PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN OGÓLNO-PAŃSTWOWEGO ZW. KAS CHORYCH W POLSCE

ROK III | MIESIĘCZNIK | ZESZYT 2

WARSZAWA DN. 1 LUTEGO 1928.

Z. M.

SZPITALE A KASY CHORYCH*).

Bez dobrze postawionego szpitalnictwa nie może być mowy o dobrze postawionem leczeniu. Jest to bodaj aksjomat. Tymczasem przy uchwaleniu ustawy z dn. 19/V — 20 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby, tak jakby nie zdawano sobie z tego sprawy. Chciano niewątpliwie dobrze, a zrobiono źle. Chciano powstającym do życia kasom chorych zrobić dobrze, a zapomniano, że kasy chorych to tylko narzędzie, a nie cel, że cel to zdrowie szerokich mas ubezpieczonych.

Art. 43 wspomnianej ustawy w ustępie III-im głosi:

„Szpitale publiczne, jako też instytuty położnicze państwowe, komunalne oraz administrowane przez państwo lub związki komunalne, obowiązane są przyjmować chorych członków kas chorych po cenach, odpowiadających połowie własnego przeciętnego kosztu utrzymania i leczenia chorego.

Jeżeli chory leczy się w szpitalu, należącym do Związku komunalnego (gminnego lub powiatowego), obowiązek ten odnosi się tylko do członków kasy chorych, której działalność obejmuje okręg tegoż Związku komunalnego. Kasa innego okręgu obowiązana jest za swych członków zwrócić szpitalowi (względnie komunie) koszty leczenia wedle najniższej taksy szpitalnej, ma jednak prawo żądać zwrotu powstałej różnicy kosztów od Związku komunalnego, na którego okręgu rozciąga się jej działalność".

Artykuł ten ustawy, mający na celu zapewnienie kasom chorych korzystania na dogodnych warunkach ze szpitali, stał się przyczyną wielkiej goryczy administracji szpitali publicznych oraz kwasów i zatargów pomiędzy tą administracją, a kasami chorych. W skutkach zaś nie przyczynił się bynajmniej do podniesienia lecznictwa.

Tu muszę zaznaczyć, że nie jestem bynajmniej zasadniczym przeciwnikiem tego, aby część wydatków, związanych z lecznictwem obywateli danej gminy czy powiatu, a jednocześnie członków kasy chorych, ponosiła gmina czy powiat. Tu nie o zasadę przecież chodzi, lecz o warunki realne. W trudnych warunkach powojennych szpitalnictwo ucierpiało ogromnie, a ubogie i młode samorządy niewiele mogły uczynić dla podźwignięcia szpitali na odpowiednią stopę. Tak zwane szpitale fundacyjne potraciły przeważnie wszystkie kapitały, umieszczone w gotówce i papierach wartościowych. Potrzeba było dużych inwestycyj i kapitałów obrotowych, a na jedne i drugie nie było środków. Chorobowość po wojnie powiększyła się znacznie, a więc i miejsc w szpitalu potrzeba było więcej. To też administracja szpitali dużo musiała dołożyć starań i energji, by choć w małym stopniu sprostać zadaniom, by wydostać potrzebne środki.

Tam, gdzie samorząd posiadał większe środki, gdzie umiał postarać się o odpowiednie kredyty sprawa szpitalnictwa posunęła się naprzód, powstały nowe, piękne i odpowiadające wymaganiom nowoczesnym instytucje. Lecz w wielu jeszcze miejscowościach, nie wyłączając stolicy i najbliższych okolic, sprawa szpitalnictwa stoi wciąż na bardzo nizkim poziomie, a szpitale pod względem pomieszczeń, urządzeń, czystości i żywności pozostawiają bardzo wiele do życzenia. I nie jest to wina jego kierownictwa miejscowego, lecz w dużym stopniu braku środków, niedostatecznych kredytów.

Można sobie tedy wyobrazić, jak przyjęty został i jak traktowany obowiązek, narzucony przez ustawę z dn. 19/V. — 1920 r., obowiązek przyjmowa-

*) Sprawy szpitalnictwa należą, jak słusznie podkreśla p. Z. M., do najbardziej aktualnych spraw w dziedzinie ubezpieczenia na wypadek choroby. Umieszczamy dwa artykuły w tej sprawie, jako głosy dyskusyjne. W sprawie tej otwieramy dyskusję, w której i Redakcja P. U. S. zabierze głos po wypowiedzeniu się współpracowników. (Redakcja P. U. S.).

nia chorych członków kas chorych po cenach, odpowiadających połowie własnego przeciętnego kosztu utrzymania i leczenia chorego.

Lecz zapyta kto, może: po co te rzeczy przypominać i wywlekać? Wszak projekt nowej ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby oraz o ubezpieczeniu robotników na wypadek niezdolności do zarobkowania, a ich rodzin na wypadek śmierci ubezpieczonego — zwalnia szpitale od tego podatku na rzecz kas chorych. Wszak już projekt nowelizacji ustawy z dnia 19 maja 1920 r., opracowany w r. 1924 przez konferencję delegatów Okręgowych Związków Kas chorych i Kas, nie należących do związków, również uznał za właściwe skreślić ten obowiązek.

Tak jest istotnie. Sprawa owego darowania kasom chorych połowy kosztów utrzymania i leczenia chorych, została zasadniczo i teoretycznie przesądzona. Lecz praktycznie i życiowo wciąż trwa i trwać będzie aż do wejścia w życie nowej ustawy, a więc do czasu, którego kresu bliżej określić nie sposób. Pozatem nawet załatwienie jej ostatecznie usuwa tylko drzazgę w stosunkach wzajemnych szpitali i kas chorych, lecz sprawy samych stosunków nie wyczerpuje. A o tych stosunkach właśnie chciałbym nieco pomówić.

Jeżeli poruszyłem na początku sprawę drzazgi, w postaci art. 43, to jedynie dlatego, aby podkreślić, że w stosunku do szpitalnictwa kasy chorych są stroną, która zaciągnęła poważne zobowiązania, a która na tle kwasów i zatargów ze szpitalami te zobowiązania pogłębiła.

W tem miejscu muszę się zastrzec, że nie jestem niczem ze szpitalnictwem związany, że nie jestem ani administratorem, ani lekarzem szpitalnym, a więc wypowiadam zdanie, niezainteresowane bezpośrednio. Muszę się zastrzec dlatego, że w naszych powojennych stosunkach ludzie przestali uznawać możliwość ustosunkowywania się do spraw publicznych pod kątem innym, nie podyktowany osobistemi czy grupowemi interesami.

Sprawę stosunku szpitali do kas chorych i odwrotnie poruszam, jako właśnie ubezpieczeniowiec, mający na względzie dobro i zdrowie szerokich mas ubezpieczonych. Jako ubezpieczeniowiec też, kieruję swe ostrze krytyczne w danej sprawie przeciw kasom chorych, które, mem zdaniem, niedość uświadamiają sobie wagę szpitalnictwa dla racjonalnego leczenia i swoich w stosunku do niego obowiązków. Boć nie dość jest powiedzieć, że ceni się szpitale i rozumie ich znaczenie. Tu nie o słowa chodzi, lecz o czyny. Czyny tylko przemawiają niezbicie i świadczą o istotnem zrozumieniu sprawy danej. Tymczasem... Gdybyż kasy chorych, stojąc na stanowisku swoich interesów i ustawy z dn. 19/V — 20 r., domagały się twardo uwzględnienia owej połowy własnego przeciętnego kosztu utrzymania i leczenia, a tę drugą połowę... płaciły; Gdybyż z płaceniem tej drugiej połowy nie zalegały miesiącami długiemi; Gdybyż zdawały sobie sprawę z tego, że te szpitale muszą utrzymywać, leczyć i żywić chorych codziennie — bez przerw i zaległości, a więc muszą ponosić duże wydatki bieżące, brak pokrycia na które odbija się przedewszystkiem na tych samych chorych.

Przez traktowanie swoich zobowiązań w stosunku do szpitali kasy chorych nietylko nie neutralizowały stanu zapalnego z powodu art. 43, stale dolegającego szpitalom lecz, przeciwnie, rozjątrzały go stale. Nie dotyczy to zapewne wszystkich kas chorych, lecz ich poważnej większości. Leżą przede mną wykazy tych zaległości i należności. Otóż sumy ich są bardzo poważne. A nie są to bynajmniej tylko należności za okres ostatni, które zawsze muszą wisieć na rachunkach. Nie są tu sumy, zaległe i wiszące od szeregu miesięcy. Szpitale muszą często uciekać się do groźby zaprzestania przyjmowania chorych kasowych, aby wydostać swe należności.

Czyż trzeba dowodzić, że tego rodzaju postępowanie kas chorych w stosunku do szpitali jest fatalne i szkodliwe pod każdym względem. Nie ulega wątpliwości, że niema tu miejsca jakaś świadoma zła wola. Ale nie ulega też wątpliwości, że mamy tu do czynienia conajmniej z krótkowzroczną lekkomyślnością. Ponieważ kłopotów i kosztów utrzymania chorych szpitalnych większość kas bezpośrednio nie ponosi, więc ich wagi nie docenia, więc odsuwa je na szary koniec swych wydatków. Niech się martwią szpitale.

Tymczasem tego rodzaju strusia polityka musi się prędzej lub później odbić na kasach chorych, a często odbija już teraz. Bo niechętny stosunek szpitali do kas chorych napewno odbija się na wydatkach szpitalnych. To, co szpitale tracą przez opóźnienie w regulowaniu rachunków, odbijają sobie niezawodnie w inny sposób. A wszelki inny sposób jest niemoralny. Po za tem zły stan szpitali musi odbijać się na złym stanie zdrowotności obywateli, a ten znów na kasach chorych i ich budżecie. Stąd wniosek powinien być jeden: Kasy chorych powinny dbać o dobre stosunki ze szpitalami, o dobry stan szpitali.

Lecz powie kto, może. — A więc niech kasy chorych budują własne szpitale, niech uniezależnią się pod tym względem.

Jeżeli kto powiedziałby to, byłby to jeszcze jeden nonsens, nic więcej. Budować szpital mogą tylko wielkie kasy chorych, jeżeli niema szpitali publicznych w ilości dostatecznej na miejscu.

Piszę wyraźnie: może. Oznacza to możność finansową tylko. Boć utrzymanie szpitala — to nie fraszka. Mogłyby o tem dużo powiedzieć takie kasy chorych, jak w Sosnowcu i Pabjanicach.

Szpital z natury rzeczy musi być instytucją publiczną, otwartą dla wszystkich obywateli. Bo szpital musi być blisko, na miejscu możliwie, aby być pożytecznym. Budowanie szpitala przez Okręgowe Związki dla większego Okręgu może mieć i ma znaczenie kliniki dla pewnych chorób, lecz nie może nigdy zastąpić szpitali na miejscu, a więc szpitali powszechnych. W życiu codziennem kas chorych te szpitale powszechne, należące do miast czy sejmików powiatowych, odgrywają i odgrywać będą zawsze rolę najpoważniejszą. I dlatego stosunek kas chorych do tych szpitali powinien być jaknajżyczliwszy, jaknajbliższy. Szpitale te wszak wyko-

nywają poważną część zadań i obowiązków ubezpieczeniowych. Należy wymagać od kas chorych nietylko tego, by wykonywały sumiennie i lojalnie swoje zobowiązania rachunkowe, lecz by interesowały się stanem tych szpitali oraz w miarę możności i środków przyczyniały się do postawienia ich na wyższy stopień pod każdym względem.

Jak sobie sprawę tę wyobrażam? Oto w ten sposób, że kasy chorych, wychodząc z założenia — chęci dopomożenia szpitalnictwu w jego zadaniach, zmienią radykalnie swój system regulowania należności. Na podstawie rachunków za rok ubiegły, czy — przeciętnej za kilka lat ubiegłych — kasy chorych będą preliminowały na szpitalnictwo na rok przyszły określone sumy w skali rocznej i te sumy będą asygnowały szpitalom, z którymi mają do czynienia w całości lub ratami, w zależności od możności finansowych i potrzeb szpitali, nie czekając na rachunki okresowe. Mało tego, w pewnych wypadkach i okolicznościach kasy chorych udzielają pożyczek szpitalom na niezbędne inwestycje. Gdy w tej płaszczyźnie kasy chorych postawią swe zainteresowanie sprawą szpitalnictwa, niezawodnie zmienią się radykalnie stosunki dotychczasowe pomiędzy niemi z jednej strony a szpitalami i ciałami samorządowemi, stojącemi poza niemi. I wtedy niezawodnie będą mogły kasy chorych ze swej strony stawiać życzenia i żądania, które będą też traktowane życzliwie i uważnie.

Sprawy społeczne i potrzeby społeczne niezmiernie złożonego spółczesnego organizmu społecznego są tak powiązane i pokrzyżowane wzajemnie, że całość funkcjonuje tem sprawniej, im poszczególne narządy i organizacje zrozumieją lepiej swe znaczenie oraz spółdziałają celowo. Dotyczy to w równej mierze ciał samorządowych, jak kas chorych.

Kasy chorych tem mocniej wejdą w głąb społeczną i znajdą zrozumienie powszechne dla dobra społecznego, które niezawodnie niosą, im same szybciej i sprawniej powiążą swe funkcje z funkcjami innych organizacyj społecznych, które dobro społeczne mają na celu. Wszelki egoizm instytucyjny, wszelkie niedocenianie czynne innych instytucji dobra społecznego świadczą tylko o małem wyrobieniu społecznem kierowników jednych lub drugich oraz powodują szkodliwe tarcia tam, gdzie powinno być życzliwe zazębienie. Szpitalnictwo stanowi punkty zazębienia społecznego instytucyj samorządu lokalnego z kasami chorych. W interesie zarówno idealnie pojętej harmonji społecznej, jak realnie ujętych interesów obywateli gmin, którzy są jednocześnie członkami kas chorych, jest — aby to zazębienie nie powodowało niepotrzebnych tarć i kwasów.

Kasy chorych są instytucjami, społecznie młodszemi, nie powszechnemi, a zarazem korzystającemi dotąd jednostronnie ze szpitali, jako instytucyj samorządowych. I dlatego wydaje mi się, że dobrze będzie i społecznie słusznie, jeżeli pierwsze wystąpią z inicjatywą harmonji i wyrównania, jeżeli wykażą ze swej strony maximum dobrej woli w celu udzielenia najbardziej celowego i pożytecznego stosunków wzajemnych.

Śmiem wierzyć, że głos mój nie będzie głosem wołającego na puszczy i znajdzie właściwe zrozumienie, a w najgorszym razie wywoła wymianę zdań i przeorze glebę pod ziarno lepsze.

Dr. RYSZARD KUNICKI.

RADA WYDZIAŁU LEKARSKIEGO W KRAKOWIE, A SZPITAL KASY CHORYCH.

Kasa Chorych w Krakowie uchwaliła wybudować własny szpital z trzema narazie oddziałami: 1) dla chorób wewnętrznych, 2) kobiecych wraz z pododdziałem położniczym i 3) dla chorób chirurgicznych. Zarząd Kasy kierował się w swem postanowieniu obowiązkiem moralnym i ustawowym dostarczania swym członkom jaknajlepszych warunków leczenia.

W jakich warunkach dziś odbywa się to leczenie, dobitnie scharakteryzowała Lekarska Rada Wydziałowa: *„Jest pewnikiem, że w Krakowie jest za mało miejsca w szpitalu św. Łazarza i w Klinikach na pomieszczenie zgłaszających się chorych. Jako najdrastyczniejszy przykład służyć może oddział chirurgiczny szpitala św. Łazarza (będący równocześnie drugą kliniką chirurgiczną), w którym po dwóch chorych leży na jednem łóżku. Brakuje tam łóżek dla ciężarnych, rodzących i położnic oraz dla chorych ginekologicznych. — Łóżek dla otorinolaryngologji jest znikomo mało, klinika dziecięca jest za szczupła, oddział skórny i weneryczny i takaż klinika są przepełnione, kliniki chorób wewnętrznych są za szczupłe"* . A dalej ta sama Rada Wydziałowa pisze: *„Prawdą jest, że Zarządy Kas Chorych mają prawo domagać się, żeby dla ich klijenteli znalazło się pomieszczenie w szpitalu i klinikach, i to pomieszczenie ludzkie. Członek Kasy Chorych świadom jest praw swych, nie chce leżeć z drugim chorym w jednem łóżku, gdyż wie, że, opłacając przez lata wkładki, ma prawo do całego łóżka. Tem bardziej ma prawo żądać, żeby go od bram szpitala i klinik nie odpędzano"*. Czy po takiem jasnem scharakteryzowaniu stosunków szpitalnych w Krakowie mógłby się czytelnik spodziewać innej oceny zamierzeń Zarządu Kasy Chorych, jak pochwałę i przyklaśnięcie im? Wszak przybyć ma 300 łóżek szpitalnych w Krakowie!! Zniknie wówczas anomalja, o której z rumieńcem wstydu na twarzy dziś mówić i pisać należy: kładzenie dwóch chorych na jednem łóżku, odpędzanie chorych od bram szpitala i klinik! Praktyczny i trzeźwo, a logicznie myślący człowiek nazwałby inne stanowisko wobec zamiaru pomnożenia łóżek szpitalnym nietylko niemożliwem, lecz nawet „absurdalnem".

Niestety, dziekan prof. dr. Al. Rosner, zwrócił się w imieniu Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. do Mi-

nisterstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego z przedstawieniem, nazywając zamiar budowy szpitala *„grożącem nieszczęściem"*, które należy odwrócić w imię Polskiej Nauki lekarskiej.

O biednaż Ty, Polska Nauko! Ambulatorja kasowe godzą w Polską naukę (tak twierdzi Związek Lekarzy Państwa Polskiego i N. I. L. w Warszawie), szpitale kasowe godzą w kliniki (memorjał prof. d-ra Rosnera). A więc oba te czynniki, i Związek L. P. P. razem z N. I. L., i Wydział lekarski zabierają się do reformowania lecznictwa. Jedni chcą znieść ambulatorja, drudzy zahamować szpitalnictwo, a wszystko to się dzieje w imię zagrożonej Nauki Polskiej!

O Związku L. P. P., o sławnym memorjale Naczelnej Izby Lekarskiej w sprawie zcalenia ubezpieczeń społecznych mówić nie będę, gdyż te sprawy zostały wyczerpująco omówione.

Lecz czemże grozi szpital Kasy Chorych Nauce Polskiej? Rada Wydziałowa zwróciła się do Ministerstwa ze skargą niejako na zamierzoną budowę szpitala, przyczem słusznie stwierdza, iż *„Państwo... każe kształcić fachowych ludzi, gdyż chce mieć na usługi własne i usługi ludności dobrych księży, dobrych prawników, doświadczonych lekarzy, dobrych rolników i dobrych nauczycieli szkół średnich"*. Autor memorjału zapomniał dopisać, że Państwo w pierwszym rzędzie potrzebuje zdrowych obywateli, a tych nie dostarczy szpital lub klinika, od których bram odpędza się chorych, lub w których układa się pokotem po dwóch chorych na jednem łóżku. Prawda, że doświadczeni lekarze są też koniecznością państwową, lecz dla ogółu i Państwa jest conajmniej rzeczą obojętną, czy nabiorą oni doświadczenia w dobrze urządzonym szpitalu Kasy Chorych, czy w przepełnionych, urągających elementarnym zasadom higjeny oddziałach szpitalnych i klinicznych. Więc potrzeba „doświadczonych lekarzy" zupełnie nie przemawia przeciw budowie jaknajliczniejszych i jaknajobszerniejszych szpitali. Przeciwnie, brak szpitali w Polsce nie pozwala wprowadzić w życie celowego przymusu praktyki szpitalnej przed zdobyciem prawa do wykonywania samodzielnej praktyki przez świeżo promowanych lekarzy. Dziś istniejące szpitale i kliniki nie są w stanie przyjąć odpowiedniej liczby praktykantów.

Autor memorjału pisze: *„Dobrego lekarza nie wykształci nikt, kto nie pokaże mu, jak się rozpoznaje i jak się leczy choroby. Obowiązek ten nauczania medycyny spada na Wydział lekarski naszych wszechnic, a nie jest to zaiste obowiązek łatwy. Wynik, którego od Wydziałów lekarskich domaga się Ministerstwo W. R. i O. P. , zawisł od sumienności nauczycieli, od ich zdolności dydaktycznych, od dobrego zorganizowania nauczania, i, co niesłychanie ważne, od obfitości materjału chorych. Za tamte warunki odpowiada Wydział lekarski względnie poszczególni profesorowie, za obfitość materjału chorych odpowiadać musi jednak Państwo samo, gdyż ono tylko może przez rozumne i celowe zarządzenia zabezpieczyć kliniki przed brakiem materjału dydaktycznego"*.

Zastanówmy się, jak Wydział lekarski dba o *sumienność* nauczycieli, i czy Wydział sam nie może dbać *o obfitość materjału dydaktycznego* .

Są oddziały kliniczne, których kierownicy odstraszają chorych właśnie niesumiennością. Wydział nie może o tem nie wiedzieć; nie słyszeliśmy, niestety, aby temu przeciwdziałał. Na palcach wyliczyć można kilku wyjątkowych profesorów Wydziału lekarskiego w Krakowie, którzy przyjaźnie odnoszą się do Kasy Chorych i znajdują się z nią w ścisłej łączności. I ci na brak materjału dydaktycznego uskarżać się z pewnością nigdy nie będą.

Jeżeli jednak Wydział lekarski odgranicza się od Kas Chorych murem chińskim i twierdzi: „w Uniwersytecie jest nauka, w Kasach — nieuctwo", jeżeli zakazuje asystentom pracować w Kasach i w Okręgowym Związku Kas Chorych, to niech się nie dziwi, że mimo *„życzliwości tych Kas i chęci dopomożenia klinikom, co z uznaniem podnosi"* sam Wydział lekarski, Kasy muszą budować własne szpitale nietylko dla tego, że w obecnych szpitalach leży po dwóch chorych na jednem łóżku, i że wielu z tych chorych odpędza się od bram szpitali i klinik, ale także wskutek wyraźnie nieprzyjaznego stosunku do Kas i chorych członków kasowych większości Wydziału lekarskiego i poszczególnych prymarjuszów oddziałów szpitalnych.

Gdyby ten stosunek był inny, przyjazny, gdyby Wydział lekarski chciał uważać ambulatorja kasowe za uzupełnienie klinicznych, a szpitale kasowe — za uzupełnienie oddziałów klinicznych, gdyby w Kasie pracować mogli lekarze, znajdujący się w ścisłej łączności z klinikami, nie wykluczając nawet profesorów (horribile dictu!), mogliby oni cały materjał dydaktyczny skierowywać do klinik, i wówczas bliżej poznać życzliwość, jaką Kasy darzą Polską Naukę za nieżyczliwość, z jaką przedstawiciele Polskiej Nauki odnoszą się do Kas Chorych. Wówczas nie obawiałaby się Rada Wydziałowa, że zabraknie materjału dydaktycznego; wówczas nie mąciłaby ona swego swobodnego sądu ubocznemi sprawami, z nauczaniem nic nie mającemi wspólnego. Autor memorjału obawia się *„konfiskowania"* materjału dydaktycznego przez szpital kasowy. Niech współpracuje z Kasą, a jemu pozwoli ona „konfiskować" potrzebny dla kliniki materjał. Nie zajdzie wówczas potrzeba rozwiązywania zawiłego stosunku prawnego między Kasą a kliniką ginekologiczną i chirurgiczną, których wykończenia ma, w myśl propozycyj autora, dokonać Kasa własnemi funduszami przy pomocy subwencyj rządowych. Nie zajdzie wówczas potrzeba powoływania całego *„Wydziału prawa naszego Uniwersytetu w interesie bratniego Wydziału lekarskiego"* do sporządzenia aktu prawnego.

A jeszcze jedno. Skoroby Kasa odstąpiła w tej lub innej drodze klinikom „materjał dydaktyczny", zapytuję, co ma się stać z chorymi, którzy dydaktycznym materjałem nie są i dla klinik nie przedstawiają żadnego interesu? Czy nadal mają oni być odpędzani od bram szpitali i klinik? Wszak Kasa Chorych musi udogodnić swym członkom leczenie, musi nieraz zatrzymywać w szpitalu chorego, który nie jest typowym przypadkiem szpitalnym. Musi to czynić nieraz ze względów społecznych.

Czy szpital kasowy przeznaczony dla takich chorych, również będzie *„nieszczęściem"?* Niestety, nasze urzędowe sfery naukowe i szpitalne wykazują jeszcze zbyt mały stopień uspołecznienia, abyśmy mogli nabrać przeświadczenia, że i owe mniej „ciekawe" przypadki skłonią kliniki do „zapychania" swych łóżek materjałem „niedydaktycznym".

Rada Wydziałowa w swych memorjałach, przesła-

nych do Min. W. R. i O. P., nie przytoczyła ani jednego niewzruszonego dowodu, iż budowa szpitala Kasy Chorych byłaby *„nieszczęściem"* dla sprawy nauczania medycyny„ natomiast przytoczyła cały szereg dowodów, stwierdzających, iż brak tego szpitala jest prawdziwem nieszczęściem dla chorych, którzy są członkami Kasy, których się odpędza od bram szpitala i kliniki, lub w razie przyjęcia kładzie się parami w jednem łóżku.

Utarł się u nas zwyczaj, iż chory, pragnący dostać się na oddział szpitalny, udaje się po prywatną poradę lekarską do kierownika oddziału. Dla takiego chorego nigdy nie zabraknie miejsca, członków natomiast Kasy można nie przyjmować. Z chwilą powstania szpitala kasowego ten chwalebny zwyczaj musi zamrzeć.

Wreszcie zapytać musimy, dlaczego szpital kasowy ma stać się *„nieszczęściem"* dla celów dydaktycznych kliniki, podczas gdy rozbudowa prywatnego szpitala (Lecznica Związkowa), prowadzona w zgodzie z poglądami autorów hasła: „precz ze szpitalem kasowym"—nie jest takiem nieszczęściem? Czy to ma być istotną różnicą, że do prywatnej lecznicy zgłaszają się ludzie bogaci, którzy indywidualnie mogą pokrywać wysokie koszta leczenia, a w szpitalu kasowym czynić to będą chorzy, dzięki kooperatywie, dzięki stałemu płaceniu wkładek przepisowych? Czy ta prywatna „Lecznica" nie zabiera dużo materjału dydaktycznego, któryby się musiał zgłosić do kliniki siłą rzeczy, gdyby nie istniała lecznica prywatna, i gdyby korzystanie z pomocy doświadczonego kierownika kliniki, któryby zdobył autorytet w społeczeństwie, było dostępne dla chorego tylko w klinice?

Chcę wierzyć, że autorami memorjałów kierowała tylko troska o dobro Nauki Polskiej. Wówczas jednak muszę dopatrywać się w ich rozumowaniu poślizgnięć logiki, do której nie raz się memorjał odwołuje, nazywając obecny stan szpitalnictwa: „niedającym się wyobrazić", a nawet idąc dalej i twierdząc, iż dopuszczenie do budowy szpitala kasowego należałoby nazwać „absurdem". Gdzież jest logika w stosowaniu tej podwójnej miary do lecznic prywatnych, i do budować się mającego szpitala kasowego? Zaiste, trudno ją odnaleźć, i to utwierdza mnie w przeświadczeniu, że podświadomie oddziaływał na tok myśli autorów memorjału również czynnik, nic nie mający wspólnego z dobrem Polskiej Nauki Lekarskiej. Stąd też owa sprzeczność w słowach i czynach...

Złóżmy przeto do archiwum oba cenne memorjały Rady Wydziałowej w sprawie budowy szpitala kasowego. Odniosą z tego pożytek chorzy członkowie Kasy Chorych w Krakowie, a nic na tem nie straci Nauka Polska. Przeciwnie może ona tylko zyskać, jeżeli stróże rządowej nauki zechcą zejść z koturnów niedosiężnej wysokości i, zrzuciwszy pychę z serca, wspólnie z instytucją ubezpieczenia na wypadek choroby zechcą pracować dla dobra nietylko „dydaktyki", lecz i poszczególnych chorych. Pierwszą dla nich wytyczną jest i zawsze będzie: jaknajszybsze wyzdrowienie i zabezpieczenie sobie jaknajlepszych warunków podczas choroby. A tych dziś ani szpitale, ani kliniki krakowskie nie mogą dostarczyć, jak to przyznają, zresztą, sami autorowie memorjału...

Budujmy więc szpitale kasowe!

B. R.

LEWIATAN W WALCE Z PRAWDĄ.

Można zrozumieć, że sfery gospodarcze interesują się sprawą ubezpieczeń społecznych, że badają wyniki działalności instytucyj ubezpieczeniowych, studjują oddziaływanie t. zw. „ciężaru ubezpieczeń społecznych" na całokształt warunków produkcji i gospodarstwa krajowego i porównują nasze stosunki ze stosunkami za granicą, ale nie można zrozumieć faktu, że największa korporacja polskiego przemysłu górnictwa, handlu i finansów nie zdobyła się dotąd nigdy na objektywną ocenę gospodarczych i społecznych wartości, tkwiących w systemie ubezpieczeń społecznych. Stosunek przeciętnego przedsiębiorcy do problemu ubezpieczeń jest z natury rzeczy negatywny, gdyż interesy, którym ubezpieczenia służą, nie są nigdy interesem poszczególnego pracodawcy, który nie poczuwa się do żadnych obowiązków wobec swego pracownika, dotkniętego wypadkiem losowym. Ale zdawałoby się, że, tak jak interes społeczeństwa nie jest sumą interesów jednostek społeczeństwo stanowiących, lecz ich syntezą organiczną, tak też interes potężnej korporacji przedsiębiorców nie jest sumą interesów jej członków. Poszczególny przedsiębiorca może się łudzić, że przy braku ubezpieczenia potrafi uniknąć ciężarów społecznych, wynikających np. z konieczności niesienia przez społeczeństwo pomocy lekarskiej warstwom niezamożnym lub udzielenia przytułku starcom i inwalidom pracy, nie może tak jednak myśleć korporacja, mająca świadomość, że wszelkie takie koszty społecznej pomocy muszą być w tej lub innej formie pokryte z jedynego źródła bogactwa i dochodu społecznego, jakiem jest praca produktywna. Jeśli więc zorganizowana pomoc społeczna wobec następstw wypadków losowych jest konieczna, a jej koszty muszą być pokryte z dochodów pracy, czyż nie jest słuszniej ustalić jawne formy ponoszenia tych ciężarów i wytknąć granice współodpowiedzialności i współpracy w tym dziele społecznym, aniżeli spychać je na tory akcji pośredniej lub zastępczej, zaciemniającej istotne źródło pomocy i odbierającej jej charakter samopomocy społecznej? Nikt nie wymaga od polskich pracodawców, aby w stosunku do ubezpieczeń społecznych objawiali bezkrytyczny entuzjazm, ale wymagać chyba można, aby się do nich ustosunkowali rzeczowo i umieli spojrzeć na sprawę bez kramikarskich uprzedzeń.

Tymczasem we wszystkich enuncjacjach naczelnych władz organizacyj pracodawców, jak i w głosach ich prasy spotykamy na każdym kroku nieustanną dążność do podkopania w społeczeństwie wiary w pożyteczność instytucji ubezpieczenia społecznego.

Do tego typu enuncjacyj należy płytki ale rozwlekły i upstrzony tysiącem cyfr artykuł p. J. *Bolesty*, ogłoszony w N-rze 23 „Przeglądu Gospodarczego", oficjalnego organu Centralnego Związku polskiego przemysłu, górnictwa, handlu i finansów, z 15 grudnia ub. r. Uwagi wstępne tego artykułu, to szereg insynuacyj. A więc przedewszystkiem gołosłowne i najzupełniej fałszywe twierdzenie, że „instytucje ubezpieczeniowe niezbyt chętnie ujawniały szczegóły swej działalności", a „część instytucyj nie ogłasza swych sprawozdań", co wynika zdaniem p. Bolesty z „chęci pozostawania w cieniu niektórych ubezpieczalni". A dalej nie mniej gołosłowne twierdzenie, że „szereg publikacyj o charakterze oficjalnym lub półoficjalnym ogłaszał wyniki niezupełne i dane nie stwierdzone, opierające się więcej na przypuszczeniu, iż tak jest lub tak być powinno, niż na źródłowych danych". I wreszcie niczem nie poparty zarzut, że wydawnictwo Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej p. t. „Ubezpieczenia Społeczne w Polsce w 1925 roku" zawiera „poważne jeszcze niedokładności i widoczną tendencję do podkreślania tylko korzystnych wyników działalności instytucyj ubezpieczeniowych".

Należy na odparcie tych insynuacyj, przedewszystkiem stwierdzić, że we wszystkich instytucjach ubezpieczeniowych pracodawcy mają swoich przedstawicieli w ciałach rządzących i mają tem samem bezpośredni wgląd we wszystkie szczegóły gospodarki tych instytucyj, centralna organizacja przemysłowców może więc przez nich być poinformowaną o całej działalności instytucyj ubezpieczeniowych. Ale i tego nawet nie potrzeba, bo wszystkie zakłady ubezpieczeń społecznych ogłaszają swoje sprawozdania roczne, dostępne wszystkim, którzy się sprawą interesują, a jeżeli w tych sprawozdaniach nie ma tych wszystkich informacyj i danych, jakie np. p. Bolesta uważa za ważne, to z pewnością nie dlatego, by miały co ukrywać, lecz przedewszystkiem dlatego, że nie posiadają nadmiernego personelu do opracowywania tomowych sprawozdań, ani nie mogą rozporządzać się na ten cel środkami, przeznaczonemi na bezpośrednie cele ubezpieczeniowe. Jeżeli, mimo te względy, Zakład Ubezpieczenia od Wypadków we Lwowie, Ubezpieczalnia Krajowa w Poznaniu i wszystkie większe Kasy Chorych wydają co roku sprawozdanie o kilkudziesięciu stronicach druku, a Zakład Ubezpieczeń Społecznych w Królewskiej Hucie co roku publikuje tom o stukilkudziesięciu stronicach, jeżeli każda nawet najmniejsza Kasa Chorych ogłasza conajmniej bilans i rachunek obrotu, a nadto Związki Kas i Ministerstwo Pracy ogłaszają jeszcze publikacje zbiorowe, to nie można powiedzieć, aby to wszystko dowodziło „chęci pozostawania w cieniu". Tylko zła wola może publicyście podyktować takie kalumnje w stosunku do instytucyj, stojących w całej swej działalności pod okiem opinji publicznej.

Na zarzut autora co do tendencyjności publikacji Ministerstwa Pracy można właściwie nie odpowiadać, gdyż oświetlenie jego własnych metod statystycznych i stosunku jego do prawdy wykaże, że nie posiada moralnego prawa do sądzenia innych.

W pierwszym rozdziale swej pracy, p. Bolesta próbuje ustalić „ogólny koszt ubezpieczeń społecznych w Polsce w 1925 r." i wzrost tego kosztu w porównaniu z 1924 r. Robi szczegółowe zestawienie *wszystkich dochodów* instytucyj ubezpieczeniowych i twierdzi, że to jest *koszt ubezpieczeń* społecznych. A więc liczy — jak sam wyjaśnia — „obok wpływów ze składek, z majątku własnego, kar, grzywien i t. p. również przychody, uzyskane przeważnie drogą operacyj pożyczkowych, pokrywające niedobory". A na uzasadnienie tej kapitalnej metody mówi, że „z punktu widzenia obciążenia całości organizmu gospodarczego państwa obojętne jest, skąd i w jaki sposób pokryto wydatek ubezpieczalni, decydujące jest natomiast, iż suma została rozchodowana na cel świadczeń społecznych, a nie na inny, gospodarczo-produktywniejszy". Cały bezsens tego rozumowania jest oczywisty, gdyż 1) „wydatek ubezpieczalni" nie jest identyczny z sumą, która „została rozchodowana na cel świadczeń społecznych", ani też z „łączną sumą wszystkich rozchodów", 2) „przychody, pokrywające niedobory, uzyskane przeważnie drogą operacyj pożyczkowych" nie są wcale „dochodem", a ponieważ muszą być pokryte bądź z przeszłych, bądź też z przyszłych dochodów, więc przy takim sposobie rachowania będą dwukrotnie liczone jako „dochód" i wreszcie 3) ogół „dochodów" instytucji ubezpieczeniowej może zawierać i zawiera często sumy, wykazane już w dochodach innych instytucyj ubezpieczeniowych, albo bardzo znaczne „sumy przechodnie" wobec czego nie może być traktowany za równoznaczny z „obciążeniem całości organizmu gospodarczego państwa".

W samym rachunku, który p. Bolesta na tej fałszywej podstawie przeprowadził, zdarzyły mu się nadto następujące, że tak powiemy, omyłki:

1) łączny przychód wszystkich Kas Chorych z r. 1925, obliczony na 137.072.791 zł., porównał z częściowym przychodem z roku 1924-go w sumie 86.578.482 i ustalił „wzrost kosztów ubezpieczeń społecznych w tym dziale na 58.32% — gdy w rzeczywistości, jak podaje oficjalna statystyka Kas Chorych *), same tylko składki wynosiły w r. 1924 — 93.358.725 zł., wobec czego wzrost zamiast 58.32% wynosi około 40%.

2) łączny przychód zakładu ubezpieczeń od wypadków w rolnictwie podaje dla r. 1925 na 2.938.210 zł., a dla r. 1924 na 596.309 zł. i dolicza się tym sposobem wcale pokaźnego wzrostu na 392.73% — gdy według sprawozdania zakładu same renty w 1924 wynosiły 898.410 zł., a łączny przychód 1.601.425 zł. wobec czego wzrost redukuje się z 392.73% na 83%.

3) łączny przychód Funduszu Bezrobocia za rok 1925 ustala na 18.499.689 zł. i porównuje go z łącznym przychodem za II półrocze 1924 r., w kwocie 5.580.351 zł., dzięki czemu udaje mu się procent wzrostu ustalić na 231.5%. W pierwszej sumie tkwi cały niepokryty niedobór w kwocie 4.268.882 zł., jakoteż „zwrot kosztów administracji Funduszu Bezrobocia za prowadzenie akcji doraźnej" opłacony przez Skarb Państwa w kwocie 929.776 zł., chociaż sumę tą p. Bolesta w tym samym rachunku *liczy jeszcze* raz do kosztów ubezpieczeń społecznych wśród dopłat Skarbu Państwa. W drugiej sumie tkwi cały niepokryty niedobór w kwocie 3.191.796 zł. Tego całego 100-procentowego nonsensu nawet prostować nie warto!

Warto jednak zapytać, jakie znaczenie mieć

*) patrz „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych" Nr. 4 z 1927 r., str. 70.

może ustalanie procentowego wzrostu „kosztów ubezpieczeń społecznych" z roku na rok, jeśli się nic nie wie, a przynajmniej nic nie mówi o sumie zarobków, jaka w danym czasie została wypłacona, ani, co jeszcze ważniejsze, o łącznej wartości dochodu społecznego, obciążonego temi ubezpieczeniami? Przecież nawet utrzymanie tych kosztów na jednym i tym samym poziomie może równie dobrze oznaczać wzrost względnego obciążenia produkcji, jak i jego zmniejszenie. Żonglowanie temi procentami wzrostu może więc tylko służyć demagogji, może jedynie dostarczyć materjału do wiecowych gromów, rzucanych wobec osób bezkrytycznych na ubezpieczenia społeczne.

Narzekania na wzrost „łącznych dochodów" ubezpieczeń społecznych jest z tego jeszcze względu demagogją w ustach p. Bolesty, że pragnąłby przystosowania dochodów do wydatków czyli szerszego zastosowania systemu repartycji, domagając się „wolniejszego tempa wypełniania planu technicznego" i występując przeciw „gromadzeniu rezerw w tempie gwałtownem, w stosunku nieproporcjonalnym do udzielanych rent, bez liczenia się z ciężarem, spadającym na zakłady pracy i ubezpieczonych". Gdyby p. Bolesta myślał o tem co pisze i wogóle był zdolny do zastanowienia się nad obserwowanemi zjawiskami, to bez trudu zauważyłby, że właśnie w tych działach ubezpieczeń społecznych które gospodarkę swoją opierają na czystej repartycji wydatków i unikają gromadzenia rezerw, wzrost ciężarów ubezpieczeniowych jest z roku na rok bez porównania większy, aniżeli w instytucjach o stałej składce. Wystarczyłoby przecież rzucić okiem na wyliczone przez niego samego procenty wzrostu łącznych dochodów w ubezpieczeniu wypadkowem, gdzie najniższy procent wzrostu (33.96%) ustalił w Zakładzie ubezpieczenia od wypadków we Lwowie, gromadzącego znaczne rezerwy, podczas, gdy we wszystkich innych zakładach, pobierających drogą repartycji tylko tyle składek, ile potrzeba na pokrycie wydatków, obliczył procent wzrostu dochodów na 66.0 dla działu przemysłowego Zakładu ubezpieczeń społecznych wojew. śląskiego, na 98.90 dla działu rolnego tegoż Zakładu, na 121.96 dla Wydziału ubezpieczenia od wypadków Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu i na 392.73% dla Zakładu ubezpieczeń od wypadków w rolnictwie w Poznaniu.

W dalszych rozdziałach swego przydługiego artykułu p. Bolesta czerpie pełnemi garściami z „zawierającej poważne niedokładności" publikacji „Ubezpieczenia Społeczne w Polsce w 1925 r.", wywody jego i sposób zużytkowania nagromadzonego tam materjału dowodzą jednak, że nie posiada przygotowania do oceny danych statystycznych, ani skrupułów przy ich przeinaczaniu. Na potwierdzenie słuszności tego zarzutu niech nam wolno będzie dać przykład:

Kruszac kopie w obronie systemu porad w prywatnych gabinetach lekarskich i wykazując ich wyższość nad systemem ambulatoryjnym, p. Bolesta powołuje się na obliczenia p. Jastrzebowskiego, które wykazały, że koszt 1 porady wynosi w b. zab. pruskim (mającym system porad w prywatnych gabinetach lekarskich) — 1.60 zł., w b. zaborze austrjackim (przy systemie ambulatoryjnym) — 1.66 zł. i w b. zaborze rosyjskim (przy systemie ambulatoryjnym) — 1.77 zł. I powiada dalej: „Jeszcze jaskrawiej stwierdza wadliwą organizację Kas, szczególniej woj. wschodnich i centralnych, porównanie kosztów rocznego ubezpieczenia na 1 członka Kas Chorych:

Województwa	Centralne	122.76 zł.
„	Wschodnie	107.23 „
„	Południowe	68.05 „
„	Zachodnie	63.00 „

Anomalji tej nie da się wytłomaczyć różnicą poziomu zarobków w poszczególnych dzielnicach. Różnice te, oczywiście zachodzą; wahają się one według statystyk ubezpieczenia od nieszczęśliwych wypadków od 4.23 zł. przeciętnej płacy dziennej w województwach zachodnich do 4.86 zł., w b. zaborze austrjackim i rosyjskim, nie usprawiedliwiając rozpiętości kosztów ubezpieczenia 63.00 — 122.76 zł.".

Podane przez p. Bolestę w powyższem zestawieniu „koszty rocznego ubezpieczenia na 1 członka" są, o ile chodzi o woj. centralne i wschodnie fałszywe, bo p. Bolesta pozwolił sobie, nie zdradzając nam oczywiście tej tajemnicy, *ogólną sumę dochodów z 57 kas województw centralnych podzielić przez przeciętną liczbę członków z 40 kas, a ogólną sumę dochodów z 7 kas województw wschodnich, podzielić przez przeciętną liczbę członków z 4 kas*. To stwierdzamy dla charakterystyki jego uczciwości publicystycznej, a dla charakterystyki jego fachowości stwierdzamy, że podane przez niego z ubezpieczenia wypadkowego przeciętne zarobki *odnoszą się wyłącznie do działu przemysłowego*, co mu było zupełnie dobrze wiadome, podczas, gdy dane o „kosztach ubezpieczenia" w Kasach Chorych odnoszą się *w województwach centralnych i wschodnich tylko do przemysłu, a w województwach południowych i zachodnich do przemysłu i rolnictwa*. Wobec tego rozpiętość tych różnic jest aż nadto usprawiedliwiona i nie można twierdzić, że „jeszcze jaskrawiej stwierdza wadliwą organizację kas", a raczej trzeba powiedzieć, że powyższy fakt dość jaskrawie stwierdza wadliwą organizację umysłowości p. Bolesty, a może nawet wadliwą organizację Lewiatana, który mu powierza tak poważne zadania, jak ocenę działalności instytucyj ubezpieczeń społecznych i wogóle samego zagadnienia ubezpieczeń.

Tak skonstruowane „koszty roczne ubezpieczenia 1 członka Kas Chorych" i podobnie obliczone koszty innych rodzajów ubezpieczeń zestawia potem p. Bolesta z odnośnemi cyframi z Austrji, Czechosłowacji, Niemiec i W. Brytanji. Nie będziemy bliżej badali wartości tych danych, odnoszących się do zagranicy, wystarczy wskazać na fakt, że p. Bolesta w stosunku np. do Niemiec wolał oprzeć się na *starych i później przez oficjalne czynniki niemieckie sprostowanych* liczbach z publikacji p. t. „Denkschrift über die Sozialversicherung 1924 — 1925", dzięki czemu, we wszystkich pozycjach wykazał znacznie mniejsze dochody instytucyj ubezpieczeniowych Niemiec, niż były faktycznie *). I tak w ubezpieczeniu chorobowem podaje 1.260 milj. mk. — zamiast 1.459 milj. mk., w ubezpieczeniu wypadkowem 205 milj.

*) Dobbernack, Der finanzielle Stand der deutschen Sozialversicherung w „Zeitschrift für die gesamte Versicherungs-Wissenschaft" tom 28, zesz. 1.

mk. — zamiast 224 milj. mk., w ubezpieczeniu inwalidowem 550 milj. mk.—zamiast 567.5 milj. mk. i t. d.

Nie lepiej przedstawiają się metody p. Bolesty w rozdziale o obciążeniu kosztów robocizny. Tutaj zestawia z sobą procentowe obciążanie zarobków u nas i w wymienionych państwach obcych. Zestawienie roi się wprost od błędów i świadomych fałszów, wspomniemy jednak tylko o jednym szczególe. Dane dla Austrji czerpie p. Bolesta z „Informacji otrzymanej z austrj. Min. Opieki Społecznej za pośrednictwem poselstwa R. P. w Wiedniu". Otóż interesujące jest, że dla wszystkich dzielnic Polski i dla Czechosłowacji i Niemiec p. Bolesta podaje *szczegółowe obciążenie zarobku robotnika w każdym dziale ubezpieczeń oddzielnie*, podczas gdy dla Austrji podaje obciążenie sumaryczne, obliczone nie z poszczególnych stawek opłat, lecz z ogólnego dochodu ubezpieczeń, podzielonego przez szacowaną sumę zarobków, chociaż powołana „Informacja, otrzymana z austrj. Min. Opieki Społecznej za pośrednictwem poselstwa R. P. w Wiedniu" — jak nam wiadomo — zawiera zupełnie dokładny wykaz tych szczegółowych obciążeń. Zagadka wyjaśnia się bardzo prosto: szczegółowe obliczenie wykazuje, że obciążenie zarobku robotnika wynosi w Austrji 15½%, podczas gdy szacunkowe obliczenie wykazuje 12.4% — p. Bolesta wolał tym razem powiedzieć mniej, aniżeli więcej. I dzięki temu mógł sobie pozwolić na twierdzenie, że obciążenie w Polsce jest „niewątpliwie wyższe niż w innych państwach, posiadających rozwinięty system ubezpieczeń społecznych" — a my pozwolimy sobie na zakończenie powiedzieć, że *niewątpliwie fałszywemi cyframi i niewątpliwie lichemi metodami można każdą „prawdę" dowieść — ale będzie to tylko „prawda" lewiatańska.*

ALFRED KRIEGER.

KASY CHORYCH A UBEZPIECZENIE PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH.

Ustawa o ubezpieczeniu pracowników umysłowych wprowadzona została dekretem Prezydenta R. P. z dn. 24 listopada 1927 (Dz. U. R. P. 106, poz. 911), weszła w życie dn. 1 stycznia 1928. Nie będziemy omawiali szczegółów ustawy, uczynił to na tem miejscu *) p. J-k. Chcielibyśmy omówić pewien dział ustawy, dla naszych K. Ch. bardzo ważny, t. j. stosunek Kas Chorych do Zakładów ubezpieczeń pracowników umysłowych jako organizacyj ubezpieczenia wspomnianego.

Jak wiadomo, ustawa przewiduje świadczenia następujące (art. 15):

A. Na wypadek braku pracy:

1) Zasiłek w razie braku pracy,

2) opłata składek za ubezpieczonego na wypadek choroby ubezpieczonego, pozostającego bez pracy (opłacanie składek na Kasę Chorych),

3) zapomogę na podróż, o ile pracownik otrzymał zajęcie poza miejscem ostatniego zatrudnienia, względnie swego zamieszkania.

B. Emerytalne:

1) rentę inwalidzką,

2) rentę starczą,

3) pomoc leczniczą dla ubezpieczonego,

4) rentę wdowią lub rentę wdowca,

5) rentę sierocą,

6) jednorazową odprawę dla ubezpieczonego, lub dla wdowy, względnie dla sierot lub rodziców ubezpieczonego.

Widzimy, że „pomoc lecznicza", w najszerszem tego słowa znaczeniu, została w ustawie szeroko uwzględniona.

Art. 20 ustawy wyjaśnia nam bliżej na czem będą polegały świadczenia Zakł. ub. prac umysłowych w grupie A/2.

W myśl tego przepisu Zakład ubezpieczeń pracowników umysłowych obowiązany jest do opłacania składek za swych ubezpieczonych członków, uprawnionych do świadczeń ze strony Zakładu, którzy z tytułu ubezpieczenia ich w Kasie Ubezpieczeń Społecznych (przed utratą zajęcia) nie posiadają już prawa do pomocy lekarskiej i zasiłków pieniężnych.

Przepis ten ma bardzo wielkie znaczenie dla Kas Chorych. Ubezpieczeni o ile byli bezrobotni, starali się za wszelką cenę uzyskać prawo do świadczeń. Jest to oczywiście objaw zupełnie zrozumiały. Brak pomocy leczniczej dla bezrobotnych zmuszał do szukania pomocy tam, gdzie istniała ustawowa „możliwość" jej otrzymania, t. zn. w Kasach Chorych. Wprowadzenie ubezpieczenia na wypadek braku pracy i zapewnienie ustawowe pomocy lekarskiej zmniejszy nacisk w tej dziedzinie na Kasy Chorych. Liczba osób, które będą miały prawo korzystania z pomocy, będzie niestety w stosunku do ogółu ubezpieczonych w Kasach niezbyt wielka, wyniesie zapewne około 250 — 300 tysięcy. Przypuszczamy, że tyle mniej więcej osób będzie ubezpieczonych z tytułu tej ustawy. Zakłady ub. pracowników umysłowych opłacać będą składkę zgodnie z art. 20 ustawy po wyczerpaniu świadczeń, t. zn. po utracie praw z art. 36 ust. z 19.V.1920.

W grupie świadczeń B/3 ubezpieczony pracownik umysłowy ma prawo, w myśl art. 25 ustawy, do pomocy leczniczej na koszt Zakładu ubezpieczeń prac. um. po wyczerpaniu okresu zasiłkowego w Kasie Ch., o ile jest nadal chory. Z pomocy leczniczej korzysta oczywiście tylko ubezpieczony, rodzina nie będzie miała prawa do świadczeń

I w tym wypadku przepis ten zmniejszy do pewnego stopnia obciążenie finansowe K. Ch. Ubezpieczony po wyczerpaniu swych praw w K. Ch. z tytułu pomocy leczniczej, leczyć się będzie dalej na koszt Zakładu ub. pracowników umysłowych. Z Kas Chorych zdjęty będzie ciężki obowiązek przedłużania okresu świadczeń, po wyczerpaniu przez ubezpieczonego, prawa do świadczeń obowiązkowych, jak się to dzisiaj dzieje, szczególnie przy chorobach chronicznych.

Przepisy art. 20 i 25 dowodzą jak wielkie znacze-

*) P. Przegląd Ubezpieczeń Społecznych, Nr. 10, 1927.

nie ma dla gospodarki finansowej Kas Chorych wprowadzenie ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, a przedewszystkiem ubezpieczenia inwalidzkiego, choćby w ograniczonym zakresie personalnym. Pomijając już pewną ulgę finansową, która wskutek wprowadzenia ubezpieczenia tylko dla pracowników umysłowych nie będzie dla K. Ch. zbyt wielką, skonstatować musimy, iż tylko dzięki wprowadzeniu ubezpieczenia inwalidzkiego uda się racjonalnie zorganizować leczenie chroników, przedewszystkiem walkę z gruźlicą. Częściową realizacją żądań w tej dziedzinie jest właśnie omawiana przez nas ustawa.

Ubezpieczeni, praktycznie rzecz biorąc, będą zobowiązani w myśl § 61 rozp. wyk. (v. Dz. U. R. P. Nr. 116, poz. 1016) zgłaszać w Kasie Chorych roszczenia (art. 25) o pomoc leczniczą na 2 tygodnie przed wyczerpaniem okresu zasiłkowego. Decyzja w tych sprawach, po przeprowadzeniu dochodzeń przez Kasę, zależy od Zakładu ub. pracowników umysłowych.

Kasy Chorych będą miały w dziedzinie ubezpieczenia pracowników umysłowych także ważne zadania organizacyjno - wykonawcze. W myśl art. 99 ustawy Kasy wykonywują na żądanie Zakładu ubezpieczeń pracowników umysłowych następujące czynności:

1) dostarczają właściwym Zakładom Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych materjału do zarejestrowania wszystkich osób, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia w myśl rozporządzenia niniejszego i kontrolują uskutecznione zgłoszenia;

2) ściągają zaległe składki na podstawie wykazów zaległości, przesyłanych przez właściwy Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych;

3) przeprowadzają badanie stanu zdrowia osób, zabiegających o zastosowanie względem nich leczenia (art. 61), jak również tych osób, których roszczenie o świadczenia uzależnione jest od niezdolności do wykonywania zawodu;

4) przyjmują roszczenia o świadczenia z powodu braku pracy i przesyłają je z ewentualnemi uwagami właściwemu Zakładowi Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych;

5) kontrolują uprawnienia osób, otrzymujących świadczenia;

6) wypłacają świadczenia, należne z powodu braku pracy.

Ustawa powiada, iż K. Ch. wykonywują czynności wspomniane *„na żądanie"*. Z tego wynika, iż obowiązki powyższe są obowiązkami poruszonemi, które Kasy jednak muszą spełniać o ile Zakład tego zażąda. Czynności te mają charakter odpłatny albowiem, w myśl art. 100 kasom ubezpieczeń społecznych należy się od Zakładów ubezpieczeń zwrot kosztów za wykonywane przez nie czynności. Wysokość zapłaty ustalona zostanie, w myśl art. 100, albo po porozumieniu się instytucyj zainteresowanych, albo ustali je Minister Pracy, o ile nie dojdzie do porozumienia w tej sprawie.

Ustawa daje nam tylko pewne normy ogólne, które uzupełnia wspomniane już powyżej Rozporządzenie Ministra Pracy z dn. 22 grudnia o wykonaniu ustawy. Rozporządzenie to ma dla nas wielkie znaczenie, albowiem daje ono szereg przepisów prawnych o charakterze praktycznym, które będą podstawą działalności naszych Kas w tej dziedzinie.

W myśl § 19 rozporządzenia pracodawcy na terenie b. zaboru rosyjskiego winni *za pośrednictwem Kas Chorych* zgłosić do dnia 20 stycznia pracowników podlegających ubezpieczeniu. W tak krótkim terminie nie da się to uskutecznić, jak tego wymaga rozporządzenie, zwłaszcza na prowincji. Nie należy bowiem zapominać, iż w tej części Rzeczypospolitej będzie około 140 — 160 tysięcy ubezpieczonych. Kasy Chorych są obowiązane do przyjmowania zgłoszeń bez odpowiedniej umowy z Zakładem. Przyjmowanie zgłoszeń nie należy do zakresu działalności K. Ch., wymienionego w art. 99 — 100 ustawy jako czynności wykonywane na żądanie pod tytułem odpłatnym. Jest to obowiązek wynikający z rozporządzenia. Wprawdzie art. 109 ustawy mówi o ściąganiu przez Kasy Ch. składek zaległych a nie o przyjmowaniu zgłoszeń, jednak mimo pewnej niejasność ustawową, pomijając te względy o charakterze formalno prawnym, naszem zdaniem Kasy winny ów obowiązek bezwzględnie wypełnić, ze względów społecznych przedewszystkiem.

Dalszą czynnością (już wyraźnie zleconą) jest w myśl art. 99 1) dostarczanie materjału dla zarejestrowania wszystkich osób podlegających ubezpieczeniu i 2) kontrola uskutecznionych zgłoszeń. Czynności te nie będą wytwarzały dla Kas poważniejszych trudności, albowiem dzięki kartotece ubezpieczonych i personelowi kontrolującemu, Kasy nasze posiadają zmontowany aparat, wystarczający do wykonywania tych czynności.

W myśl art. 99/2, K. Ch. są zobowiązane do ściągania składek zaległych na podstawie wykazów zaległości przesłanych przez Zakład ubezpieczeń pracowników umysłowych. Rozporządzenie nie dało w tej dziedzinie żadnych przepisów wykonawczych, jedyną wskazówką jest więc ustawa, art. 109 w szczególności. Stwierdza on (podobnie jak art. 53 ust. z 19.V.1920), iż zaległe składki wraz z odsetkami zwłoki, kosztami upomnień i kosztami egzekucyjnemi ściąga Kasa Ubezp. Społ. w ten sam sposób, w jaki się ściąga należne jej składki ubezpieczeniowe. Ściągnięcie składek nie będzie przedstawiało dla Kas poważniejszych trudności. Zakłady ubezpieczeń będą miały także, w myśl art. 109 ust. 2 prawo bezpośredniego ściągania składek, w drodze egzekucji sądowej. Przypuszczamy, iż Zakłady ub. pracowników umysłowych nie skorzystają z tego prawa i dla zaoszczędzenia sobie i pracodawcom kosztów będą posługiwały się w tym wypadku aparatem Kas Chorych.

Ściąganie składek zaległych odbywać się będzie na podstawie nadesłanych przez Zakład ub. prac. umnakazów płatniczych. Kasy wykonywać będą w tym wypadku czynności im zlecone, wobec czego Zakład będzie zobowiązany do nadsyłania nakazów płatniczych.

Dotychczas wymienione czynności w dziedzinie ubezpieczenia pracowników mieszczą się, że się tak wyrazimy, w ramach dotychczasowej organizacji i aparatu naszych Kas. Ponadto Kasy będą miały jeszcze i inne zadania, wynikłe z nowych zadań, t. j. 1) z ubezpieczenia inwalidzkiego. Ubezpieczenie to nie istniało dotychczas u nas ani w b. dzielnicy rosyjskiej, ani austrjackiej, istnieje ono natomiast tylko w b. dzielnicy pruskiej, 2) oraz ubezpieczenia na wypadek braku pracy, którego (w tej klasycznej formie) w R. P. jeszcze nie posiadamy dla żadnej kategorji osób zatrudnionych na zasadzie umowy o pracę.

Nasze Kasy Chorych będą miały, szczególnie w

dziedzinie ubezpieczenia na wypadek braku pracy, bardzo ważne obowiązki. Art. 17/3 stwierdza, iż do świadczeń na wypadek braku pracy ma prawo ubezpieczony, o ile „w sposób przepisany zgłosił swe roszczenia", art. 99/4 uzupełnia ów przepis art. 17 ustawy, stwierdzając, „iż Kasy przymują roszczenia o świadczenia z powodu braku pracy i przesyłają je z ewentualnemi uwagami właściwemu Zakładowi Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych". Z brzmienia tych dwóch przepisów wynika, że rola Kas Chorych ograniczyć się winna do roli biura spełniającego pewne czynności o charakterze czysto formalnym. W rzeczywistości tak nie jest, albowiem art. 99/5 powiada, iż Kasy Chorych „kontrolują uprawnienia osób otrzymujących świadczenia".

Obowiązki nałożone na K. Ch. w art. 99/5 należą do najważniejszych. Kasy będą 1) *przyjmowały zgłoszenia* o roszczenia, 2) *kontrolowały* uprawnienia oczywiście tylko pod względem formalnym, t. zn. czy ubezpieczony ma do tego prawo, czy nie. Decyzja należeć będzie wyłącznie do Zakładu ubezpieczeń. Jest to zresztą zupełnie zrozumiałe. Zakład jest organizacją powołaną do życia do realizacji ustawy. On jest w tym wypadku źródłem praw i obowiązków, odpowiedzialnym przed władzami nadzorczemi i przed ubezpieczonymi za ich wypełnianie zgodnie z wymaganiami ustawy. Z tych to powodów Kasa Chorych i w tym wypadku będzie miała charakter organu pomocniczego, ułatwiającego innej instytucji ubezpieczeniowej o charakterze prawno - publicznym wykonywanie powierzonych jej czynności. Cel tego rodzaju przepisu jest zupełnie jasny. Ustawodawcy zależało na tem, by nie stwarzać dwóch organizacyj, spełniających faktycznie te same czynności. Kasy spełniające czynności i obowiązki przeznaczone im przez ustawę, winny tę zasadę zawsze mieć na względzie. Nie oznacza to oczywiście, że pomocniczy charakter ich funkcyj pozbawia je tem samem inicjatywy, mającej na celu czy przyśpieszenie realizacji świadczeń, czy też zaoszczędzanie Zakładom wydatków, dzięki odpowiednio dobrze zorganizowanej administracji.

W myśl § 31 rozp. wyk., pozostający bez pracy zgłasza (w terminie miesięcznym od dnia utraty zajęcia) roszczenia do Zakładu ub. prac. umysłowych za pośrednictwem Kasy Chorych, w okręgu której mieszka. Zgłoszenie musi być poparte odpowiedniemi dokumentami, które rozporządzenie wykonawcze wymienia w § 32. Dokumenty mają dać dowód, iż osoba zgłaszająca się 1) jest bez pracy,, 2) że państwowy urząd pośrednictwa pracy nie może jej dostarczyć odpowiedniego zajęcia, 3) że ma prawo do świadczeń. O ile pracodawca, u którego ubezpieczony ostatnio pracował, nie chciał dać uprawnionemu zaświadczenia o zwolnieniu go z pracy, wówczas Kasa Chorych obowiązana jest domagać się od władz administracyjnych ukarania pracodawcy. K. Ch. może stwierdzić (§ 35) prawdziwość przedłożonych dowodów przy pomocy władz państwowych i komunalnych. Z pomocniczego charakteru czynności Kas Chorych w tej materji wynika, iż badanie prawdziwości przedłożonych dokumentów przez Kasę Chorych następuje ipso facto, bez wniosku Zakładu Ubezpieczeń pracowników umysłowych.

W myśl § 40 rozp. wyk. „w razie uznania przez Kasę Chorych zgłoszenia za odpowiadającym rejestruje pracownika, jako pozostającego bez pracy, który zgłosił roszczenie o świadczenia". Rozporządzenie wykonawcze (§ 41) daje dość szczegółowe przepisy, w jaki sposób Kasa Chorych spełniać ma zadania „kontrolera" Zakładu. A więc „Kasa Chorych powinna dane zawarte w zgłoszeniu roszczenia i w załącznikach z danemi, posiadanemi przez ewidencję Kasy Chorych dla własnych jej celów". Kasa ma prawo zbadania prawdziwości materjałów przedłożonych jej przez ubezpieczonego, jak również prawo stwierdzenia jego zdolności do pracy. Powierzone obowiązki Kasom Chorych są jeszcze jednym argumentem, iż zrealizowana w ustawie naszej z 19.V.1920 zasada terytorjalności organizacji naszych Kas Chorych jest zupełnie słuszna. Wyzyskanie aparatu naszych Kas Chor. dla celów ubezpieczenia na wypadek braku pracy dało się zrealizować tylko przy systemie terytorjalnej organizacji Kas. Gdybyśmy mieli jakiekolwiek kasy zastępcze, byłoby to niemożliwe, Zakłady ubezpieczenia pracowników umysłowych musiałyby stworzyć organizację rejestracji i kontroli, w dzisiejszym stanie zupełnie zbędną.

Ostatnią wreszcie funkcją Kas w dziedzinie ubezpieczenia na wypadek braku pracy będzie kontrola bezrobotnych. W myśl § 43 ubezpieczony będzie zobowiązany zgłaszać się w ostatnim dniu każdego miesiąca, w Kasie Chorych, celem wykazania, iż przez cały miesiąc pozostawał bez pracy.

Kasy Chorych będą miały tylko w jednym wypadku prawo wydawania zarządzeń, oczywiście i tutaj jako pełnomocnik Zakładu. W myśl § 50 „w razie zajścia okoliczności powodujących utratę lub wstrzymanie świadczeń, Kasy Chorych wydają odpowiednie zarządzenia doraźne". Decyzja formalnie należy jednak do Zakładu Ubezpieczeń pracowników umysłowych.

W dziedzinie ubezpieczenia emerytalnego działalność Kas Chorych będzie znacznie skromniejsza. Ubezpieczeni zgłaszać będą (§ 54 rozp. wyk.) za pośrednictwem Kas Chorych swe roszczenia i przedłożą odpowiednie dokumenty, wymagane przez ustawę wzgl. rozporządzenie wykonawcze. Zadaniem Kas Chorych (§ 60 rozp. wyk.) będzie zbadanie tych dokumentów i porównanie ich z materjałami posiadanemi. Roszczenia o świadczenia inwalidzkie ubezpieczeni zgłaszać będą w myśl art. 123 Ustawy w Kasie Chorych, działającej na obszarze, na którym znajduje się ich miejsce zamieszkania.

Zakład ubezpieczeń pracowników umysłowych uzna ubezpieczonego za niezdolnego do wykonywania zawodu i przyzna świadczenia przewidziane w art. 15/B i dopiero po zbadaniu jego stanu zdrowia. W myśl art. 124 świadectwo stanu zdrowia wydać ma lekarz Kasy Chor. Przepis ten, mimo pewnej niejasności redakcji jego, zrozumieć należy w ten sposób, iż badanie stanu zdrowia zgłaszającego roszczenie odbywać się będzie za pośrednictwem Kas Chorych. Rozporządzenie wykonawcze nie daje nam w tej dziedzinie żadnych szczegółowych przepisów, pozostawiając praktyce. W każdym jednak razie Kasy Chorych będą musiały zorganizować odpowiednio ukwalifikowany sztab specjalistów, którzy będą badali inwalidów.

Przedstawiliśmy najważniejsze przepisy ustawy normujące stosunki i zakres działania Kas Chorych w dziedzinie ubezpieczenia pracowników umysłowych. Przepisy nawet najbardziej szczegółowe są siłą rzeczy tylko normą ogólną, które praktyka dopiero zrealizuje. W interesie Zakładów i Kas, a przedewszystkiem sprawnej działalności ubezpieczeń leży ich najściślej-

sze porozumienie i współpraca instytucyj zainteresowanych. Z tych powodów uważaliśmy za rzecz niezmiernie pożądaną, by instytucje te porozumiały się wzajemnie i opracowały praktyczne wskazówki współdziałania, oczywiście w granicach przewidzianych ustawą. Będzie bowiem rzeczą bardzo ważną, by współdziałanie to nie było improwizowane, by nie wytwarzało się samorodnie, a było wynikiem działania świadomego obu instytucyj. Sprawa ta jest dość pilna, albowiem w myśl § 73 rozporządzenia wykonawczego Zakłady ubezpieczeń pracowników umysłowych rozpoczną z dniem 1 marca b. r. wypłacanie należnych świadczeń z powodu braku pracy.

KAROL JAROSZEWSKI.

JAKA POWINNA BYĆ STATYSTYKA W KASACH CHORYCH.

(Artykuł dyskusyjny).

Statystyka dla rozwoju Kas Chorych ma pierwszorzędne znaczenie. Na podstawie materjału statystycznego można skierowywać do właściwego łożyska cały rozwój Kas Chorych, można wewnętrzną organizację pod względem administracyjnym i leczniczym doprowadzić do należytej sprawności i ekonomji pracy. A już niezmiernie ważne znaczenie ma statystyka w dziale lecznictwa z punktu widzenia socjalnego. Zdrowotność ludności zależna jest od szeregu przyczyn natury ekonomicznej, warunków pracy, sposobu i warunków życia. Aby usunąć przyczyny złego stanu zdrowotnego ludności, trzeba stosować środki zapobiegawcze przez różne instytucje do tego powołane. Kasy mają za zadanie leczenie chorób już istniejących. A przecież czem gorszy jest stan zdrowotny ludności, tem Kasy znajdują się w gorszych warunkach materjalnych, tem więcej ograniczać muszą świadczenia, przez co jeszcze więcej pogarsza się stan zdrowotny ludności.

W interesie zatem Kas Chorych leży zwalczanie przyczyn pogarszających zdrowotność ludności.

Kasy muszą wskazywać inspektoratom pracy, samorządom miejskim i władzom państwowym gdzie leży zło, Kasy mogą jedynie zebrać do tego potrzebny materjał statystyczny.

Ciągły wzrost świadczeń chorobowych w Kasach jest dowodem złego stanu zdrowotnego ludności, a zarazem przestrogą, by zawczasu usuwać przyczyny powodujące ten zły stan zdrowotny ludności.

Aby zatem statystyka kasowa posiadała praktyczną wartość, musi ona być tak zorganizowaną, aby cyfry wchodzące do statystyki były ścisłe, odtwarzały faktyczny stan rzeczy, a jednocześnie aby opracowywanie jej nie obciążało zbytnio kosztów administracyjnych w Kasach.

Zanim przystąpimy do szczegółowego omówienia formularzy statystycznych zobaczymy co statystyka kasowa ma nam dać. A zatem:

1) Statystykę członków.
2) „ chorych i chorób.
3) „ środków leczniczych.
4) „ zasiłków.
5) „ czynności.

Statystyka członków objąć musi ilość ubezpieczonych według wieku, zawodu i płci. Jeżeli chodzi o członków rodzin, to sprawa ta przedstawia się nieco gorzej, gdyż ustawa nie nakłada obowiązku zgłoszenia członków rodzin, a natomiast nakłada obowiązek świadczenia im w czasie choroby, przeto cyfry te nigdy nie będą dokładne, a zatem jako materjał porównawczy przedstawiają minimalną wartość. Statystyka chorych i chorób musi obejmować liczby chorych zgłaszających się po raz pierwszy, ilość wizyt powtórnych w ambulatorjum i u chorego w domu. Tę statystkę należy prowadzić oddzielnie dla ubezpieczonych i oddzielnie dla członków rodzin. Następnie należy w dziale chorób wykazywać zasłabnięcia według wieku, płci zawodu i rodzaju chorób. Zebrane dane pozwolą zorjentować się nam, które z warunków sprzyjają rozwojowi danej choroby. Mając przy tem do rozporządzenia daty odnoszące się do ubezpieczenia członków według wieku, płci i zawodu, mamy dostarczony materjał porównawczy, aby ustalić przyczyny chorób i sposoby ich zwalczania.

Statystyka środków leczniczych powinna objąć środki lecznicze, które Kasa stosuje do swoich członków. A więc: leki (dzieląc na specyfiki i recepty wykonywane w aptekach) leczenie klimatyczne, kąpiele, leczenie środkami fizykalnemi wreszcie środki pomocnicze jako to: protezy, okulary, pasy brzuszne, pasy przepuklinowe, pończochy gumowe i t. p.

Statystyka zasiłków powinna obejmować ilość osób pobierających zasiłki według grup zarobkowych. Ilość dni zasiłkowych według grup zarobkowych, dzieląc na pracowników fizycznych i umysłowych, oraz przeciętny zasiłek dzienny i przeciętny pobrany zasiłek w czasie choroby (każde ponowne zachorowanie po upływie ośmiu tygodni należy uważać jako nową chorobę).

Niezmiernie ważną byłaby statystyka, wykazująca w tym dziale wypłacone zasiłki przy chorobach objawiających się masowo, lub stale powtarzających się, jak naprzykład: gruźlica, choroby weneryczne, choroby nerwowe, epidemje i t. p.

Statystyka czynności ma właściwie znaczenie dla wewnętrznej organizacji Kas. Chodzi o materjał porównawczy między pracą i kosztami administracyjnemi poszczególnych Kas. Chcąc zorjentować się w warunkach pracy w Kasie, trzeba uprzytomnić sobie w jakich warunkach Kasa pracuje, z jakim materjałem ubezpieczeniowym ma do czynienia, ile tej pracy ma do wykonania. A więc sta-

tystyka czynności objąć musi: Ilość posiedzeń Zarządu, załatwionych spraw na Zarządzie a) świadczeniowych, b) innych. Ilość posiedzeń Komisji Rozjemczej i załatwionych spraw przychylnie odmownie i częściowo. Ilość posiedzeń Komisji Pojednawczej, ilość spraw załatwionych przychylnie, odmownie i częściowo. Ile Kasa posiada oddziałów, lecznic lub stacyj ratunkowych. Następnie ilość urzędników zatrudnionych w administracji, lekarzy, służby sanitarnej i pozostałej służby.

Następnie należy ująć w cyfry czynności personalne. Ile posiada oddział księgowy kont, ile artykułów w ciągu roku, ile wyszło pism w sprawach księgowości. W dziale świadczeń należy ustalić ilość zalikwidowanych asygnat zasiłkowych, ilość wydanych kart do lekarzy, ilość wystawionych przekazów do szpitali i innych Zakładów, wreszcie wysłanych listów do stron w sprawach świadczeniowych.

W dziale ewidencji członków należy podać ilość przeprowadzonych zameldowań i wymeldowań. W dziale rachuby (listy płatnicze) należy podać ilość wystawionych list płatniczych. Sekretarjat, ewentualnie Dyrekcja ma podać ilość wysłanych pism w sprawach ogólnych, oraz w streszczeniu opis czynności.

Tego rodzaju statystyka da dopiero dokładny obraz pożyteczności Kasy i jej wewnętrznej sprawności.

A teraz zastanówmy się, czy Kasy są w możności zebrać wszystkie wyżej wymienione dane, czy rozporządzają potrzebnym do tego materjałem.

Dla wielu małych Kas wydatek na jednego urzędnika prowadzącego dział statystyczny jest dużym wydatkiem w kosztach administracyjnych. Szczególnie w małych Kasach, których liczba jest przeważająca, szczegółowe zebranie powyższej statystyki napotykać będzie na wielkie trudności. To też musimy rozważyć, jakie trudności w tych Kasach są do pokonania, co należy uczynić aby potrzebny materjał dla statystyki Kasy posiadały.

Jako podstawowy materjał dla statystyki członków służyć mają zgłoszenia zameldowań i wymeldowań. Niektóre Kasy ułatwiają te czynności większym firmom tem, że rezygnują ze zgłoszeń, a przyjmują kopje list płatniczych, na podstawie których prowadzą ewidencję członków, jak również obliczają opłaty do Kasy. Listy płatnicze Firm zazwyczaj nie posiadają wszystkich dat potrzebnych do statystyki. W listach płatniczych firm jest podane imię i nazwisko, zawód i zarobek pracującego. W listach tych Kasa nie posiada ani wieku, ani stanu rodzinnego. Należy przeto niezależnie od list, które mogą stanowić podstawę do obliczenia opłat kasowych, ustalić jednolitą kartę zgłoszeń zameldowań i wymeldowań, dającą wszystkie potrzebne daty do statystyki. (Patrz wzór Nr. 1).

Potwierdzenie wpływu zgłoszenia, otrzymuje firma na takiej samej karcie pisanej przez kalkę z tem, że u dołu potwierdza podpisem jej odbiór Kasa.

Karta wymeldowań jest prostsza (patrz wzór Nr. 2).

Urzędnik odbierający zgłoszenia i wymeldowania prowadzi raporty dzienne (p. wzór Nr. 3 i 7).

Na podstawie tych dziennych raportów tworzy się tabele statystyczne miesięczne i roczne. Zebrany tutaj materjał służy do procentowego porównywania chorób według zawodów, wieku, płci i wpływu dobrobytu na stan zdrowotny.

Przechodząc następnie do statystyki chorych i chorób, musimy sobie uprzytomnić, jakim materjałem rozporządza Kasa, by zebrać ścisłe daty. Tu wchodzi w grę leczenie ambulatoryjne, leczenie w szpitalach i zakładach, oraz leczenie obłożnie chorych w ich pomieszkaniach. Podstawą do statystyki ruchu chorobowego służyć może jedynie odpowiednio ułożona karta chorobowa. Na karcie chorobowej musi być wszystko, co dotyczy choroby ubezpieczonego. Wiele Kas, szczególnie małych nie prowadzi kart chorobowych, a udziela świadczeń członkom swym na podstawie kartki od pracodawcy, potwierdzającej, że zgłaszający jest zatrudniony w jego przedsiębiorstwie. W takich wypadkach, gdzie techniczne prowadzenie kart chorobowych jest niemożliwe, tam należy ustalić kartki do lekarzy według jednolitego wzoru, skłonić pracodawców do używania wyłącznie takich kartek, jakie zostaną zaprowadzone przez Kasę.

W karcie chorobowej musi być:

1) Data zachorowania.
2) Data niezdolności do pracy.
3) Choroba (djagnoza).
4) Daty zgłoszeń powtórnych.
5) Zawód, wiek i płeć chorego.
6) Grupa zarobkowa.

(Patrz wzór 4 i 5).

Na odwrotnej stronie karty jest miejsce na daty wizyt ambulatoryjnych, notatki lekarza, wyniki kontroli i wypłacone zasiłki. Najłatwiej jest zbierać dane statystyczne na podstawie karty chorobowej, gdyż urzędnik wystawiając kartę, może od ubezpieczonego bezpośrednio wszystkie dane zebrać. Przy kartach firmowych trudno mieć kontrolę nad wizytami powtórnemi, a to z tej przyczyny, że chorzy zgłaszający się powtórnie zazwyczaj kartek nie przynoszą, a lekarz udziela im porady na podstawie swoich notatek. To też wizyty powtórne powinny być prowadzone przez lekarzy w formie raportów dziennych.

W Kasach większych na podstawie kart chorobowych, kartek do lekarza, lub raportów lekarskich, powinny być prowadzone raporty dzienne, w mniejszych Kasach raporty takie można prowadzić tygodniowo, a dopiero na podstawie tych raportów, można sporządzić zestawienie statystyczne ruchu ambulatoryjnego.

Raport dzienny, a następnie miesięczny i roczny (p. wzór Nr. 6).

Do raportów tych, ażeby mieć dokładny obraz statystyki chorych i chorób, należy dodać tabelę choroby według zawodów, przyjmując układ zawodów taki, jak przy statystyce zgłoszeń.

Podział na choroby należy przyjąć według układu dotychczasowego, stosowanego w międzynarodowej statystyce. Układ takiej tabeli musi równocześnie dawać obraz chorób według zawodów, a równocześnie tworzyć dolną pod rubrykę śmiertelności w każdym zawodzie.

Procentowe porównanie z tabelą zgłoszeń według zawodów umożliwi nam zorjentowanie się, jaki rodzaj pracy wpływa na większą śmiertelność.

Dla uzupełnienia statystyki chorych i chorób należy ująć w odpowiedni wykaz leczonych obłożnie chorych w domach. Dla tej statystyki, tam gdzie istnieje jednostkowa opłata za wizytę, musi być druk. na którym lekarz obowiązany jest wystawić rachunek, odpowiadający potrzebom statystyki. Tam jednak, gdzie lekarze płatni są ryczałtowo, należy zaprowadzić raporty wizyt dziennych, tygodniowych i miesięcznych, zależnie od warunków w jakich dany lekarz pracuje. Należy jednak druki na raporty sporządzić tak, aby odpowiadały wymogom statystyki, a zarazem pilnować lekarzy. aby druki te były szczegółowo wypełnione.

Wykazy leczenia chorych w ich domach, powinny wyglądać taksamo, jak wykazy leczenia ambulatoryjnego, z tą tylko różnicą, że należy pozostawić rubryki „grupa zarobkowa" i wymienić rubrykę „zgłosiło się w ambulatorjum" na rubrykę „odwiedzono chorych w domu", rubryka „z tego uznano" nie potrzebna, pozostawić tylko należy rubrykę „pobierało osób zasiłki" i rubrykę członków rodzin za zmianę napisu „zgłosiło się w ambulatorjum" na „odwiedzono w domu".

Rubrykę szpitalną całkowicie skreślić.

Statystyka środków leczniczych obejmować musi wszystko to, czem lekarze rozporządzają w lecznictwie. Tabela taka winna posiadać następujące działy 1) nazwę środka lekarskiego (np. recepta, naświetlanie protezy, wykonane badanie fizykalne, bakterjologiczne, chemiczne itd.) 2) ilość, i 3) koszty.

Tabela taka daje obraz jakie środki i w jakich rozmiarach lekarze K. Ch. mają do rozporządzenia. Statystyka taka odeprze zarzut czyniony leczeniu kasowemu, że leczenie to jest złe z tej przyczyny, że lekarze nie rozporządzają odpowiednimi środkami pomocniczemi w lecznictwie.

Aby mieć wreszcie całość tego co i jak Kasa świadczy swoim członkom, trzeba ująć w statystyczną tabelę zasiłki gotówkowe członków. Tabela taka powinna obejmować ilość dni zasiłkowych, według grup zarobkowych, aby w ten sposób mieć materjał porównawczy ze statystyką ubezpieczonych wedle grup zarobkowych, czy w jakim stopniu nizkie zarobki robotników wpływają na ich stan zdrowotny, a zatem na długotrwałość choroby.

Bardzo ważnem jest w tej tabeli rozdzielenie pracowników na fizycznych i umysłowych. (Patrz wzór Nr. 8).

Na tem zakończylibyśmy dział świadczeniowy, a przeszlibyśmy do ostatniego działu, t. j. do statystyki czynności. Według nas statystyka taka, aby stworzyć obraz porównawczy z innemi Kasami, musi objąć poszczególne działy czynności władz kasowych i biura. A więc najpierw władze Kasy. (Patrz wzór Nr. 9).

Nie należy zapominać o statystyce biurowej. Aby mieć dokładny obraz czynności biura, trzeba sobie uprzytomnić, co w biurze jest do roboty. A zatem statystyka ta dzielić się musi na czynności i personel. (Patrz wróz Nr. 10).

Na podstawie w ten sposób ujętej czynności w biurze, otrzymujemy obraz rozmiarów pracy. Nie można ustalać pracy w biurze na podstawie liczby ubezpieczonych, gdyż w jednej Kasie ubezpiecza kilkadziesiąt firm, a w innej kilka tysięcy. Jedna Kasa ma ubezpieczonych skupionych w jednem miejscu, inna Kasa ma ich rozrzuconych na dużym obszarze, utrzymując kilka oddziałów. Taksamo i ruch chorych nie jest jednolity we wszystkich Kasach. Te wszystkie momenty trzeba brać w rachubę przy ustalaniu rozmiarów pracy w Kasie.

Następnie przychodzi drugi dział, t.j osoby zatrudnione w Kasie.

Tu personel należy rozgrupować. (Patrz wzór Nr. 11). Tabela zatem ta powinna wyglądać:

Mając w ten sposób ujęty obraz statystyczny lecznictwa i pracy administracyjnej, rozporządza się materjałem do studjów nad Kasami Chorych, nad niedomaganiami lecznictwa kasowego, nad przyczynami chorób, jakie warunki socjalne i ekonomiczne wpływają na zły stan zdrowotny mas pracujących. Dopiero to ujęcie, da możność zarówno prawodawcy jak i władzom nadzorczym usunięcia niedomagań w ubezpieczeniu chorobowem, a mając materjał w ręku, materjał ścisły, rzeczowy, przestaniemy błąkać się po omacku, przestaniemy opierać swoje wnioski i twierdzenia na cyfrach niedostatecznych, a często bardzo wątpliwej wartości.

Wzór 1.

KARTA ZGŁOSZEŃ

Nazwa firmy prawnie zarejestrowana.....

.....

Imię i nazwisko ubezpieczonego	Imiona czł. rodzin	Zawód	Rok urodz.	Zarobek	Data wstąp. do pracy

Dn..... 192... r. Podpis:

Wzór 2.

KARTA WYMELDOWANIA

Firma .....

.....

Imię nazwisko ubezpiecz.	Data wystąpienia z pracy

Wzór 3.

RAPORT DZIENNY WEDŁUG WIEKU, ZAWODU I PŁCI

ZAWODY	Górnicy podziem.		Hutnicy		Włókiennicy		Metalowcy		Drzewni		Budowlani		Kopalnie nafty		Rafinerje nafty		Chemiczny		Przem. Spożywczy		Odzieżowy		Graficzny		Leśnictwo, Rolnictwo, Ogrodnictwo		Pracown. handlowi		Komunikacje Transporty		Prac. biurowi		Służba domowa		Inne	
WIEK	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k
do 15 zam.																																				
do 15 wym.																																				
od 16 zam.																																				
do 20 wym.																																				
od 21 zam.																																				
do 25 wym.																																				

Wzór 4.

DLA PRACUJĄCYCH.

L. Rej. ..... Gr. zarob. .....

Karta do D-ra .....

IMIĘ I NAZWISKO	Zawód	Pracodawca	Rok urodzenia	Miejsce zamieszkania
			żonaty wolny	

Zgłosił się chorym ...../..... 192.....
Choroba .....
Niezdolny-Zdolny-Wypadek
.....
Koniec choroby...../..... 192.....

do szpitala .....
ma leżeć w łóżku Wolne wyjście od ..... do .....
.....
do specjalisty .....
.....

Wzór 5.

DLA CZŁONKÓW RODZINY.

L. Rej. .....

Karta do D-ra .....

IMIĘ I NAZWISKO	Zawód	Pracodawca	Rok urodzenia	Miejsce zamieszkania
Ojciec, córka, syn, żona, matka, siostra, brat				

Zgłosił się chorym ...../..... 192.....
Choroba .....
.....
do szpitala .....
do specjalisty .....

Zgłosił się chorym ...../..... 192.....
Choroba .....
.....
do szpitala .....
do specjalisty .....

Wzór Nr. 6.

STATYSTYKA LECZENIA AMBULATORYJNEGO

GRUPA ZAROBKOWA	UBEZPIECZENI												CZŁONKOWIE RODZIN								Leczono dni
	zgłosiło się w ambulat.				z tego uznano zdolnymi do prac.				niezdoln. do pracy				pobierało osób zasiłki		Zgłosiło się w ambulat.				Wysłano osób do szpitala				
	M.		K.		M.		K.		M.		K.				M.		K.		pracujących		członk. rodz.		
	I.	II.	I.	II.	I.	II.	I.	II.	I.	II.	I.	II.	Zł.	gr.	I.	II.	I.	II.	M.	K.	M.	K.	

Wzór Nr. 7.

RAPORT WEDŁUG GRUP ZAROBKOWYCH:

Grupa zarobkowa	Pracow. fizycz.		Pracow. umysł.		Razem	
	M.	K.	M.	K.	M.	K.
od do						

Wzór 8.

Grupa zarobkowa	Dni zasiłkowych		Razem:
	prac. fizycz.	prac. umysłow.	

Wzór 9.

	posiedzeń	załatwiono spraw:		
Rada Kasy				
Zarządu				
Komisji rozjemczej				
„ rewizyjnej				
„ pojednawczej				

Wzór 10.

	Ilość:	
Kasa posiada oddziałów		
Kont pracodawców		
List płatniczych sporządziła		
Dziennik posiada liczb		
Buchalterja posiada artyk.		
Zalikwidowano asygnat zasiłk.		
Wysłano pism do stron		
Wydano kart do lekarzy		

Wzór 11.

Grupa pracowników	ilość osób	godzin pracy	przeciętnie na jednego
Urzędnicy biurowi:			
Inkasenci:			
Egzekutorzy:			
Kontrola prac.:			
„ chorych			
Woźni i służba:			
Szoferzy:			
Woźnice:			
Lekarze:			
Dentyści:			
Sanitarjusze (felczerzy)			
Magistrowie:			
Asystenci:			
Służba techniczna:			
Laboranci:			

DR. FRANCISZEK PAJERSKI.

UBEZPIECZENIE ROBOTNIKÓW SALINARNYCH W POLSCE.

Polska należy do tych szczęśliwych krajów, które produkują sól w rozmiarach mogących pokryć nietylko własne potrzeby krajowe, ale nawet zdolnych nasycić rynek najbliższych sąsiadów. Posiada Polska kopalnie soli w Wieliczce, Bochni i Lacku, a nadto warzelnie w Lacku, Inowrocławiu (19 panew), Drohobyczu, Bolechowie, Dolinie, Łanczynie i Kosowie. Z wyjątkiem Inowrocławia, leżą one wszystkie w b. dzielnicy austrjackiej. Liczba robotników zatrudnionych w powyżej wymienionych kopalniach i warzelniach wynosi 3000. Pozatem posiada Polska duże kopalnie soli potasowych w Kałuszu i Słebniku (Małopolska), które zatrudniają łącznie 1064 robotników.

Jakkolwiek liczba salinarzy polskich jest niewielka w stosunku do ogółu polskich górników,

to jednak ich ubezpieczenie społeczne niewątpliwie zainteresuje ogół, temwięcej że jest ono oparte na zgoła innych podstawach, niż ogólne ubezpieczenie górników w Polsce.

Ubezpieczenie górników oraz ich rodzin w byłej dzielnicy austrjackiej, reguluje ustawa z dnia 28 lipca 1889 r. o urządzeniu stosunków bractw górniczych, zmieniona i uzupełniona późniejszemi nowelami z roku 1890 i 1892.

Paragraf 12 ustęp 4 tej ustawy zwalnia robotników salinarnych od obowiązku ubezpieczenia w Kasie bractwa górniczego, jeżeli im, a po ich śmierci ich rodzinom, służy na zasadzie istniejących lub przyszłych przepisów prawo do pobierania od państwa prowizji wynoszącej tyle, ile wynoszą wsparcia ustanowione w powyższej ustawie albo i więcej.

Wobec przepisu powyższego paragrafu Rząd austrjacki uregulował sprawę zaopatrzenia salinarzy w ten sposób, że reskryptem Ministra Skarbu z roku 1893 ogłosił dla salinarzy specjalne przepisy czyli tak zwany „Statut Prowizyjny" (Statut über die Provisionen der männlichen Salinenarbeiter, ihrer Witwen und Waisen mit Berücksichtigung der einschlägigen Bestimmungen des Gesetzes vom 28 Juli 1889 J. R. G. Bl. Nr. 127. Bei den K. K. Salinen in Galizien und in der Bukowina).

Statut powyższy, zgodnie z postanowieniem § 12 ustawy z 28 lipca 1889 r. ustalił jednostronnie normy ubezpieczenia robotników salinowych na wypadek niezdolności do pracy, spowodowanej starością, chorobą lub wypadkiem przy pracy zawodowej.

Uprawnienia nadane powyższym statutem robotnikom salinarnym w b. dzielnicy austrjackiej, uległy w czasie wojny zmianom w sprawie zaliczania lat wojennych przy wymiarze prowizji.

Zobowiązania władz austrjackich zatwierdziła Polska Komisja Likwidacyjna w Krakowie w dniu 3 listopada 1918 r., a nawet zmieniła niektóre przepisy statutu na korzyść robotników salinarnych.

Na podstawie statutu austrjackiego został ułożony w r. 1922 a następnie w r. 1924 przez Ministerstwo Skarbu i Ministerstwo Przemysłu i Handlu (również jednostronnie) „Statut prowizyjny dla robotników zatrudnionych w Państwowych Żupach Solnych w Małopolsce oraz zaopatrzenia dla ich wdów i sierot", który to statut zmienił poniekąd postanowienia statutu austrjackiego oraz decyzję Polskiej Komisji Likwidacyjnej w Krakowie.

W myśl art. 2 tego statutu robotnicy stali (zajęci przy pracach zawodowych w żupach solnych i ponadto są zapisani do ksiąg robotników stałych) niezdolni do zarobkowania wskutek starości lub długotrwałej choroby, otrzymują jednorazową zapomogę albo stałą miesięczną prowizję. Jednorazową zapomogę otrzymują ci, którzy posiadają mniej niż 10 lat zaliczalnej stałej służby, zaś prowizję miesięczną ci, którzy mają przynajmniej 10 lat tejże służby. Robotnikom, którzy utracili trwałą zdolność do zarobkowania wskutek nieszczęśliwego wypadku, doznanego z powodu lub w czasie pełnienia obowiązków służbowych, dolicza się 5 lat do czasu służby podlegającego normalnemu zaliczeniu do wymiaru zaopatrzenia.

Suma policzalnych lat służby nie może wynosić więcej niż 35 lat. Sprowizjonowanie robotnika następuje albo na jego prośbę, albo z urzędu przez Zarząd Żupy Solnej, jeżeli ukończył 55 lat życia i ma odpowiednią ilość lat policzalnej służby salinarnej (10 lat lub 35 lat) oraz jeżeli stał się trwale niezdolnym do zarobkowania na podstawie orzeczenia rządowego lekarza.

W myśl art. 4 statutu nie mogą otrzymać jednorazowej zapomogi, względnie prowizji: 1) robotnicy, zdolni do zarobkowania, którzy wystąpili ze służby dobrowolnie, 2) robotnicy wydaleni ze służby na podstawie przepisów dyscyplinarnych, 3) robotnicy, którym udowodniono, że rozmyślnie sprowadzili swą trwałą niezdolność do zarobkowania, 4) robotnicy prawomocnie sądownie skazani za czyn karygodny, o ile skazanie pociąga za sobą utratę zdolności do piastowania urzędu publicznego, względnie prawa zaopatrzenia prowizyjnego, 5) robotnicy (prowizjoniści, wdowy i sieroty) na wypadek utraty obywatelstwa polskiego.

Jeżeli robotnik nie zgłosi się do pracy przez 3 dni bez przerwy, jakoteż jeżeli robotnik powołany został do wojska i po zwolnieniu ze służby wojskowej nie podjął pracy w ciągu 14 dni bez dowodnego usprawiedliwienia, wówczas należy go traktować jako ustępującego dobrowolnie ze służby.

Jednorazowa zapomoga wynosi 75-krotną ostatnią płacę dniówkową (szychtową).

Po 10 latach otrzymuje robotnik salinarny, którego trwała niezdolność do pracy nastąpiła wskutek starości lub choroby 40% kwoty równającej się $^{7}/_{10}$ trzydziestokrotnej każdoczesnej zasadniczej płacy szychtowej z poprzedniego miesiąca i tego stopnia płacy, do którego był ostatnio zaszeregowany (4 zł. 35 gr. x 30 x $^{7}/_{10}$ x $^{40}/_{100}$ = 36 zł. 46).

Kwota powyższa wzrasta z każdym dalszym rokiem służby do 35 lat o dwa i 4 dziesiąte procenta (2.4%).

Prowizja robotnika salinarnego osiągnie przeto po wysłużeniu 35 lat służby pełnych $^{7}/_{10}$ trzydziestokrotnej zasadniczej płacy szychtowej (4 zł. 35 gr. x 0.7 x 30 = 91 zł. 35 gr.).

Prowizja wdowy wynosi 50% prowizji, którą zmarły mąż pobierał, lub do której w chwili śmierci miał prawo.

Prowizja każdego dziecka wynosi ¼ część prowizji wdowiej, jeżeli wdowa żyje, lub połowę prowizji wdowiej, jeżeli wdowa nie żyje lub w chwili śmierci męża nie miała prawa do prowizji lub też później prawo to utraciła.

Łączna kwota prowizji sierocych i wdowiej nie może przekraczać wysokości prowizji, którą zmarły robotnik faktycznie pobierał lub do której miałby prawo w chwili śmierci.

Wdowie po robotniku zmarłym w czynnej służbie należy się niezależnie od prowizji wdowiej, pośmiertne w wysokości 25-krotnej płacy dniówkowej. Pośmiertne po robotniku sprowizjonowanym równa się jednomiesięcznej prowizji.

Koszta prowizji ponosi tylko Skarb Państwa i robotnicy nie płacą żadnych składek.

Pozatem istnieją przy salinach w b. zaborze austrjackim t. zw. Kasy Brackie, jako stowarzyszenia samoistne, w myśl statutów przymusowe dla wszyst-

kich zatrudnionych robotników ,a pochodzące z roku 1875 i późniejszych.

Celem tych Kas w myśl statutów jest udzielanie prowizji lub dodatków na wychowanie członków Kas, ich żon i ślubnych dzieci, wsparcia w wypadkach choroby, ubóstwa i wszelkiego rodzaju nieszczęścia, pokrywać wydatki na służbę bożą a wreszcie, o ile wystarczą na to fundusze, po zaspokojeniu właściwych celów Kasy brackiej, pokrywać wydatki, mające na celu wspólne dobro członków Kasy np. udzielać zapomóg w celu wykształcenia zdolnych rzemieślników ze stanu sług i robotników.

Majątek tych Kas składał się z kapitałów zakładowych, procentów od nich i ze składek robotników (około 3,5%). Na czele Kasy stał zarząd wybrany z grona robotników. Prezesem był zazwyczaj naczelnik saliny. Prowizja z Kasy brackiej po 35 latach pracy wynosiła 10 koron miesięcznie. Z chwilą powstania Państwa Polskiego stan zmienił się o tyle, że majątek tych Kas stopniał do minimum wskutek dewaluacji, wobec czego Kasy albo nie wypłacają prowizji dawnym prowizjonistom, albo tylko znikomy procent należytości. Obecnie robotnicy wpłacają składkę w wysokości 2%, a fundusze w ten sposób zebrane wypożycza się robotnikom na budowę domów, jako zapomogi i t. d. Nadzór nad temi Kasami sprawuje obecnie dyrekcja salin państwowych w Warszawie, podległa Ministerstwu Przemysłu i Handlu.

Działalność dzisiejsza tych Kas nie odpowiada więc przepisom statutowym ani właściwym celom Kas. Robotnicy często nie rozumieją różnicy między prawami z nich płynącemi a prawami z wspomnianego powyżej Statutu Prowizyjnego.

Wobec spaczenia właściwego kierunku i celu działalności tych Kas, robotnicy salinarni domagają się reformy Kas brackich łącznie z uregulowaniem ich zabezpieczenia wynikającego ze Statutu prowizyjnego. Zdaniem salinarzy majątek Kas brackich winien być przejęty przez państwo, zaś w miejsce obecnego Statutu prowizyjnego powinien powstać państwowy fundusz prowizyjny dla zabezpieczenia emerytalnego salinarzy, podobnego do zaopatrzenia emerytalnego funkconarjuszy państwowych i wojskowych (ustawa z dn. 11 grudnia 1923 Dz. U. R. P. Nr. 6/24). Na rzecz tego funduszu składaliby salinarze 3% zasadniczej dziennej płacy.

Czy i w jakich rozmiarach uda się salinarzom uzyskać zmiany w obecnym systemie zaopatrzenia, nie da się przewidzieć. Zależnem to jest od losów projektu wydzielenia państwowych salin w przedsiębiorstwo, posiadające osobowość prawną. Z tą chwilą musi też ulec rewizji obecny system prowizyjny dla robotników salinarnych, określony statutem prowizyjnym z roku 1924.

INTERPRETACJA USTAWY Z 19.V 1920 R.

I.

CZY ŚWIADCZENIA OKAZYJNE, GRATYFIKACYJNE LUB WYNAGRODZENIA ZA PRACĘ W GODZINACH NADLICZBOWYCH ZALICZYĆ NALEŻY DO ZAROBKU UBEZPIECZONYCH WEDLE ART. 19 1: II USTAWY Z 19 MAJA 1920?

Wedle brzmienia art. 19 1 : II powyższej ustawy należy do zarobku ubezpieczonego zaliczać także wszelkie świadczenia w gotówce, o ile świadczenia te dodatkowo mają jakikolwiek wpływ na wysokość wynagrodzenia, którą strony ustalają przy zawarciu lub zmianie umowy. A więc wszelkie świadczenia, które przy ustalaniu między stronami wynagrodzenia służbowego nie są z góry brane w rachubę, t. j. nie mają żadnego wpływu na zwykłe normy wynagrodzenia, nie mogą być doliczane do zarobku ubezpieczonego. A zatem nie można zaliczyć do tego zarobku świadczenia przypadkowe lub okazyjne, jak np. podarunek świąteczny dany przez służbodawczynię swej słudze, podarunek dany przez służbodawcę przy sposobności powrotu z podróży, lub z okazji zadowolenia służbodawcy za gorliwe wykonanie przez zarobnika jego pracy. Tak samo nie można zaliczyć do zarobku po myśli art. 19, gratyfikacyj udzielanych pracownikom w nieokreślonej z góry wysokości, chociaż nawet zwyczajowo raz do roku. Nie należą także do wynagrodzenia po myśli powyższego artykułu wynagrodzenie za niewykorzystany urlop, wynagrodzenie za pracę w godzinach pozabiurowych przy opracowaniu bilansów rocznych jako wynagrodzenie, które również jest przypadkowem, nie wynikającem z normalnych warunków pracy danej kategorji pracowników.

II.

CHAŁUPNICY.

(Wykładnia art. 6).

Wedle art. 6 istotnemi znamionami chałupnika są:

1) że posiadacz odnośnego warsztatu sam osobiście pracuje w tym zawodzie,

2) że pracuje on równocześnie dla jednego lub kilku przedsiębiorców lub kupców, nie będąc do nich w stałym stosunku roboczym lub służbowym,

3) że ta praca stanowi główną podstawę utrzymania tegoż przedsiębiorcy.

Jeżeli tedy posiadacz warsztatu pracy (którym może być każdy pracujący uprawniony do samodzielnego wykonywania rzemiosła, utrzymujący pomocników i uczniów), mimo posiadanie innych znamion chałupnika sam osobiście nie pracuje zawodowo w warsztacie, lecz zajmuje się tylko handlową stroną przedsiębiorstwa, to nie jest on wcale chałupnikiem.

Tak samo nie jest chałupnikiem osoba, która nie pracuje wyłącznie lub też przeważnie dla jednego lub więcej przedsiębiorców, majstrów, kupców, a więc dla osób trudniących się sprzedażą lub dalszą przeróbką wytworzonych przez chałupników przedmiotów, lecz pracuje wprost dla konsumentów. A więc wszyscy rzemieślnicy, którzy uprawiają pewne rzemiosło, nie mając do tego ustawowych praw, ale pracujących wprost dla konsumentów (tak zwani pokątni rzemieślnicy) nie są wcale chałupnikami.

Z istotnego znamienia pod 3) wymienionego, że ta praca dla kilku przedsiębiorców lub kupców stanowić ma główną podstawę utrzymania pracownika, wy-

nika, że równoczesne wykonywanie pracy także na zamówienie konsumentów nie wyklucza samo przez się uznania danego przedsiębiorstwa za chałupnika, jeżeli ta praca i zarobek osiągnięty od konsumentów ograniczają się do takich rozmiarów, że nie odbierają pracy chałupniczej charakteru podstawowego środka utrzymania. (Patrz wyrok Najwyższego Trybunału Administracyjnego z 10 listopada 1925 Nr. 781/25).

Dr. Buchheim.

III.

INTERPRETACJA ART. 12 i 23.

Jednem z zagadnień, i dziś jeszcze wywołujących różnicę zdań wśród ubezpieczeniowców, jest interpretacja art. 23 Ustawy z dnia 19 maja 1920 r., w zestawieniu z art. 12, gdy chodzi o udzielanie zasiłków pieniężnych choremu już po opuszczeniu przezeń zatrudnienia.

Artykuł 12 postanawia: „niezdolni do pracy wskutek choroby (względnie połogu) pozostają członkami tak długo, dopóki Kasa udziela im zasiłków pieniężnych".

Dają się słyszeć zdania, że to utrzymanie praw do pobierania zasiłków rozciąga się bez żadnych zastrzeżeń i na okres choroby po odzyskaniu zdolności do pracy, a mianowicie na czas, gdy chory nadal się leczy i, nie powróciwszy do pracy, powtórnie staje się niezdolnym. Chcianoby rozciągnąć to prawo nawet i na tych, którzy, będąc w zatrudnieniu, wcale zasiłków nie pobierali, o ile rozpoczęli oni kurację będąc jeszcze członkami i potem, po opuszczeniu zatrudnienia powtórnie stracili zdolność do pracy z powodu tejże choroby.

Uświadomijmy to sobie bliżej na przykładach.

Jan i Piotr byli członkami Kasy od 1 stycznia do 1 marca tegoż roku. Dnia 1 kwietnia t. r. porzucili zatrudnienie i nadal nie pracują. Obaj zaczęli się leczyć przed opuszczeniem zatrudnienia na jedną z przewlekłych chorób, jak gruźlica, katar kiszek lub t. p. Leczą się nadal bez przerwy i nadal nie pracują. Dnia 1-go lipca t. r. obaj tracą zdolność do pracy, z powodu tejże choroby, i zgłaszają się po zasiłki do Kasy Chorych. Okazuje się, że Jan od pierwszego dnia kuracji, uznany został za niezdolnego do pracy i pobierał zasiłki do 15 maja t. r., poczem zdolność do pracy odzyskał, leczył się nadal na tę samą chorobę bez przerw do 1 lipca i w tym dniu powtórnie utracił zdolność do pracy (z powodu tejże choroby). — Piotr leczył się cały czas bez przerw od lutego do 1 lipca na tę samą chorobę, ale jako zdolny do pracy, utracił zdolność dopiero 1 lipca t. r.

Czy Kasa Chorych winna wypłacić zasiłki i Janowi i Piotrowi, czy też ma w obu wypadkach odmówić?

Przedewszystkiem, jaki wpływ na stosunki życiowe wywierałoby wypłacanie zasiłków w podobnych wypadkach?

Każdy z nas nosi w sobie, jeżeli nie stwierdzone choroby, to mniej lub więcej rozwinięte zaczątki chorób. Którykolwiek z narządów nie działa sprawnie i z czasem może się stać przyczyną nieobliczalnych spustoszeń w całym ustroju. Gdyby kto z nas udał się do lekarza na generalne oględziny i opowiedział mu przebieg zdrowia swego od dzieciństwa, lekarz z pewnością poleciłby mu leczyć się starannie pod grozą utraty zdrowia, a może i pod grozą znacznego skrócenia życia. Przeprowadzone przez parę towarzystw ubezpieczeń na życie w Stanach Zjednoczonych badania zdrowia ubezpieczonych, wykazały, że tylko parę procent z nich zupełnie nie potrzebowało opieki lekarskiej, zdrowie około 50% ubezpieczonych domagało się tej opieki, zaś przeszło 40% — z punktu widzenia lekarzy — to inwalidzi, którzy powinni myśleć tylko o walce z nurtującemi ich chorobami. Wszystko to byli ludzie pracy, w Stanach Zjednoczonych, kraju znanym z intensywności, z jaką ludzie muszą tam pracować. Nie mamy powodów przypuszczać, by zdrowie pracowników fizycznych, czy to umysłowych, u nas w Polsce, lepiej się przedstawiało. Przeważnie jednak nie leczymy się aż do chwili, gdy choroba da o sobie znać dotkliwemi cierpieniami, albo obali nas na łóżko. Nie leczymy się dla braku środków, a jeżeli chodzi o ubezpieczonych w Kasie Chorych — przez niewiadomość, niedbalstwo, lub brak czasu.

Kasa Chorych, udzielając zasiłków tym, którzy tracą zdolność już po opuszczeniu zatrudnienia, w najlepszym razie płaciłaby premję za starannie pielęgnowanie zdrowia. Ustawa takiej premji nie przewiduje. W większości wypadków Kasa płaciłaby premję raczej za przezorne zabezpieczenie sobie prawa do zasiłków na już przewidywaną ewentualność utracenia pracy. Ubezpieczony taki przychodzi parę razy na miesiąc do lekarza dla porady w chorobie już stwierdzonej lub też przychodzi do kilku różnych specjalistów tylko dlatego, aby wyszukać chorobę, która w bliskiej przyszłości mogłaby spowodować utratę zdolności do pracy. Czy spełnia zlecenia lekarza? Co się dzieje z przepisanemi lekami? Tego Kasa Chorych nie wie i wiedzieć nie może.

Gorzej z temi, którzy już brali zasiłki. Odzyskując zdolność do pracy, ubezpieczony, jeżeli stracił poprzednie zatrudnienie, niejednokrotnie staje przed widmem nędzy, szczególnie, gdy jest obarczony rodziną. Kiedy wie, że do zasiłków z Kasy utracił prawo nieodwołalnie, zwraca się do Funduszu Bezrobocia, albo szuka jakichkolwiek zarobków. Gdy mu Kasa da możność ponownie pobierać zasiłki, pójdzie po najłatwiejszej, po już znanej mu drodze, i będzie się ubiegał o zasiłki z Kasy Chorych. Ale lekarz zdolnemu do pracy nie przyzna niezdolności — trzeba naprawdę ciężej zaniemóc. I wtedy były członek Kasy nie stara się o odzyskanie zdrowia, stara się o to, by zachorować. Marnuje swe zdrowie, aby dać swej rodzinie środki do życia. Kasa Chorych otwierałaby do tego szerokie pole, gdyby udzielała w podobnych wypadkach zasiłków. Koszty leczenia i leków już nietylko szłyby na marne, szłyby na zniszczenie zdrowia. W coby zamieniła się przewodnia idea Kasy Chorych: podniesienia zdrowia i energji warstw pracujących?

Objektem działalności Kasy Chorych są zatrudnieni na podstawie stosunku rodzinnego lub służbowego. Do należenia do Kasy Chorych uprawnia — tylko praca wykonywana na tejże podstawie. Opieka nad bezrobotnymi w zakres działalności Kasy nie wchodzi, bo dla bezrobotnych została wyłoniona specjalna instytucja: Fundusz Bezrobocia. Podkreśla to art. 36 I Ustawy z dn. 19.V.1920 r., łącznie z artykułem 48-ym, wyznaczając Kasie Chorych tylko rolę wykonawcy. Opie-

ki lekarskiej, w granicach określonych Ustawą, udziela bezrobotnym, byłym ubezpieczonym, Skarb Państwa— i to z własnych funduszów, jedynie za pośrednictwem Kasy Chorych.

Udzielany przez Kasę Chorych zasiłek (za wyjątkiem zasiłku pogrzebowego i dla karmiących) jest indemnizacją, przyznaną ubezpieczonemu za straty, ponoszone przezeń z powodu utraty pracy zarobkowej wskutek choroby lub połogu. Gdzie strat niema,—a niema ich skoro chory już przed utratą zdolności nie pracował i nie zarabiał,—tam nie może być mowy o odszkodowaniu. Wyobraźmy sobie, że ktoś ubezpieczył swe zasiewy od gradobicia. I istotnie grad zbił mu pole do nagiej ziemi, ale zboża nie pobił, gdyż już dawniej zostało ono zniszczone np. przez szarańczę, od której nie było ubezpieczone lub też było ubezpieczone w innem towarzystwie, za inną polisą. Czy w tym wypadku poszkodowany może rościć pretensje do odszkodowania za gradobicie?

Należy przytem wyodrębniać dwa odmienne pojęcia: uprawnienie do świadczeń i prawo do wykorzystania tych uprawnień. Każdy obowiązkowo ubezpieczony (stale zatrudniony) z chwilą gdy przystąpi do zatrudnienia, na podstawie którego podlega obowiązkowi ubezpieczenia, nabywa uprawnień do wszelkich świadczeń Kasy Chorych (za wyjątkiem zasiłku połogowego i dla karmiących członkiń). Jednakże, by ubezpieczony miał prawo te uprawnienia zrealizować — muszą wystąpić określone, przez Ustawę przewidziane okoliczności: zachorowanie, połóg, śmierć, utrata zdolności i t. p. Gdy okoliczności te wystąpią w czasie, kiedy obustronne zobowiązania pomiędzy Kasą i ubezpieczonym istnieją (obowiązek udzielania świadczeń i obowiązek należenia do Kasy), wtedy ubezpieczony ma prawo swe uprawnienia realizować. Gdy pomienione okoliczności wystąpią już po ustaleniu wzajemnych zobowiązań, ubezpieczony nie może na ich podstawie realizować uprawnień, bo i same uprawnienia już nie istnieją z chwilą, gdy porzuciwszy zatrudnienie przestał być członkiem Kasy. Chyba, że korzysta z art. 12 lub 36 II Ustawy.

Nie wynika z tego, aby nie miał prawa i nadal się leczyć. I owszem, może kończyć rozpoczętą kurację, bo do tego nabył praw przed opuszczeniem zatrudnienia, kiedy jeszcze był członkiem Kasy. Nabył praw nie do określonej ilości porad lekarskich, a do „pomocy lekarskiej, która rozpoczyna się od pierwszego dnia choroby i trwa, o ile choroba wcześniej się nie skończy, nie krócej jak 26 tygodni", względnie 39 tygodni. (Art. 23 Ia Ustawy).

A więc reasumując, dojdziemy do przeświadczenia, że:

1) Kto rozpoczął kurację, a potem opuścił zatrudnienie, jednakże zdolności do pracy nie stracił, ten z chwilą faktycznego przerwania pracy przestał być członkiem Kasy Chorych i utracił prawo do wszelkich świadczeń, a w tem i do zasiłków pieniężnych. Może tylko, on i jego uprawniona rodzina, kończyć rozpoczęte kuracje.

2) Kto pobiera zasiłki, ten z chwilą, gdy odzyska zdolność do pracy, a do pracy powróci, traci prawo do wszelkich świadczeń Kasy Chorych, a w tem do zasiłków pieniężnych. Może tylko, on i jego uprawniona rodzina, kończyć rozpoczęte kuracje.

Prawda, że przy takiej interpretacji art. 23 i 12 w wielu wypadkach bywają pokrzywdzeni robotnicy budowlani i wogóle pracownicy, którzy często zmieniają miejsce pracy i pracodawcę. Napotykają oni często nieprzezwyciężone trudności przy ubieganiu się o zasiłki pieniężne na podstawie art. 36, II, gdy muszą wykazać, że pracowali nie mniej, niż 26 tygodni w ciągu roku wstecz. Sprawa ta domaga się jaknajszybszego rozwiązania, musi być jednak ujęta w innej płaszczyźnie i tu dla braku miejsca nie może być omawiana.

Edward Łopuszański.

***

W dziale tym umieszczać będziemy głosy naszych współpracowników, na temat praktycznej interpretacji ustawy, jako wolne głosy dyskusyjne.

KRONIKA.

ZWIĄZEK PRACOWNIKÓW KAS CHORYCH I INST. UB. SPOŁ R. P.

Ukazało się sprawozdanie drukowane Związku tego za czas od 12 lipca 1925 r. do 1 października 1927 r. Związek pracowników Kas Chorych jest największym Związkiem Zawodowym ze wszystkich organizacyj zawodowych na terenie Kas Chorych. Ma on 4.444 członków w 62 oddziałach. Członkowie ci stanowią zapewne około $2/3$ ogółu pracowników Kas Chorych. Działalność tej organizacji ma z tych powodów dla naszych K. Ch. bardzo poważne znaczenie. O rozwoju tej organizacji świadczą cyfry następujące:

Ruch członków w okresie od 1.X.1925 do 1.X.1927 przedstawiał się jak następuje:

	męż.	kob.	młod.	razem
1.X. — 1925 r.	1660	819	—	2479
przybyło	1499	1064	32	2595
ubyło	344	263	23	630
1.X — 1927 r.	2815	1620	9	4444

Liczba członków w poszczególnych Okręgach wynosi:
W Okręgu Warszawskim w 10 Oddziałach 1015 czł.
W Okręgu Krakowskim w 16 Oddziałach 1533 czł.
W Okręgu Lwowskim w 18 Oddziałach 640 czł.
W Okręgu Łódzkim w 7 Oddziałach 802 czł.
W Okr. Poznańsko - Pomorskim w 5 Oddziałach 247 czł.
W Okręgu Wileńskim w 6 Oddziałach 207 czł.

Wydział Wykonawczy Związku omawiając w sprawozdaniu działalność organizacji w ciągu okresu sprawozdawczego, stwierdza:

1) dwukrotne powiększenie liczby Oddziałów i członków Związku,

2) utworzenie Oddziałów o normalnej liczbie członków,

3) powstanie 4 Zarządów Okręgowych,

4) znaczne postępy w pracy nad utrzymaniem wewnętrznej organizacji Związku, oraz nad ujednostajnieniem trybu urzędowania poszczególnych organów Związku.

Doceniając ogromne znaczenie, jakie może mieć dobrze redagowane pismo dla całokształtu prac i spoistości Związku

Zarząd poświęcił dużo wagi i dużo energji, by organ związku „Sprawa Ubezpieczeń Społecznych" na jak najwyższym mógł stanąć poziomie i możliwie regularnie się ukazywał.

To, co w ciągu okresu sprawozdawczego osiągnięto uważać można za rezultat przynajmniej zadawalający. Przystępując przed trzema blisko laty do wydawania „Sprawy" redakcja, jako cel postawiła sobie: 1) dążenie do utrwalenia i rozbudowy ubezpieczeń społecznych, 2) stać na straży obrony praw i interesów pracowników i wreszcie, 3) w działaniu swem i w obronie spraw swych członków twardo stoi na gruncie apolityczności, nie forytując, ani też nie upośledzając nikogo.

Zadania te starała się redakcja wypełnić, pragnąc, by „Sprawa Ubezp. Społ." była żywa, pełna zawsze bogatego i różnorodnego materjału, zwłaszcza, że przez długi czas pismo to niemal, że było jedynym w Polsce organem poświęconym sprawie obrony i propagandzie idei ubezpieczeń społecznych. Główny jednak wysiłek redakcji skoncentrowany był w kierunku obrony praw i interesów członków Związku.

Równocześnie redakcja starała się przez odpowiedni dobór artykułów kształcić swych czytelników, wychowywać z nich wszechstronnych, o szerokim poglądzie, fachowym ubezpieczeniowców. Nie ograniczano bynajmniej sfery badań i obserwacyj do tematów ściśle z pobudową i funkcjonowaniem jedynie tylko Kas Chorych związanych, owszem w równej niemal mierze poświęcano uwagę i każdej innej instytucji ubezpieczenia społecznego.

Atoli redakcja zupełnie świadomie nie starała się treści pisma wciskać w ramy li tylko zagadnień czysto i wyłącznie fachowych. Licząc się bardzo poważnie z rodzajem i charakterem swych czytelników, ludzi najczęściej wysoce uspołecznionych i biorących czynny udział w życiu politycznem, reagującym żywo na każde nowe wydarzenie na polu czy to społecznem, czy gospodarczem nawet, redakcja starała się w sposób możliwie objektywny i spokojny.

Sprawozdanie obejmuje działalność Zarządu Głównego i Wydziału Wykonawczego. Prac Zarządów Okręgowych i Oddziałów nie omawia. Wynika to ze struktury organizacyjnej Związku, która zapewnia Okręgom znaczną samodzielność. Sprawozdania Okręgowe, składane na Konferencjach Okręgowych, drukowane były w „Sprawie Ubezpieczeń".

Ciekawe jest również sprawozdanie finansowe Związku. Dochody tej organizacji opierały się prawie wyłącznie na składkach. Na 72.000 zł. ogólnej sumy dochodów — 68.000 dały składki, 1000 zł. zbiórki. Największą pozycję wydatków stanowiły wydatki na pismo (27.000 zł.), oraz pensje pracowników (10.000 zł.). Związek posiada już pewien majątek, wynoszący — jak wynika z bilansu, około 20.000 zł.

Zarządy naszych Kas Chorych śledzić muszą z największem zainteresowaniem działalność każdej organizacji zawodowej, działającej wśród jej pracowników. Silna i dobrze prowadzona organizacja zawodowa, rozumiejąca zadania Kas Chorych, ich specyficzny charakter, jest zawsze pożądanym czynnikiem współpracy na terenie Kas Chorych.

WALNE ZEBRANIE LEKARZY R. P.

odbyło się w Krakowie dnia 18 grudnia r. ub. Na porządku obrad były sprawy, które nasze Kasy Chorych bardzo interesują, a mianowicie: „Projekt nowej ustawy o Kasach Chorych". „Sprawa Obwodu Radomskiego", „Cele i zadania Związku Lekarzy R. P." i t. d.

W oficjalnym organie Związku w „Nowinach społ.-lekarskich" ogłoszono (Nr. 18) tylko tezy referatów. Oficjalnego sprawozdania niestety dotychczas nie otrzymaliśmy. Wobec tego, z obowiązku publicystycznego, ograniczymy się do podania wrażeń uczestnika Zjazdu p. D-ra Jeżewskiego, ogłoszonych w „Lekarzu Polskim" (Nr. 1). Pan Dr. Jeżewski stwierdza, iż Zjazd ten miał „niezwykły charakter". Nietylko dla tego, że nadano mu tytuł „nadzwyczajnego" ale przedewszystkiem dla tego, że „zebranie to poświęcone zostało ustaleniu oblicza Związku w stosunku do kapitalnego zagadnienia ubezpieczeń społecznych na wypadek choroby".

„Zarząd Główny nie skoordynował zgłoszonych przez siebie referatów z wnioskami, jakie komisja wnioskowa, w której Zarząd Główny miał większość przedstawiła zebraniu, jeszcze przed rozpoczęciem nawet tego logarytmu dyskusji, jaka była na Zjeździe. Skutkiem tego byliśmy świadkami, niepozbawionego pewnej dozy humoru, faktu, że Dr. Konkiewicz, naczelny redaktor organu Związku, członek Zarządu Głównego, wygłaszający z ramienia tegoż Zarządu podstawowy referat na temat „Projekt nowej ustawy o Kasach Chorych", pozostał dosłownie odosobniony wraz ze swymi bardzo oryginalnymi poglądami na Kasy Chorych. Wnioski, przedstawione przez Komisję wnioskową, nietylko nie wynikały z referatu Dr. Konkiewicza, ale niektóre wprost jemu przeczyły. Przeszły one jednogłośnie, co dowodzi, że również i cały Zarząd Główny głosował za niemi. I znowu podnieść należy wyrobienie społeczne Związku, który nawet nie zastanawiał się nad dziwnemi zastrzeżeniami Dr. Konkiewicza, co do podwyższenia zasiłku połogowego, obniżenia składek, rozszerzenia świadczeń dla rodzin i t. p., przechodząc nad niemi do porządku dziennego.

Wnioski, których autentyczny tekst podany zostanie po nadesłaniu przez Zarząd Główny urzędowego komunikatu, wykazują daleko posuniętą ewolucję w pojęciach o zadaniach Związku. Fakt, że główny w nich nacisk położono na konieczność oparcia Zarządu Kas Chorych na czynniku fachowym, że zażądano uniezależnienia lekarza naczelnego od władz kasowych, że żądano bezwzględnej samodzielności lekarza naczelnego w wykonywaniu budżetu leczniczego, dowodzi, że wolny wybór lekarza przestał być celem, a został tem, czem powinien być, w chwili obecnej, to jest środkiem. Zresztą we wnioskach uchwalonych znajduje się ustęp, wyraźnie wskazujący, że system ambulatoryjny, nie jest przeszkodą przy wstępowaniu w szeregi związku ani nie jest już miernikiem uczciwości lekarskiej, jak to chcieli narzucić niektórzy wybitni działacze poznańskiego obwodu".

Ograniczamy się narazie do tej krótkiej notatki. Przypuszczamy, że referaty zostaną ogłoszone, wówczas znajdzie się sposobność do zajęcia stanowiska.

TAKSY SZPITALNE W MAŁOPOLSCE.

Tymczasowy Wydział Samorządowy we Lwowie ustalił dla Małopolski od 1 stycznia r. b. następujący cennik szpitalny:

I klasa	12—14.—	zł.	zależnie	od	miasta
II „	8—10.50	zł.	„	„	„
III „	3.60—5	zł.	„	„	„

Kasom Chorym przysługuje z tego cennika III kl. 50 procentowa zniżka.

Jeśli więc w Małopolsce dzienny koszt utrzymania chorego ustalony został na 3 zł. 60 do 5 zł., to ostatnia stawka odnosi się tylko dla Krakowa i Lwowa, nie ma uzasadnienia, by w niektórych miastach i sejmikach dzienna stawka szpitalna w III kl. wynosiła od 8 — 10 zł. Wojewódzkie Urzędy Zdrowia, które w myśl ustawy szpitalnej zatwierdzają cenniki szpitalne, winny bliżej zapoznać się z metodami ustalenia taks szpitalnych.

NIE TĘDY DROGA.

Pan Dr. Wacław Jeżewski jest bardzo zmartwiony, że w projekcie ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych nie ma słowa o kasach chorych, a przecież „budżet — pisze w artykule wyżej zatytułowanym w „Lekarzu Polskim" Nr. 1 1928— dorównuje bez mała budżetowi państwowemu". Kto chce krytykować, musi przedewszystkiem znać przedmiot poddany analizie krytycznej. Musimy przeto pouczyć pana Dr. Jeżewskiego, że w r. 1925 wynosił przypis składek we wszystkich kasach chorych w Polsce 131 milj. zł. Z roku 1926 zestawienia jeszcze niemamy — ogólny przypis wynosił jednak maksymalnie około 180 — 200 miljonów zł. Czyż cyfra ta dorównuje bez mała budżetowi państwa, który wynosi przeszło 2 miljardy zł.? Jeżeli się pisze o budżetach, przypuszczać należy, że budżety i Państwa Polskiego i kas chorych dobrze są znane piszącemu.

Jeszcze w dalszym ciągu swego artykułu okazuje autor dużo ignoracji z zakresu wiadomości o kasach chorych „obejmujących — zdaniem autora — prawie połowę ludności Państwa". Musimy znowu pouczyć autora, że kasy chorych w Polsce mają mniej więcej 1.8 milj. ubezpieczonych, a z rodzinami 4 miljony dusz.

Czyż 4 miljony stanowią połowę ludności Państwa? Niechaj odpowie na to pytanie autor. Przeto nie „tedy droga do krytyki" i dlatego radzimy przed zabraniem się do niej „disce puer latinam"? **Hak.**

***

LECZENIE INWALIDÓW W NIEMCZECH W ROKU 1926.

Ciężar leczenia wszystkich chorych (ubezpieczonych) obciąża u nas Kasy Chorych. Jak wielką rolę mogą w tej dziedzinie odegrać instytucje ubezpieczenia inwalidzkiego, świadczy ostatnie sprawozdanie urzędowe o działalności ubezpieczenia inwalidów wojennych w Niemczech.

W roku 1926 leczyły w Niemczech organizacje ubezpieczenia inwalidzkiego 268.069 osób, a mianowicie 158.118 mężczyzn i 109.951 kobiet. Koszt leczenia wynosił 50.152.498 mk. niemieckich (1 mk. = 2.15 zł.). Część tych kosztów pokryły Kasy Chorych i inne instytucje ubezpieczeń społecznych. Zwrot ten wynosił w roku sprawozdawczym ogółem 14.7 miljonów mk. Ponadto ubezpieczeni od inwalidztwa otrzymali tytułem zasiłków 4.8 miljonów mk.

O akcji zwalczania poszczególnych chorób, dowiadujemy się ze sprawozdania szczegółów następujących:

W roku 1926 leczono 48.697 osób chorych na gruźlicę płuc i gardła, kosztem 25.6 miljonów marek. Oprócz tego leczono niestale 456 osób, kosztem 42.338 mk. Na gruźlicę kości i stawów leczono 197 osób, wydając na ten cel 139.351 marek.

Leczenie chorób wenerycznych kosztowało (13.371 osób) 985.600 mk. Ponadto leczono stale na inne choroby 51.576 osób, niestale 153.371 osób, kosztem 15 miljonów, względnie 8.2 miljonów marek.

Przeciętny koszt leczenia (stałego) gruźlika wynosił 526.54 mk., względnie 7.55 dziennie. Przeciętny czas leczenia wynosił 70 dni w roku. Koszt leczenia jednego chorego wenerycznie wynosił 135.39 mk., względnie 2.77 mk. dziennie. Leczenie trwało przeciętnie 49 dni.

W roku 1926 leczono na choroby zębów 149.234 osób (85.363 mężczyzn i 63.871 kobiet). Koszt leczenia wynosił ogółem 7.9 miljonów marek.

Instytucje ubezpieczenia inwalidzkiego rozwijają w Niemczech bardzo żywą działalność w dziedzinie lecznictwa sanatoryjnego, którego rozwój przedstawiał się następująco:

Rok	Sanatorja własne lub wynajęte dla chorych na płuca	Liczba łóżek	Sanatorja, lecznice, szpitale, domy dla uzdr.	Liczba łóżek	Razem	
						Liczba łóżek
1900	9	829	7	378	16	1207
1925	51	7161	47	5808	98	12969
1926	58	7658	50	5988	108	13846

W lecznicach organizacyj ubezpieczenia inwalidzkiego leczono (żywiono) w r. 1926 — 91.879 osób (z dziećmi włącznie), a mianowicie 38.720 w lecznicach dla chorób płucnych, zaś 51.159 w innych lecznicach. Koszty prowadzenia tych instytucyj (własnych) stale wzrastają i wynosiły w roku sprawozdawczym 26.8 miljonów marek.

Niezależnie od leczenia, niemieckie instytucje ubezpieczenia inwalidzkiego przedsiębrały szereg akcyj o charakterze ogólnym (allgemeine Massnahmen) celem zapobiegania chorobom (działalność profilaktyczna). Wydatki na ten cel wynosiły w roku 1926 — 9.2 miljonów marek, zaś w roku 1913 tylko 1.4 miljonów marek. Wydatki na opiekę nad matką ciężarną wynosiły 315.489 marek, subwencje na ten cel dla gmin, stowarzyszeń i t. d. 1099 tysięcy. W roku 1926 umieszczono 34.090 dzieci w domach odpoczynkowych, w lecznicach specjalnych, kąpielach i t. d., kosztem 3.1 miljonów marek.

O organizacji poradni dla chorych wenerycznie czytamy w sprawozdaniu:

W roku 1923-24 musiano, w wyniku stosunków gospodarczych, zamknąć 86 poradni. Instytucje ubezpieczenia inwalidzkiego, dzięki poważnym wysiłkom, zdołały wówczas utrzymać w ruchu 11 poradni. W roku 1925 otwarto ponownie poradnie zamknięte, tak, że wówczas czynnych było 164 poradnie, z tego 138 własnych, a 26 subwencjonowanych. W roku 1927 (1-sze półrocze) przybyło ponadto 5 nowych. Wskutek tego wzrosły oczywiście i koszty utrzymania poradni. W roku sprawozdawczym uznano w nich 55.566 osób chorych na rozmaitego rodzaju choroby weneryczne.

W myśl ustawy niemieckiej instytucje ubezpieczenia inwalidzkiego mają prawo lokowania części swych rezerw w pożyczkach na cele społeczne. W roku 1913 majątek tych instytucyj wynosił 2.1 miljardów marek, z czego 1.2 miljarda ulokowano w instytucjach społecznych. Po uzdrowieniu finansów i wprowadzeniu waluty stałej, majątek ich wynosił dnia 1.I-1924 zaledwie 255 miljonów marek.

Nędza mieszkaniowa skłania instytucję ubezpieczenia inwalidzkiego do udzielania pożyczek spółdzielniom budowlanym. Z końcem roku 1925 udzielono pożyczek budowlanych na sumę 60.7 miljonów mk., suma ta podniosła się z końcem roku 1927 do kwoty 116.8 miljonów mk.

Na budowę domów robotniczych wydano w roku 1924 — 1925 — 33.2 miljonów marek, w roku 1926 — 24.5 miljonów mk., czyli ogółem 57.7 miljonów mk.

Ponadto instytucje ubezpieczeń inwalidzkich wydały w roku 1926 na cele ogólnej opieki społecznej 14.5 miljonów mk.

Tak przedstawia się, w najogólniejszych cyfrach, działalność instytucyj ubezpieczeń inwalidzkich w Niemczech.

Trudno nam oczywiście przesądzić, czy i w jakiej mierze spełniły instytucje te, nałożone na nie zadanie. Jednak już ogłoszone cyfry świadczą, jak niezbędną instytucją są ubezpieczenia inwalidzkie, jak wielką rolę spełniają.

SPRAWOZDANIE WĘGIERSKICH KAS CHORYCH.

Ukazało się sprawozdanie z działalności węgierskich Kas Chorych za rok 1926.

W roku sprawozdawczym liczba ubezpieczonych na wypadek choroby wynosiła 933.007 osób. Jest to odsetek w stosunku do ogółu ludności bardzo wysoki, albowiem Węgry mają 7 — 8 miljonów mieszkańców. Ubezpieczeni byli w ⅔ członkami Kas terytorjalnych (661.538 ubezpieczonych) reszta zaś w rozmaitych kasach zastępczych. Największą liczbę członków miały z Kas Zastępczych kasy zakładów komunikacyjnych (152.932 osób). Wysławiane (u nas) kasy fabryczne miały zaledwie 25.888 członków. Widzimy, że nawet tam, gdzie istnieje możliwość zakładania kas zastępczych, szczególnie fabrycznych, kasy te faktycznie nie powstają, lub mają minimalną liczbę członków.

W myśl ustawy istnieje na Węgrzech t. zw.: „Ubezpieczalnia krajowa", której organami miejscowemi są kasy rozmaitych typów. Zakład ten odgrywa ogromną rolę, albowiem miał on 689.140 członków w swoich oddziałach miejscowych.

Ciekawą ilustracją działalności instytucji tej są jej wydatki. Podajemy, tylko w odsetkach, albowiem tylko te cyfry mają dla nas pewną wartość praktyczną.

	Na 100 ogółu wydatków.
Zasiłek chorobowy wynosił	35.7
„ połogowy „	1.4
„ dla ciężarnych „	3.1
„ na karmienie „	1.6
Koszty pomocy akuszeryjnej wynosiły	0,9
Lekarstwa „	8.8
Koszty szpitalne	13.3
Kąpiele i sanatorja „	4.3
Lekarze „	12.4
Zasiłek pogrzebowy „	1.3
Administracja „	9.1
Fundusz zapasowy „	5.5
Razem:	97.4

Zaległości składek są bardzo wysokie. Wynoszą one na 500 miljonów koron węgierskich ogółu składek 176 miljonów koron węgierskich, a więc przeszło 30%.

KILKA CYFR Z DALEKIEJ AUSTRALJI.

Można bez przesady powiedzieć, że jednym z najbardziej demokratycznych i najkulturalniejszych kontynentów świata jest młoda Australja, która pod wieloma względami, zarówno w zakresie urządzeń politycznych, jak zwłaszcza w zakresie urządzeń społecznych, znacznie wyprzedziła starą cywilizację europejską. Rozumie się, że i w zakresie ubezpieczeń społecznych i opieki społecznej uczyniono tam więcej, niż w niejednem państwie europejskiem, chociaż drogi rozwoju i formy tych urządzeń znacznie odbiegają od wzorów europejskich i może najwięcej wspólnego mają z instytucjami angielskiemi.

Nader interesujące informacje o tych urządzeniach podał **C. H. Wickens** w referacie, wygłoszonym na VIII Międzynarodowym Kongresie Ubezpieczeniowym w Londynie. Podajemy z niego następujące szczegóły:

1. Zabezpieczenie starości. Prawo do renty starczej w wymiarze 1 funta st. (43,50 zł.) tygodniowo przysługuje każdemu mężczyźnie od 65 i każdej kobiecie od 60 roku życia, o ile przebywają w Australji conajmniej od 20 lat i nie posiadają, licząc z rentą włącznie, więcej, jak 84 f. st. 10 szyl. (czyli około 3.680 zł.) dochodu na rok. Wydatek na te renty płynie ze Skarbu Państwa. W połowie 1926 r. było ogółem 126.918 takich rencistów, co stanowi około 21% ludności i około 36% wszystkich osób w wieku uprawnionym do poboru renty. Ogólna suma roczna tych rent wynosiła 6,324.000 f. szt. (czyli 275 miljonów zł.).

2. Renty inwalidzkie. Rentę inwalidzką może otrzymać każda osoba powyżej 16 roku życia, jeśli jest trwale niezdolną do pracy i w chwili nastania niezdolności zamieszkuje w kraju conajmniej od 5 lat. Renta inwalidzka wynosi również 1 f. st. tygodniowo i uzależniona jest od takich samych warunków (granica dochodów), jak renta starcza. Renty te, pokrywane również ze Skarbu Państwa, płacone były w połowie 1926 r. 48.803 osobom w ogólnej sumie rocznej 2, 488.000 f. sz. (= 108 miljonów zł.).

KSIĄŻKI I CZASOPISMA.

POD ADRESEM REDAKCJI „LEKARZA POLSKIEGO".

Otrzymaliśmy następujące pismo:

Kasa Chorych m. Warszawy w budującem się ambulatorjum przy ul. Wolskiej uwzględniwszy jak najszerzej urządzenia przyrodolecznicze zaprojektowała jednocześnie urządzenie pływalni. Zdawałoby się, że takie zamierzenia powinnyby być zrozumiane i życzliwie ocenione na łamach prasy lekarskiej. Niestety, rzecz ma się zgoła inaczej, bo oto z tego powodu w redagowanym przez p. D-ra Jerzego Bujalskiego nb. lekarza Kasy Chorych „Lekarzu Polskim", zjawił się pełen zjadliwych wycieczek artykuł „Pływalnia Kasy Chorych", podpisany wstydliwie literą „M".

Na artykuł powyższy zareagował w pełnem umiaru liście Naczelny Lekarz Kasy Chorych, prostując nieścisłe zarzuty p. M. List ten wywołał zjadliwą odpowiedź, nie podpisaną nawet jedną literą. Uważamy za konieczne zabrać w tej sprawie głos w celu wykazania bezpodstawności zarzutów widocznej nawet dla laika.

Przez zamieszczenie wspomnianej odpowiedzi redaktor „Lekarza Polskiego", Dr. J. Bujalski, popełnił zabawną niekonsekwencję. Mianowicie, jako redaktor odpowiedzialny na wstępie odpowiedzi na list D-ra Grodeckiego występuje w sposób wyraźny i zdecydowany przeciwko urządzeniu pływalni przez Kasę Chorych, uważając ją za zbędną dla ubezpieczonych.

Tymczasem w tym samym numerze „Lekarza Polskiego" autorzy aż dwuch artykułów: Dr. Wł. Judym i M. Prażmowska, ubolewając z powodu braku pływalni w Polsce i nawołują o urządzenie pływalni, jako niezbędnych przy realizacji wymogów higjeny i kultury fizycznej.

Stąd wniosek jasny, że pływalnie są dobre, jeżeli urządzane są nie przez Kasy Chorych, natomiast są niepotrzebne i złe w Kasach Chorych.

Przejrzyjmy kolejno dalsze zarzuty anonimowego autora odpowiedzi.

A więc domaga się on założenia przez Kasę Chorych szpitala. Niewątpliwie posiadanie własnego szpitala ogólnego jest b. pożądane dla Kasy Chorych. Jednak nie wolno zapominać, że Kasa Chorych istnieje dopiero siedem lat, że najpierw musi stworzyć odpo-

wiednią sieć najpotrzebniejszych instytucji, t. j. ambulatorjów, sanatorjów, Zakładów specjalnych itd., a dopiero po zaspokojeniu tych potrzeb można będzie przystąpić do dalszej nadbudowy organizacji lecznictwa, jaką stanowią szpitale, tembardziej, że obecnie Kasa Chorych ma pełną możność korzystania z licznych szpitali miejskich.

Pan Redaktor, Dr. Bujalski, widocznie nie chce zrozumieć, że nie odrazu można wszystko stworzyć i że zwłaszcza przy warunkach finansowych Kas Chorych, wszelkie inwestycje muszą następować w pewnej określonej kolejności. A wszak od b. wice-ministra zdrowia można byłoby spodziewać się innego zrozumienia tego zagadnienia.

Prawdą jest, że na prześwietlania w gabinecie rentgenologicznym Kasy Chorych trzeba czekać po parę tygodni, ale jest to wyłączna zasługa tych lekarzy kasowych, którzy nie wyzyskawszy innych metod djagnostycznych, a mając do dyspozycji tak kosztowny aparat, korzystają zeń w zakresie jaknajszerszym i nie zawsze dającym się uzasadnić istotną potrzebą.

Natomiast sprawa rzekomego zmniejszenia zasiłków położniczych, tendencyjnie jest przedstawiona fałszywie. Może to jest ignorancja autora, a może przeczenie ze strony redaktora Dr. Bujalskiego, który tak drobiazgowo zanalizował sprawozdania z działalności Kasy Chorych, że zdawałoby się, że powinienby pamiętać, że w roku 1926 było porodów o 2.000 zgórą mniej, niż w roku 1925. A więc jeżeli zmniejszyła się ogólna suma zasiłków, to nie znaczy bynajmniej, ażeby uległa jakiejś zmianie wysokość zasiłków połogowych, a niestety zarówno autor, jak i redaktor, tej prostej prawdy nie chcą dostrzec.

Nie zadawalnia autora 20.000 kąpieli leczniczych, wydanych w roku 1926. Jak widać z treści „odpowiedzi", autor kąpiele lecznicze identyfikuje z kąpielami zwykłemi. Bo czyż wszyscy ubezpieczeni mają otrzymywać kąpiele lecznicze? Gdyby autor zastanowił się nad tem, co napisał, to prawdopodobnie nie byłoby potrzeby zbijania i wytykania tych nonsensów. Stawianie na wzór Warszawskiej Kasie Chorych Czeskich Kas Chorych świadczy najlepiej o nieznajomości stosunków w Czechosłowacji.

A teraz omówmy sprawę recept.

Autor przytacza wyjątki z zarządzeń Naczelnego Lekarza i rozdziera szaty z powodu dążenia do normowania wydawanych leków. Oburza go wszystko, ale ciekawe byłoby, jakby chciał mieć urządzoną tę sprawę.

Oburza go fakt istnienia lekospisu. Można stąd wnioskować, że chciałby mieć nieograniczoną możność zapisywania wszystkich, istniejących leków, tylko zapomina, że Kasa posiada ograniczone ściśle wpływy i nie może pozwalać sobie na nieograniczoną rozrzutność, najzupełniej zresztą zbędną, gdyż lekospis Kasy jest stale rozszerzany i zawiera wszystkie potrzebne do leczenia środki.

Oburza go dążenie do ograniczenia dawkowania leków i znów nie myśli ani przez chwilę, że racjonalne leczenie nie polega na zapisywaniu litrów mikstur, kilogramów proszków, czy kilometrów bandaży, ale na stosowaniu odpowiednich środków, zmienianych w miarę postępowania leczenia. A zatem zapisywanie większych ilości leków jest karygodnem marnotrawieniem składek ubezpieczonych, których wszak mandatarjuszem jest Kasa Chorych. I właśnie okoliczność, że lekarstwa Kasy Chorych były magazynowane w mieszkaniach ubezpieczonych i sprzedawane na placu Kercelego, nakłada na Kasę Chorych, a w pierwszym rzędzie na Naczelnego Lekarza obowiązek niedopuszczania do nadużyć w tym względzie. W konsekwencji konieczna jest kontrola recept, gdyż, taki jest przyjęty na całym świecie porządek, że zarządzenia władzy muszą być wykonywane, a kto nie chce im się podporządkować — musi odejść.

Jak widać z wszystkiego wyżej powiedzianego, omawiana „odpowiedź" stanowi zlepek nonsensów, złośliwych i zjadliwych wycieczek osobistych, oraz nieprzemyślanych zarzutów, których tendencja jest aż nadto wyraźna i przejrzysta. Wobec coraz sprawniejszego funkcjonowania Kasy, chodzi o zanarchizowanie jej, o wprowadzenie chaosu do lecznictwa, o doprowadzenie jej do kryzysu finansowego. Że starają się o to lekarze wrogo usposobieni względem Kasy Chorych, to jest zupełnie zrozumiałe, ale, że bierze w tem udział lekarz Kasy Chorych, Dr. Bujalski zamieszczając podobne elakubracje w redagowanym przez siebie piśmie, to już jest, delikatnie i oględnie mówiąc, nieprzyzwoite.

Bezstronny Obserwator

NOWINY SPOŁECZNO - LEKARSKIE (Nr. 2) ogłaszają artykuł znanego uczonego p. prof. Jonschera (Poznań) p. t.: „O etyce lekarskiej". Autor stwierdza, iż „etyka lekarska normuje stosunek i zachowanie się lekarzy: 1) do chorego, 2) do kolegów, a w ostatnim czasie siłą rzeczy obejmuje również 3) stosunek do pracodawcy, przedewszystkim do Kas Chorych.

„Stosunek lekarzy do Kas Chorych był, zdaniem naszem, w dużym stopniu powodem obniżenia się powagi stanu lekarskiego (podkreślenie autora. Red.), a nie odwrotnie, jak się to zwykle przedstawia". Znalezienie się bowiem bez winy w warunkach niesprzyjających, często wrogich, nigdy nie byłoby obniżyło powagi stanu lekarskiego, gdybyśmy jako stan zareagowali na to inaczej. Mam wrażenie, że ulegliśmy zbytnio masowej i powszechnej w całej prawie ludzkości sugestji idei walki o byt i wskutek tego występowaliśmy w tej przykrej i uciążliwej (zwykle koniecznej) walce z Kasami Chorych, zbyt często wyłącznie jako związek klasowy, **a nie potrafiliśmy dostatecznie przekonać wszystkich, że nie chodzi nam rzeczywiście i szczerze wyłącznie o nasz byt materjalny, że nie zatraciliśmy naszych wzniosłych ideałów!** (Podkreślenie autora — Red.).

Mówi się często o zubożeniu, o sproletaryzowaniu lekarzy przez Kasy Chorych i o upadku wskutek tego znaczenia lekarskiego: Nic fałszywego. Po pierwsze dlatego, że to zubożenie nie jest znowu bynajmniej tak rozpaczliwe, naturalnie tam, gdzie Kasy wywiązują się z swych zobowiązań. Lekarze na prowincji żyją z praktyki kasowej zupełnie dostatnio, a w miastach większych (z wolnym wyborem lekarzy) część cieszy się dobremi dochodami, znaczna większość jest rzeczywiście skazana na dochody skąpe. Ale czyż dawniej nie było proletaryzacji dużego odsetka lekarzy w większych miastach? Tylko że dawniej lekarz sumienny, dobrze przygotowany fachowo, po pewnym czasie zwykle dochodził do dobrych warunków bytu, obecnie do tego samego celu dochodzi zwykle tylko obrotniejszy, i to daleko szybciej, bo często bezpośrednio po opuszczeniu uniwersytetu.

Idę dalej. Nawet gdyby sytuacja finansowa lekarzy była obecnie istotnie gorsza niż dawniej, to nie musi to koniecznie powodować obniżenia godności stanu lekarskiego. Przecież

urzędnicy, sędziowie, nauczyciele i t. d. mają się również obecnie znacznie gorzej pod względem finansowym niż dawniej, bez utraty swego znaczenia. Dla czegóżby stan lekarski miał tu stanowić wyjątek i jego moralny stan posiadania miał tak wybitnie zależeć od warunków materjalnych.

Kasy Chorych wyrządziły wielką krzywdę stanowi lekarskiemu, ale nie dlatego, że go zubożyły, ale dlatego, że udało im się (celowo, czy przypadkowo) obniżyć jego moralny stan posiadania. To musi przyznać każdy, kto nie posługuje się utartemi frazesami.

Walczmy więc o słuszne, rzeczywiste materjalne prawa stanu lekarskiego, nie pozwólmy jednak na to, by wysiłek ten opanował nas zbytnio i zagłuszył w nas myśli i uczucia ważniejsze".

Zacytowaliśmy prawie cały ustęp, odnoszący się do Kas Chorych, gdyż jest on ze wszech miar interesujący.

P. prof. Jonscher słusznie zupełnie stwierdza, iż istnieje nietylko zagadnienie stosunku Kas do lekarzy lecz także i odwrotnie. Na czem jednak polega walka o idealne interesy lekarzy i jak one się uzewnętrzniają? Łatwo bowiem stwierdzić, iż „Kasy Chorych wyrządziły wielką krzywdę stanowi lekarskiemu", że „udało im się (t. j. Kasom Chorych) obniżyć jego (t. j. stanu lek.) moralny stan posiadania", jednak dowodów słuszności tego twierdzenia nie znajdujemy w artykule.

Trudno w krótkiej notatce polemizować z wywodami Szan. Autora. Stwierdzić jednak musimy, że głos p. prof. Jonschera jest jeszcze jednym dowodem, że ogół lekarski nie odnosi się zupełnie bezkrytycznie do zarzutów, jakie Kasy Chorych stawiają lekarzom.

„WIADOMAŚCI KASY CHORYCH M. ŁODZI" przynoszą w numerze grudniowym artykuł lekarza naczelnego Kasy łódzkiej p. D-ra Tomaszewicza p. t.: „Gruźlica śród pacjentów Kasy Chorych m. Łodzi".

„Autor stwierdza, iż według obliczeń przeprowadzonych za czas od 1.2 do 1.9 r. b., t. j. za 7 miesięcy w przychodniach miejskich jak i Oddziałach Powiatowych Kasy Chorych m. Łodzi zarejestrowano 6.685 chorych na gruźlicę we wszystkich jej postaciach. Z wymienionej liczby chorych przypada 5.463 na gruźlicę płuc (grupa I), 700 na gruźlicę skóry i tkanki podskórnej (grupa II), 289 na gruźlicę kości i stawów (grupa III), 209 na gruźlicę układu chłonnego (grupa IV), 24 na gruźlicę we wszystkich innych postaciach (grupa V).

W tej liczbie ubezpieczonych było 4.233, członków rodzin 2.452 osoby, mężczyzn 3.139, kobiet 3.546. Przeszło połowa, bo 3.150 osób — to chorzy w wieku od 21 do 40 lat. Na tysiąc ubezpieczonych przypada 23,5 chorych na gruźlicę. Z ogólnej liczby gruźlików zmarło 662 osoby, t. j. 10 proc. Na tysiąc ubezpieczonych przypada 1,8 zgon. Na gruźlicę płuc zmarło 636 osób; 310 ubezp. i 326 czł. rodz. (mężczyzn 344, kobiet 292).

W tym okresie niezdolni do pracy otrzymali zasiłki: chorzy z grupy I-ej za 46.936 dni, z innych grup za 934 dni, razem za 47.870 dni. Niezdolność każdego chorego przeciętnie trwała 11 dni w ciągu 7 miesięcy.

W ciągu 6 miesięcy w szpitalach przebywały 874 osoby, t. j. blisko $^1/_8$ wszystkich chorych na gruźlicę wymagała leczenia szpitalnego. Liczba dni — łóżek wynosiła za ten czas 34.924.

W sanatorjum było 185 osób, a liczba dni — łóżek wynosiła 9.185.

Chorym na gruźlicę udzielono ogółem 29.130 porad ambulatoryjnych, z których 23.886 udzielono wyłącznie chorym na gruźlicę płuc (grupa I-sza). Z tych 23.886 porad przypada **na ubezpieczonych:** mężczyzn 9.874, na kobiety — 8.624 porady, **na członków** rodzin: mężczyzn — 1.310, kobiety — 4.078. Chorym, wykazanym w pozostałych grupach, udzielono 5.744 porady, z których przypada **na ubezpieczonych:** mężczyzn — 1.051 i kobiety — 921, **na członków rodzin:** mężczyzn — 2.322, kobiety — 1.450 porad.

Przedstawione tutaj dane są o tyle ciekawe, że warto się nad niemi nieco dłużej zatrzymać.

Umieralność śród uprawnionych do leczenia w Kasach Chorych wynosi 18 zgonów na 10.000 uprawnionych. Wedle danych „Der Stand der Tuberkulosebekämpfung in Frühjahr 1927" umieralność na gruźlicę płuc w Niemczech w roku 1925 spadła do 9,1 na 10.000 mieszkańców z 20.4 w r. 1918. W Berlinie śmiertelność w roku 1926 spadła do 10.84 z 30.49 w roku 1917 na 10.000 mieszkańców.

A więc u nas umieralność na gruźlicę płuc jest o dwa razy większa, niż obecnie w Niemczech i Berlinie, i mniej więcej taka, jak w Niemczech w r. 1918.

Brak miejsca nie pozwala nam niestety ogłosić całego artykułu.

Stwierdzić musimy, iż tego rodzaju prace także innych Kas Chorych, dałyby bardzo ciekawy materjał statystyczno - porównawczy, którego nam brak.

TREŚĆ:

Z. M. — Szpitale a Kasy Chorych.
Dr. Ryszard Kunicki. — Rada Wydziału lekarskiego w Krakowie, a szpital Kasy Chorych.
B. R. — Lewiatan w walce z prawdą.
Alfred Krieger. — Kasy Chorych a ubezpieczenie pracowników umysłowych.
Karol Jaroszewski. — Jaka powinna być statystyka w Kasach Chorych.
Dr. Franciszek Pajewski. — Ubezpieczenie robotników salinarnych w Polsce.
Dr. Buchheim. — Interpretacja ustawy z 19.V. 1920 r.
Edward Łoduszański. — Interpretacja art. 12 i 23 ust. z 19.V.1920 r.
Kronika.
Książki i czasopisma.

Prenumerata:

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

Cena ogłoszeń:

$^1/_1$ strona za tekstem 200 zł.
II, III i IV strony okładki 250 zł.

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

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

Składano w drukarni „Robotnika", Warecka 7. Odbito w drukarni R. Olesiński, Wł. Merkel i S-ka, Chłodna 37, tel. 69-46.