorego od pracy zawodowej i jest tylko bardzo nieznacznie ograniczona właściwościami pory roku, w przeciwieństwie do leczenia zdrojowego. Przy należytem prowadzeniu fizjoterapii jest też pewność, że ilość chorych, wysyłanych do zdrojowisk ograniczy się do najpilniejszych i najpoważniejszych przypadków bez żadnego uszczerbku dla chorych, którzyby w innym wypadku nieraz musieli czekać kilka miesięcy na możliwość wyjazdu do miejsca zdrojowego.

11) Celem ustalenia w których uzdrowiskach i w jakiej porze roku i które cierpienia najwłaściwiej powinny być leczone i gdzie lecznice zdrojowe powstać mają — powołuje się ściślejszy komitet lekarski, złożony ze znawców balneologii i klimatologii. Członkowie tego komitetu mają opinjować wszelkie projekty lecznic tak zdrojowych, jak i klimatycznych oraz będą delegowani do komisji, wybierającej miejsce pod budowę lecznic.

12) Konferencja zauważa, że w dzisiejszym stanie rzeczy panuje wielki brak lekarzy, przysposobionych do lecznictwa klimatycznego i zdrojowego wskutek braku możliwości szkolenia takich sił na uniwersytetach krajowych. Do Komitetu, który ma rozpatrzyć wyniki ankiety i postawić wnioski w sprawie lecznic-

twa zdrojowego, wybrani zostali: Dr. Doc. Sabatowski i Dr. Grodecki.

III. Lekospis.

1) Konferencja stwierdza, że koszty leków w Kasach Chorych w Polsce są zbyt wysokie i przekraczają znacznie normy wydatków na te cele Kas Chorych zagranicą.

2) Często nawet uruchomienie własnych aptek w Kasach Chorych nie wpłynęło na zmniejszenie tych wydatków, przeciwnie w niektórych wypadkach jeszcze się podwyższyły, głównie wskutek powiększenia ilości przepisanych leków i większego szafowania w ich dawkowaniu.

3) Zmniejszenie kosztów lekarstwa w Kasach Chorych jest możliwe:

a) przez dobór w Kasach Chorych odpowiednio wykwalifikowanych lekarzy, którzyby zrozumieli, że dotychczasowej przewadze leczenia farmaceutycznego należy przeciwstawić leczenie higieniczne, dietetyczne i przyrodolecznicze;

b) stworzenie racjonalnego, na przesłankach naukowych opartego lekospisu, któryby się nie ograniczał do alfabetycznego ujęcia wszystkich tych leków, w które mają być zaopatrzone apteki kasowe, a które należy zapisywać do aptek prywatnych, ale o każdym leku ma być krótka wzmianka, o jego farmakologicznych cechach, właściwościach, jego działaniu, dawkowaniu i podana cena.

4) Dla ostatecznego ustalenia lekospisu ma być powołana Komisja z wybitnych klinicystów rozmaitych specjalności.

5) Projekt lekospisu rozesłany zostanie wszystkim członkom, którzy wzięli udział w niniejszej konferencji, celem wydania opinii.

6) Ostateczna konferencja ustali tekst lekospisu, który ma zawierać przepisy wykonawcze i rygory dla tych lekarzy, którzy bez uzasadnionych powodów nie zechcą się do niego stosować.

7) Ustalony lekospis wydany zostanie nakładem Ogólno - Państw. Związku Kas Chorych.

IV. Propaganda higieny.

1) Akcja propagandowa prowadzi do redukcji wydatków na świadczenia lecznicze i podnosi wydajność pracy. Leży zatem zarówno w interesie Kasy Chorych, jak i gospodarki kasowej.

2) Propaganda higieny winna być szerzona żywym słowem oraz drukiem.

3) Propaganda słowem polega na odczytach, obficie ilustrowanych przezroczami i filmami, oraz na celowej współpracy wyszkolonych w uczelniach Warszawy, Krakowa i Poznania higienistek (pielęgniarek).

4) Propaganda drukiem odbywa się za pomocą ilustrowanych plakatów, rozdawanych ulotek (najchętniej ilustrowanych), oraz sprzedawanych broszurek, których cena przy masowym nakładzie może być minimalna.

5) Wydawanie druków podejmuje Związki Okręgowe: Krakowski i Warszawski.

6) Wprowadzenie do Kas instytucji higienistek pozwoli na lepsze wyzyskanie sił lekarskich, oraz do dozoru w domu chorego celowości leczenia.

APTEKI WŁASNE KAS CHORYCH.

W „Wiadomościach Farmaceutycznych“ ukazało się kilka artykułów, w których autorzy starają się udowodnić, iż apteki K. Ch. kosztują drożej aniżeli apteki prywatne.

Odpowiedzią naszą na te zarzuty są artykuły pp. mag. Stencła apt. nacz. K. Ch. m. Warszawy i mag. Friedmana apt. nacz. K. Ch. m. Lwowa.

Redakcja

I.

CZY KALKULUJE SIĘ KASIE CHORYCH M. WARSZAWY PROWADZENIE WŁASNYCH APTEK.

W „Wiadomościach Farmaceutycznych“ Nr. 43 z dn. 23.X 1927 r. ukazał się artykuł p. A. Ossowskiego, w którym autor, posiłkując się sprawozdaniem Kasy Chorych m. Warszawy za rok 1926. na podstawie mylnie zestawionych cyfr doszedł do wniosku, że prowadzenie aptek własnych Kas Ch. m. Warsz. nie kalkuluje się. Jakkolwiek autor zaznacza na wstępie, że sprawozdanie nie jest dostatecznie przejrzyste, to jednak dwukrotne umieszczenie przez niego tych samych wydatków w różnych miejscach i branie do rachunku części sum według swego uznania stwarza pozory tendencji. Poniżej podaję rzeczywiste wydatki na prowadzenie aptek i koszt przeciętnej recepty i specyfiku na podstawie

cyfr, zaczerpniętych z wyż. wym. sprawozdania. Z rubryki wydatków personalnych na lecznictwo dotyczą aptek następujące pozycje:

	apteki własne	zł. gr.
Str. 42 p.	6 chemicy i laboranci	6.503.10
" " "	9 personel biurowy i kierown.	148.104.54
" " "	7 aptekarze	1.306.160.46
" " "	10 posługaczki, woźni, gońcy	144.762.77
" " "	11 wpisy szkolne, zapomogi	17.029.76
" " "	12 ubezpieczenia:	
	a) od bezrobocia	5.429.14
	b) od choroby	94.796.94
" " "	13 Tabor:	
	b) pobory szoferów	11.019.55
Str. 43 p.	13 c) ubezpieczenie od bezrobocia tychże	108.95
" " "	13 d) remont samochodów	17.95
" " "	15 b) konserwacja ruchom.	6.776.59
" " "	c) remonty	5.598.06
" " "	d) szycie bielizny	2.158.33
" " "	e) pranie bielizny	2.708.20
" " "	16 Opał a) na Solcu	319.84
	b) na Marjańskiej	516.43
	razem	1.752.010,61

Suma ta obejmuje rzeczywiste wydatki personalne na prowadzenie własnych aptek i ich remont:

według p. Ossowskiego te same wydatki wyrażają się cyfrą zł. 2.012.845.11. W jaki sposób powstała tak znaczna różnica, wynosząca aż 374.198.00 zł. W ten sposób, że autor omawianego artykułu dołączył do kosztów prowadzenia własnych aptek następujące sumy:

zakłady własne	
Str. 42 p. 6 Chemicy i laboranci	43.123.32
Str. 42 p. 8 Kontrolerzy (zasilkowci)	63.500.34
Str. 43 Utrzymanie wytwórni	106.461.60
1/3 wydatków na „zakł. własne“	47.749.24
1/3 wydatków Wydz. Gosp.	113.363.50
razem 374.198.00	

Każdy przyzna, że wydatki na chemików i laborantów Pracowni Bakterjologicznej, której dana suma dotyczy, jak również wydatki na kontrolerów, sprawdzających prawo do zasiłku chorych ubezpieczonych, nie mogą obciążać konta aptek; wydatki na utrzymanie mieszczą się w kosztach specyfików, których wartość wraz z innymi obciąża apteki w rubryce „koszt towarów wydanych do aptek“, str. 72; 1/3 wydatków „zakłady własne“ i 1/3 „Wydz. Gospodarczy“ są tu umieszczone drugi raz mimo, że odpowiednio pozycje, jak: szoferzy, remont samochodów, lokalu, pranie i szycie bielizny, opał i t. p. zostały już raz wykazane w rubryce „wydatki personalne i remont“ (patrz wyżej).

Tak więc ogólny koszt prowadzenia własnych aptek wyniesie:

1) wydatki personalne i t. d.	zł. 1.752.010.16 gr.
2) koszt towarów wydanych do aptek (str. 72)	zł. 1.356.480.56 gr.
Razem zł. 3.108.490.72 gr.	

Suma ta stanowi istotny koszt **wszystkich** wydanych recept (złożonych, specyfików i odręcznych artykułów) z aptek K. Ch. m. W.

Przejdźmy teraz do obliczenia ceny kosztu 1 specyfiku, na to się składa:

1) utrzymanie wytwórni (robocizna) (str. 43)	zł. 106.461.60
2) koszt towarów (str. 69)	zł. 516.066.53
Razem zł. 622.528.13	

Zaznaczyć należy, że chyba przez nieuwagę p. Ossowski do tej sumy dodaje 1/3 sumy wydatków Wydz. Gospodarczego, obarczając tem samym konto aptek 1/3 wydatków Wydziału Gospodarczego.

Za zł. 622.528.13 wyprodukowano 820.124 szt. specyfików, więc koszt 1 specyfiku wynosi 76 groszy, a nie 90 gr., jak podaje autor, którego uderza b. niski koszt własnych specyfików i jako czynnik, wpływających na to, podaje 3 przyczyny: 1) otrzymywanie przez apteki kasowe spirytusu bez akcyzy, 2) masową produkcję i 3) zbędność opakowania i reklamy. Podkreślam, że za spirytus K. Ch. m. Warszawy płaci tyle, co i apteki prywatne, specyfiki własne ekspedjuje się w odpowiednim opakowaniu, a masowa produkcja zawsze znacznie obniża koszt produktu.

Określmy teraz koszt 1 recepty złożonej. Ogółem wydano za rok 1926 — 2.976.513 recept

(str. 72); w tem biorąc cyfry podane przez autora artykułu było:

specyfików (str. 71)	820.124 szt.
art. odręcznej sprzedaży (6%)	178.590 szt.
recept złożonych	1.977.799 szt.

Dla otrzymania sumy kosztów recept złożonych należy odjąć od kosztów prowadzenia własnych aptek:

1) koszt specyfików	zł. 622.528.13 gr.
2) koszt artykułów odręcznych (178590 x 76)	zł. 135.728.40 gr.
Razem zł. 758.256.53 gr.	

więc koszt recept złożonych wynosi: 2.350.234.19 zł. a mianowicie:

3.108.490.72 ogólny koszt prowadzenia aptek
<u>758.256.53</u> koszt specyfików i art. odręcznych.
2.350.234.19 koszt recept złożonych,

przeło koszt jednej recepty złożonej, wykonanej w aptekach kasowych wynosi zł. 1.19 gr. (2.350.234.19 : 1.977.799) a nie jak podaje p. Ossowski — zł. 1.65 gr., mimo że K. Ch. m. W. ponosi większe świadczenia na rzecz swoich pracowników (wpisy szkolne, dodatki: mieszkaniowy, rodzinny, wysługa lat), co przecież podniosło koszt przeciętnej recepty.

Według posiadanych przez nas rachunków, koszt przeciętnej recepty, wziętej w prywatnej aptece na krańcach miasta (Czerniaków i in.) gdzie wszystkie recepty idą do prywatnych aptek wynosi zł. 1.82 gr., czyli że Kasa Chorych dzięki prowadzeniu własnych aptek tylko na receptach złożonych zaoszczędziła za rok 1926 zł. 1.246.013.37 [(1,82 — 1,19) 1.977.799].

Wobec powyższego nie ulegą wątpliwości, że prowadzenie własnych aptek Kasie Chorych m. Warszawy, bezwarunkowo kalkuluje się.

Mag. Czesław Stencel.

II.

RENTOWNOŚĆ I KALKULACJA APTEK KASY CHORYCH M. LWOWA.

Od dłuższego czasu toczy się w farmaceutycznej prasie zawodowej a specjalnie w części jej należącej do obozu właścicieli aptek, dyskusja na temat rentowności aptek Kas Chorych a z polemiki tej autorowie dochodzą zawsze do jednej i tej samej konkluzji, że apteki Kasy Chorych są nie tylko nierentowne, nie tylko nie opłacają się, ale nawet narażają Kasy na większe straty materialne gdyż te same recepty w aptekach prywatnych zrealizowane kosztowałyby o wiele taniej, nie mówiąc naturalnie o innych „dobrodziejstwach“ wpływających z dostawy z aptek prywatnych.

W polemikach tych nie zabieraliśmy dotychczas głosu, gdyż uważaliśmy, że żadne rzeczowe argumenty nie potrafią przekonać właścicieli aptek o bezpodstawności ich twierdzeń. Uważaliśmy dalej, że samo życie da lepszą odpowiedź, a dowodem tego to ciągle powstawanie nowych aptek kasowych, dzięki którym Kasy mają bardzo poważne oszczędności, które obracane być mogą na powiększenie świadczeń.

Jeśli więc obecnie milczenie nasze przerywamy, to nie dla przekonania „Wiadomości farmaceut.”, lecz czynimy to na wskutek zaniepokojenia jaki wywołał fakt zlikwidowania 2 aptek w Warszawie a przeznaczonych do zaopatrywania w leki urzędników państwowych. Fakt ten został zrzęcznie wykorzystany przez wrogów aptek Kasowych, celem podjęcia nowej ofensywy przeciwko Kasom oraz zakładaniu przez nie własnych aptek. Posypały się więc na nowo memorjały do władz, starając się wykazać słuszność „tezy” aptekarzy.

Nie posiadamy dotychczas żadnych danych, które podawałyby przyczynę zlikwidowania wspomnianych aptek, nie mamy też żadnych cyfr, które dałyby nam obraz gospodarki w aptekach tych. Sądzimy jednak, że miarodajne czynniki, które postanowiły zwinąć te apteki, wyjaśnia nam przyczynę tej redukcji. Stwierdzamy, że zlikwidowanie jednej lub dwu aptek, źle prawdopodobnie prowadzonych lub oddanych pod nieodpowiedni zarząd, nie może być argumentem przeciwko zakładaniu przez Kasy własnych aptek, gdyż sprawozdania Kas Chorych posiadających apteki własne świadczą dobitnie o korzyściach jakie stąd dla Kas powstają i o dobrym rozwoju tych aptek, a wreszcie o zaufaniu jakim ubezpieczeni apteki te darzą.

W sprawozdaniu Kasy Chorych m. Lwowa za rok 1926, znajdujemy ściśle opracowane dane o gospodarce i o rentowności 2 aptek tejże Kasy. Zarząd tejże Kasy, w sposób następujący ocenia wartość tych aptek (str. 13). „Jednym z najważniejszych kroków na jaki mogła się zdobyć Kasa Chorych m. Lwowa w zakresie lecznictwa, było stworzenie apteki własnej w 1924 r. Zaraz w roku następnym okazało się jak korzystną dla finansów Kasy Chorych i jak pożyteczną dla chorych, dla ogółu ubezpieczonych była realizacja myśli, którą już niejednokrotnie przed wojną podnoszono, ale której urzeczywistnienie przekraczało siły finansowe ówczesnej Kasy Chorych. W aptecę Kasowej w tym roku wykonano recept 201.334; w aptekach obcych gdyż w roku tym był wolny wybór aptek, wykonano 26.755 recept; procentowo stosunek ten przedstawia się jak 82.27 : 11.73. Jak z tego widać apteka Kasowa zdobyła sobie zaufanie chorych skoro tak wielki procent przypada na tę aptekę, chociaż wobec wielkiej rozległości m. Lwowa chorym mieszkającym na peryferjach daleko od apteki Kasowej, dogodniej było pobierać leki w aptekach obcych. Z drugiej strony załatwienie cyfrowe kosztów przeciętnych jednej recepty, które w aptecę Kasy Chorych wynosiły 1.50 zł. a w aptekach obcych 2.65 zł., wskazuje jak znaczne było zaoszczędzenie kosztów połączonych z wydawaniem leków”.

Zrozumiałą więc rzeczą jest, że te korzystne wyniki skłoniły Zarząd Kasy do założenia drugiej apteki, która powstała w roku 1926, a działalność tychże aptek wykazuje niezbieżnie jak się rozszerza i rozwija Kasa Chorych. Założenie drugiej apteki wywołało istną krucjatę aptekarzy przeciwko Kasie. Uchwalili bowiem nie wydawać leków na rachunek lwowskiej Kasy Chorych, tylko za gotówkę, na co Zarząd Kasy odpowiedział zupełnie zerwaniem stosunków z właścicielami aptek, co Kasie na poży-

tek tylko wyszło, jak się o tem z poniższych cyfr dowiemy.

W roku 1926 było
recept w aptek. wł. 217.374 na kwotę zł. 526.800.55
recept w aptek. obcych 4.523 na kwotę 16.869.06
Na kwotę zł. 526.800.55 składają się następujące pozycje:

	zł.	gr.
Koszty własne leków, specyfików itd.	317.746.74	
Koszty przetwarzania we wł. laboratorium	19.328.29	
Koszt sporządzania recept	123.348.82	
Koszty ogólne t. j. płace kierowników, personel kancelar. ubezpieczenie, komorne, światło, opał i t. d.	66.376.70	
Razem	526.800.55	

Procentowo przedstawia się to zestawienie następująco:

koszt leków wraz ze sporządzaniem		
w labor. własnym	63.98%	t. j. zł. 1.24
koszt sporządz. 271.374 recept	23.41%	t. j. zł. 0.46
koszty ogólne	12.61%	t. j. zł. 0.24
	100%	t. j. zł. 1.94

1 recepta (526.800.55 : 217.374) =
czyli przeciętny koszt 1 recepty wynosi zł. 1.94.

Ile wynosi koszt przeciętny jednej recepty w aptekach obcych daje nam zestawienie Okręgowy Zw. Kas Chorych we Lwowie w sprawozdaniu za r. 1926, gdzie na stronie 32 czytamy, że w aptekach prywatnych, należących do terenu działalności Związku koszt 1 recepty wynosił zł. 2.53.

Również lwowska kasa przeprowadziła otaksowanie recept z jednego miesiąca (marca 1926) podług cen obowiązującej taksy aptekarskiej i po odliczeniu 15% opustu od leków a 5% od specyfików koszt 1 recepty wynosił zł. 2.82.

Do otaksowania wybrano dlatego miesiąc marzec ponieważ w miesiącu tym była średnia ilość recept z całego roku 1926. Jak więc z powyższego zestawienia wynika, oszczędności na 1 receptce wykonanej we własnej aptecce wynoszą 0.88 gr., czyli na 271.374 receptach zaoszczędzona kwota wynosi — 238.809 zł., czyli o taką kwotę powiększyłaby się rubryka „leki” w budżecie kasy, gdyby cała ta ilość recept pobieraną była w aptekach prywatnych. Znaczyć nam przy tem wypada, że lwowska kasa nie korzysta z żadnych ulg. jak to chcą wmówić w opinję aptekarze. Płaci bowiem wszelkie należności za spirytus, cukier i t. d., które rząd pobiera od innych prywatnych przedsiębiorstw.

Bardzo ciekawie przedstawia się w sprawozdaniu lwowskiej kasy wyliczenie pracy zużytej przy sporządzaniu recept. Umieszczamy to in extenso, by wykazać jak nieprawdziwym jest twierdzenie naszych „przyjaciół”, że personel aptekarski w kasach jest przepracowany, gdyż ze zestawienia tego wynika, że w lwowskich aptekach wykonują magistrowie na zmianę ilość recept ustanowioną przez komisję z p. prof. Noskowskim na czele ustanowioną a dochodzącą do ilości 55 — 65 recept na zmianę:

Wyliczenie pracy zużytej przy sporządzaniu recept w aptece Kasy Ch. m. Lwowa.

Ilość dni pracy			Ilość godzin pracy		Ilość osób pracujących		Ilość godzin pracy		Charakter pracujących		Jedna osoba zużywa na wykonanie 1 recepty		Jedna osoba pracująca przy sporządzaniu recept		Wszyscy pracujący przy sporządzaniu recept					
powszednich	świętecznych	razem	Ilość godzin pracy		Ilość osób pracujących		Ilość godzin pracy		Charakter pracujących	Jedna osoba zużywa na wykonanie 1 recepty	w 1 godzinie recept	w y k o n a ł a		w 1 dniu przecięt. recept	osób pracujących	w całym roku recept	w y k o n a ł a			
			godzin na 1 osobę	godzin na 1 dzień	osób	osób	w 1 dniu pracując godzin	przecięt. recept				w 1 dniu przecięt. recept	w całym roku recept				w 1 dniu przecięt. recept	w całym roku recept		
297	—	—	6 g. 30'	19.305	10	—	—	—	Magistrzy	7 m. 12 s.	8'33 recept	6 g. 30'	54'15	541	10	16'081	541	10	160'770	
—	68	—	5 godzin	1.700	5	—	—	—	—	—	—	5 godzin	41'65	208	5	2'832	208	5	14'160	
—	—	365	—	21.005	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	174'930	
297	—	—	8 godzin	14.256 9.504	6 sił tech 4 labor	—	—	—	Sił techn. pom. i laborancj	9 m 5 s.	6'6 recept	8 godzin	52'84	528	10	15.696	528	10	156'962	
—	68	—	4 godzin	1.632 1.088	6 sił tech. 4 labor	—	—	—	—	—	—	4 godzin	26'42	264	10	1'797	264	10	17'968	
—	—	365	—	26.480	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	—	—	10	174'930	
Razem			47'485		47'485		47'485		16 m. 17 s.		3'68									

Przy końcu zwracamy się z apelem do innych kas by układając swe sprawozdanie uwzględniali także gospodarke we własnych aptekach, gdyż tylko argumenty cyfrowe, a jakimi bezsprzecznie są wyniki lwowskiej Kasy Chorych, potrafią wrogów ubezpieczenia społecznego oraz społecznych aptek do milczenia zmusić.

Mag. Adolf Friedman.

KWAS OCTOWY CZYSTY
ACIDUM ACCETICUM 80%
ACIDUM ACCETICUM GLACIALE 96-100%
DLA KAS CHORYCH DO WYROBU
PŁYNU BUROWA.
CHEMKOMIS
 Biuro Sprzedaży Komisowej
 Produktów Chemicznych
WARSZAWA,
 Srebrna 12 m. 1. Telefon 201-50 i 323-99.

LEKARZ z kilkuletnią praktyką szpitalną, z dziesięcioletnią praktyką lekarską, pracujący od pięciu lat w Kasie Chorych, obeznany dokładnie z administracją, **poszukuje posady** w Kasie Chorych w większym mieście. Na żądanie poda referencje.
 Odpowiedź proszę nadsyłać do Administracji pod:
„Lekarz Kasy Chorych“

WSZELKIE REKLAMACJE
z powodu
Nieregularnego dostarczania
„PRZEGLĄDU UBEZPIECZEN
SPOŁECZNYCH“
 Kierować należy pod adresem Administracji
WARSZAWA — LWOWSKA 13.

SPRAWOZDANIE UBEZPIECZALNI KRAJOWEJ W POZNANIU ZA ROK 1926.

Ubezpieczalnia Krajowa w Poznaniu należy do szeregu najstarszych zakładów ubezpieczeń społecznych w Polsce, obejmuje swoją działalnością cały obszar b. dzielnicy pruskiej i do końca 1926 prowadziła trzy działy ubezpieczeń, mianowicie ubezpieczenie inwalidowe, ubezpieczenie pensyjne pracowników umysłowych i ubezpieczenie od wypadków (z wyłączeniem rolnictwa, prowadzonego przez oddzielny zakład).

W końcu roku 1926 nastąpiło wydzielenie i usamodzielnienie ubezpieczenia pensyjnego pracowników umysłowych, prowadzonego od stycznia 1927 roku przez odrębny zakład.

Całość sprawozdania Ubezpieczalni za r. 1926 dowodzi, że stabilizacja stosunków walutowych i pewna poprawa gospodarczego położenia kraju umożliwiły racjonalniejszą gospodarkę instytucji i poczynienie pewnych rezerw, bez których normalny rozwój zakładu jest niemożliwy. Poprawa sytuacji gospodarczej, jaka się w drugiej połowie roku sprawozdawczego zaznaczyła, nie dała wprowadzić żadnych wyjątkowych rezultatów finansowych, ale potrafiła przynajmniej zneutralizować fatalne skutki kryzysu, znamionującego pierwsze półrocze, dzięki czemu rezultaty całoroczne naogół utrzymały się na poziomie 1925 r., a pod niektórymi względami wykazują nawet pewną poprawę. Widać to zwłaszcza w fakcie poważnego **przyrostu kapitałów rezerwowych**, który to przyrost w dziale inwalidowym wynosi 4,5 milj. zł., a w dziale pensyjnym 6,5 milj. zł., jak również w znacznym wzmoczeniu **akcji leczniczej i zapobiegawczej**.

Z uwag wstępnych sprawozdania godzi się podkreślić fakt szukania ze strony Ubezpieczalni drogi do porozumienia i koordynacji z innymi zakładami ubezpieczeń społecznych w celu usunięcia niezadowolonych ubezpieczonych, wynikającego z braku przepisów prawnych międzydzielnicowych, jak również w celu podniesienia leczenia. Do tej kategorii należy np. umowa Ubezpieczalni z Okręgowym Związkiem Kas Chorych w Poznaniu o wspólnym ponoszeniu kosztów protez dentystycznych przez Ubezpieczalnię i Kasy Chorych, co w wysokiej mierze usunęło dotychczasowe niedomaganie w tej dziedzinie, jak i próby unormowania warunków przechodzenia członków z Ubezpieczalni Krajowej do zakładów ubezpieczeń na Górnym Śląsku lub w Małopolsce przy zmianie miejsca zatrudnienia.

Na uwagę zasługuje też dążność Ubezpieczalni do ożywienia budownictwa mieszkaniowego drogą udzielania pożyczek, przyczem skutecznie chroniono prawo ubezpieczonych do zdrowych i tanich mieszkań, zastrzegając w umowach, że wszystkie lub co najmniej 75% zbudowanych mieszkań musi być oddanych do użytku ubezpieczonych, a czynsze nie mogą przewyższać przedwojennych norm. Do końca roku udzielono pożyczek na wybudowanie 6 domów mieszkalnych o 59 mieszkaniach i 184 izbach, a czynsz wynosi w nich, zależnie od miejscowości,

za mieszkanie o 1 pokoju i kuchni najwyżej 25 do 30 zł., o 2 pokojach i kuchni najwyżej 40 do 50 zł. miesięcznie i t. d. Na budowę domów robotniczych i urzędniczych przyznano pożyczek w sumie 1.150 tys. zł., a na budowę domu dla własnych urzędników przeznaczono 270 tys. zł. Oprócz tego udzielono do końca roku sprawozdawczego różnych innych pożyczek dla przemysłu i rolnictwa na sumę około 6,553 tys. zł.

Ze sprawozdań poszczególnych działów dowiadujemy się m. in. następujących szczegółów:

Wydział ubezpieczenia inwalidowego, zatrudniający w końcu roku 176 urzędników i niższych funkcjonariuszy, miał składek 10,6 milj. zł. czyli nieco mniej niż w r. 1925 (10,8 milj. zł.), wydał na świadczenia rentowe 5,7 milj. zł., na lecnicstwo 271 tys. zł., a na koszty administracji 717 tys. zł. Podczas gdy wydatki na świadczenia rentowe zmniejszyły się o 1,2 milj. zł., wydatki na lecnicstwo wzrosły o blisko 130 tys., a wydatki administracyjne o blisko 90 tys. zł. Kapitał rezerwowy tego Wydziału, wynoszący w końcu roku sprawozdawczego 13,8 milj. zł., nie jest chyba jeszcze pomyślnie ulokowany, jeśli więcej niż trzecia część umieszczona jest w bankach.

W ciągu roku przyznano 8429 nowych rent (w r. 1925: 7785), z których 3654 (3071) było rent inwalidowych, a stan wszystkich rent w końcu roku wynosił 73.805 (w r. ub. 70.997) z czego na renty inwalidowe przypada 32.943 (w r. ub. 31.925). Sprawozdanie Ubezpieczalni nie podaje żadnych danych o wysokości tych rent, z samego więc tylko faktu zmniejszenia się wydatków na świadczenia rentowe przy równoczesnym wzroście liczby rent wnosić można ogólnikowo, że wymiar rent się obniżył.

Poważne postępy zauważyć się dają w dziedzinie leczenia. Wniosków o leczenie wpłynęło w roku sprawozdawczym 1926 (1382) z tych uwzględniono 835 (526). Z tej liczby 556 (360) osób umieszczono w szpitalach i sanatorjach, 131 osobom (w r. ub. 30) udzielono zapomóg do sztucznego użębienia, w reszcie wypadków udzielono pomocy leczniczej w innej formie. W największym zakładzie leczniczym Ubezpieczalni, w lecznicy dla płucno - chorych pod Obornikami przebywało w roku sprawozdawczym 1065 kuracjuszy przez 64.524 dni, czyli, że przeciętnie każdy chory przebywał na kuracji przez 60 dni. Ze sprawozdania lekarskiego wynika, że wśród **przyjętych** było 52,1% w III stadium choroby, a wśród **zwolnionych** 22,9%. Dążeniem kierownictwa powinno być, aby zwiększyć odsetek wyleczonych przez przyjmowanie większej liczby mniej zaawansowanych chorych, gdyż im wcześniej zastosuje się środki lecznicze, tem łatwiej przerwać proces chorobowy.

Wśród leczonych było mężczyzn 743 i kobiet 322 a o rodzaju pacjentów i czasie ich przebywania w lecznicy dowiadujemy się, że

		dni leczenia	
pacjentów własnych było	394	przez	24.902
pacjentów Wydz. urzędników prywatnych	148	„	7674
pacjentów Kas Chorych i in. zakł. ubezpie. społecznych	485	„	26673
pacjentów prywatnych	95	„	5275

Ponieważ ogólne koszty (lecnicze, aprowizacyjne i administracyjne) wynosiły 512.990,57 zł., więc koszt dzienny pacjenta wynosi około 8 zł., z czego na samo wyżywienie przypada blisko 5 zł.

Ubezpieczenie pensyjne pracowników umysłowych miało w końcu roku sprawozdawczego 27.511 ubezpieczonych, gdy w końcu poprzedniego roku było ich 28.357. Ponieważ zmniejszyła się liczba członków w niższych klasach zarobkowych, a natomiast zwiększyła się w średnich i wyższych, więc zbiór składek w r. 1926 wynosił 5,5 milj. zł. i przewyższał o 0,5 milj. zł. zbiór składek z roku 1925. Świadczenia pieniężne wzrosły z 109,2 tysięcy zł. na 160,5 tys. zł., wydatki na lecznictwo z 51,5 tys. zł. na 148,1 tys. zł. a koszty administracji z 94,2 tys. zł. na 126,4 tys. zł. W końcu roku sprawozdawczego rent emerytalnych wypłacono 315 osobom i 140 pozostałym rodzinom, gdy w końcu roku poprzedniego pobierało renty 237 osób i 125 rodzin. Lecznictwo objęło w roku sprawozdawczym 546 osób, z których w lecznicach umieszczono 411 osób; odnośne cyfry z poprzedniego roku wynoszą tylko 262, względnie 224.

Kapitał rezerwowy Wydziału pensyjnego wynosił w końcu roku 14,2 milj. zł., z których 4,5 milj. umieszczonych było w bankach, 7,8 milj. zł. w pożyczkach hipotecznych, a 1,8 milj. zł. w papierach wartościowych. W Wydziale tym zatrudnionych było 30 pracowników.

Wydział ubezpieczenia od wypadków opiera swoją gospodarkę finansową na repartycji wydatków na poszczególne ubezpieczone przedsiębiorstwa

w stosunku do wypłaconych przez nich zarobków i do stopnia niebezpieczeństwa pracy w danej gałęzi produkcji. W roku sprawozdawczym ubezpieczonych było 11.023 przedsiębiorstw (w roku poprzednim 9950), a suma wykazanych przez nich zarobków wynosiła 141,2 milj. zł. (124,8 milj. zł.). Składka repartycyjna za rok 1926 wynosiła 3,1 milj. zł. i miała pokryć m.in. wydatki na świadczenia rentowe w kwocie 2,2 milj. zł., koszty lecznicze 72,7 tys. zł. i koszty administracyjne 478,6 tys. zł. Przy systemie repartycyjnym, Wydział ten nie posiada kapitałów rezerwowych, poza niewielkim zasobem na bieżące wydatki.

W roku sprawozdawczym zgłoszono ogółem 2747 wypadków (w roku poprzednim 2254), ale tylko w 792 (445) przvznano renty. Wśród wypadków odszkodowanych było 56 śmiertelnych, czyli około 7%, (śmiertelne wypadki w r. 1925 wynosiły 31 i stanowiły również 7% wypadków odszkodowanych).

Z porównania odnośnych pozycji rachunkowych roku sprawozdawczego i roku poprzedniego wynika, że kwota repartycyjna wzrosła o 46%, wydatki na świadczenia rentowe o 21% wydatki na lecznictwo o 31% i koszty administracji o 70%. Widzimy więc, że i tu bardzo poważnie wzrosły wydatki na lecznictwo, co jest w pewnym sensie **znakiem czasu**: zrozumiano bowiem w świecie ubezpieczeniowym konieczność intensywniejszego leczenia poszkodowanych i większą użyteczność przywrócenia ich życiu produkcyjnemu, niż udzielanie pomocy pieniężnej na zabezpieczenie egzystencji bezczynnym. Z tego nastawienia polityki instytucji ubezpieczeniowych wynika konieczność coraz bliższego ich współdziałania z Kasami Chorych, co w przyszłości znajdzie zapewne także wyraz w samym ustawodawstwie ubezpieczeniowym i w formach organizacyjnych instytucji ubezpieczeniowych.

SAMUEL KLACZKO.

UBEZPIECZENIA CHOROBOWE W LATACH 1924—1925 U NAS I ZAGRANICĄ.*)

(Polska, Niemcy i Austria).

I.

Posiadamy już obecnie dwa kolejne sprawozdania z działalności naszych Kas Chorych. Łatwo zro-

*) Podaję źródła, wykorzystane przezemnie do niniejszego artykułu: 1) „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” Nr. 3 — 4 z r. 1926, Nr. 4 i dodatek bezpłatny z roku 1927; 2) „Deutsche Krankenkasse” Nr. 3 za rok 1927; 3) „Die Krankenversicherung im Jahre 1924”, oraz za lata 1912, 1913 i 1914; 4) „Amtliche Nachrichten des Bundesministeriums (Oesterreich) für Soziale Verwaltung” Nr. 6 — 7 za rok 1927; 5) „Allgemeine Ortskrankenkasse des Stadt Berlin — Bericht für das Geschäftsjahr” 1925; 6) „Jahresbericht der Allgemeinen Arbeiter kranken- und Unterstützungskasse in Wien für das Jahr” 1926 (zawiera dane statystyczne za r. 1925).

zumieć można, jakiego znaczenia nabiera ta statystyka dla należytej oceny wszystkiego tego, czego nasze Kasy Chorych dokonały i czego w przyszłości dokonać mogą.

Sprawozdania te za lata 1924 oraz 1925 są wynikiem urzędowej statystyki Kas Chorych, opartej na danych ścisłych, nie zaś prowizorycznych, jak to było do czasów ostatnich. Niestety, pod względem swej treści i swego programu zawierają jednak wzmiankowane sprawozdania dość liczne i dosadne braki. Tak np. w r. 1925 brak zupełny danych z ilości członków rodzin, brak dalej danych co do ilości udzielonych porad lekarskich, szczególnie z podziałem według specjalności lekarzy ordynujących, co bardzoby przydało się samym Kasom Chorych do zorientowania się pod względem administracyjno-

lekarskim. Pozatem statystyka finansowa opracowana jest bardzo ogólnikowo, obliczenie zaś wydatków w stosunku %-owym do składek członkowskich mało się nadaje do zobrazowania istotnego układu wydatków w Kasach Chorych.

Tak samo powiedzieć wypadnie o statystyce lekarskiej. W tablicach odpowiednich nie uwzględniono szeregu chorób, bardzo nawet charakterystycznych, czy to pod względem lekarskim, czy też społecznym. Są to choroby jak niedokrwistość, jaglica, choroby zębów; choroby zmysłów połączone są w jedną grupę nawet. Nadmiar tego tablice te tak są ułożone, iż trudno jest zrozumieć, co one dają: czy to ilość **chorych osób**, czy też ilość **wypadków zachorowania** (zapadnięć) ubezpieczonych na pewne choroby? Nie ulega najmniejszej wątpliwości, iż tablice VI i VIa oraz VII i VIIa podają faktycznie statystykę wypadków zachorowania, chociaż w nagłówku ich napisano: podział chorych według rodzajów chorób, a jeszcze niżej czytamy: na 1000 chorób było chorób i t. d.

Jeśli uprzytomnimy sobie przytem, jak bardzo niejednostajnie pojmuje się u nas w Kasach **wydatek zachorowania** jak tembardziej niejednostajnie statystyka lekarska prowadzona jest przez nie — to z trudem chyba się zgodzimy, iż „mamy tu do czynienia z typowem dla naszych stosunków uregulowaniem chorób”, jak to się stwierdza w artykule wstępnym do statystyki Kas Chorych za r. 1925.

Przyznać musimy, iż w pierwszych latach błędy i braki tego rodzaju są wprost rzeczą nieuniknioną, dlatego też spodziewamy się, iż w przyszłości te niedomagania znikną.

II.

Spróbujemy wyświetlić nasze dane statystyczne drogą porównania z danymi tegoż rodzaju i za tenże okres czasu z Kas Chorych niemieckich i austriackich. Nie potrzeba, myślę, udowadniać specjalnie, dlaczego właśnie wybraliśmy te dwa państwa, a nie inne jakiegokolwiek. Również jasnym jest dla czytelnika, dlaczego operujemy wyłącznie danymi względniemi, nie zaś absolutnemi.

Przedewszystkiem porównamy dane, określające skład ubezpieczonych według płci i wieku w naszych Kasach Chorych i w Kasach Chorych wymienionych wyżej państw. Otóż okazuje się, iż % kobiet w naszych Kasach jest mniejszym, niż w tych Kasach obcych, jak to widać z liczb poniższych.

Na 100 ubezpieczonych obojga płci % kobiet stanowią:

	w r. 1924	w r. 1926
W Kasach polskich	30,2	30,6
W Kasach niemieckich	37,8	38,1
W Kasach austriackich	36,3	36,9

Gdy w naszych Kasach Chorych kobiety stanowią 30,2 — 30,6% wszystkich ubezpieczonych, w Kasach obcych % ich waha się w granicach od 36,3 do 38,1%. Zjawisko to da się wytłumaczyć niewątpliwie niskim stopniem uprzemysłowienia naszego kraju. Przed wojną % kobiet zatrudnionych w przemyśle b. Kongresówki stanowił według da-

nych Wł. Grabskiego *) 33 — 34%, wobec czego stwierdzić musimy pewne cofnięcie się naszego kraju wstecz, które do tego jest znacznie większem w rzeczywistości, niż to powyższe liczby ujawniają, ponieważ daty statystyczne z lat 1911 — 1912 nie obejmują służby domowej i t. p. kategorii, które obecnie stanowią znaczny odsetek ubezpieczonych w naszych Kasach.

Cechę odmienną naszej urzędowej statystyki Kas Chorych stanowi umieszczenie danych, dotyczących podziału ubezpieczonych według wieku. Zgodnie z temi danymi skład ubezpieczonych według wieku w naszych Kasach przedstawia się w sposób następujący:

Na 100 ubezpieczonych przypada w wieku:

	w r. 1924			w r. 1925		
	u Mężcz.	u Kobiet	Bez różnicy płci	u Mężcz.	u Kobiet	Bez różnicy płci
do 20 lat	15,5	22,4	17,6	15,0	20,6	16,7
Od 21 do 30 „	30,5	42,9	34,3	31,1	44,8	35,3
„ 31 „ 40 „	22,3	18,2	21,0	22,5	18,3	21,2
„ 41 „ 50 „	15,9	9,5	14,0	15,8	9,6	13,9
„ 51 „ 60 „	10,2	4,6	8,5	10,3	4,5	8,5
„ 61 „ 70 „	4,5	1,8	3,6	4,3	1,7	3,5
Ponad 70 „	1,1	0,6	1,0	1,0	0,5	0,9
Razem	100	100	100	100	100	100

Przytoczona tabelka podaje szczegółowe ustosunkowanie się ubezpieczonych naszych Kas Chorych według wieku w obliczeniu względnem, bowiem statystyka urzędowa ograniczyła się tylko podaniem liczb absolutnych, które nie pozwalają na łatwe zorientowanie się w danym kierunku. Jednak żeby długo nie zatrzymywać się nad tą sprawą, a po drugie żeby w sposób prostszy a dobitny wyświetlić właściwości składu naszych ubezpieczonych według wieku, nadto zmiany zasła z r. 1924 na r. 1925 pod tym względem — ułożymy te same dane według tabelki poniższej.

Na 100 ubezpieczonych przypada w wieku.

	u mężczyzn ubezp.		u kobiet ubezp.	
	w r. 1924	w r. 1925	w r. 1924	w r. 1925
Do 20 lat	15,5	15,0	22,4	20,6
od 21 do 40 lat	52,8	53,6	61,1	63,1
od 41 do 60 lat	26,1	26,1	14,1	14,1
Ponad 60 lat	5,6	5,3	2,4	2,2
Ogółem	100	100	100	100

Tabelka ostatnia stwierdza wyraźnie, że z roku 1924 na r. 1925 zmniejszył się % grup krańcowych, t. j. ubezpieczonych najmłodszych (do 20 lat) i najstarszych (ponad 60 lat); że odpowiedni do tego % ubezpieczonych w wieku dojrzałym i najzdrowszym (od 21 do 40 lat), a co zatem idzie — najcen-

*) Rocznik Statystyczny Królestwa Polskiego za rok 1914, opracowany pod kierunkiem Władysława Grabskiego, Warszawa 1915 r.

niejszym pod względem gospodarczym i społecznym w wieku podeszłym (od 41 do 60 lat) zachował się na tej samej wysokości. Objaw ten ma miejsce tak u mężczyzn, jak u kobiet, z tą tylko różnicą, iż u pierwszych ubezpieczeni w wieku od 21 do 40 powiększyli się tylko o 0,8%, gdy u kobiet—o całe 2%.

Co do znaczenia tego objawu, nie trzeba chyba udowadniać, iż tego rodzaju proces wewnętrzny w naszych masach robotniczych ma charakter zupełnie normalny. W dodatku do tego absolutne zwiększenie ilości ubezpieczonych w naszych Kasach z r. 1924 na r. 1925 uwydatnia też pewne ożywienie gospodarcze kraju. Wobec braku dat, dotyczących wieku ubezpieczonych w urzędowej statystyce Kas Chorych niemieckiej oraz austriackiej, pozwolimy sobie dane odpowiednie zaczerpnąć ze sprawozdań rocznych Kas Chorych m. Berlina oraz m. Wiednia za r. 1925. Wybraliśmy te Kasy nie dlatego tylko, iż to są Kasy Chorych stołeczne, lecz dlatego, iż to są miasta największej uprzemysłowione oraz, że to są Kasy największe (prawo wielkich liczb!) w obydwu państwach. Tak Kasa Berlińska w r. 1925 liczyła przeciętnie 455469 ubezpieczonych, zaś Kasa w Wiedniu — 146284 ubezpieczonych, aczkolwiek nie obejmują wszystkich ubezpieczonych w tych miastach, mając licznych, że tak powiem konkurentów, innych jeszcze typów. Zestawienie porównawcze danych z tych Kas z danymi tego rodzaju z Kas naszych *) wygląda jak następuje.

Na 100 ubezpieczonych obojga płci przypada w r. 1925 w wieku:

	w Kasach polskich	w Kasach niemieckich	w Kasach austriackich
Do 20 lat	16,7	20,4	15,6
od 21 do 30 lat	35,3	26,4	25,9
od 31 do 40 lat	21,2	19,0	19,2
od 41 do 50 lat	13,9	15,7	16,9
od 51 do 60 lat	8,5	11,2	13,5
od 61 do 70 lat	3,5	5,8	7,1
ponad 70 lat	0,9	1,5	1,8
Ogółem	100	100	100

Skład ubezpieczonych według wieku przy porównaniu obydwu Kas obcych wykazuje bardzo małą różnicę, to też uważać go można za mniej więcej i stały charakterystyczny pod danym względem. W porównaniu do tego składu dane z naszych Kas wykazują znaczną przewagę grup młodszych nad starszemi, szczególnie w tym kierunku się wyróżnia grupa wieku od 21 do 30 lat. Gdy w Wiedniu i Berlinie ta grupa stanowi około 26% t. j. około ¼ części

*) Właściwie wypadaloby w danym razie wykorzystać dane z Kasy Chorych m. Warszawy za r. 1925. Jednakowoż pozbawiony jestem tej możliwości ze względu na to, iż dane Kasy Chorych Warszawskiej „nie nadają się do oceny ustosunkowania grup wieku wśród członków Kasy Chorych m. Warszawy”, jak słusznie skrytykował te dane p. Oswald Einfeld. Patrz artykuł p. t. „Stosunki zawodowe i zarobkowe członków Kasy Chorych m. Warszawy” w Nr. 2 „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych” za rok bieżący.

wszystkich ubezpieczonych, u nas — 35,3%, t. j. ponad ¼ część wszystkich ubezpieczonych.

To samo ustosunkowanie się poszczególnych grup wieku daje się stwierdzić oddzielnie dla ubezpieczonych tej i drugiej płci, jak możemy o tem sądzić na podstawie danych następujących.

Na 100 ubezpieczonych przypada w wieku.

	u mężczyzn ubezpieczon.			u kobiet ubezpieczon.		
	w Kasach polskich	w Kasie Berlińskiej	w Kasie Wiedeńskiej	w Kasach polskich	w Kasie Berlińskiej	w Kasie Wiedeńskiej
Do 20 lat	15,0	20,7	14,4	20,6	20,2	17,8
Od 21 do 40 lat	53,6	45,0	44,6	63,1	45,7	46,1
„ 41 .. 60 ..	26,1	26,9	31,7	14,1	27,0	27,9
Ponad 60 ..	5,3	7,4	9,3	2,2	7,1	8,2
Ogółem	100	100	100	100	100	100

Gdy w Berlinie i Wiedniu członkowie mężczyźni w wieku od 21 do 40 lat stanowią około 45% całej masy ubezpieczonych płci tejże, to u nas stanowią około 54%, t. j. ponad połowę wszystkich ubezpieczonych mężczyzn. U kobiet ta różnica jest jeszcze większa, bowiem u nas kobiety w wieku tym stanowią aż 63,1%, gdy w Berlinie i Wiedniu około 46% tylko.

Przy porównaniu też podziału wg. wieku mężczyzn i kobiet otrzymamy znów różnicę większą u nas, niż w kasach obcych. W kasie berlińskiej podział według wieku jest prawie zupełnie jednakowy jak u mężczyzn, tak i u kobiet, w Kasie Wiedeńskiej—różnica nie jest już tak znaczna, zaś u nas dochodzi ona do tak poważnych rozmiarów, że, naprzykład, kobiety w wieku od 41 do 60 lat stanowią odsetek (14,1%),omal że o dwa razy mniejszy, niż u mężczyzn (26 1%).

Analiza powyższych liczb w danym kierunku, jakkolwiek jest bardzo ciekawą i interesującą, zaprowadziłaby nas jednak bardzo daleko poza ramy niniejszego artykułu. Wracając więc do właściwego tematu naszego, t. j. analizy danych powyższych pod kątem widzenia ubezpieczeniowego — skończymy ją w sposób następujący: **W naszych Kasach Chorych jest mniejszy odsetek kobiet oraz większy odsetek ubezpieczonych w wieku o mniejszej chorobowości, co łącznie wzięte obniża znacznie stopień ryzyka rzesz ubezpieczonych w naszych Kasach.**

III.

Do tej sprawy (wysokości ryzyka) właśnie teraz przejdziemy, dla czego zajmiemy się danymi, wyświetlającymi wysokość chorobowości i śmiertelności wśród ubezpieczonych w naszych Kasach oraz też w Kasach obcych.

Wysokość chorobowości *) zazwyczaj mierzona jest za pomocą odpowiednich współczynników, jakimi są liczby przypadających na każde 100 ubezpieczo-

*) Mamy tu na względzie wyłącznie chorobowość, związaną z utratą zdolności do pracy. Chorobowość ogólna, niezdolności za sobą nie pociągająca, nie jest opracowana statystycznie przez obce Kasy Chorych.

nych: 1) osób chorych, 2) wypadków zachorowania, 3) dni niezdolności do pracy wskutek choroby i 4) wypadków zachorowania na 100 osób chorych. Ponadto jako pewny współczynnik służy też liczba dni, przypadająca na jeden wypadek niezdolności do pracy, określający przeciętną długotrwałość choroby.

W Polsce osoby chore, niezdolne do pracy stanowią w stosunku do ogólnej ilości ubezpieczonych w r. 1924 — 34,6%, w r. 1925 — 34,5%. W Austrii tenże współczynnik wynosi w r. 1924 — 43,6% oraz w r. 1925 — 46,4%. Co zaś do współczynnika ilości wypadków choroby na 100 osób chorych, wyświetlający stopień powtórnych zapadnięć ubezpieczonych chorobliwych, to u nas równa się on — 160,1 w r. 1924 i w r. 1925 — 153,0 wypadków na 100 chorych, zaś w Austrii w r. 1924 — 127,5 i w r. 1925 — 129,9 wypadków na 100 chorych. Statystyka niemiecka tych dwóch współczynników nie uwzględnia więc porównanie z kasami niemieckimi w tym kierunku nie jest możliwe. Bardzo wysoki współczynnik powtórnej zapadalności na choroby u nas w porównaniu do Austrii nie odpowiada rzeczywistości i wynika z nieściśłego zastosowania w Kasach Chorych artykułu 23 p. V ustawy z 19.V.1920.

Spółczynnik, określający ilość wypadków zachorowania na 100 ubezpieczonych daje za lata 1924 — 1925 u nas oraz w Kasach niemieckich i austrijskich liczby następujące:

Na 100 ubezpieczonych przypada wypadków zachorowania z niezdolnością do pracy:

w r. 1924 w r. 1925

w Kasach polskich	55,5	52,9
w Kasach niemieckich	43,2	51,5
w Kasach austrijskich	55,8	60,3

W naszych Kasach mieliśmy w r. 1924 — 55,5 wypadków na 100 ubezpieczonych i w r. 1925 — 52,9 wypadków. W Niemczech odpowiednio do każdego roku 43,2 i 51,5 wypadków, zaś w Austrii — 55,8 i 60,3 wypadków. Więc gdy ten współczynnik z 1924 na 1925 trochę u nas się obniżył, to w Austrii i Niemczech znacznie podniósł się. Znowuż i tu współczynnik ten powinien być mniejszym wobec nieściśłego określenia pojęcia „wypadku”.

Spółczynnik ustalający wysokość dni niezdolności do pracy na 100 ubezpieczonych stanowił u nas w r. 1924 — 589 i w r. 1925 — 715 dni, zaś w Niemczech odpowiednio do roku 1085 i 1253 dni oraz w Austrii — 1245 i 1329 dni. Tutaj, jak widzimy, zachodzi nader poważna różnica między Kasami naszymi a Kasami niemieckimi oraz austrijskimi. Ponieważ wyżej wyeliminowane współczynniki nie wykazują tak poważnej różnicy między Kasami naszymi a obcymi, to wynika stąd, iż ilość dni na jeden wypadek choroby (czyli też długotrwałość choroby) jest u nas odpowiednio mniejsza. Tak jest istotnie, gdy się przyjrzy liczbom poniższym.

Na 1 zachorowanie przypada dni niezdolności do pracy.

	w r. 1924	w r. 1925
w Kasach polskich	10,6	13,5
w Kasach niemieckich	25,1	24,3
w Kasach austrijskich	22,3	22,9

Gdy w naszych Kasach na 1 zachorowanie przypada przeciętnie 10,6 — 13,5 dni (od półtora do dwóch tygodni), to w Kasach austrijskich 22,3 — 22,9 dni (trzy tygodnie) oraz w Kasach niemieckich 24,3 — 25,1 dni (trzy i pół tygodnia).

Na tę różnicę składa się szereg przyczyn, na czoło których wysuwa się przede wszystkim wysoka intensywność pracy, wymagająca od robotnika niemieckiego i austrijskiego, bardzo wysokiego też nakładu sił fizycznych i intelektualnych, co niewątpliwie znacznie więcej go wyczerpuje i w razie zachorowania przedłuża okres niezdolności do pracy. W związku też z tem Kasy Chorych w Niemczech i Austrii szeroko stosują system leczenia chorych i rekonwalescentów we własnych uzdrowiskach i zdrojowiskach, co razem wzięte doprowadza ilość dni niezdolności na jeden wypadek, a stąd też i na 100 ubezpieczonych do tak wysokiej normy. Jednakże wśród naszych ubezpieczonych elementu młodszego odgrywa też w danym wypadku dość wielką niewątpliwie rolę.

Działalność naszych Kas Chorych oraz Kas niemieckich i austrijskich w dziedzinie ubezpieczenia macierzyństwa ilustruje tabelka następująca:

Na 100 kobiet pracujących przypada:

	Połogów		Dni zasiłku połogowego	
	w r. 1924	w r. 1925	w r. 1924	w r. 1925
W Kasach polskich	2,42	3,21	102	142
„ niemieckich	3,72	3,85	—	—
„ austrijskich	3,27	3,46	141	141

Na 1 położnicę przypada dni zasiłku połogowego:

w r. 1924 w r. 1925

w Kasach polskich	42	44
w Kasach niemieckich	—	—
w Kasach austrijskich	43	41

Brak danych o Kasach niemieckich tłumaczy się tem, że statystyka rządowa niemiecka nie podaje żadnych dat co do ilości opłaconych dni zasiłku połogowego. Wobec analogji ze współczynnikiem połogów przypuszczać można, iż w Niemczech ilość dni zasiłku na 100 kobiet pracujących oraz na jedną położnicę będzie niemiejsza, raczej trochę może większa niż w Kasach austrijskich.

Dane powyższe dotyczące ubezpieczenia macierzyństwa u nas oraz w Niemczech i Austrii są nader ciekawe, a stanowią pewną nawet niespodziankę. Otóż w wyjaśnieniach wstępnych do naszej rządowej statystyki za oba lata autorzy jej dowodzą, iż współczynniki odpowiednie są u nas znacznie mniejsze, niż w państwach obcych i tłumaczą to tem, iż kobiety pracujące są u nas mniej uświadomione co do swych uprawnień na wypadek połogu oraz, że są mniej skłonne do dłuższego powstrzymywania się od pracy przy połogu. Wobec przytoczonych wyżej liczb porównawczych, zdradzających w całą niewielką rozbieżność między Kasami naszymi a obcymi, niema poniekąd podstawy do specjalnego wyróżnienia naszych kobiet pracujących pod danym względem. Mamy tu do czynienia ze zjawiskiem ogólnem, oczywiście, na które ponad wskazane przyczyny i przede wszystkim może wpływać ten fakt, iż pierwszoro-

dzące (a widzieliśmy już wyżej, iż kobiety w wieku młodszym stanowią wszędzie dość poważny odsetek) pracują przeważnie aż do porodu. Co zaś do niechętności do dłuższego powstrzymania się od pracy w wypadku porodu, to działa tu niewątpliwie obawa kobiety pracującej przed groźbą straty pracy wskutek dłuższej przerwy jej, chociażby i wobec tak poważnego, a ustawowo zalegalizowanego powodu.

Te właśnie powody, działające w równym stopniu na kobietę pracującą tak u nas, jak w Niemczech i Austrii, doprowadziły do faktu tak ograniczonego wykorzystania przez nie swych uprawnień w wypadku porodu. Twierdzić wypadnie raczej, iż **stopień wykorzystania tych uprawnień jest niższym właśnie w Austrii i Niemczech**, bowiem kobieta austriacka i niemiecka stoi na wyższym poziomie kulturalnym, ubezpieczenie macierzyństwa dawniej tam wprowadzono, a ponadto i uprawnienie w razie porodu są też w stosunku do okresu zasiłkowego znacznie większe, niż u nas.

Wszystko to charakteryzuje jednak przytoczone liczby pod względem raczej statystyki demograficznej. Gdy zaś zechcemy ustalić wysokość ciężaru materialnego, spadającego na barki Kas Chorych w danym wypadku, to będziemy musieli zastosować inne współczynniki, a mianowicie współczynnik ilości porodów oraz dni zasiłku porodowego na 100 ubezpieczonych **płci obojga** (nie zaś kobiet tylko, jak dotychczas).

Oto jak sprawa się przedstawia w tym wypadku.

Na 100 ubezpieczonych obojga płci przypada:

	Porodów		dni zasiłku porodowego	
	1924	1925	1924	1925
W Kasach polskich	0,73	0,98	31	44
„ „ niemieckich	1,41	1,47	—	—
„ „ austriackich	1,19	1,28	51	52

Widzimy więc, iż ubezpieczenia macierzyństwa kosztuje nasze Kasy Chorych znacznie mniej, niż Kasy Chorych niemieckie oraz austriackie, i to właściwie nie dlatego, iż normy uprawnień ustawowych pod danym względem są mniejsze u nas, lecz głównie z powodu mniejszego % kobiet w naszych Kasach, o czym już wyżej pisaliśmy przy omówieniu składu ubezpieczonych według płci. Większym też % kobiet w r. 1925 w porównaniu do r. 1924 spowodowane zostało podniesienie współczynnika porodów na 100 ubezpieczonych w naszych Kasach z 0,73 do — 0,98 oraz dni zasiłku z 31 do 44 na 100 ubezpieczonych.

Co do statystyki śmiertelności — to w naszych Kasach przypada zmarłych na 100 ubezpieczonych w r. 1924 — 0,68 i w r. 1925 — 0,65. W Niemczech odpowiednio do roku przypada — 0,65 i 0,62, zaś w Austrii — 0,81 i 0,82. Przed wojną tenże współczynnik wynosił w r. 1912 w Niemczech — 0,72 i w Austrii — 0,82 na 100 ubezpieczonych. W Niemczech śmiertelność wśród ubezpieczonych za dany okres zmniejszyła się, w Austrii jednak zachowała się na tej samej wysokości.

Nieco inaczej przedstawia się sprawa, gdy zasiojujemy współczynnik ilości zmarłych na 100 wypadków zachorowania. U nas w r. 1924 ten współczynnik

stanowił 1,23 i w r. 1925 — 1,24 na 100 zachorowań. W Niemczech odpowiednio do roku — 1,50 i 1,21, zaś w Austrii — 1,46 i 1,35 na 100 wypadków. Uważam jednak, iż współczynnik ten w naszych Kasach jest za niski i nie odpowiada rzeczywistości, a to dlatego, iż ilość wypadków zachorowania, jak już wyżej podkreśliłem, jest u nas zbyt wysoka. Przepuszczalnie współczynnik zmarłych na 100 wypadków choroby musi być u nas mniejszy niż w Austrii.

IV.

Przejdziemy z kolei do dat statystycznych, charakteryzujących stronę finansową działalności Kas Chorych.

Dochody. Jeśli weźmiemy dochody Kas Chorych z punktu widzenia formalnego, t. j. uwzględnimy wszystkie wpływy, wówczas będziemy tedy mieli zestawienie następujące:

Dochody brutto Kas Chorych w 1924 — 1925 r.

	1924			1925		
	w Kasach polskich	w Kasach niemieckich	w Kasach austriackich	w Kasach polskich	w Kasach niemieckich	w Kasach austriackich
Składki członkowskie	97,06	89,54	93,43	91,50	89,55	90,68
Odsetki od kapitałów	0,46	0,83	—	0,93	0,80	—
Inne wpływy . . .	2,11	1,01	—	2,90	0,93	—
Wpływy operacyjne ruchom. i nieruchom.	—	8,62	6,57	—	8,72	9,32
Niedobór	0,37	—	—	4,67	—	—
Ogółem	100	100	100	100	100	100

Składki członkowskie w naszych Kasach Chorych stanowią większy % w stosunku do wszystkich wpływów, niż w Kasach obcych. Tak, w roku 1924 składka u nas wynosiła 97,06% i w r. 1925 — 91,50% od wszystkich wpływów, gdy w niemieckich Kasach odpowiednio do roku — 89,54% i 89,55%, zaś w Kasach austriackich — 93,43% i 90,68% w stosunku do wszystkich dochodów. Jest to jednak rzeczą zrozumiałą, ponieważ Kasy obce dzięki długoletniemu istnieniu, z konieczności mają wpływy także z innych źródeł. Toteż Kasy te nie mają niedoboru, jak to czasami się dzieje u nas.

O ile jednak weźmiemy pod uwagę, iż niedobór pokrywany jest z funduszu zapasowego oraz z wpływów z operacji ruchomością i nieruchomością, które to wpływy za dochód we właściwym dla Kas Chorych znaczeniu tego słowa uważane być nie mogą, to się zgodzimy, iż do ścisłego zobrazowania dochodów kasowych wpływy brutto mało się nadają. Do tego celu musimy wyeliminować wskazane kategorie quasi — dochodów i więc tylko dochody faktyczne powstające ze źródeł właściwych, powiedzmy — dochody netto. Będzie też porównanie naszych Kas z Kasami obcymi wyglądało tedy o wiele naturalniej. Jeśli więc zrobimy tak, będzie wówczas zestawienie dochodów kasowych miało zupełnie inny charakter, jak w tem przekonać mogą dane następujące.

Dochody — netto Kas Chorych w r. 1924 — 1925.

	1924			1925		
	1 w Kasach polskich	9 w Kasach niemiec.	4 w Kasach austrjac.	1 w Kasach polskich	9 w Kasach niemiec.	5 w Kasach austrjac.
Składki członkowskie	97,43	97,99	93,43	95,99	98,12	90,68
Odsetki od kapitałów	0,46	0,90) 6,57	0,97	0,87) 9,32
Inne dochody . . .	2,11	1,11		3,04	1,01	
Ogółem . . .	100	100	100	100	100	100

Widzimy więc, iż dochody ze składek członkowskich i od % z kapitałów nie różnią się już tak poważnie. Co zaś do Kas austriackich, zaznaczyć musimy, iż wobec braku danych szczegółowych, dotyczących charakteru i źródeł dochodów innych, nie byliśmy w stanie odpowiednio przerachować dane absolutne z tych Kas. Przypuszczając jednak można, iż i tam panują pod tym względem stosunki takiesame, jak u nas oraz w Kasach niemieckich.

Wobec powyższych liczb wywnioskować możemy, iż budżet dochodowy Kas Chorych tak się układa: składki członkowskie powinny stanowić normalnie około 97 — 98% do dochodów właściwych (dochodów netto), odsetki od kapitałów i lokat i t. p. dać powinny około 1% i 1% z górną mogą dać wpływy inne, — jak się zwyczajnie określa wszystkie dochody, do dwóch pierwszych kategorii dochodów nie należące.

Nasze Kasy Chorych, z powodów bliżej nieokreślonych, mają odsetek wpływów innych o dwa — trzy razy większy niż wyliczona wyżej norma ich.

Wydatki: Zanim przejdziemy do bezpośredniej analizy wydatków — zastanowimy się nad sprawą stosunku wydatków rzeczywistych *) do dochodów normalnych. Dwa tu będziemy mieli do wyjaśnienia pytania, a mianowicie: 1) czy wystarczają Kasom ich dochody normalne (dochodów — netto) na pokrycie wszystkich wydatków, Ustawą oraz charakterem ich działalności przewidzianych? 2) czy byłaby wystarczająca na te cele również sama tylko składka członkowska, gdyby Kasy Chorych żadnych innych dochodów nie miały?

Odpowiedź na te pytania znajdziemy w zestawieniu poniższem, które wykazuje, jaki odsetek stanowią wydatki rzeczywiste oraz składka członkowska w stosunku do dochodów.

	1924			1925		
	1 w Kasach polskich	9 w Kasach niemiec.	4 w Kasach austrjac.	1 w Kasach polskich	9 w Kasach niemiec.	5 w Kasach austrjac.
Wydatki rzeczywiste	79,41	89,05	86,51	92,95	94,11	93,05
Składki członkowskie	97,43	97,99	93,43	95,99	98,12	90,68

Z danych powyższych wynika, iż na pokrycie wszystkich wydatków rzeczywistych wystarczalne są nie tylko dochody netto, lecz i same składki człon-

*) Więc bez wydatków, związanych z nabyciem ruchomości i nieruchomości oraz potrąceń na fundusz zapasowy.

kowskie, i to tak u nas, jak zarówno w Kasach obcych. Zestawienie uwydatnia również pewne pogorszenie się sytuacji finansowej Kas Chorych z r. 1924 na r. 1925, wykazując z jednej strony wzrost odsetek wydatków, z drugiej zaś — spadek odsetka składek członkowskich w stosunku do dochodów.

Jednakowoż Kasy Chorych z powodów zrozumiałych muszą gromadzić też fundusze zapasowe, i otóż zestawienie powyższe stwierdza, iż ze składek członkowskich ta słuszną potrzeba zaspokojenia być nie może. Tutaj z pomocą przychodzi właśnie wpływy inne, lecz i te nie zawsze starczą. I to właściwie ustala rolę tych wydatków w finansowym (że tak powiem) ustroju Kas Chorych: aczkolwiek stanowią względnie bardzo mały odsetek dochodów, nie przeszkadza to jednak wpływom innym grać roli równoważnika między dochodami Kas a ich rozchodami oraz źródła również do gromadzenia funduszu zapasowego.

Na pozór może się wydawać, iż sytuacja finansowa Kasy Chorych jest pod względem finansowym bardzo dobra. Mają duże wpływy, gromadzą fundusze zapasowe i t. d. Jest to jednak rzeczą pozorną tylko, nie należy bowiem zapominać, iż dane absolutne o dochodach Kas, które są podstawą do powyższych obliczeń, mają charakter buchalteryjny, tak, że dochody, uwzględnione w rocznym rachunku działalności Kas, jako rzeczywiste, takowemi faktycznie jeszcze nie są, i upiększając bilanse roczne Kas po stronie aktywnej. Rzeczywiście, jeśli się przyjrzymy bliżej bilansom rocznym i spróbujemy ustalić, jaki odsetek składek przypisanych, ciąży na pracodawcach, to otrzymamy wcale niedwuznaczny obraz, jak to jest faktycznie. Oto co mówią nam liczby następujące:

Zaległości ciężące według bilansów rocznych na pracodawcach w stosunku % do składek przypisanych:

	w r. 1924	w r. 1925
w Kasach polskich	17,73	20,42
w Kasach niemieckich	6,72	—
w Kasach austriackich	19,31	18,88

Okazuje się więc, iż nasze Kasy Chorych, jak również i austriackie stale mają u pracodawców do 1/4 części składek członkowskich. Jak więc wygląda wówczas dobrobyt Kas Chorych, jakie położenie wobec wierzycieli (ubezpieczonych, dostawców, pracowników?). Jeśli dla Kas austriackich (a tembardziej niemieckich, w których zaległości mają charakter zupełnie normalny, albowiem nie przewyższają kwoty składek za 1 miesiąc) nie jest to objawem tak groźnym dzięki zasobom, zebranych za okres długoletniego istnienia — to nasze młode Kasy może to doprowadzić do skutków wprost fatalnych. Tutaj właśnie, w tych oto zaległościach tkwi głównie podstawa do tylu narzekań na Kasy Chorych, nie z ich jednak winy.

Ma się rozumieć, iż wskazane zaległości w znacznym stopniu spowodowane są kryzysem gospodarczym ale nie mały też wpływ na to wywarła niewątpliwie niechęć pewnych kół społecznych i gospodarczych do Kas Chorych. Walka przez koła te przeciw Kasom Chorych prowadzona nigdzie może nie nabrała tak ostrej a niekulturalnej zarazem formy, jak u nas. I otóż w świetle tego faktu należy właści-

wie oceniać wyprowadzony wyżej stosunek między wydatkami a dochodami Kas.

Przechodząc nareszcie do analizy wydatków rzeczywistych, uprzedzimy wprzód czytelnika, iż za podstawę naszych obliczeń procentowych wzięliśmy nie ogólną sumę dochodów, temniej też kwotę składek członkowskich, jak to na wzór austriacki zrobiła nasza statystyka urzędowa, lecz tylko ogólną kwotę wydatków rzeczywistych, którą właśnie za wzorem niemieckim uważaliśmy za podstawę jedynie słuszną i odpowiednią w danym wypadku. Toteż odsetki, które dalej przytaczamy, będą odbiegały znacznie od liczb względnych, podanych w statystyce urzędowej.

Jeśli podzielimy wszystkie wydatki rzeczywiste na trzy grupy zasadnicze, a mianowicie: świadczenia, wydatki administracyjne i wydatki inne, to wysokość ich oraz stosunek wzajemny zilustruje tabelka poniższa.

	1 9 2 4			1 9 2 5		
	w Kasach polskich	w Kasach niemieckich	w Kasach austriackich	w Kasach polskich	w Kasach niemieckich	w Kasach austriackich
Wydatki na świadcz.	82,38	91,35	84,53	84,34	91,62	84,48
„ administrac.	14,08	7,26	15,47	10,29	6,83	12,12
„ inne	3,54	1,39		5,37	1,55	3,10
Ogółem	100	100	100	100	100	100

Wydatki na wszelkiego rodzaju świadczenia dla ubezpieczonych stanowią zarówno u nas, jak i w Austrii około 84 proc. wydatków, w Niemczech zaś sięgają prawie 92 proc., t. j. wysokości, na której świadczenia stale od chwili wprowadzenia tam kas trzymają się, za wyjątkiem naturalnie lat wojny i okresu dewaluacji. Co zaś do wydatków, związanych z prowadzeniem Kas Chorych, jako instytucji, czyto bezpośrednio (wydatki administracyjne osobowe i rzeczowe), czy też pośrednio (wydatki inne oraz koszty ogólne), to przy połączeniu ich w jedną grupę ustalimy, iż nie tylko u nas sięgają tak wysokiej (w roku 1924 — 17,62 proc., w r. 1925 — 15,66 proc.), lecz też i w Austrii, gdzie stanowią około 15,5 proc. w stosunku do wydatków. Coprawda, w Niemczech wydatki te stanowią razem około 8,5 proc. wszystkich wydatków, dlaczemu też zawsze porównywano pod tym względem nasze Kasy Chorych z niemieckimi tylko. Jednakże świadomie nie brano przytem pod uwagę, iż nasze Kasy Chorych mają znacznie szerszy zakres w dziedzinie osobowej oraz świadczeń, jak również szerszą strukturę organizacyjną, co niezawodnie spowodować musiało zwiększenie wydatków administracyjnych. Dowodem tego służyć może z jednej strony Austrija, w której tak wysokie wydatki administracyjne (pośrednie i bezpośrednie) spowodowane są przewagą kas powiatowych nad kasami typu innego (w r. 1925 kasy powiatowe — Bezirkskrankenkassen — stanowiły około 38 proc. od ogólnej ilości kas, a ilość ubezpieczonych w nich 45 proc. z górą ogólnej ilości ubezpieczonych). Również i w Niemczech połączone wydatki administracyjne są w kasach ogólnomiejskich wyższe zawsze od normy przeciętnej: Tak, w r. 1924 wydatki tego rodzaju stanowiły w kasach ogólnie - miejskich — 11,21 proc., w r. 1925 — 10,08 w stosunku do wszystkich wydatków, gdy norma przeciętna dla wszystkich kas wynosiła,

jak wyżej widzieliśmy — 8,65 proc. i 8,38 proc. W kasach wiejskich (Landkrankenkassen) wydatki tego rodzaju sięgają jeszcze większej normy. Wystarczą, sądząc, przytoczone przykłady, żeby należyście ocenić zarzut o nadmiarze wydatków administracyjnych, tak chętnie stawiany przez wszystkich naszym Kasom Chorych.

Wskazaliśmy wyżej tylko ogólny procent wydatków na świadczenia dla ubezpieczonych. Uważając jednak, iż szczegółowy podział ich jest też bardzo interesujący, podajemy takowy w tabelce następującej:

%-wy podział świadczeń w stosunku do wydatków:

R O D Z A J Ś W I A D C Z E Ń	1	9	2	4	1	9	2	5
	w Kasach polskich	w Kasach niemieck.	w Kasach austriack.		w Kasach polskich	w Kasach niemieck.	w Kasach austriack.	
Zasiłki pieniężne . . .	26,58	38,57	b r a k d a n y c h		26,34	42,86	43,44	
Pomoc lekarska . . .	26,32	29,15			25,98	24,84	19,69	
Szpitala	13,51	12,95			15,60	12,68	10,93	
Leki	15,97	10,68			16,42	11,24	10,42	
Świadczenia lekarskie	55,80	52,78			58,00	48,76	41,04	
Wszystkie świadcz.	82,38	91,35	84,53		84,34	91,62	84,48	

Jeśli u nas na zasiłki pieniężne dla ubezpieczonych wydaje się około 26% z górą, a w Niemczech i Austrii aż 38 — 43% — to tak daleko idącą różnicę należy przypisać niewątpliwie temu, iż spódczynnik niezdolności jest u nas również znacznie mniejszy, jak to już wyżej zostało wyjaśnione.

Co do wydatków na świadczenia lekarskie, to, jak widzimy, są one u nas największe, w Niemczech najmniejsze, zaś w Austrii zajmują miejsce pośrednie. Twierdzenie to nie wiąże się jakoby z podkreślonem powyżej mniejszego u nas współczynnika niezdolności do pracy z powodu choroby. Trzeba jednak mieć na uwadze, iż ten spódczynnik nie dotyczy wcale członków rodzin, mających u nas szersze uprawnienia do korzystania ze świadczeń lekarskich, niż to ma w Austrii i Niemczech, co właśnie spowodowało wskazaną różnicę między Kasami naszymi a obcymi, w tym wypadku jednak na korzyść Kas naszych.

Przytoczone w ostatniej tabelce liczby wykazują, że na cele lecznicze nasze Kasy Chorych wydają od 55,80% do 58% wszystkich wydatków, gdy niemieckie od 48,76% do 52,78% oraz austriackie — około 41% (prawdopodobnie w r. 1924 też około tej normy). Jest rzeczą charakterystyczną, iż odsetek wydatków na pomoc lekarską, udzielaną przez lekarzy i personel pomocniczy chorym ambulatoryjnym oraz domowym jest u nas (25,98% — 26,32%) prawie jednakowy jak w Niemczech (24,84% — 29,15%). Tem nie mniej jest tu jednak pewna różnica ponieważ i to znowuż na korzyść naszych Kas Chorych. Rzecz polega na tem, iż nasze Kasy Chorych w ramach tegoż samego odsetku wydatków na pomoc lekarską opłacają ponadto lokale, inwentarz i wszystkie urządzenia lecznicze, potrzebne do udzielania pomocy lekarskiej.

Fakt posiadania przez Kasy Chorych własnego

aparatu leczniczego ma doniosłe znaczenie, z którego nie wszyscy tak należycie zdają sobie sprawę. Dążąc do najskuteczniejszego spełnienia swych funkcji, Kasa Chorych ma dwa pod tym względem zadania, najściślej między sobą związane: pierwsze zadanie polega na najlepszym zabezpieczeniu ubezpieczonym, stanowiącym większą a niezamozną część ludności, pomocy lekarskiej; drugie — na najpewniejszym ułożeniu swych zasobów materialnych.

Organizując więc własny aparat udzielania pomocy lekarskiej we wszystkich jej formach (ambulatorja, szpitale, pomoc w nagłych wypadkach i w domu u chorych, pomoc specjalistyczna, leki, uzdrowiska i t. d.) Kasa Chorych spełnia pierwsze zadanie, wkładając w to swe kapitały i fundusze. Ponadto Kasa Chorych wykonywa swe funkcje (używając terminologii prawnie - ekonomicznej) systemem gospodarczym, bez pomocy dostawców i pośredników (personel leczniczy, apteki, instytucje lecznicze prywatne i t. p.) występujących tu w roli przedsiębiorców. Przecież nie zarzuca nikt tegoż rodzaju tendencji samorządów, przeciwnie, jest to powszechnie rzeczą zrozumiałą i przez wszystkich wymaganą nawet. Zresztą nic tu i nie pomoże, albowiem przez Kasy Chorych i za pomocą ich, rozwija się proces skoncentrowania i uspołecznienia tak poważnej funkcji socjalnej, jak ochrona zdrowia, a przez to i dobro bytu społeczeństwa. Jest to proces konieczny i nieunikniony.

Na pomoc szpitalną wydają nasze Kasy Chorych też znacznie większy odsetek, niż Kasy niemieckie oraz austriackie. Mimo opłaty przez nasze Kasy połowy tylko faktycznych kosztów szpitalnych (artyk. 43, p. III Ustawy), wydatek na ten rodzaj pomocy stanowi u nas od 13,51% do 15,60% od ogólnej sumy wydatków, w niemieckich zaledwie 13%, zaś w au-

strjackich jeszcze mniej, a mianowicie około 11% od wydatków.

Tak samo kosztują nasze Kasy drożej i leki, (około 16%), gdy Kasy niemieckie i austriackie wydają na ten cel około 11% tylko. Jednakże w tym wypadku większy odsetek spowodowany jest tem, że w Niemczech ubezpieczeni opłacają bezpośrednio nie mniej 10% od kosztów leków oraz też tem, iż Kasy Chorych w Polsce korzystają z leków sprowadzanych w znacznej części z zagranicy, co naturalnie podraża ich cenę, a stąd i koszty ponoszone za nie przez nasze Kasy Chorych.

Naogół więc biorąc, wydatki na świadczenia lekarskie są u nas większe, głównie dlatego, iż w naszych Kasach Chorych członkowie rodzin ubezpieczonych pracujących, korzystają obowiązkowo ze świadczeń kasowych, gdy w Niemczech oraz w Austrii jest to świadczenie fakultatywne. Coprawda, Kasy Chorych tamte szeroko wykorzystują to uprawnienie, tak, że liczba uprawnionych członków rodzin stanowi w Niemczech, naprzykład wr. 1924-1925 aż 81,5% do ogólnej liczby ubezpieczonych^{*)}. Jednak normy świadczeń, przeciętnie biorąc, są tam znacznie niższe niż w Kasach polskich.

Reasumując rozważania nasze nad porównaniem działalności Kas Chorych w Polsce, w Niemczech i w Austrii, stwierdzamy co następuje:

Nasze Kasy Chorych mimo, iż istnieją zaledwie od kilku lat i mają mało doświadczenia, stoją na poziomie nie niższym aniżeli K. Ch. niemieckie i austriackie, jak to wynika z oceny ich działalności opartej na statystyce urzędowej. Stwierdzić musimy, iż wyniki te, nasze K. Ch. zawdzięczają w dużej mierze swej strukturze organizacyjnej t. zn. zasadzie terytorjalnej organizacji oraz posiadaniu własnego aparatu leczniczego.

PRACE KAS I ZWIĄZKÓW.

NOWY GMACH K. CH. M. KRAKOWA.

Dnia 4 grudnia r. z. odbyło się uroczyste otwarcie gmachu K. Ch. m. Krakowa. Fakt ten ma duże znaczenie nie tylko dla tej Kasy, lecz także i dla ogółu naszych organizacji. Powodem tego jest sposób finansowania budowy. W marcu 1926 uchwalil Zarząd tej Kasy (jednogłośnie) podwyższenie składki ubezpieczeniowej z 6½% na 7½%. Podwyżka owa została przeznaczona wyłącznie na pokrycie kosztów budowy nowego gmachu. Dzięki tej uchwale, której realizacja rozpoczęła się w dniu 1.IV.1926 Kasa Ch. m. Krakowa uzyskała 990.000 zł. pokrywając znaczną część kosztów budowy. Budowa kosztowała bowiem około 1300 tysięcy zł. Resztę kosztów budowy pokryła Kasa ta, zaciągając pożyczkę w kwocie ok. 350.000 zł. w Zakładzie ubezpieczenia od wypadków we Lwowie. W chwili obecnej, braku kredytu długoterminowego, jest to jedyna droga pokrycia kosztów budowy.

Gmach (projektował prof. Nowakowski) jest budynkiem 4-o piętrowym o charakterze reprezentacyjnym. Podzielony on został na dwie części, złączone wspólną, odpowiednio szeroką klatką schodową. W części znajdującej się od frontu mieszczą się biura i administracja Kasy, w oficynie zaś ambulatorja i zakłady lecznicze. Oczywiście niema żadnej różnicy między „frontem” a „oficyną”. Różnica ta polega tylko na położeniu. W tym wypadku nie można porównywać gmachu Kasy z prywatną ka-

mienicą czynszową. Parcela o powierzchni 36×45 m. została zabudowana w ten sposób, iż z ogólnej przestrzeni 24.000 m², przeznaczono 14.000 m² na ambulatorja, resztę zaś 10.000 m² na biura i administrację.

Rozkład ambulatorjów jest bardzo szczęśliwy, albowiem przeciętnie na 2 — 3 gabinetów lekarskich przeznaczono 1 poczekalnię. W ten sposób stworzono specjalną atmosferę, unikając wielkich poczekalni, szkodliwych przedewszystkiem ze względów zdrowotnych. W gmachu urządzono 6 gabinetów internistycznych (3 poczekalnie), 1 gabinet dla chorób kobiecych (1 poczekalnia), 3 gabinety laryngologiczne (1 poczekalnia), 2 gabinety neurologiczne (1 poczekalnia), 2 gabinety chorób dzieci (1 poczekalnia), 2 gabinety dentystyczne — 8 foteli (1 poczekalnia), pozatem Kasa posiada własny zakład dla fizykoterapii (1 poczekalnia) i bardzo dobrze urządzonej pracowni bakterjologicznej, zajmującej 8 pokojów.

Trudne zagadnienie rozłożenia biur administracji Kasy rozwiązano w sposób następujący. W długiej hali o powierzchni 35×10 m. umieszczono wszystkie biura, z którymi ubezpieczony ma kontakt, a mianowicie a) wydawanie przekazów do szpitali, b) wydawanie zleceń do lekarzy w ambulatorjach, c)

^{*)} Waldheim Zur Statistik der deutschen Socialversicherung in Volkstümliche Zeitschrift für die gesamte Socialversicherung, № 16 — 1927 r.

przyjmowanie zgłoszeń w sprawach wizyt lekarskich w domu chorego, d) kontrola chorych, e) kasy wpłat i f) kasy wypłat. Zupełnie odrębnie umieszczono biura, z którymi chory nie ma żywszego kontaktu, a mianowicie: biuro meldunkowe i kontrola pracodawców, buchalterja i rachuba oraz biuro reklamacyjne. Dzięki temu podziałowi nastąpiła dobrze pomyślana dekoncentracja, umożliwiająca szybkie załatwianie chorych i wszelakiego rodzaju interesantów.

W gmachu Kasy (na parterze) umieszczono własną aptekę.

K. Ch. m. Krakowa ma obecnie około 55.000 członków. Gmach ten służyć ma mniej więcej dla $\frac{3}{4}$ ubezpieczonych, dla reszty istnieje t. zw. „filja” w Podgórzu, posiadająca własne ambulatorja i własny zakład fizykalny. Gmach ten wybudowany przed kilku laty obsługuje ludność prawego brzegu miasta i powiatu. Pow. K. Ch. m. Krakowa przyłączona została przed 3-ma laty do Kasy krakowskiej.

Z chwilą ukończenia budowy gmachu tego Kasa krakowska nie obniżyła składek, lecz rozpoczęła z nadwyżki budowę własnego szpitala na 300 łózek, który ma być najpóźniej z końcem 1928 r. uruchomiony.

INSTYTUT DENTYSTYCZNY K. CH. M. POZNANIA.

Dnia 17 grudnia r. z. odbyło się uroczyste poświęcenie instytutu dentystycznego K. Ch. m. Poznania. Fakt ten zasługuje na specjalne podkreślenie, albowiem, w przeciwieństwie do innych dzielnic Polski, Kasy w b. dzielnicy pruskiej mają bardzo mało własnych zakładów leczniczych. Świadomość, iż zakłady te są konieczne i celowe istnieje wszędzie i u władz nadzorczych i władz Kas. Niestety, wszelka inicjatywa w tym kierunku napotyka na niebywale wprost trudności. Z tych to powodów otwarcie instytutu dentystycznego jest nietylko etapem na drodze rozwoju tej Kasy, lecz jednocześnie zwycięstwem zasady, iż Kasy Chorych muszą stworzyć własne zakłady. Przewodniczący Zarządu K. Ch. m. Poznania, p. Adamek, podkreślił słusznie w swem przemówieniu w czasie uroczystości poświęcenia, iż Kasa poznańska otwierając ambulatorjum dentystyczne, musi zapewnić ubezpieczonym lepszą pomoc aniżeli dawała, odsyłając chorych do prywatnych gabinetów lekarskich.

Z tych to powodów Kasa nie szczędziła kosztów, by postawić instytut na europejskim poziomie. Ambulatorjum ma dwanaście foteli dentystycznych, zaopatrzonych w odpowiednie urządzenia. W każdym pokoju mieszczą się po dwa fotele, oddzielone od siebie szklaną ścianką. Instytut obliczony jest na dużą frekwencję. Poczyniono odpowiednie zarządzenia, celem utrzymania czystości. W tym celu wyłożono podłogi linoleum, ściany do wysokości 2 m. wymalowano olejno. Słowem, Zarząd nie szczędził wydatków, by stworzyć wzorową placówkę leczniczą. Jest ona drugą z kolei, gdyż przed kilku laty zorganizowała Kasa poznańska instytut rentgenowski i fizykoterapeutyczny.

Idea lecznictwa społecznego triumfuje nawet tam, gdzie napotykała na największe trudności.

ZAKOŃCZENIE II-GO KURSU DLA PRACOWNIKÓW KAS CHORYCH (DYREKTORÓW I ICH ZASTĘPCÓW).

W dniu 8 grudnia b. r. zakończono uroczystie II-gi kurs dla pracowników Kas Chorych (dyrektorów i ich zastępców) organizowany przez Okręgowy Związek Kas Chorych w Poznaniu.

Rozumiejąc, że najlepszy personel kasowy nie będzie mógł wykazać swych walorów pod kierownictwem niedoskonałym, Związek poznański usiłował właśnie na wymienionym 5-tygodniowym kursie niedomaganie to usunąć za wszelką cenę,

wytworzyć typ dyrektora Kasy świadomego swych zadań i pełniącego swe obowiązki z korzyścią dla społeczeństwa.

Na kurs przybyli dyrektorzy z najodleglejszego nawet zakątka Pomorza, ludzie niejednokrotnie wiekiem starsi jednak pełni zapału do pracy, to też w ciągu trwania kursu praca była intensywna i egzamin, na końcu kursu przeprowadzony, dał również dodatnie wyniki.

Kurs trwał od 3 listopada do 5 grudnia. Słuchaczy było 45-ciu. Do egzaminu przystąpiło 41 osób.

Pozostałym choroba uniemożliwiła ukończenie kursu.

Wyniki egzaminu były następujące: 4-ch słuchaczy uzyskało wynik bardzo dobry, 9-ciu — dobry, 25-ciu dostateczny, 2-ch zaledwie niedostateczny.

Wynik bardzo dobry uzyskali p. p. Leon Kubski ze Strzelna, W. Chojnacki — z Mogilna, A. Miedzianowski ze Sremu, Fr. Schornak — z Pucka i wyróżniony wynik dobry p. Jeka z Wejherowa.

Uroczystość zamknięcia kursu odbyła się na sali „Belwederu” rozpoczęła się przemówieniem Komisarza Związku p. Dr. St. Rudkowskiego.

W dalszym ciągu przemawiali: przedstawiciel Władzy Nadzorczej p. dyr. Barański, Kom. Sell, p. Nowak z Grudziądza, p. Przybyła i p. Adamek — jako przedstawiciele organizacji zawodowych, jeden ze słuchaczy i inni.

Po przemówieniach odbyło się wręczenie świadectw absolwentom kursu przez p. Dr. Rudkowskiego.

KURSY DLA PRACOWNIKÓW P. K. CH. W INOWROCŁAWIU.

Otrzymaliśmy następujący komunikat:

Zarząd Związku Pracowników Kas Chorych i Inst. Ubezpie. Społ., Oddział w Inowrocławiu, zawiadamia niniejszem, że dnia 22-go listopada 1927 r. otwarto kurs dla pracowników Powiatowej Kasy Chorych w Inowrocławiu.

Kurs trwać będzie od 22-go listopada 1927 r. do 28-go lutego 1928 r. Wykłady odbywać się będą trzy razy w tygodniu. Ogólna ilość godzin wynosi 117.

Iniciatorem kursu jest Związek Pracowników Kas Chorych i Inst. Ubezpie. Społ., Oddział w Inowrocławiu. Kierownictwo kursu sprawuje przewodniczący Związku p. Dyonizy Madajewski (sekretarz Kasy). Zarząd Kasy w osobie Komisarza p. Sella postanowił wszelkie koszty wynikłe z prowadzenia kursu pokryć z funduszu Kasy.

Komisarz Rządowy p. Sell wydelegował 10-ciu urzędników z Powiatowej Kasy Chorych w Toruniu, jako słuchaczy na niniejszy kurs. Kurs obejmuje razem z Toruniem 42 słuchaczy.

Po ukończeniu kursu, każdy ze słuchaczy jest obowiązany poddać się egzaminowi. Na przewodniczącego do Komisji egzaminacyjnej Zarząd Związku zamierza proponować Komisarza Okręgowo Związku Kas Chorych w Poznaniu p. Dr. Rudkowskiego.

Program Kursu.

1) Władze Nadzorcze Kas Chorych — godz. 3; Sekr. p. Madajewski.

2) Historia Ubezpieczeń Społecznych; krótki zarys porównawczy rozwoju ubezpieczeń zagranicą, oraz porównanie z nowym projektem ustawy, — godz. 9; Dyr. n. Bendlewicz.

3) Ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby z 19.V.1920 r. Interpretacje i wyjaśnienia — godz. 29; Komisarz p. Sell.

4) Administracja kasowa i korespondencja w Kasach Chorych — godz. 18; Seks. p. Madajewski.

5) Stosunek Instytucji ubezpieczeń długoterminowych do Kas Chorych — godz. 13; Sekr. p. Madajewski.

6) Obowiązujące ustawodawstwo socjalne na ziemiach b. dzielnicy pruskiej — godz. 6; Dyr. p. Bendlewick.

7) Stacje opieki nad matką i dzieckiem, sanator-

ja, stacje przeciwgruźlicze, i przeciwjaglicze — godz. 9; Dr. Graczykowski.

8) Ogólne wiadomości z zakresu prawa oraz zarys organizacji władz i urzędów b. dzielnicy pruskiej — godz. 10; Adw. p. Mielcarek.

9) Wykłady z języka polskiego — godz. 20; Prof. p. Birkenmeyer.

KSIĄŻKI I CZASOPISMA,

Dekret Prezydenta Rzeczypospolitej o UBEZPIECZENIU PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH z objaśnieniami, opracowaniami przez D-ra Józefa Pasternaka, radcę Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, Kraków 1928, str. XXXII + 304. Nakładem Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie.

W samą porę, bo bezpośrednio po ogłoszeniu i jeszcze przed wejściem w życie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 listopada 1927 r. ukazała się powyższa praca jako tom XIV Biblioteki O. Z. K. Ch. w Krakowie. Jest to — jak na nasze stosunki — pośpiech wyjątkowy, świadczący jak najlepiej o autorze i wydawcach. Praca D-ra Pasternaka obejmuje, oprócz przedmowy, obszerny wstęp historyczny, zaznajamiający czytelnika nie tylko z historią Dekretu, ale także z historią samego ubezpieczenia pracowników umysłowych. Wprowadza nas ona niejako do warsztatu pracy ustawodawcy, przedstawiając materiał i narzędzia, które mi się posługiwał, i podając uzasadnienie rozwiązania, jakie dla postawionego sobie zadania znalazł. Historia tej pracy ustawodawczej, zaczynając od wniosku nagłego posłów T. Regeera, B. Ziemięckiego i tow., postawionego w tej sprawie w Sejmie Ustawodawczym w 1921 r., aż do ogłoszenia rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej w dniu 2 grudnia 1927, jest w pewnym sensie odbiciem zmieniających warunków gospodarczych i politycznych Polski i zaburzeń, które utrudniały i przewlekły proces ostatecznej krystalizacji dążeń ustawodawczych.

Drugą część pracy stanowi pełny tekst Dekretu, podany w ten sposób, że po każdym artykule następują obszernie wyjaśnienia, ułatwiając nawet laikowi zrozumienie zawitych niekiedy postanowień prawnych. Wartość tego komentarza podnoszą ogromnie przykłady liczbowe do postanowień o składkach i świadczeniach, wskazujące każdemu zainteresowanemu sposoby dokonywania przeliczeń w konkretnych wypadkach i ilustrujące doskonale różnice między postanowieniami dotychczasowych ustaw i normami rozporządzenia. Komentarze są pisane jasno i przystępnie i oddadzą wielkie usługi ubezpieczonym i pracodawcom, jak również organom instytucji ubezpieczeniowych.

Wielkiem ułatwieniem będzie dla nich też szczegółowy i dobrze opracowany skoryczkownik alfabetyczny, obejmujący ponad 20 stronnic druku, w którym każde powstałe w praktyce pytanie znajdują natychmiast wskazanie traktujących o niem artykułów rozporządzenia. Szkoda tylko, że obok numerów artykułów nie podano jeszcze numeru stronicy, gdyż przy obszernych, niekiedy kilku stronicowych objaśnieniach do poszczególnych artykułów, odnajdywanie danych miejsc w tekście Dekretu jest nieco utrudnione. Przy następnym wydaniu tego pożytecznego dzieła, na które zapewne nie trzeba będzie długo czekać, będzie może autor mógł ten brak uzupełnić.

O typograficznej stronie wydawnictwa i jego szacie zewnętrznej można nie pisać, gdyż publikacje Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie mają pod tym względem już ustaloną reputację i tradycję, której i tym razem pozostały wierne. Jesteśmy pewni, że praca D-ra Pasternaka znajdzie się w rękach

wszystkich zainteresowanych i spotka się z ich strony z pełnym uznaniem i wdzięcznością. Przyda się ona zwłaszcza także pracownikom Kas Chorych, którym przypada poważna część funkcji pomocniczych w przeprowadzeniu ubezpieczenia pracowników umysłowych.

„WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE" (Nr. 18) ogłasza artykuł D-ra Leona Zamenhafa p. t. „Wolny wybór, czy równe prawo". Artykuł ten jest pewnego rodzaju rewelacją w dzisiejszej prasie lekarskiej. Podajemy najciekawsze wyjątki bez jakichkolwiek komentarzy, gdyż zgadzamy się całkowicie z wywodami autora:

„W ostatnim czasie pisze i mówi się dużo o t. zw. wolnym wyborze lekarza. Hasło to na pozór jest tak naturalne i demokratyczne, że nikomu nawet na myśl nie przychodzi chęć jego zwalczania.

A jednak wystarczy choć na chwilę rzucić okiem za jego kulisy, aby zrozumieć, że nie każda wolność jest synonimem postępu i dobra.

Świat lekarski i dopiero zanim ogół utrzymuje, że jedynie pomoc lekarska oparta na wolnym wyborze z zaufania może być gwarancją jej skuteczności.

Można się zgodzić ze słusnością tej przestanki. Ale przyjrzyjmy się, jak wygląda ona w szatach realizmu.

Wiadomem jest, że na ogólną liczbę chorych olbrzymią większość stanowi klasa mniej niż zamożna. Ona najczęściej choruje. Ze względu na niedostateczne warunki życiowe i ona też najczęściej wymaga dla siebie opieki lekarskiej. Czy możliwym jest przypuścić, że ta klasa w dzisiejszych warunkach ekonomicznych mogłaby sobie pozwolić na wybór takiego lekarza, którego uważałaby za najlepszego dla siebie?

Przypomnijmy sobie erę przedwojenną. Czy olbrzymia masa robotników skazana na łaskę fabrycznego lekarza mogła kiedyś marzyć o wyborze zaufanego lekarza? Czy mnóstwo lecznic dla niezamożnych i ambulatorja dobroczynności nie świadczyły, że masy chorych zmuszone były korzystać nie z wolnej, lecz z narzuconej sobie pomocy lekarskiej?

Jeżeli nawet wyobrazimy sobie, że chorzy tej sfery zdołają się na wysiłek zasięgnięcia porady u jakiejś znakomitości, to czy to wyczerpie już sprawę pomocy lekarskiej?

Czy ten uszczęśliwiony radą zaufanego lekarza pacjent zdolny jest wykonać ją w praktyce, zwłaszcza dziś, kiedy leczenie ze względu na koszt stało się niemal niedostępne dla szerszego ogółu?

Wolny wybór lekarza w rzeczywistości jest fikcją, złudzeniem, którym hipnotyzujemy się sami i innych.

Czy zasługuje on przynajmniej, aby kruszyć oń kopie?

Na czym polega wolny wybór lekarza?

Podstawą jego jest t. zw. zaufanie chorego, które, jako czynnik psychologiczny, jest teoretycznie warunkiem koniecznym dla każdej skutecznej kuracji.

Przyjrzyjmy się bliżej wartości tego czynnika.

Jaką drogą powstaje zaufanie do lekarza? Wiemy, że nie zawsze jest ono odpowiednikiem istotnych zasług lekarza, że

zaufanie daje się wywołać środkami sztucznymi, a wtedy staje się ono mieczem obosiecznym, mogącym choremu więcej szkodzić, niż przynieść korzyści.

Czy trzeba na to dowodów?

Czy nie jest dostatecznym i zbyt bolesnym dowodem tego fakt coraz większego powodzenia szarlatanów — nie lekarzy. Czy ich powodzenie nie jest oparte właśnie na tym czynniku zaufania, czy też wiary? Jeżeli zwolennicy tej teorii chcą być konsekwentni, to nie mają prawa moralnego występować przeciwko znachorstwu. Bo wszelkie naukowe argumenty muszą ustąpić wobec licznych oświadczeń zwolenników tych szarlatanów, którzy odzywają się o nich nawet z uwielbieniem.

A teraz zastanówmy się bez uprzedzeń nad kwestją, czy wolny wybór leży w interesie ogółu lekarzy? Nie ulega wątpliwości, że nowoczesny kierunek społecznego ubezpieczenia na wypadek choroby przyczynił się znacznie do ruiny materialnej świata lekarskiego. Ale nie bierzmy skutku za przyczynę. Uspołecznienie medycyny było koniecznym wynikiem dzisiejszego ciężkiego stanu ekonomicznego i walki o poprawę warunków zdrowotnych klasy pracującej.

Gdyby nawet dziś opinia publiczna przez pośrednictwo swych parlamentów zniosła to ubezpieczenie, to stan lekarski wogóle zyskałby na tem nie dużo. Ludność wszędzie jest tak wyczerpana ekonomicznie, że o wprowadzeniu normalnego leczenia, opartego na wolnym systemie indywidualnym, nie ma mowy, i albo musiałyby zastępczo powstać Kasy prywatne, albo trzeba byłoby zorganizować dobroczynną pomoc lekarską.

Hasło dotychczasowego wyboru musi być zastąpione nowym hasłem prawdziwie demokratycznym: **równego prawa wszystkim do korzystania z pomocy lekarskiej**, jako odpowiadającym istotnym potrzebom społeczeństwa.

Pauperyzacja stanu lekarskiego w Europie — to nie jest wyłączna konsekwencja czasów powojennych, jeszcze przed wojną w Niemczech prawie 80% lekarzy nie zarabiała na swoje utrzymanie.

Kiedy się widzi u nas w poczekalniach Zarządu Kasy Chorych całe ogonki starszych kolegów, wyczekujących jak zbawienia dla siebie — zarobków w postaci marnie płatnych

zastępców lekarzy kasowych, bezsilny ból przenika serce, a z piersi wyrwa się okrzyk pod adresem przyszłych adeptów medycyny: „zawracajcie najszybciej z drogi, wy wszyscy, którzyście jeszcze nie zdążyli przekroczyć progu wybranego przez was zawodu! Jeżeli sądzicie, że zdołacie życie skierować do starego łożyska, zawiedziecie się srodze”.

Zbliża się zmierzch wolności zawodu lekarskiego. Jest to dla świata lekarskiego może smutna, lecz niestety, zdaje się, nieunikniona przepowiednia!

„LEKARZ POLSKI” który naogół zachowywał wobec nas stanowisko obiektywnego krytyka, zmienił ton w Nr. 12 i stał się bardzo krewki. W Nr. 11-tym naszego pisma umieściliśmy w rubryce „Głosy czytelników: notatkę p. P. R.” (nawiasem mówiąc działacza idei ubezpieczeń społecznych bardzo oddanego) w której autor zarzucił lekarzom „nieojoalność i nieuspołecznienie”. Zdaniem naszego autora, lekarze są współodpowiedzialni za leczenie i zasiłki i oni powodują nadmiar wydatków na te działy pracy K. Ch.

Można pogląd ten uznać lub nie, jednak nikt obiektywnie i spokojnie myślący nie dopatry się w tym artykule „brudnej napaści”, jak to twierdzi „Lekarz Polski”. Artykuł ten kieruje, zdaniem „L. P.” uwagę publiczną na lekarzy w tym celu, by odwrócić ją od grzechów administracji! Popełniliśmy śmiertelny grzech nie rozpisując choćby w kilkunastu numerach, wzorem pewnego brukowca lekarskiego, że „administracja” przejeżdża w K. Ch. m. Warszawy — 66.000 km. rocznie w samochodach. Zaprawdę myśmy „Lekarza Polskiego” dotychczas nieco wyżej cenili. Przypuszczaliśmy, że pismo to może się mylić, zdawaliśmy sobie sprawę, iż mało mamy z nim punktów stycznych, jednak zawsze byliśmy zdania, iż szanuje ono i siebie i poważną publicystykę nawet mu nieprzyjemną. Artykuł ten i słabiutki dowcip na temat „organu” świadczy, iż „Lekarz Polski” ma zamiar zmienić ton wobec nas.

Nie jest to nasza sprawa, lecz redakcji czytelników „Lekarza”. Możemy zapewnić redakcję „Lekarza Polskiego”, że na tego rodzaju ton polemiki, my nie pójdziemy, odpowiemy zawsze — milczeniem.

TREŚĆ:

Zygmunt Zaremba — Płace i ubezpieczenia społeczne.

Ks. prof. Aleksander Wóycicki — Międz. Zjazd organizacji postępu społecznego (dokończenie).

Dr. Ryszard Kunicki — Memorjał Nacz. Izby Lek. w sprawie proj. ust. o ub. społ.

Uchwały konferencji lekarzy naczelných.

Apteki własne Kas Chorych (artykuł pp. mag. Cz. Stencła i A. Friedmana).

E. O. — Sprawozdanie Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu za rok 1926.

Samuel Klaczko — Ubezpieczenia chorobowe w l. 1924—1925 u nas i zagranicą.

Prace Kas i Związków.

Książki i czasopisma.

Prenumerata:

Rocznie zł. 18
Kwartalnie „ 4.50
Numer pojedynczy „ 1.50

Cena ogłoszeń:

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

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

Redaktor: DR. ALFRED KRIEGER.

Wydawca: OGÓLNO - PAŃSTWOWY ZW. KAS CHORYCH.

Odbito w drukarni „Robotnika” Warecka 7.