PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN OGÓLNO-PAŃSTWOWEGO ZW. KAS CHORYCH W POLSCE

ROK III | MIESIĘCZNIK | ZESZYT 5

WARSZAWA, 1 MAJ 1928.

MIECZYSŁAW BAUMGART.
Adwokat

SĄDOWNICTWO W ZAKRESIE UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH.

I.

Ustawodawstwo polskie w rozpatrywanej kwestji wykazuje szczególną i bardzo charakterystyczną dla niego lękliwość. O ile tylko jest to możliwe uchyla się ono od odpowiedzi stanowczej i trwałej w kwestji, przez kogo i w jaki sposób mają być rozstrzygane spory, wynikające z coraz bardziej rozrastających się ubezpieczeń społecznych; ogranicza się natomiast do postanowień tymczasowych, opartych na tym stanie rzeczy, jaki istniał za rządów austrjackich i niemieckich w dzielnicach, rządom tym podległych. Poza temi postanowieniami tymczasowemi w ustawach polskich zaznacza się tylko potrzebę odmiennego uregulowania materji tej, a zatem nie będącego zwykłem powtórzeniem wzorów zaborczych; to nowe uregulowanie wszakże stale odkładane jest na przyszłość.

Oczywiście, mowa tu o takich ustawach ubezpieczeniowych, które nietylko wydane są przez władze państwowe polskie, ale także ze względu na obszar, na którym obowiązują, — całe terytorjum Rzeczypospolitej, z wyjątkiem tylko podlegającego specjalnym postanowieniom województwa śląskiego, i ze względu na treść swoją, będącą samodzielnem rozwiązaniem tych zagadnień, które w danej dziedzinie powstają, — są z istoty swojej ustawami polskiemi, nie zaś tylko rozciągniętemi na znaczniejsze obszary Polski przedwojennemi, lub wojennemi ustawami jednego z państw zaborczych. Jest bowiem rzeczą zupełnie naturalną, że tego rodzaju ustawy, jak z 7 lipca 1921 r. (rozciągająca austrjackie ustawodawstwo o ubezpieczeniu od wypadków na górnictwo i maleńki skrawek Spiża i Orawy), lub z 30 stycznia 1924 r. (rozciągająca to samo ustawodawstwo na cały b. zabór rosyjski), żadnego własnego rozwiązania sprawy sądownictwa ubezpieczeniowego nie dają. Są one bowiem tymczasowe z całej swej istoty i mają na celu jedynie doraźne uporządkowanie pewnych szczególnie zaniedbanych stosunków, zanim można będzie ustalić pewien ład jednolity dla całego państwa. Wydając przeto wymienione ustawy, mające na celu wprowadzenie austrjackiego systemu ubezpieczenia od wypadków w całej Rzeczypospolitej oprócz b. dzielnicy pruskiej, sądzono, że w niedługim czasie zostanie ustalony jeden system ubezpieczenia tego dla całego państwa, a zatem niema potrzeby dokonywania gruntownych zmian w prawodawstwie austrjackim, którego braki w niektórych tylko punktach dawały się odczuć w sposób naglący. Pozostawiono zatem w mocy w tej dziedzinie austrjacki system sądownictwa ubezpieczeniowego: dla spraw o świadczenia — sąd rozjemczy z udziałem przedstawicieli pracowników i pracodawców oraz fachowców — techników pod przewodnictwem sędziego, delegowanego do tej czynności z pośród sędziów sądów powszechnych i spełniającego ją ubocznie, obok głównych swych obowiązków w sądzie powszechnym, do którego sędzia ten należy, przyczem sąd rozjemczy rozstrzyga bez odwołania, jest pierwszą i ostatnią instancją; dla sporów zaś o obowiązek ubezpieczenia (w tym systemie nie poszczególnych pracowników, lecz całych przedsiębiorstw i gospodarstw) i o opłaty — władze administracyjne wojewódzkie i centralne.

Mamy wszakże dwie ustawy ubezpieczeniowe o charakterze powszechnym i trwałym, obowiązujące w całej Polsce (poza Śląskiem) i regulujące samoistnie odpowiednie dziedziny ubezpieczenia na okres dłuższy, ani w tekście ustaw, ani w zamiarach ustawodawcy nie ograniczony. Są to: ustawa o ubezpieczeniu na wypadek choroby z 19.V. — 1920 r. i rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych. Obydwa te akty ustawodawcze, zarówno sejmowy, z 1920 r., jak pozasejmowy, z 1927 r., są dokładnie zgodne ze sobą o tyle, że żadnych trwałych

postanowień co do sądownictwa ubezpieczeniowego nie zawierają, a ograniczają się do wypowiedzenia postulatu dla przyszłego ustawodawstwa, iż sądownictwo ubezpieczeniowe ma powstać i że ma ono być powierzone władzom specjalnie w tym celu utworzonym, a zatem nie sądom powszechnym i nie administracyjnym władzom nadzorczym nad instytucjami ubezpieczeń społecznych (art. 85, 100 punkt d) i 106 ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby „organy sądowe urzędów ubezpieczeń", mające stanowić bądź instancję apelacyjną od orzeczeń Zarządu Kasy i Komisji Pojednawczej dla zatargów z lekarzami, bądź instancję apelacyjną i kasacyjną, art. 130 rozporządzenia o ubezpieczeniu pracowników umysłowych — „specjalne organa" dla rozstrzygania sporów „pomiędzy pracodawcami, ubezpieczonymi, lub uprawnionymi do świadczeń z jednej strony, a zakładem ubezpieczenia o roszczenia, przysługujące w myśl rozporządzenia niniejszego".

Natomiast na chwilę bieżącą, t. j. na cały okres aż do utworzenia owych przyszłych „organów sądowych", jako instytucji trwałej, obydwa prawa powyższe stwarzają prowizorjum (art. 106 ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby, art. 164 rozporz. o ubezp. pracowników umysł.), i to znowu oparte w obydwu wypadkach na tej samej zasadzie. W dzielnicach austrjackiej i pruskiej, gdzie odpowiednie działy ubezpieczenia istniały, a zatem ustanowione były również pewne władze dla rozstrzygania sporów z danego ubezpieczenia — władze te pozostają właściwe i nadal, natomiast dla b. dzielnicy rosyjskiej, gdzie ubezpieczeń tych ani organów sądowych w ich zakresie nie było — sądownictwo ubezpieczeniowe powierzone zostaje dość przypadkowo jednej z władz istniejących, która pewne spory rozstrzyga. Przyczem w postanowieniach, jaka to ma być władza, dwa omawiane prawa po raz pierwszy w materji naszej się rozchodzą: dla ubezpieczenia na wypadek choroby właściwemi organami sądowemi są tymczasowo powszechne sądy cywilne, dla ubezpieczenia zaś pracowników umysłowych (w zupełnie tego samego rodzaju sporach, jak o obowiązek ubezpieczenia poszczególnego pracownika, o opłaty za ubezpieczenie i t. p.) , a częściowo pomiędzy temi samemi osobami, gdyż pracownicy umysłowi są zarazem ubezpieczonymi na wypadek choroby, a pracodawcy ich są w obu ubezpieczeniach ci sami, władze administracyjne II-giej instancji oraz Ministerstwo Pracy. Podniesiona powyżej oględność polskich ustaw ubezpieczeniowych, co do organizacji sądownictwa ubezpieczeniowego da się objaśnić pośpiesznem, niekiedy gorączkowem tempem ich przygotowania, przy którem kwestje sądownictwa, jako poważnie wkraczające w ustrój administracyjny i sądowy państwa, nie mogą znaleźć należytego uwzględnienia.

II.

Na skutek prowizorycznego zachowania systemu austrjackiego i niemieckiego w zakresie sądownictwa ubezpieczeniowego na obszarach, gdzie systemy te dotąd obowiązywały, a tymczasowego powołania do tych samych czynności w b. dzielnicy rosyjskiej już to sądów cywilnych (łącznie z komisjami rozjemczemi Kas Chorych, o ile spór dotyczy świadczeń, przez Kasy udzielanych) już to w zupełnie analogicznych wypadkach władz administracyjnych, sądownictwo w zakresie ubezpieczeń społecznych znajduje się w stanie zupełnego rozproszkowania. Podzielone pomiędzy szereg organów różnego typu, zupełnie nie stykających się ze sobą: sądowych, administracyjnych i lokalno - rozjemczych, nie może ono stać się poważnym czynnikiem uzgodnienia wewnętrznego różnych działów ubezpieczeń społecznych i naturalnego rozwoju coraz rozleglejszego prawa ubezpieczeniowego, odpowiednio do zadań sądownictwa nowoczesnego w innych dziedzinach.

W tym zbiorze najróżnorodniejszych i niczem nie powiązanych ze sobą instytucyj, którym powierzone jest dziś rozstrzyganie sporów ubezpieczeniowych, można wyodrębnić wszakże dwa odrębne systemy— niemiecki i austrjacki, które przeszły dłuższą próbę życia i z których każdy opiera się na pewnych zasadach naczelnych, urzeczywistnionych w całej budowie odpowiednich organów. Stan rzeczy natomiast, wprowadzony w b. dzielnicy rosyjskiej, do jakiegokolwiek bliższego badania nie nadaje się, gdyż, jak to zaznaczyłem powyżej, postanowienia poszczególnych ustaw kłócą się pomiędzy sobą, powierzając tę samą funkcję to sądom cywilnym, to znów administracji, a nadto są one same w sobie nieprzemyślane, co odbiera im wartość poważnych materjałów ustawodawczych. Tak np. art. 106 ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby brzmi w początkowej swej części: „Do czasu utworzenia specjalnych organów sądowych Urzędów Ubezpieczeń zachowuje moc swoją art. 1 ustawy postępowania cywilnego (rosyjskiej)".

Otóż artykuł ostatnio powołany do sporów z zakresu ubezpieczenia na wypadek choroby, o które w danem zestawieniu chodzi, nie może mieć zastosowania. Artykuł ten brzmi: „każdy spór **o prawo cywilne** rozstrzygają sądy". W zakresie zaś ustawodawstwa o ubezpieczeniu na wypadek choroby rozróżnione zostały dwa rodzaje sporów: spory o świadczenia, udzielane przez Kasy ubezpieczonym i ich rodzinom, które poddane są wzorem austrjackim komisjom rozjemczym Kas, od których niema żadnego odwołania, oraz spory o obowiązek ubezpieczenia, o opłaty za ubezpieczenie i niektóre drobniejsze, które w myśl art. 106 do czasu utworzenia sądowych organów ubezpieczeniowych podlegać mają sądom powszechnym. Te ostatnie spory wszakże nie mogą być żadną miarą uważane za spory o prawo cywilne: przynależność bowiem do przymusowego związku, utworzonego na zasadzie nakazu ustawowego, jakim jest Kasa Chorych, jak również uiszczanie opłat na rzecz takiego związku, są przedmiotem praw i obowiązków **publicznych,** nie zaś **cywilnych.** Właśnie spory o świadczenia, t. j. o odszkodowanie w razie choroby, nie podlegające sądom i nie objęte art. 106, wykazują znaczne stosunkowo podobieństwo do sporu o prawo cywilne, co znajduje swój wyraz w austrjackim systemie sądownictwa ubezpieczeniowego, gdzie spory te należą do sądów rozjemczych, zorganizowanych analogicznie do instytucji rozjemczych w sprawach cywilnych, żadnej zaś analogji ze sprawami cywilnemi niema dla sporów z art. 106. Tego rodzaju ujęcie rzeczy czyni zupełnie zbędnem zajmowanie się tem prowizorjum, jakie wprowadzone zostało w b. dzielnicy rosyjskiej.

Systemy sądownictwa ubezpieczeniowego niemiecki i austrjacki, które interesują nas tu tylko

w swych najogólniejszych podstawach, przeciwstawiają się sobie przedewszystkiem w dwóch kierunkach. W systemie niemieckim rozstrzyganie wszystkich sporów z zakresu ubezpieczeń społecznych bez względu na poszczególne działy ubezpieczeń powierzone jest tym samym organom (obecnie dotyczy to również ubezpieczenia pracowników umysłowych, dla którego pierwotnie istniało sądownictwo rozjemcze odrębne); w systemie austrjackim dla każdego działu ubezpieczenia działają organy sądowe odrębne. Następnie organami sądowemi w systemie niemieckim są specjalne dla ubezpieczeń społecznych władze: urzędy ubezpieczeniowe, rozstrzygające spory kolegjalnie w składzie równej ilości przedstawicieli ubezpieczonych i pracodawców pod przewodnictwem, a niekiedy i z dalszym jeszcze udziałem fachowych urzędników państwowych. Natomiast w systemie austrjackim specjalnych państwowych organów sądowo-ubezpieczeniowych niema; istnieją bowiem dla sporów o świadczenia instytucyj ubezpieczeniowych oddzielne dla każdego działu ubezpieczenia sądy rozjemcze, zwoływane oczywiście w miarę potrzeby, w których przedstawiciele czynników interesowanych z udziałem elementu neutralnego, częściowo sędziowskiego, załatwiają te spory w pierwszej i ostatniej instancji. Dla sporów zaś o obowiązek ubezpieczenia i o opłaty właściwe są władze administracyjne, w I instancji — starostwo (dla ubezp. na wyp. choroby), lub województwo, w II-ej — województwo lub Ministerstwo Pracy.

Powyższe dwie związane ze sobą różnice mają znaczenie podstawowe i rozważenie ich jest niezbędne dla ustalenia, jakie powinno być sądownictwo polskie w zakresie ubezpieczeń społecznych.

(D. c. n.).

Z. M.

KASY CHORYCH, JAKO INSTYTUCJE DOBRA SPOŁECZNEGO.

Przymus w dziedzinie ubezpieczeń społecznych jest konieczny, gdyż pozwala objąć dobrodziejstwem ubezpieczeń szerokie masy, które nie dojrzały jeszcze do zrozumienia potrzeby zabezpieczenia przyszłości własnej i rodziny od złego losu. Przymus ten konieczny też jest dlatego, że pozwala rozłożyć sprawiedliwiej i skuteczniej ryzyko ubezpieczeniowe. Lecz przymus ma też minusy swe, a największym minusem jest *lekceważenie i brak działalności społeczno - wychowawczej.*

Po co uświadamiać? po co wychowywać społecznie? po co łożyć na propagandę? — kiedy przymus ściąga ubezpieczonych i składki, nakłada kary, zapewnia budżet. I na tle tem powstaje z jednej strony głucha, tępa nienawiść, płynąca z poczucia gwałtu i niezrozumienia zagadnienia, z drugiej zaś — kwietyzm bezduszny, biurokratyzm bezmyślny „karmienie" siebie i swoich. Istota, treść, duch ubezpieczeń społecznych, przepadają gdzieś bez reszty. Z wielkich i potrzebnych instytucyj dobra społecznego pozostają jakieś uprzykrzone i, zda się, nikomu niepotrzebne środki utrapienia obywateli.

W społeczeństwie niemieckiem, przywykłem do posłuchu i wierzącem w mądrość władz, być może, nie potrzeba było w chwili organizowania ubezpieczeń szerokiej propagandy, uświadomienia na zewnątrz w stosunku do społeczeństwa, a wychowania, przysposobienia społecznego wewnątrz w stosunku do pracowników ubezpieczeniowych. Były to zresztą czasy Wilhelma I i Bismarka, a więc dosyć odległe. Na ubezpieczenia społeczne patrzano wtedy, jako na klapę bezpieczeństwa, jako atut państwowy przeciw socjalistom.

W społeczeństwach angielskiem lub francuskiem metoda pruska ubezpieczeń byłaby nie do pomyślenia. Ale i w Polsce okazuje się, typ ubezpieczeń niemiecki, oparty na przymusie, choć konieczny, nie może być po prusku suchy i twardy, gdyż daje to owoce opłakane. Ubezpieczenia społeczne, a właściwie Kasy chorych, które jedne tylko są komórkami powszechnemi ubezpieczenia w całej Polsce, nie zyskały należnej popularności, dzięki sztywności niemieckiej, przeprowadzania ubezpieczenia, leżącej w samej ustawie z dnia 19 maja 1920 r.

Dziś możemy się przyznać, że nie zrobiliśmy w ciągu lat dziewięciu prawie nic dla spopularyzowania tego ubezpieczenia w szerokich masach społecznych z jednej strony, a również nic nie zrobiliśmy dla doboru i przysposobienia społecznego pracowników, którzy ubezpieczenia społeczne wcielają w życie.

Dziś możemy się przyznać dlatego, bo Kasy chorych mają już mocny grunt, pod nogami, a stać nas, by wstąpić na drogę poprawy.

Jedną z najważniejszych funkcyj związków Kas chorych, powinna być propaganda i praca społeczno-wychowawcza. Szerokie masy społeczne, zarówno ubezpieczeni, jak pracodawcy — winny być zapomocą odczytów i filmów stale uświadamiane w dziedzinie higieny, zadań, potrzeb, trudności, dobrodziejstw i sukcesów ubezpieczenia społecznego. Gdyby tego rodzaju propaganda była już prowadzona planowo i celowo, po kolei w różnych miastach prowincji, inaczejby ustosunkowała się opinja do Kas chorych. Najciemniejsze nawet masy nauczyłyby się rozumieć, że Kasy chorych to instytucje dobra społecznego oraz na czem to dobro polega.

Są ludzie, którzy twierdzą, że tego rodzaju propaganda zbyt jest kosztowna, by mogła być prowadzona przez Związki. To rozumowanie — to tylko skutek kroczenia po linji najmniejszego oporu. Po co wydawać na propagandę, kiedy można pieniądze wydać na co innego? Wszak jest przymus. Nie chcemy zrozumieć, że, gdybyśmy wydali więcej na propagandę i uświadomienie społeczne ubezpieczonych, niezawodnie mniej wydawalibyśmy niepotrzebnie na lekarzy, leki, zasiłki, bo mniej byłoby takich, co to idą do Kasy chorych na wszelki wypadek, aby odebrać trochę swoich składek, a później wyrzucają leki lub ich nie używają, bo mniej byłoby symulantów i „gości", bo stosunek wzajemny ubezpieczonych i praco-

dawców oraz Kas chorych byłby bardziej harmonijny. Propaganda i wychowanie społeczne, są potrzebne nietylko zresztą dla mas szerokich, lecz i dla samych organów ubezpieczeniowych. Aby wszczepić w społeczeństwo przekonanie, że Kasy chorych to instytucje dobra społecznego, trzeba nietylko świadczyć *dobro,* lecz i *dobrze,* musi być stosunek ludzki, życzliwy, społeczny do ubezpieczonych, a sumienny, dbały, gorliwy i uczciwy do instytucji. To już zależy całkowicie od organów Kas chorych, od pracodawców tych instytucyj. I dlatego obowiązkiem Związków Kas chorych jest nietylko dbać o fachowe przygotowanie pracowników i urządzanie kursów, zaznajamiających z rachunkowością, biurowością, i ustawodawstwem ubezpieczeniowem, lecz i o dobór ludzi oraz ich przysposobianie społeczne.

Co rozumiem pod słowami przysposobienia społecznego, znajdą ciekawi w artykule p. H. Orsza-Radlińskiej, umieszczonym w zeszycie majowym z r. 1927 „Pracy i Opieki Społecznej" organu Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej pod tytułem „Kształcenie pracowników społecznych".

Związki Kas chorych powinny urządzać perjodyczne kursy letnie (wakacyjne), najlepiej gdzieś na wsi. Na kursach tych pracownicy Kas chorych (a i nietylko Kas chorych) byliby w odpowiedniej atmosferze przeszkoleń, dokształcani i urabiani społecznie w znaczeniu ideowem. Kursy te, urządzane stale co rok w ciągu lata dla szeregu kompletów, winny trwać po 2 tygodnie i powinny być niezależne od kursów dokształcających fachowo.

Takie kursy letnie urządzane są już od lat kilku przez organizacje spółdzielcze i dają najlepsze rezultaty, bo podnoszą poziom ideowy pracowników i utrzymują go stale. Kasom chorych, które są instytucjami dobra społecznego, potrzeba też bardzo ideowych pracowników. Tam, gdzie choć kilku pracowników traktuje swą pracę nie jak dojną krowę i przykry, choć niezbędny środek utrzymania, lecz jako poważną służbę społeczną, zupełnie inna wytwarza się w instytucji atmosfera, a i stosunek do niej śród otoczenia bliższego i dalszego wytwarza się życzliwy i dobry.

Kursy te nie powinny, ma się rozumieć, mieć zabarwienia jakiejkolwiek marki partyjnej.

W pracy nad doborem materjału ludzkiego, który pracuje w instytucjach ubezpieczeń społecznych, oraz koło przysposabiania społecznego tego materjału Związki Kas chorych powinny szukać pomocy i znajdować ją u Związku pracowników instytucyj ubezpieczeń społecznych. Związek ten bowiem winien stać na straży nietylko interesów materjalnych, lecz i moralnych swych członków. I tylko wtedy będzie mógł słusznie dochodzić praw pracowniczych, gdy będzie mógł gwarantować ich fachową i ludzką wartość.

Myśli, wypowiedziane tutaj, nie wszystkie trafią zapewne do przekonania organów kierowniczych instytucyj ubezpieczeń społecznych, ale nie wątpię, że samo zagadnienie znajdzie oddźwięk, oraz formy myśli, zarówno pracowników Kas chorych i związków, jak i ubezpieczonych.

DR. LEO WINTER, poseł na Sejm w Pradze.

NOWELIZACJA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO W REPUBLICE CZECHOSŁOWACKIEJ*).

Sfery fachowe są zaniepokojone wiadomością, że w Republice Czechosłowackiej ma być zmieniona w najbliższym czasie ustawa o ubezpieczeniu społecznem, która weszła w życie dopiero 1 lipca 1926 r. Rzeczywiście, rząd Republiki Czechosłowackiej, w którym zasiadają jedynie mieszczańskie stronnictwa Sejmu, przedłożył Sejmowi projekt ustawy, który ma zasadniczo zmienić tak finansową, jak i organizacyjną część ustawy dziś obowiązującej.

I. Powodem projektu jest szeroka agitacja, która od początku obowiązywania ustawy kierowała się hasłem, że ubezpieczenie jest drogie i koszty jego muszą być zniżone. Ilekroć uchwalano jakąkolwiek ustawę o charakterze społeczno - politycznym, pracodawcy zawsze twierdzili, że jest to bardzo kosztowne i że przemysł tego obciążenia nie wytrzyma; zawsze znaleźli z pośród robotników jednostki, które nie zdając sobie sprawy z celów akcji pracodawców, występowali przeciwko ustawie.

Tem więcej zrozumiałym był ten kierunek, że ustawa czechosłowacka o ubezpieczeniu społecznem, zobowiązywała 2½ miljonów robotników i ¾ miljona pracowników umysłowych do płacenia składek ubezpieczeniowych.

W podobnych wypadkach Rząd, który odpowiada za przeprowadzenie ustawy, uważa za swój — rzecz zrozumiała — obowiązek, chronić ustawę przed podobną agitacją, wyjaśniając społeczeństwu jej celowość i korzyść, oraz informując ludność o znaczeniu ustawowych świadczeń, które daje ustawa. Tego ostatniego rząd Republiki Czechosłowackiej nie zrobił dlatego, że wprowadzenie w życie tej ustawy nie było jego życzeniem, a chcąc pozycję swoją wzmocnić, postawił sobie za główny cel zmianę ustawy o ubezpieczeniu społecznem, przeprowadzenie której wymogli socjalni - demokraci w poprzednim rządzie koalicyjnym.

Doszło więc do tego, że czem dalej, tem bardziej agitowano, domagając się nowelizacji ubezpieczenia społecznego i, że stronnictwa, które mają dziś większość w Sejmie, opracowały projekty, w których proponują różne zmiany stosownie do tego, na jakiej zmianie tej lub innej grupie pracodawców więcej

*) Na nasze zaproszenie zabiera głos w sprawie — mającej znaczenie nietylko dla Republiki czechosłowackiej, p. minister Winter, przewodniczący Międzynarodowego Związku K. Ch., znakomity znawca tego przedmiotu. — **(Red).**

zależało. Ze względu na mogące wyniknąć na tym tle pewne nieporozumienia w obozie rządowym, Rząd wymógł na stronnictwach większości, że oficjalnie projektów swoich nie przedłoży, a zgodziły się natomiast, że rząd przyjął główne myśli ich zamierzeń do jednolitego rządowego projektu, który przedłożył imieniem tych stronnictw Sejmowi na początku tegorocznej sesji Sejmu.

Ze względu na cele agitacji przeciwko ustawie o ubezpieczeniu społecznem, już naprzód można było liczyć się z tem, że proponowana zmiana ustawy dążyła do tego, ażeby obniżyć ogólną sumę składek ubezpieczeniowych.

Sposób w jaki projekt rządowy chce cel ten osiągnąć sprawił niespodziankę nawet sferom postępowym rządowej większości, zaś z pewnością przeraził zwolenników ubezpieczenia społecznego wogóle.

Republika Czechosłowacka do dziś uważała za swoją chlubę fakt, że każdy człowiek, który na jej obszarze jest zatrudniony na podstawie stosunku roboczego lub służbowego, jest ubezpieczony na wypadek niezdolności do pracy. Moment ten podkreślił także przedewszystkiem dzisiejszy Pan Premjer, który przed dwoma laty przedstawił Sejmowi ostatni Rząd ogólnopartyjnej koalicji. Dzisiejszy projekt rządowy na całej linji odstąpił od tej zasady i zmniejszając znacznie liczbę osób zobowiązanych do ubezpieczenia i wyłączając z ubezpieczenia poważne grupy pracownicze.

Przedewszystkiem nie będą podlegały ubezpieczeniu w myśl projektu osoby, które nie ukończyły jeszcze 16 roku życia, co się argumentuje tem, że nietylko obce ustawodawstwa tak postępują, ale, że tak postąpiła czechosłowacka ustawa o ubezpieczeniu emerytalnem urzędników prywatnych i że taką zasadą kierowały się oba projekty o ubezpieczeniu społecznem, opracowane w byłej Austrji przed wojną. Osób, któreby z tego powodu nie podlegały ubezpieczeniu jest około 150 tysięcy.

Na podobne uzasadnienie nie mógł się jednak projekt rządowy odwoływać, zaproponował, ażeby wszyscy chałupnicy nie podlegali ubezpieczeniu, gdyż i obce ustawy grupę tę ubezpieczają i projekty austrjackie chciały ich ubezpieczyć. Rząd nie wie nawet, jaka jest liczba tych osób i jak oddziałało ich włączenie na podstawy ubezpieczeniowo - matematyczne całego ubezpieczenia, ze względu na podział grupy według wieku i ich stosunki zarobkowe. Według statystyki austrjackiej można przypuszczać, że przepis ten dotknąłby około 250 tysięcy osób.

Ze wszystkich stron nadchodzą zapytania, dlaczego mają być wyłączeni z ubezpieczenia chałupnicy, bo nikt nie rozumie, komu zależy na ich wyłączeniu. Rząd podaje jako przyczynę ich wyłączenia tylko jeden powód, mianowicie, że ubezpieczenie tychże jest połączone z pewnemi, technicznemi trudnościami. Nie ulega wątpliwości, że ubezpieczenie wielkiej liczby chałupników nie jest tak łatwe, jak ubezpieczenie robotników fabrycznych. Nie jest to jednak powodem, aby ta kategorja była wyłączona z ubezpieczenia, a powinno to być pobudką dla rządu do wyszukania sposobu, któryby umożliwił ich ubezpieczenie.

Dla Republiki Czechosłowackiej jest to łatwiejsze do przeprowadzenia, gdyż ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy oraz starości w rzeczywistości przeprowadzają Kasy Chorych, które musiały już znaleźć sposób, jak ubezpieczyć chałupników na wypadek choroby. Sprawiło to im trochę pracy, zostało jednak przeprowadzone. Jeżeli dało się to przeprowadzić w ubezpieczeniu na wypadek choroby, to w ubezpieczeniu na wypadek niezdolności do pracy i starości nie można powoływać się na przeszkody nie do zwalczenia.

Zmiany ustawy o ubezpieczeniu społecznem najwięcej domagają się stronnictwa agrarne które wprawdzie w czasie ogólnopolitycznej koalicji głosowały za wprowadzeniem ustawy o ubezpieczeniu społecznem, dziś jednak starają się wszystkiemi siłami wyłączyć od ubezpieczenia robotników rolnych. I dlatego, że ociągają się z ogłoszeniem tego żądania publicznie przed całym światem, postawili żądanie swoje ex re rządowego projektu w tej formie, że mają zostać wyłączeni z ubezpieczenia robotnicy, którzy sa zatrudnieni przy robotach, nie trwających zazwyczaj dłużej niż 90 dni. W ten sposób projekt pozbawia dobrodziejstwa ubezpieczenia nietylko robotników rolnych, w pełnem tego słowa znaczeniu, ale również robotników zatrudnionych w cukrowniach — partja agrarna jest bowiem znacznie zaangażowana w przemyśle cukrowniczym w Republice Czechosłowackiej — jak i prawdopodobnie robotników budowlanych, bodaj w mniejszych przedsiębiorstwach budowlanych. robotników zatrudnionych przy pracach ziemnych, robotników zatrudnionych w miejscowościach kąpielowych z krótszym sezonem. których w Republice Czechosłowackiej jest dość wiele.

Nie można wogóle przewidzieć, ile tych osób będzie, i jak ich wyłączenie z ubezpieczenia oddziała na podstawy ubezpieczeniowo - matematyczne tego ubezpieczenia. O ile idzie o robotników rolnych, to ostatnia statystyka ludności z roku 1921 określa ich liczbę na 880 tysięcy. Fachowcy rolni twierdzą, że między nimi małą grupę tworzą — około 280 tys.— robotnicy, którzy zatrudnieni są w rolnictwie przy pracach stałych jak np. służba tak, że przynajmniej 600 tysięcy tych osób jest zatrudnionych przy robotach sezonowych, przyczem nie jest wykluczone, że przechodzą z jednej roboty do drugiej i pracują cały rok.

W myśl projektu rządowego mają być wyłączone od ubezpieczenia grupy osób, które razem wynoszą 1 miljon ludzi. a więc pełne $^2/_5$ dzisiejszego stanu ubezpieczonych.

Przypominam nawiasem, że nietylko wszystkie stronnictwa dzisiejszej rządowej większości w roku 1924 głosowały za przyjęciem dzisiejszej ustawy, która ubezpiecza wspomniane grupy robotników, ale że nawet wszystkie czeskie stronnictwa dzisiejszej większości rządowej w latach 1921 — 1922 przedkładały Sejmowi własne projekty ustaw, w których domagały się, aby wszystkie te grupy były również ubezpieczone na wypadek niezdolności do zarobkowania i starości.

Drugim sposobem obniżenia wydatków, połączonych z ubezpieczeniem. jest zniżenie wielkiej grupie ubezpieczonych policzalnych dochodów do ubezpieczenia. Jak wiadomo, osoby ubezpieczone

w Republice Czechosłowackiej na wypadek choroby zostały zaliczczone do 10 klas zarobkowych, zależnie od wysokości zarobku. Podstawą do zaszeregowania jest pełny zarobek ubezpieczonego, a zatem nietylko wynagrodzenie w gotówce, ale również wynagrodzenie w naturze. Wartość wynagrodzenia w naturze określa zawsze rok naprzód Ziemski Urząd Polityczny. Wartość wynagrodzenia w naturze może spowodować w myśl obowiązującej ustawy zaszeregowanie ubezpieczonego o 3 zarobkowe klasy wyżej, niż odpowiada to jego wynagrodzeniu w gotówce. Projekt rządowy jednak postanawia, że z powodu otrzymywania wynagrodzenia w naturze ubezpieczony może przejść tylko o jedną klasę wyżej od klasy, której odpowiada jego wynagrodzenie w gotówce. Postanowienie to dotknie przedewszystkiem służbę rolną i służbę domową. Osoby te można było dotychczas w rzeczywistości zaszeregować do 4 klasy, teraz jednak w myśl projektu rządowego będą mogły być zaszeregowane tylko do drugiej klasy tak, że ich zasiłki pieniężne w razie choroby zostałyby zniżone do połowy. Dla znawców ubezpieczenia jest jasnem, że dzisiejsze klasy zarobkowe są dla ubezpieczenia na wypadek choroby przeważnie pasywne, i, że pasywność ubezpieczenia znacznieby wzrosła, gdyby paręset tysięcy tych osób przesunięto z 3 i 4 klasy zarobkowej do 2-giej.

A jednakże nie jest to wszystko. W ubezpieczeniu na wypadek niezdolności do pracy i starości osoby ubezpieczone, są zaszeregowane do 4 klas. Projekt rządowy stwarza jeszcze jedną klasę i to tak, że zamiast stworzyć klasę wyższą, dzieli klasę najniższa na dwie klasy. W nowo utworzonej najniższej klasie wynosi obecnie składka 4.30 kcz. tygodniowo, a ma być zniżona do 2.50 kcz., a więc o blisko 42%. Jakkolwiek wobec tego świadczenia powinny być zniżone, mimo to projekt podwyższa kwotę zasadniczą renty o 10%.

Starając się przedewszystkiem o zniżenie składki, projekt wyrządza krzywdę miljonowi ubezpieczonych wyłączając ich z ubezpieczenia i wyrządza krzywdę paręset tysiącom ubezpieczonych, zaszeregowując ich do nowoutworzonej najniższej klasy zarobkowej.

Wyłączenie $^2/_5$ ubezpieczonych z ubezpieczenia i utworzenie nowej klasy spowoduje zmianę podziału ubezpieczonych według wieku i zmianę policzalnych zarobków, którą przyjęła obowiązująca ustawa. Z tego powodu wszystkie zasady ubezpieczeniowo-matematyczne ustawy obowiązującej ulegają zmianie, a że Rząd nie dał do swego projektu żadnych uzasadnień, nie można skonstatować, czy ostatnie wyliczenia projektu rządowego są prawdziwe. Przeciwnie, można z dużem prawdopodobieństwem twierdzić, że nie są prawdziwe.

Gdyby były prawdziwe, to dla reszty ubezpieczonych, którzy do nowo-utworzonej najniższej klasy nie zostali zaszeregowani, zniżonoby składki ubezpieczeniowe w klasie B z 4.30 kcz. na 3.40 (20.93%), w klasie C z 5.70 na 4.60 (19.3%), w klasie D z 7.10 na 6.10 (14.08%), a w klasie E z 8,80 na 8 kc. (9,09%).

W jaki sposób otrzymano to obniżenie? Zrobiono to jednak kosztem opieki lekarskiej, jak również kosztem ryzyka ubezpieczeniowego.

Centralna ubezpieczalnia społeczna, ma w pierwszych latach swojej działalności stosunkowo małe koszta administracyjne. Wszystkie funkcje lokalne pełnią za nią Kasy Chorych, które ściągają również składki za ubezpieczenie inwalidowe i starcze i natychmiast przekazują je do Centrali. Czas wyczekiwania wynosi 150 tygodni tak, że wydatki rentowe zaczną się dopiero w połowie roku 1929. Potrwa to jeszcze lat parę, do czasu, kiedy Centralna ubezpieczalnia rozwinie się całkowicie i okaże się potrzeba większego aparatu administracyjnego. Do tego czasu ubezpieczalnia zaoszczędzi poważniejsze sumy na kosztach administracyjnych. Liczyliśmy się z tem, że oszczędności tych użyje się na rozszerzenie szeroko zakrojonej opieki lekarskiej. Nadzieje powyższe chce projekt rządowy zniszczyć w ten sposób, że używa oszczędności tych na zniżenie składki.

Największa oszczędność na ubezpieczeniu osiągnął projekt rządowy dzięki temu, że za podstawę do obliczeń przyjął 4½% stopę techniczna, a nie 4%, którą przyjęła ustawa. Ustawa przyjęła 4% stopę techniczną — z wyjątkiem pierwszych 10-ciu lat dla których przyjęto 5% i 4½% oprocentowanie — na podstawie doświadczeń ubezpieczenia społecznego i prywatnego tak własnego jak i obcego. Projekt rządowy uzasadnia to nadzieją, że można liczyć się ze stałem 4½% oprocentowaniem. Opozycja domaga się, aby nad sprawą tą przeprowadzić całą ankietę, w której miałyby możność wypowiedzenia się osoby, zajmujące kierownicze stanowiska w gospodarczem życiu czechosłowackiem. Rząd jednak dotychczas na żądanie to nie odpowiedział. Z oświadczeń pism rządowych można przypuszczać, że rząd nie będzie mógł oprzeć się na opinjach znawców, a że będzie opierać się na tem, że ewentualny niedobór finansowy Centralnej ubezpieczalni społecznej będzie pokryty z Kasy państwowej. Zgody swej na to nie wypowiedział minister skarbu, który słusznie uważał za wielką zaletę dzisiejszej ustawy fakt, że ubezpieczenie jest tak zorganizowane, ażeby nigdy nie musiało zwracać się do kasy państwowej z prośbą o pomoc.

II. Ustawa o ubezpieczeniu społecznem została opracowana pod względem administracyjnym w ten sposób, aby wszystkie agendy ubezpieczeniowe skupione były w miarę możności w organach ubezpieczeniowych i aby urzędy polityczne miały na sprawy te jaknajmniejszy wpływ. Według ustaw austrjackich, które normowały ubezpieczenie na wypadek choroby, czynności nadzorcze powierzone zostały wyłącznie urzędom administracyjnym. Praktyka wykazała, że władze administracyjne nie potrafią spraw tych prowadzić należycie.

Ustawa obowiązująca oddała Kasom Chorych także sprawy lokalne ubezpieczenia inwalidowego i starczego, przedewszystkiem przypis i inkaso składek za ubezpieczenie, a ze względu na okoliczność, że Centralna społeczna ubezpieczalnia była w pierwszym rzędzie zainteresowana w gospodarce Kas Chorych, ustawa oddała Centralnej ubezpieczalni nadzór nad Kasami Chorych. W ten sposób uzyskano nadzór fachowy, ulżono politycznym urzędom państwowym i uproszczono administrację państwową.

Ministerstwu Opieki Społecznej zostały przy-

znane, oprócz bardzo rzadkich wypadków orzeczeń w toku instancyj, funkcje organu nadzorczego nad czynnością Centralnej ubezpieczalni społecznej — co przy tego rodzaju wielkiej instytucji i jej znaczeniu jest funkcją w znacznym stopniu teoretyczną — oraz czynność organu, który określa wytyczne polityce ubezpieczeniowej. Ta organizacja administracji ubezpieczeniowej różni się jednak od reszty administracji publicznej tem, że nie zawsze znajduje należne zrozumienie w urzędach państwowych. Ministerstwo Opieki Społecznej wykorzystało dzisiejszą zmianę rządu w tym celu, ażeby rozszerzyć swój zakres działania przez rozciągnięcie nadzoru nad Kasami Chorych. Ponieważ nie mogło zdecydować się na to, ażeby ograniczyć prawa Centralnej ubezpieczalni społecznej, dąży do wprowadzenia przepisu w projekcie rządowym, że dla prowadzenia jednych i tych samych czynności są konieczne dwa aparaty — jeden w Centralnej ubezpieczalni społecznej, a drugi w Ministerstwie Opieki Społecznej. Sfery fachowe nie pochwalają tego zbiurokratyzowania ubezpieczenia. W Rządzie dzisiejszym instytucja ubezpieczeń społecznych nie cieszy się sympatją, tak, że prawdopodobnie Rząd nie odstąpi od zmian zamierzonych.

III. Kiedy zostało wprowadzone w życie w Niemczech ubezpieczenie na wypadek choroby a potem w Austrji, robotnicy nie mieli żadnego wpływu na instytucje publiczno - prawne. Mimo to ustawodawstwo tych państw z lat 80-tych zeszłego stulecia oddało robotnikom zarząd Kas Chorych, zapewniwszy im większość w organach zarządu. Prawda jest, że od czasu, kiedy organizacje robotnicze wzmocniły się, używały Kas Chorych do tego, aby w nich na stanowiskach urzędniczych pracowały jednostki, które były ich przywódcami. Starali się oni o zorganizowanie robotników i o potrzeby tychże.

Od czasów tych zaszły daleko idące zmiany w dwuch kierunkach. Przedewszystkiem, zadania ubezpieczenia na wypadek choroby są dziś zasadniczo różne od tych, jakie ubezpieczenie to miało w początkach. Dziś nie o to chodzi, aby chory w pewnych krótkich odstępach czasu otrzymał zasiłek pieniężny. Byłoby to zadaniem bardzo jednostronnem. Dziś słusznie żąda się od Kasy Chorych, ażeby przywróciła robotnikowi jaknajprędzej zdrowie i zdolność do pracy, jak również, aby starała się o to, aby jaknajmniej robotników chorowało. To już są zadania daleko idące i tak skomplikowane, że zarząd Kasy Chorych wymaga dziś całego człowieka tak, że urzędnikowi Kasy Chorych zostaje bardzo mało czasu na pracę inną.

Zmieniły się również stosunki w obozie robotniczym. Sfery robotnicze uzyskały powszechne prawo głosowania do ciał ustawodawczych i do rad miejskich. Z tego powodu musiały one wybudować gęstą sieć swoich organizacyj politycznych, oraz stworzyć szeroki aparat polityczny. Dzięki organizacji zawodowej i spółdzielczej wywierają one silny wpływ na życie gospodarcze. Doszło więc do tego, że stanowiska w Kasach Chorych są bardzo małem ogniwem w łańcuchu wpływów robotniczych. Dlatego też sfery robotnicze przestały przypisywać temu specjalne znaczenie.

A gdy przy przeprowadzaniu nowelizacji ubezpieczenia na wypadek choroby w Republice Czechosłowackiej w roku 1920, zostało wysunięte żądanie, aby w Kasach Chorych wprowadzić proporcjonalne prawo wyborcze, nie sprzeciwiały się temu stronnictwa robotnicze pomimo, że zdawały sobie sprawę, iż w ten sposób zrzekają się samorządu w Kasach Chorych. I dlatego, że uważano nadal za rzecz zrozumiałą, że zarząd Kas Chorych ma pozostać w rękach robotników, stworzono klucz, dzięki któremu nie dopuszczono pracodawców do zarządu Kasy, chociażby ci ostatni w radzie Kasy połączyli się z mniejszością zastępców ubezpieczonych. Klucz ten znaleziono oddając ubezpieczonym 8 mandatów w Zarządzie, a 2 — pracodawcom. Wzamian za to rozszerzono uprawnienia rady nadzorczej Kasy Chorych, w której pracodawcy otrzymali 8 głosów w stosunku do 2-ch głosów ubezpieczonych.

Rozwiązanie to było uważane za tak szczęśliwe, że bez jakichkolwiek zarzutów przyjęte zostało w obowiązującej ustawie o ubezpieczeniu społecznem, a nawet przyjęto go w nowej ustawie ubezpieczeniowej republiki austrjackiej.

Zanim jednak można było przeprowadzić wybory tego systemu, zmieniony został cały regime w Republice Czechosłowackiej, dzisiejszy burżuazyjny rząd używa tej konstelacji w tym celu, aby zmienić przepisy wyborcze do Kas Chorych. Powołując się na okoliczność, że ubezpieczeni i pracodawcy płacą składkę po połowie, Rząd proponuje, aby obie grupy miały w połowie swoich zastępców w organach Kasy Chorych. Proporcjonalne prawo wyborcze zatrzymano jednak i nadal.

Sfery robotnicze słusznie zarzucają, że przy proporcjonalnem prawie wyborczem, grupa ubezpieczonych będzie rozbita, natomiast grupa pracodawców będzie jednolita. Nie będzie wówczas dla grupy pracodawców przedstawiało dużych trudności z grupy ubezpieczonych pozyskać dla swojej grupy jednego człowieka i w ten sposób uzyskać absolutną przewagę w Kasie. W ten sposób dostałyby się instytucje, przeznaczone dla ubezpieczenia robotniczego pod wpływ wyłączny grupy pracodawców.

Sfery rządowe przypuszczały, że moment ten dla robotników będzie zupełnie obojętny, gdyż w Kasach Chorych nie przeprowadzono wyborów od roku 1912. W pierwszym rzędzie dlatego, że w czasie wojny nie mogły być przeprowadzone, a nadto z powodu kilkakrotnej zmiany organizacji ubezpieczeń. Mniejsze Kasy Chorych zostały na przeciąg paru lat zlikwidowane i złączone z większemi Kasami tak, że spokój organizacyjny nastał w nich dopiero po wprowadzeniu ustawy o ubezpieczeniu społecznem.

Pomimo to sfery robotnicze zrozumiały, że chodzi tu o ubezpieczenie praw, które posiadały w monarchistycznej Austrji i w Niemczech i dlatego bronią się zaciekle przed zmianami dzisiejszego stanu posiadania. Dlatego też organizacje robotnicze bronią również przymusowych związków Kas Chorych, które projekt rządowy z powodów oszczędnościowych chce zlikwidować.

W rzeczywistości postanowienie to ma usunąć instytucje, które stały się niewygodne niektórym

czynnikom rządowym, sabotującym wprowadzenie ubezpieczenia społecznego.

Pierwotny projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznem w rzeczywistości nie liczył się ze związkami, jako instytucjami obowiązkowemi, w tem przeświadczeniu, że funkcje obowiązkowych związków będzie w przeważnej części wykonywać Centralna ubezpieczalnia społeczna. Parlament jednak zmienił projekt rządowy w tym kierunku i zatrzymał związki, jako instytucje obowiązkowe. Praktyka wykazała, że parlament postąpił zupełnie słusznie, ponieważ po uchwaleniu ustawy o ubezpieczeniu społecznem, ich praca doradcza jest bardzo ważna. W przeciwnym wypadku Centralna ubezpieczalnia społeczna byłaby przeciążona pracą. Związki dopomagają Kasom Chorych w ich początkowej działalności i do których to związków zwracają się Kasy z pełnem zaufaniem. Prawdopodobnie za parę lat, kiedy ustawa o ubezpieczeniu społecznem będzie w całości wprowadzona w życie i Kasy Chorych będą zupełnie zorganizowane, możliwą będzie likwidacja tej organizacji oraz zmiana dzisiejszego zakresu działania związków. Jeżeli zlikwidowanoby je dziś, równałoby się to wprost sabotażowi ubezpieczenia społecznego.

Z powodu takiego stanu rzeczy jest zrozumiałe, że przeciwko projektowi rządowemu odezwał się nadzwyczaj ostry sprzeciw ze strony wszystkich robotniczych ugrupowań, bez względu na ich przekonania polityczne. Udział w akcji tej biorą również sfery robotnicze, które są zwolennikami dzisiejszych stronnictw burżuazyjnych, przedewszystkiem ugrupowania robotnicze chrześcijańsko - socjalne. Z tego powodu w stronnictwach rządowych powstało poważne zdenerwowanie tak, że mówi się już o tem, że projekt rządowy będzie zasadniczo przerobiony. Jaki wogóle los spotka go, nie można powiedzieć dziś, w chwili pisania tego artykułu.

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W NIEMCZECH.

Niemieckie Ministerstwo Pracy złożyło Sejmowi Rzeszy sprawozdanie urzędowe z działalności niemieckich instytucyj ubezpieczeń społecznych w roku 1927. Ze sprawozdania tego drukujemy najciekawsze wyjątki:

Podczas, gdy niemieckie ubezpieczenia społeczne starają się uzyskać rozgłos światowy, w kraju starano się osłabić ich znaczenie, nazywajac je „ciężarami społecznemi". Termin ten uzewnetrznia tylko ujemne strony ubezpieczeń społecznych, t. j. składkę, pomijając ich zalety, t. j. świadczenia na rzecz chorych, niezdolnych do wykonywania zawodów (inwalidów), wdów i sierot. Słowo „ciężary socjalne", czyni z bardzo cennych aktywów, przykre i uciążliwe passywa, dajac przeciwnikom ubezpieczeń społecznych bardzo dogodną formułkę.

Fakty stwierdzają, iż niesłuszne jest twierdzedzenie, jakoby koszty ubezpieczenia społecznego w Niemczech wynosiły 5 miljardów marek niemieckich (1 mk. równa się 2.15 zł.). W roku 1927 przyniosły składki i opłaty instytucji ubezpieczeń społecznych kwotę 3.2 miljardów marek, w roku 1913 — 1.3 miljardów marek; w roku 1924 — 1.9 miljardów marek; w roku 1925 — 2.5 miljardów marek; a w roku 1926 — 2.9 miljardów. Do tej kwoty doliczyć należy 302 miljony, jako dopłata państwa dla położnic (członków rodzin ubezpieczonych) i dla inwalidów. Zasiłek ten wynosił w roku 1913 — 59 miljonów marek; w roku 1924 — 105 miljonów marek; w roku 1925 — 183 miljonów marek; a w roku 1926 — 248 miljonów marek. Do sum tych nie doliczono ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, albowiem istnieje ono dopiero od 1.X. 1927 r.: świadczenia poprzednie, zabezpieczenie bezrobotnych, nie były ubezpieczeniem. Przed wojną stanowiły one część ogólnej opieki społecznej, zorganizowanej przez miasta i kraje. Fakt wielkich różnic w wydatkach w roku 1913 i w roku 1927, nie może być podstawą do wyciągania wniosków, iż świadczenia w roku 1927 są nadmierne. Od roku 1913 upłynęło nietylko 14 lat, mieliśmy ponadto wojnę światową i załamanie się waluty, co spowodowało zniszczenie siły narodu i jego majątku.

a) Ubezpieczenie inwalidzkie.

Stosunkowo najbardziej wzrosły wydatki na ubezpieczenia inwalidzkie (składki w roku 1913 wynosiły — 290 miljonów mk., w roku 1927 — 845 miljonów mk.; dopłata państwa w roku 1913 — 59 milj. mk., w roku 1927 — 277 miljonów mk.). Liczba otrzymujących renty **potroiła sie** od roku 1913, mimo, iż ustawowo liczba osób obowiązkowo ubezpieczonych się nie powiększyła. Stało się to z powodu zwiększenia się liczby wdów, sierot i inwalidów wojennych, z powodu wcześniejszej niezdolności do pracy ubezpieczonych, a po części także z powodu racjonalizacji pracy w przedsiebiorstwach i bezrobocia, co powoduje trudności w uzyskaniu pracy dla starszych robotników. Ubezpieczenia inwalidzkie opiekuja sie 1.8 miljonów inwalidów (w r. 1913 — 1.3 milj.), 320.000 wdów (w roku 1913: 12.000) i 800.000 sierot (w roku 1913: 83.000). Inflacja zniszczyła prawie cały majatek instytucyj ubezpieczenia inwalidzkiego (około 2 miljardy mk.). Sumy uzyskane dzięki waloryzacji, nie wystarczą nawet częściowo na wydatki tych instytucyi. Samopomoc i pomoc rodziny, która miała przed wojna uzupełniać rentę inwalidzką, nie istnieje prawie dzisiaj, a rozwój jej czyni bardzo powolne postępy.

Renta inwalidzka wynosi przecietnie miesiecznie 30 mk., na wsi 25 mk., w przemyśle 33 — 35 mk. Wskutek waloryzacii ustawowej jest ona obecnie wyższa, aniżeli przed wojną. Stałoby się to także i bez waloryzacji, albowiem renta każda wzrasta w miarę upływu czasu i wzrostu zarobków.

Ubezpieczenie wypadkowe.

Wydatki na odszkodowania za wypadki i choroby zawodowe wynosiły:

w roku	1913	1924	1925	1926	1927
milj. mk.	227	145	224	318	323

Porównując te kwoty, musimy wyłączyć lata 1924 i 1925, albowiem w okresie tym działał jeszcze wpływ inflacji. W ubezpieczeniu inwalidzkiem nie nadszedł jeszcze okres, w którymby wyrównywały się renty nowe z rentami, które przestano płacić. Gdyby renty rosły w tempie przedwojennym, wówczas wydatki wynosiłyby 310 milj. mk., wynoszą jednak 318 milj. mk. W ubezpieczeniach przemysłowych od wypadku odszkodowania — oceniając je według sumy płac — nie wzrosły. W roku 1913 suma płac wynosiła 11.5 miljarda mk., odszkodowania kosztowały 167 milj. mk. W roku 1926 suma płac wynosiła 15.7 miljardów mk., odszkodowania 226 milj. mk. Wyrażając to w cyfrach procentowych, odszkodowania wynosiły w roku 1913 — 1.45% sumy płac, zaś w roku 1926 — 1.44%. Sprawozdania roczne organizacyj ubezpieczeń społecznych nie podają zazwyczaj tych cyfr. Przykład ubezpieczeń wypadkowych dowodzi, jakie skutki wywiera polityka płac na ubezpieczenia.

Ubezpieczenie pracowników umysłowych.

W rezultatach ubezpieczeń przejawia się jednocześnie zmiana uwarstwowienia społecznego. Według zawodowego spisu ludności z roku 1907 posiadała Rzesza niemiecka (w granicach przedwojennych) 27 miljonów zarobkujących zawodowo, w granicach zaś powojennych 24 miljony, nie licząc samodzielnych zawodowo, nie mających zajęcia. Spis ludności w roku 1925 wykazał, iż w Niemczech jest 32 miljony zarobkujących zawodowo, liczba zarobkujących powiększyła się od r. 1907 o ⅓ w granicach powojennych Rzeszy niemieckiej. Tem można tłómaczyć zwiększoną liczbę ubezpieczonych pracowników umysłowych. W roku 1913 był ich 1.5 milj., w roku 1927 — 2.8 miljonów. Nie należy zapominać, iż obecna granica ubezpieczenia (6.000 mk. zarobku rocznego) ma znacznie mniejszą siłę kupna, aniżeli 5.000 mk., jako granica zarobku rocznego w roku 1913. Wzrost ten rekrutuje się z grona osób, które przed wojną samodzielnie zarobkowały i z powodu utraty majątku szukają środków do życia w pracy zarobkowej. Zbiór składek w ubezpieczeniu pracowników umysłowych wynosił:

w roku	1913	1924	1925	1926	1927
milj. mk.	138	129	193	250	275

Składka obliczona procentowo od zarobku nie podniosła się, jest nawet w stosunku do składki przedwojennej nieco niższa.

Ubezpieczenie górników.

Górnictwo niemieckie zatrudniało w roku 1927 ogółem 750.000 robotników i 50.000 pracowników umysłowych. Dochody ze składek wynosiły w miljonach marek:

w roku	1924	1925	1926
w Rob. kasie emeryt.	126	133	150
w Prac. kasie emeryt.	17	15	17
w Kasie Chorych	75	85	104

W roku 1927 dochód składek w ubezpieczeniu emerytalnem wyniesie prawdopodobnie około 215 milj. mk. Ubezpieczenia górnicze znajdują się z tego powodu w bardzo trudnej sytuacji, albowiem liczba osób pobierających emerytury jest bardzo wielka w stosunku do liczby ubezpieczonych. W kasie emerytalnej dla robotników wypada trzech ubezpieczonych na 1-go emeryta, podczas, gdy w ogólnem ubezpieczeniu inwalidzkiem na 5-ciu ubezpieczonych wypada 1 emeryt. Kiedy dn. 1.I. 1924 r. utworzono ogólno-państwową spółkę bracką, była ona zmuszona przejąć dawne spółki brackie z ich licznemi i wysokiemi świadczeniami ubezpieczeniowemi. Wobec wprowadzenia racjonalizacji pracy w górnictwie, zmniejsza się liczba górników zatrudnionych, a zwiększa się liczba pobierających renty. Składka na ubezpieczenie emerytalne wynosi dla robotników przeciętnie 10 do 11% płacy, zaś dla pracowników umysłowych 12 do 13% płacy.

W Zagłębiu Rury koszt ubezpieczeń społecznych wynosił na 1-ną tonnę węgla:

w roku	1925	1926
Ubezpieczenie emerytalne dla górników	0.79	0.79
dla prac. umysł.	0.09	0.08
ubezp. na wyp. choroby	0.48	0.56
„ inwalidzkie	0.22	0.26
„ prac. umysł.	0.07	0.09
„ wypadkowe	0.16	0.25
Ogółem:	1.81	2.03

Ogólno-Państwowa Kasa Bracka i czynniki zainteresowane stają przed trudnem zagadnieniem, w jaki sposób zrównoważyć dochody i wydatki instytucji bez zwiększenia obciążenia ubezpieczonych i pracodawców.

Ubezpieczenie na wypadek choroby.

Kasy Chorych oparte na „ordynacji ubezpieczeniowej", t. j. Kasy miejscowe, wiejskie, fabryczne i cechowe osiągnęły składki w miljonach marek:

w roku	1914	1924	1925	1926
Liczba ubezp. w miljonach	15.6	17.3	18.3	18.4
Suma składek	524	952	1241	1319

Ustawowy zakres osobowy ubezpieczonych nie zmienił się naogół od roku 1914. Wzrost liczby ubezpieczonych o blisko 3 miljony spowodował zwiększenie zbioru o przeszło 200 miljonów marek. Także i w ubezpieczeniu na wypadek choroby podstawą obliczenia zasiłków i składki jest płaca. Zwiększone wydatki na zasiłki spowodowane zostały wzrostem płac.

Prawie wszystkie Kasy zmieniły swe statuty i rozszerzyły ubezpieczenie także i na członków rodzin *). Liczba członków rodzin uprawnionych do świadczeń w K. Ch. wynosi około 14 do 15 miljonów osób. Świadczenia dla członków rodzin okazały się w praktyce bardzo pożądane i popularne, tak, iż nowe ustawy ubezpieczeniowe (dla górników i marynarzy) wprowadziły je jako świadczenia obowiązkowe. Przed wojną świadczenia dla położnic ubezpieczonych w Kasach były świadczeniami obowiązkowemi, od roku 1919 rozszerzono je także i na położne będące członkami rodzin ubezpieczonego. Świadczenia te kosztują rocznie przeszło 50 miljo-

*) Świadczenia dla rodzin nie są w Niemczech świadczeniami obowiązkowemi. — Red.).

nów mk., wliczając w to także i pomoc państwa. Wydatki Kas wspomnianych powyżej wynosiły w roku 1926 — 1.230 miljonów mk., z tego na pomoc dla chorych wydano 1.046 miljonów mk. (87%), na pomoc położnych 61 milj. mk., na zasiłki pogrzebowe 15 milj., na inne działy (w szczególności na pomoc dla uzdrowieńców) 6 miljonów mk. Z ogółu wydatków na świadczenia dla chorych, zasiłki chorobowe kosztowały 387 miljonów mk. (w r. 1925 — 420 miljonów mk.), lekarze, dentyści, personel sanitarny 312 miljonów mk. (w roku 1925 — 290 miljonów mk), lekarstwa i inne środki lecznicze 149 miljonów (w roku 1925 — 134 miljony mk.). Zmniejszone wydatki na zasiłki chorobowe świadczą o zmniejszeniu się liczby wypadków chorobowych w roku 1926. Porównując wydatki obecne z wydatkami w latach poprzednich, dochodzimy do przekonania, że Kasy główny nacisk w swej działalności kładą na wszechstronną i zapobiegawczą pomoc w naturze. Od roku 1885 wydatki na zasiłki chorobowe wzrosły 3-krotnie, na pomoc lekarską 7-krotnie i na pomoc szpitalną sześciokrotnie. Świadczenia w naturze są obecnie droższe, aniżeli przed wojną, a taksa szpitalna wzrosła dwukrotnie.

A. Składki i opłaty niemieckich ubezpieczeń społecznych w milj. mk.

RODZAJ UBEZPIECZENIA	1913		1924		1925		1926		1927
		Ogółem		Ogółem		Ogółem		Ogółem	prawdopodobnie conajmniej
I. UBEZPIECZENIA NA WYP. CHOR.									
1. Kasy Chorych podlegające niem. ordynacji ubezpieczeniowej	523,8		951,7		1240,6		1319.0		
2. Kasy Brackie (górnicze)	47,0		75,4		84,8		103,2		
3. Kasy zastępcze	12,0	582,8	43.0	1070,1	57,0	1382,4	65,0	1487,2	1600
II. UBEZPIECZENIA WYPADKOWE Wydatki na									
a) odszkodowania	176,7		111,8		178,9		265,6		
b) zapobieganie wypadkom	2,7		3.2		4,7		5,3		
c) koszty administracyjne	18,9		21,9		30,2		31,8		
d) inne wydatki	28,5	226,8	8,0	144,9	10,0	223,8	15,0	317,7	323
III. UBEZPIECZ. INWALIDZKIE Składki	290,0	290,0	362,5	362,5	548,9	584,9	659,6	659,6	845
IV. UBEZP. PRAC. UMYSŁOWYCH									
a) Składki w Og. Państw. Zakładzie ubezp. pracown. umysłowych	138,1		125,6		185,8		245,8		
b) składki w Og. Państw. Kasie brackiej	—	138,1	3,8	129,4	6,9	192,7	4,5	250,3	275
V. GÓRNICZE UB. EMERYTALNE									
a) Składki w oddziale dla robotnik.	70		126,3		133,2		150.4		
b) składki w oddziale dla pracown. umysłowych	5	75	16,9	143.2	15,4	148,6	17,3	167,7	215
	—	1312,7	—	1850.1	—	2496,4	—	2882,5	3258

B. Wydatki Państwa na ubezpieczenia społeczne w milj. mk.

RODZAJ UBEZPIECZENIA	1913		1924		1925		1926		1927
		Ogółem		Ogółem		Ogółem		Ogółem	prawdopodobnie conajmniej
I. Dopłaty Państwa na pomoc dla położnych członków rodzin ubezpieczonych w K. Ch.	—	—	—	9,4	—	21,4	—	23,6	25
II. Dopłaty Państwa do ubezpieczeń inwalidzkich	—	58,5	—	95,6	—	161,5	—	184,5	237
III. Dopłata Państwa z dochodów celnych dla organizacyj ubezpieczeń inwalidzkich	—	—	—	—	—	—	—	40,0	40
	—	58,5	—	105,0	—	182,9	—	248.1	302

SAMUEL KLACZKO.

KORZYSTANIE ZE ŚWIADCZEŃ LEKARSKICH W KASACH CHORYCH.

Ostatniemi czasy dużo uwagi zwraca się w naszych Kasach Chorych na wzrost liczby osób, korzystających ze świadczeń lekarskich. Wzrost ten ujawnia się we wzmożonem uczęszczaniu ubezpieczonych do instytucyj leczniczych Kas Chorych. Jak powiadają, frekwencja chorych w ambulatorjach kasowych nabiera czasami wprost masowego charakteru.

Zjawisko to wzbudziło naturalnie pewne obawy śród naszych działaczy kasowych i oto powstaje pytanie, jak należy czynnikom kierowniczym Kas Chorych doń się zastosować? Czy ma ono charakter dodatni, czy — odwrotnie — ujemny, oraz czy należy go z punktu widzenia interesów kasowych zwalczać, czy też nie? Wszak objaw ten dobrze daje się Kasom Chorych we znaki, wzmożona frakwencja chorych oddziaływa niewątpliwie na stan finansowy Kas Chorych w sposób bardzo ostry.

By wyświetlić tę sprawę, musimy sięgnąć koniecznie po dane statystyczne: Jak w świetle ich rzecz się przedstawia w innych Kasach Chorych, co do których danemi tego rodzaju rozporządzamy.

Zasadniczemi i najwięcej wykorzystywanemi formami pomocy lekarskiej — są: pomoc ambulatoryjna, udzielana chorym przychodzącym i pomoc domowa — udzielana chorym obłożnie. Tabelka następująca przytacza dane co do wysokości korzystania z pomocy ambulatoryjnej w latach 1922—1926.

Liczba porad ambulatoryjnych, przypadających na 100 uprawnionych (członków Kas+członków ich rodzin).

KASY CHORYCH	1922	1923	1924	1925	1926
W Warszawie . . .	383	426	489	559	774
„ Łodzi	—	533	622	635	508
„ Sosnowcu	373	401	576	712	826
„ Częstochowie . .	—	—	—	375	528
„ Wilnie	570	567	509	692	656
„ Białymstoku . . .	—	447	412	472	476
„ Krakowie	—	—	160	—	390
„ Drohobyczu . . .	—	—	411	460	534
„ Poznaniu	—	—	702	—	—
„ Bydgoszczy . . .	—	—	396	374	379
„ Toruniu	—	—	—	479	510

Niestety, nie dla wszystkich 11 Kas dane nasze obejmują cały okres pięcioletni od 1922 do 1926 r. Tem niemniej tabelka powyższa upoważnia nas do twierdzenia, iż wzrost korzystania z pomocy ambulatoryjnej jest zjawiskiem powszechnem, spotykanem we wszystkich prawie Kasach Chorych. Do tegoż wniosku dochodzimy wobec poniższych danych o wysokości korzystania z pomocy lekarskiej w domu u chorych.

Liczba lekarskich porad domowych, przypadających na 100 uprawnionych:

KASA CHORYCH	1922	1923	1924	1925	1926
W Warszawie . . .	37	35	46	59	76
„ Łodzi	—	45	56	76	44
„ Sosnowcu	24	31	47	40	36
„ Częstochowie . .	—	—	—	36	58
„ Wilnie	74	51	54	78	66
„ Białymstoku . . .	—	40	53	57	79
„ Krakowie	—	—	11	—	17
„ Drohobyczu . . .	—	—	70	87	81
„ Poznaniu	—	—	52	—	—
„ Bydgoszczy . . .	—	—	40	27	25
„ Toruniu	—	—	—	37	36

Jeśli więc dla przybliżonego chociażby określenia przeciętnego wzrostu liczby porad na 100 uprawnionych sprobujemy wyliczyć średnią dla wszystkich wymienionych wyżej Kas — to w tym wypadku otrzymamy zestawienie następujące.

Na 100 uprawnionych do świadczeń kasowych przypada w latach 1922—1926:

	1922	1923	1924	1925	1926
Porad ambulatoryjnych . .	387	458	521	582	622
Porad domowych.	33	38	48	58	52
Razem . . .	420	496	569	640	674

Przytoczone ostatnio zestawienie pozwala na wniosek następujący co do wzrostu korzystania ze świadczeń lekarskich Kas Chorych za wskazany wyżej okres czasu:

Jeśli początkowo na jednego uprawnionego przypada rocznie 4 z górą porady, co znaczy, iż każdy uprawniony zwracał się po pomoc kasową raz na trzy miesiące, to stopniowo ta liczba wzrosła do 6 z górą porad, co znaczy, iż obecnie każdy uprawniony korzysta z pomocy lekarskiej w K. Ch. co drugi miesiąc conajmniej. Przeciętnie biorąc, to stanowi wzrost o półtora razy, w Kasach zaś Warszawskiej i Sosnowieckiej — o dwa nawet razy. Jest to z punktu widzenia arytmetycznego wzrost nader poważny, ale czy to jednak daje prawo do twierdzenia, iż ta liczba porad w Kasach Chorych jest nienormalna, a nawet niesłychanie wysoka *).

Jest to bardzo łatwe, ale zbyt też proste wytłomaczenie tego poważnego zjawiska w życiu naszych Kas Chorych. Przedewszystkiem, nie można, ze względów zrozumiałych, brać za podstawę porównania pierwszych lat istnienia Kas Chorych. Pozatem

*) Obacz: Sprawozdanie Kasy Chorych m. Warszawy za r. 1925, strona 58 oraz Wiadomości Kasy Chorych m. Łodzi Nr. 7 za r. 1926, wzmianka o sprawozdaniu Warszawskiej Kasy za r. 1925.

danych za czas poprzedzający wprowadzenie Kas Chorych brak zupełny, jak również brak odpowiedniego materjału z Kas Chorych na Zachodzie. Jednak w prasie fachowej Niemiec i Austrji niejednokrotnie też wskazywano w latach ostatnich na znaczny wzrost liczby korzystających ze świadczeń lekarskich Kas Chorych.

Bardzo pouczającemi są natomiast dane z działalności Kas Ubezpieczeń Społecznych w Rosji Sowieckiej (Strachkasy) *). Tak, jeśli obliczyć liczbę udzielonych porad ambulatoryjnych w stosunku do ubezpieczonych pracujących, wówczas na jednego ubezpieczonego przypada porad ambulatoryjnych w RSFSR w r. 1924 — 14,5 i w r. 1925 — 15,7, na Ukrainie rocznie — 15,5 i 16,1. W Leningradzie w r. 1926/27 na jednego ubezpieczonego przypada 19,2 porady ambulatoryjne i 1,07 porad domowych, zaś na rok 1927/1928 budżet pomocy lekarskiej przyjmuje za podstawę obliczenia 21 porad ambulatoryjnych oraz 1,37 porad domowych na jednego ubezpieczonego.

Jeśli dane z naszych Kas Chorych za r. 1926 przeliczymy w ten sposób, to będziemy tedy mieli zestawienie następujące:

Na jednego ubezpieczonego przypada porad w r. 1926.

KASY CHORYCH	Ambulator.	Domowych	Razem
W Warszawie . . .	14,71	1:45	16,16
„ Wilnie	13,65	1,38	15,03
„ Drohobyczu . . .	12,67	1,92	14,59
„ Lwowie	11,99	1,29	13,28
„ Częstochowie . .	11,47	1,27	12,74
„ Łodzi	10,70	0,93	11,63
„ Bydgoszczy . . .	9,91	0,64	10,55
„ Krakowie	9,28	0,41	9,69
„ Białymstoku . . .	8,18	1,35	9,53
„ Toruniu	8,52	0,61	9,13
„ Bielsku	4,72	0,16	4,88
	11,77	1,11	12,88

Jak więc widzimy z porównania przytoczonych ostatnio danych z danemi poprzedniemi, nasze Kasy Chorych dalekie jeszcze są od normy rosyjskiej. I to wcale nie dlatego tylko, iż chorobowość rzesz ubezpieczonych w Rosji Sowieckiej jest wyższa, niż u nas, wskutek gorszych warunków bytu i pracy. Również nie dlatego tylko liczba porad na jednego ubezpieczonego jest znacznie wyższa w Warszawie, niż naprz. w Wilnie, Drohobyczu oraz Białymstoku, że w tych miastach ubezpieczeni korzystają z lepszych warunków bytu i pracy w porównaniu do Warszawy. Zapewne stosunki są pod tym względem wręcz odwrotne, i to właśnie daje nam klucz do należytego zrozumienia istotnych przyczyn danego zjawiska.

Po wojnie światowej ubezpieczenia społeczne wysunęły się wogóle na pierwsze miejsce wśród wszelkich innych ustaw na korzyść klasy robotniczej, i to nawet w krajach o dawnem i szerokiem ustawodawstwie w tej dziedzinie. Tem większe skutki moralne musiało mieć wprowadzenie u nas ubezpieczenia chorobowego, szczególnie przy tak szerokim zakresie osobowym (w tem obowiązkowe ubezpieczenie i członków rodzin też) oraz świadczeniowym (własny aparat leczniczy).

Dawniej, przed wojną, pomoc lekarska była dla robotnika rzeczą wprost niedostępną. Lekarz był rzadkim fenomenem w rodzinie robotniczej, wzywany w ostatniej godzinie niebezpieczeństwa, gdy pomoc jego była już bezskuteczną, a conajmniej spóźnioną skutkiem zaniedbania choroby. O leczeniu znowóż choroby w zarodku, przy pierwszych jej objawach, robotnik nie mógł nawet myśleć, nie stać go bowiem było na niezbędny w tym celu wydatek. Rzesze robotnicze i pracownicze w razie choroby zdane więc były na łaskę i niełaskę losu, lub co najwyżej mogły korzystać z nędznej pomocy *), udzielanej przez pracodawców (i to bardzo ograniczonej ilości pracowników większych zakładów przemysłowych) względnie z pomocy lekarskiej instytucyj komunalnych czy dobroczynnych, również niewystarczającej i niezorganizowanej w myśl potrzeb rzeczywistych robotników.

Obecnie stan rzeczy pod tym względem radykalnie się zmienił, dzięki właśnie wprowadzeniu Kas Chodych z urzeczywistnieniem przytem dwuch zasadniczych żądań klasy robotniczej, jak to: jedna tylko Kasa Chorych w każdej miejscowości i przekazanie pomocy lekarskiej Kasom Chorych **). I śmiało rzec można, iż **obecnie najbiedniejsze warstwy ludności, nędznie opłacani robotnicy i pracownicy mają zapewnioną taką pomoc lekarską, na jaką dziś nie stać nawet członków dobrze sytuowanych materjalnie kół naszego społeczeństwa.** Przytem uwzględnić też należy, iż samego ubezpieczonego to kosztuje bardzo mało, szczególnie w porównaniu do kosztów pomocy, otrzymywanej w Kasie.

Tak przeciętna składka miesięczna (z dopłatą pracodawcy) stanowi w Kasie Chorych m. Warszawy w r. 1926 zł. 12 gr. 68, z której to kwoty na samego robotnika przypada 2/5, co stanowi zł. 5 gr. 07, koszty zaś tylko świadczeń lekarskich wynoszą na jednego ubezpieczonego zł. 7 gr. 40 przeciętnie miesięcznie.

Ten sam stan rzeczy można stwierdzić i w innych też Kasach Chorych, jak to ilustruje w porównaniu do Warszawy tabelka następująca (za r. 1926).

*) Obacz: Kratkij obzor socialnawo strachowanija za lata 1924 — 1926, Moskwa 1927 oraz Woprosy Strachowanija Nr. 42/1927.

*) Jak wyglądała ta pomoc, dobrze wiedzą starsze pokolenia naszych robotników. Ob. też literaturę ubezpieczeniową z czasów 1913 — 1914 r., jak naprzykład: L. Rudnicki — Jakiej Ustawy mają się domagać robotnicy dla Kasy Chorych. — Bohdan Szymański — Kasy Chorych. — J. Leński — Robotnicza Kasa Chorych oraz też A. Kriegera — Klasa Robotnicza a Kasy Chorych, Jana Rutkiewicza — Co dają robotnikowi Kasy Chorych.

**) Obacz cytowane wyżej książeczki Rudnickiego. Szymańskiego, Leńskiego oraz też: Ustawa Robotnicza Kasy Chorych, Warszawa 1913. Wydawnictwo Robotniczej Komisji Ubezpieczeniowej.

Na 1 ubezpieczonego przypada przeciętnie miesięcznie:

	w Kasach Chorych w								
	Warszawie	Łodzi	Lwowie	Krakowie	Częstochow.	Wilnie	Drohobyczu	Bielsku	Toruniu
Składek razem z dopłatą pracodawcy . .	12,68	9,21	8,65	8,39	7,93	9,63	12,32	9,10	6,78
Składki własnej . . .	5,07	3,68	3,46	3,36	3,17	3,85	4,93	3,64	2,71
Kosztów, świadcz. lek.	7,40	3,84	3,98	3,86	4,60	6,01	6,55	3,57	4,40

Na tem oto tle niewątpliwie powstał masowy napływ szerszych kół ubezpieczonych i ich rodzin do instytucyj leczniczych Kas Chorych. Równolegle z tem, a może i w pierwszym rzędzie wpływa też i pewien czynnik o charakterze czysto psychologicznym. Działa tu konieczność należenia do Kasy Chorych i przymusowe potrącanie, przy wypłacie zarobku, odpowiedniej składki członkowskiej. Otóż ta właśnie stała i nieprzerwana opłata zgóry ewentualnej (udzielanej dopiero w przyszłości) pomocy lekarskiej jest niewątpliwie pierwszym impulsem zainteresowania się ubezpieczonych Kasą Chorych. Przytem, jak widzieliśmy, robotnik otrzymuje tanim kosztem pomoc leczniczą stojącą na tak wysokim poziomie. A czy trzeba udowodnić specjalnie, jak częstym gościem jest w rodzinie robotniczej choroba? Z punktu widzenia lekarskiego niema ludzi absolutnie zdrowych. W każdym organizmie ludzkim, a tembardziej w organizmie robotnika zawsze znajdzie się pole dla pracy lekarza: albowiem trzeba leczyć chorobę już rozwiniętą, albo też uprzedzić ją w zarodku.

Dowodem tego są liczby następujące. W Kasie Chorych m. Wilna leczyło się kwartalnie w r. 1926— około 23.000 osób i w r. 1927 — około 28.000 osób, zaś ilość osób, zakwalifikowanych przez lekarzy do rubryki Nr. 203b Mianownictwa chorób i przyczyn zgonów (Nr. ten oznacza: bez choroby, udawanie chorób, symulacja) stanowiła **od 1/5 do 1/3%**, t. j. w liczbach absolutnych **od 50 do 80 ludzi.** Sądzę, że i w innych Kasach Chorych da się stwierdzić takiż sam stosunek między liczbą rzeczywiście chorych, a udających chorobę.

Z tego więc punktu widzenia masowe uczęszczanie ubezpieczonych do Kas Chorych jest bezwzględnie usprawiedliwione; co więcej objaw ten posiada, ze względu na cele Kas Chorych, kolosalne wprost znaczenie, a tembardziej ze stanowiska społecznego, ponieważ na tle tym powstało samorzutne dążenie do leczenia się w tych właśnie warstwach społecznych, dla których zdolność do zarobkowania, a więc podstawa bytu uzależnioną jest od stanu zdrowia, a których więc choroby najwięcej kosztują. Dlatego też, jeśli frekwencja ubezpieczonych w przychodniach kasowych jest wysoka tak, że powstaje natłok i duże kolejki, to sam objaw nie może być uważany za nienormalny, a tembardziej niekonsekwentną byłaby walka z nim. Zresztą jakie formy może przybrać walka tego rodzaju i jakżeby udało się uzasadnić ją prawnie?

Rzecz cała na tem polega właśnie, że Kasy Chorych nie są przygotowane ani finansowo, ani też organizacyjnie do tego, by już w pierwszym okresie swego istnienia były w stanie prowadzić walkę zapobiegawczą na szerszą skalę przeciw chorobowości wśród ubezpieczonych, ponadto w tak niezorganizowanej formie, jak tego żywiołowo i gwałtownie domagają się sami ubezpieczeni.

Jeśli jednak Kasy Chorych nie mogą aktywnie z tem walczyć, to nie powinny również tak łatwo temu ulegać. Celem zapobieżenia nadmiernemu obciążeniu aparatu leczniczego Kasy Chorych powinny bardzo ostrożnie i stopniowo rozszerzać zakres swej działalności w dziedzinie lecznictwa, bowiem łatwo mogą wpaść w błędne koło; im szersza i lepsza pomoc lecznicza, tem więcej zachęca się ubezpieczonych do korzystania z niej. Ale tem większy też ciężar spada jednocześnie na barki Kas Chorych.

Powiedzą niektórzy, że tem lżej będzie Kasom Chorych kiedykolwiek w przyszłości, — to tak. Ależ skoro Kasy Chorych w swej pracy nie zastosują się do swych możliwości finansowych i organizacyjnych, to w bardzo może niedalekiej przyszłości będą zmuszone ograniczyć uprawnienia ubezpieczonych i ich rodzin. Nie trzeba chyba mówić, jak to jest niepożądanem i niebezpiecznem ze względu na utrwalenie Kas Chorych i wzmocnienie ich autorytetu.

Z dwuch możliwych kierunków działalności i rozwoju swego, zbyt szybki rozwój lecznictwa i ew. związane z tem niemniej gwałtowne cofanie się czasami wstecz i stopniowe, ale utrwalone na realnych podstawach rozszerzenie zakresu swej pracy — Kasy Chorych powinny wybrać właśnie ostatni, jako najwięcej odpowiadający znaczeniu i duchowi ubezpieczeń społecznych.

SPRAWA SĄD. RED. „OCHRONY SPOŁECZNEJ" w POZNANIU.

Dnia 19 marca r. b. odbyła się w Sądzie Okręgowym w Poznaniu końcowa rozprawa przeciw p. Zygmuntowi Janowi Szymkowiakowi, b. redaktorowi czasopisma „Ochrona Społeczna", organu Okręg. Związku Kas Chorych na Województwa Poznańskie i Pomorskie.

Prokuratura wytoczyła przeciw p. Szymkowiakowi oskarżenie z §§ 185, 186 k. k. niem., dopatrując się ciężkiej zniewagi Związku Lekarzy P. P. w artykule, ogłoszonym w n-rze 8 „Ochrony Społecznej" na rok 1925 p. t. „Ropiejące wrzody na skórze Związku Lekarzy P. P.".

Podstawą oskarżenia jest wniosek o ukaranie, nadesłany prokuraturze ze Związku Lekarzy P. P. oddz. w Poznaniu, który wywodził, że artykuł ten miał na celu świadome zohydzanie lekarzy i zawodu lekarskiego.

W szczególności czuł się Związek Lekarzy P. P. dotknięty tem, że artykuł zarzuca niektórym lekarzom niesumienność wobec Kas Chorych i skłonności do

szybkiego robienia majątku i bogacenia się kosztem Kas Chorych.

Również Związek Lekarzy czuł się znieważony, albowiem w artykule przytoczono kilka wypadków oszustw i nadużyć popełnionych przez lekarzy i pseudo-lekarzy, jak to np. pod okiem Związku Lekarzy felczerzy i fryzjerzy wykonywali zabiegi lekarskie, jak to różni lekarze w większej ilości wypadków wystawiali świadectwa śmierci i likwidowali nawet wobec Kasy Chorych za przecięcie tętnicy u ludzi, którzy się do dziś dnia cieszą najlepszem zdrowiem, jak to znów inny lekarz obraził Kasę za to, że mu wytoczono sprawę z powodu pewnego połogu, przy którym i ręką nie ruszył, bo nie było potrzeby, a w rachunku wysłanym do Kasy zaś policzył sobie operację i inne zabiegi, o których ani pacjentce, ani samemu panu doktorowi się nie śniło.

Szczególnie dokuczyły Związkowi Lekarzy także następujące ustępy artykułu, które przytaczamy w całości:

> Jabłko niedaleko pada od jabłoni. Tą jabłonią, jednoczącą wszystkie rumiane i zdrowe jabłuszka lekarskie jest Związek Lekarzy P. P. Jeśli zaś wielka ilość tych owoców jest robaczywa, to dowodzi, że i drzewo samo nie jest prawidłowo pielęgnowane. Cóż znaczy pobielany pień, jeżeli go wewnątrz robaki toczą!...
>
> Wystarczy spojrzeć na organizację Związku Lekarzy, wystarczy obejrzeć sobie jego poszczególnych członków, kolegujących chętnie z fryzjerami i innimi szantażystami, aby zauważyć w nim zanik wszelkiego poczucia obowiązkowości i godności stanu. Alfą i omegą jest temu Związkowi jedynie wymuszanie pieniędzy od Kasy Chorych. Czy zaś za te wysokie honorarja pacjent ma należytą opiekę, o to tym panom absolutnie nie chodzi — widać jest to kwestja, nienależąca wogóle do programu Związku Lekarzy!
>
> Jaknajwięcej brać — jaknajmniej dawać, oto dewiza szlachetnej tej organizacji...

Sąd czyniąc zadość wnioskowi obrony, zarządził przeprowadzenie dowodu prawdy na okoliczności i fakty omówione we wspomnianym artykule.

Sąd Karny w Poznaniu ustalił, że *dowód prawdy udał się oskarżonemu w zupełności i uwolnił p. Szymkowiaka od winy i kary, nakładając koszty postępowania na Skarb Państwa.*

Uzasadniając wyrok uniewinniający, podniósł przewodniczący, że *oskarżonego należało uniewinnić nie tylko dla tego, że przeprowadził dowód prawdy w całej rozciągłości*, ale ponadto, ponieważ iż występując przeciw nadużyciom lekarzy, działał w obronie uprawnionych interesów wszystkich Kas Chorych. Słowa krytyki, zawarte w inkryminowanym artykule, choć dosadne i ostre, nie przekraczały dozwolonej w tych okolicznościach miary. Krytyka, aby być skuteczną, musiała być ostrą, gdyż chodziło o najwyższe dobro ludzkie, o zdrowie.

DR. KAZIMIERZ OKUSZKO.

LECZNICTWO A KASY CHORYCH.*)

Powstanie Kas Chorych w byłym zaborze rosyjskim wraz z przekształceniem ich na szerszej podstawie w byłych zaborach austrjackim i niemieckim, wywołało przewrót w organizacji lecznictwa na terytorjum Rzeczypospolitej Polskiej i postawiło zarówno przed społeczeństwem, jak i lekarzami oraz zarządami Kas Chorych mnóstwo nowych, ważnych zagadnień, od których rozwiązania zależeć będzie z jednej strony prawidłowy i pomyślny rozwój nowopowstałych instytucyj, z drugiej — postawienie lecznictwa na odpowiednim poziomie naukowym.

Ustawa o Kasach Chorych, uchwalona przez nasz Sejm, nakłada przymus prawny należenia do nich na tak szeroki ogół obywateli, że przekształca niejako cały system organizacji dawnego lecznictwa, opartego na inicjatywie prywatnej, na system lecznictwa społecznego.

Kasy Chorych roztaczają opiekę nad zdrowiem do 60% ogółu ludności w poszczególnych miejscowościach, zależnie od uprzemysłowienia i ilości miast w danej okolicy kraju i odsetek ten wzrośnie jeszcze znacznie przy dokładniejszej kontroli, nic dziwnego przeto, że działalnością tych instytucyj interesuje się całe społeczeństwo, a w pierwszej linji lekarze, na których bycie materjalnym i stanowisku społecznem odbiło się utworzenie Kas Chorych w sposób decydujący.

Przed powstaniem Kas Chorych lekarz-praktyk był nietylko fachowcem, pracującym zawodowo, lecz również, do pewnego stopnia drobnym przedsiębiorcą, posiadającym zorganizowany prywatny warsztat pracy. Jego działalność lecznicza w granicach norm prawnych nie podlegała niczyjej kontroli, prócz opinji pacjentów, a byt zależał od większej lub mniejszej wziętości wśród chorych. Normy płacy w granicach konkurencji, określał sam lekarz, zależnie od szukających porady i kosztów urządzenia gabinetu przyjęć, które wymagało nieraz znacznego kapitału na wynajęcie i utrzymanie w odpowiednim stanie lokalu oraz zaopatrzenie warsztatu pracy w narzędzia i aparaty często kosztowne i podlegające zużyciu. Amortyzacja tych urządzeń, jakoteż wydatki na usługę, światło, opał i t. p., podnosiły koszt leczenia prywatnego, które z natury rzeczy było dostępne dla niezbyt szerokiego koła ludzi średnio zamożnych.

Sfery robotnicze korzystały z niekompletnej i prawie zawsze wadliwie zorganizowanej pomocy

*) Umieszczamy artykuł p. D-ra Okuszki, mimo, iż nie zgadzamy się ze stanowiskiem autora, w szczególności w sprawie ograniczenia zakresu działania organów K. Ch. Mimo to poglądy autora dowodzą, iż Kasy Chorych są, zdaniem jego, pierwszorzędnym i dominującym czynnikiem społecznym i leczniczym. Z tych powodów artykuł ten, pióra lekarza, jest przyczynkiem do omawianego zagadnienia niezmiernie cennym. — **Red.**

lekarzy fabrycznych, najczęściej bez możności otrzymania opieki szpitalnej i porad specjalistów, nie mówiąc już o nowoczesnych sposobach djagnostycznych i terapeutycznych. Inne sfery pracowników niezamożnych, jak służba domowa, drobni niesamodzielni rzemieślnicy i t. p. pozbawieni byli całkowicie pomocy lekarskiej, o ile nie została im udzielona w postaci dobrowolnej jałmużny.

Po wprowadzeniu Kas Chorych w dziedzinie lecznictwa zachodzą zasadnicze zmiany.

Lekarz praktyk w znacznej mierze lub całkowicie przestaje być wolnym pracownikiem na własnym warsztacie, a staje się płatnym funkcjonarjuszem instytucji społeczno - leczniczej. Z drobnego przedsiębiorcy przekształca się w najemnego pracownika, podlegającego kontroli swego pracodawcy — Kasy Chorych.

Jednocześnie lecznictwo zmienia w znacznym stopniu swą fizjognomję. Stało się tańsze i bardziej dostępne dla sfer niezamożnych, demokratyzuje się i rozszerza, a ujęte w ramy wielkich organizacyj, nabiera charakteru społecznego i — że się tak wyrażę — wielkoprzemysłowego.

Znaczne fundusze, jakiemi rozporządzają Kasy Chorych, pozwalają im stosować w rozpoznawaniu chorób i ich leczeniu przyrządy i urządzenia udoskonalone i drogie, z których dawniej mogli korzystać tylko chorzy bardzo bogaci. Pracownie chemiczne i bakterjologiczne, Rentgen, elektroterapja, leczenie fizykalne, mechanoterapja, leczenie klimatyczne i zdrojowe — wszystkie te metody rozpoznawcze i lecznicze zostały spopularyzowane i pozwalają lub pozwolą pogłębić stronę techniczną lecznictwa. Z drugiej jednak strony zwiększona liczba porad, większa liczba pacjentów, przypadająca na jednego lekarza, i związany z tem dłuższy czas pracy i większe zmęczenie, aby zdobyć potrzebne na utrzymanie środki, pozostawiają lekarzom, zatrudnionym w Kasach Chorych, mniej chwil wolnych, niż lekarzom, mającym wyłącznie praktykę prywatną, co wpływa na zmniejszenie u lekarzy zainteresowania postępami nauki i powoduje na pewien czas obniżenie poziomu wiedzy lekarskiej, przynajmniej teoretycznej. Przyczynia się do tego również wzrost zapotrzebowania sił lekarskich, a z tych powodów łatwość znalezienia płatnych posad dla lekarzy młodych, którzy nieraz wprost niemal z ławy uniwersyteckiej rozpoczynają swą karjerę lekarską w Kasach bez praktyki szpitalnej i należytego przygotowania teoretycznego, co dawniej było zjawiskiem o wiele rzadszem.

Niewątpliwy fakt przeciętnego obniżenia zainteresowania wiedzą u lekarzy kasowych dał sposobność przeciwnikom Kas Chorych zwalczania tych instytucyj, jako społecznie szkodliwych — prowadzących z konieczności do zastoju w nauce lekarskiej, co w dalszym rozwoju spowodować musiałoby upadek organizacyj społeczno - leczniczych i powrót do lecznictwa prywatnego. Argument ten miałby bardzo poważną wartość, gdyby rzeczywiście dało się udowodnić, że obniżenie teoretycznego poziomu wiedzy lekarskiej, jakie niewątpliwie narazie spowodowały Kasy Chorych, jest zjawiskiem stałem, związanem z istotą lecznictwa społecznego i niedającem się usunąć przy odpowiednich wysiłkach. Zjawia się przeto pytanie, czy tak jest w rzeczy samej? Otóż — mojem zdaniem — tak nie jest. Ze wzrostem uświadomienia sobie przez czynniki kierownicze Kas tego niewątpliwego faktu, że postawienie przez lekarza możliwie dobrego rozpoznania choroby i zastosowanie przez niego najodpowiedniejszego leczenia wychodzi nietylko na pożytek choremu, lecz i przyczynia się do finansowego dobrobytu Kas — musi powstać z konieczności przed zarządami tych instytucyj pytanie, jak zdobyć sobie najwyborowszy materjał lekarski i przyczynić się do podniesienia poziomu wiedzy wśród obecnego swego personelu lekarskiego. Dobór lekarzy naczelnych z pośród ludzi wiedzy, ideowo traktujących swe obowiązki, konkursy przy obsadzaniu ordynatorów szpitali i oddziałów szpitalnych, wymaganie pewnego minimum praktyki szpitalnej od nowych kandydatów na posady lekarzy kasowych, wysyłanie lekarzy na kursy uzupełniające i specjalistyczne — wszystkie te środki— stosowane już zresztą przez niektóre kasy — wpłyną w szybkim tempie na podniesienie poziomu wiedzy lekarskiej. Co do przepracowania lekarzy w godzinach ordynacyjnych, to już obecnie czynniki kierownicze lecznictwa kasowego często zdają sobie sprawę, że nie leży w ich interesie, aby lekarz przyjmował zbyt dużą liczbę pacjentów, lecz, aby ich badał i leczył sumiennie. Gdy ta świadomość stanie się powszechną, lekarze nie będą przepracowani. Nie należy jednak wpadać w drugą ostateczność i żądać, aby lekarz kasowy przyjmował na godzinę taką samą liczbę chorych, jak w praktyce prywatnej. Materjał ambulatoryjny kasowy nie jest taki sam, jak w praktyce prywatnej. Spotykamy tu całą masę szukających porady, którym wprawdzie coś dolega, lecz właściwie nie są to ludzie chorzy. Gdyby nie mieli „darmo" pomocy lekarskiej, nie przyszliby do lekarza. Takie „łaziki" po pierwszem dokładnem zbadaniu mogą być za następnym razem załatwiani prędzej, a przez to i liczba porad może być większa.

Od początku istnienia Kas Chorych wybuchła walka pomiędzy lekarzami, broniącymi swych prywatnych warsztatów pracy, i starającymi się uczynić z tych instytucyj jedynie kasjera i w pewnej mierze kontrolera lecznictwa prywatnego (co najniesłuszniej nazwano walką o „wolny wybór lekarza"), a Kasami Chorych, dążącymi do wzięcia lecznictwa w swe ręce i organizowania go stosownie do potrzeb szerokich mas, zgodnie z tendencją rozwojową demokratyzacji pomocy lekarskiej. Wiadomem jest powszechnie, że ewolucja we wszelkich dziedzinach społecznych ma zawsze pewne tendencje rozwojowe i że nasza działalność, zależnie od jej kierunku w stosunku do tych tendencyj wpłynąć jedynie może na opóźnienie lub przyśpieszenie biegu wypadków, lecz nie może zwichnąć z drogi rozwoju, uwarunkowanego całą historyczną przeszłością ludzkości. Tendencją rozwojową lecznictwa jest udostępnienie go coraz szerszym warstwom i w Związku z tem wciągnięcie coraz szerszego ogółu do wzięcia udziału w jego organizacji przez finansowanie niezbędnych w tym celu zakładów i urządzeń społecznych. Coraz szybszy rozwój medycyny, wymagający dla jej naukowego stosowania wielkich zakładów djagnostycznych i leczniczych, zmusza do uruchamiania coraz większych kapitałów, których musi dostarczyć społeczeństwo, tworząc w tym celu specjalne organizacje, powołane do wzięcia w swe ręce

i nadania kierunku lecznictwu. Organizacje społeczno - lecznicze, czy będą to Kasy Chorych, czy instytucje państwowe, prowadzą z konieczności do zaniku lecznictwa prywatnego. Prywatne warsztaty pracy lekarzy, organizowane i kierowane przez nich bez dostatecznej kontroli społecznej, są dla lecznictwa uspołecznionego zjawiskiem niepożądanem, gdyż: 1-o wymagają większego kapitału w stosunku do otrzymanego tego samego rezultatu, 2-o przeszkadzają centralizacji urządzeń leczniczych, przez co utrudniają szerokim masom pracującym korzystanie z nich, narażając chorych na większą stratę czasu dla otrzymania tego samego rezultatu, jeżeli rozpoznanie lub leczenie wymaga współdziałania kilku zakładów rozpoznawczych lub terapeutycznych, 3-o wymykają się znacznie więcej z pod kontroli społecznej, niż pomoc lekarska, stosowana w wielkich poliklinicznych ambulatorjach i zakładach społecznych. I nic nie pomoże tu opór lekarzy. Walka jest beznadziejna dla lecznictwa prywatnego i musi się skończyć jego klęską. Chcąc się utrzymać i mieć rację bytu, Kasy Chorych nie mogą być instytucjami, zwracającemi jedynie koszta lecznictwa, organizowanego przez prywatnych lekarzy poza niemi, lecz muszą same własnemi rękami budować wielki gmach lecznictwa społecznego według szeroko pomyślanego i stopniowo wprowadzanego w czyn planu. Dalszy rozwój Kas Chorych i ich centralizacja w związki, obejmujące coraz większe terytorja państwa, muszą doprowadzić te instytucje do podjęcia wielkich prac organizacyjnych również na polu higjeny społecznej, co z kolei nie może pozostać bez wpływu na całokształt życia społecznego narodu.

Wobec tych wielkich zadań, jakie narzucają się do wykonania organizacjom lecznictwa społecznego, nie mogą się one liczyć z tragedją indywidualną lekarzy-praktyków, zmuszonych przystosowywać się do historycznego procesu zmiany systemu lecznictwa. I nic nie pomogą tu argumenty o potrzebie wolnego wyboru lekarza. Wolny wybór lekarza istnieje w praktyce prywatnej tylko w teorji, w rzeczywistości zaś ulega wielu ograniczeniom z powodu braku środków pacjenta, przeszkód w komunikacji, zbytniej odległości od wziętego lekarza i t. d. Z temi samemi mniej więcej ograniczeniami może on być i jest już stosowany w praktyce kasowej zarówno ambulatoryjnej, jak i rozjazdowej. Wysuwanie więc argumentu przeciw Kasom, że w swej praktyce poliklinicznej pozbawiają pacjenta wyboru lekarza z pośród swego — oczywista — personelu, jest nieporozumieniem, polegającem na nielogicznem utożsamianiu wolnego wyboru lekarza z płacą jednostkową za poradę w domu lekarza. Nad tym zarówno jak i nad innymi argumentami, zwalczającemi lub starającemi się ograniczyć zakres działania instytucji lecznictwa społecznego, życie przejdzie do porządku dziennego. Kasy Chorych upaść nie mogą, a tendencją ich rozwojową jest rozszerzenie, a nie uszczuplenie zadań i zakresu ich działalności. Im prędzej ogół lekarzy to zrozumie i z tem się pogodzi, tem lepiej dla nich i dla Kas Chorych. Wysiłki bowiem, skierowane na obopólną walkę, będą mogły być użyte na doskonalenie tych instytucyj i usuwanie wad istotnych, które — jak wszelkie dzieło rąk ludzkich — posiadają.

Zastanówmy się nad wadami Kas Chorych i sposobami ich usunięcia oraz rozpatrzmy, jakie stanowisko względem Kas winny zająć organizacje lekarskie, Izby i Związki, aby 1) nie dopuścić do obniżenia poziomu wiedzy lekarskiej, 2) ułatwić lekarzom ich działalność w Kasach, która z konieczności prócz fachowego musi mieć charakter społeczny, 3) niedopuścić do sproletaryzowania lekarzy, jakto stało się z robotnikami w przemyśle przy przejściu od organizacji przemysłu rzemieślniczego do fabrycznego, a co z odpowiedniemi zmianami widzimy obecnie przy przejściu od lecznictwa prywatnego do społecznego, organizowanego przez Kasy Chorych.

Wady Kas Chorych są zależne bądź od masowego charakteru lecznictwa (z temi trzeba się będzie pogodzić, gdyż przewyższają je znacznie zalety, zespolone z tym charakterem), bądź od niewyrobienia ogółu stowarzyszonych członków, bądź wypływają z braku odpowiednio wyszkolonego personelu urzędniczego i nieprzygotowania lekarzy i wogóle personelu leczniczego do pełnienia zadań społecznych, wreszcie, wynikają z wadliwości samej ustawy, która, opracowana bez udziału lekarzy, posiada braki, zwłaszcza w dziedzinie lecznictwa. Społeczny i masowy charakter lecznictwa w Kasach zmusza członków do poddawania się pewnemu rygorowi administracyjnemu i wypełnianiu pewnych formalności oraz stosowania się do pewnych regulaminów, co jest nieodłączne od wszelkiej społecznej działalności i naraża członków na pewne niedogodności i stratę czasu, które zresztą zmniejszają się i zmniejszać będą w miarę doskonalenia się organizacji.

Co do niewyrobienia członków i nieprzystosowania ogółu stowarzyszonych do możliwie najprodukcyjniejszego i najbardziej dogodnego i oszczędnego sposobu, jak uświadamiająca w odpowiednim kierunku działalność na masy. W tem uświadomieniu członków winny wziąć udział wszystkie czynniki miarodajne, a więc zarząd Kasy drogą publikacji, odczytów, ogłoszeń, lekarze przy obcowaniu z chorymi, urzędnicy przy załatwianiu interesantów i t. d. Nie ulega wątpliwości, że nawet bez przyspieszenia uświadomienia członków za pomocą wyżej wskazanych środków samo życie wpływa na coraz bardziej celowe przystosowywanie się mas do ram organizacyjnych, w jakie, z konieczności, zamyka się lecznictwo społeczne i że obecnie konflikty między członkami Kas i zarządami oraz pacjentami kasowymi i lekarzami zdarzają się znacznie rzadziej niż z początku. Co do braku odpowiednio wyszkolonego personelu urzędniczego, to zaznaczał się on najbardziej w byłym zaborze rosyjskim, aczkolwiek i w pozostałych dzielnicach Polski nie można go było uniknąć. Oczywista, organizowanie odpowiednich kursów przez Związki Kas wpłynęło na podniesienie poziomu umysłowego i wyrobienia organizacyjnego personelu urzędników kasowych, lecz i dziś jeszcze pod tym względem istnieją braki, które usunąć się dadzą przez wymaganie od urzędników odpowiednich kwalifikacji cenzusu szkolnego oraz przygotowanie fachowców urzędników drogą organizacji odpowiedniego szkolnictwa. Stanowiska kierownicze dyrektorów i naczelników wydziałów winny być obsadzane drogą konkursów i odpowiednio wynagradzane, aby przyciągnąć ludzi zdolnych.

Brak przygotowania lekarzy do pełnienia zadań społecznych, to wynika stąd, że w praktyce prywatnej było ono dla lekarza zbyteczne i z tego powodu nie wymagało uwzględnienia w nauce uniwersyteckiej. Obecnie rola społeczna lekarza w dziedzinie lecznictwa kasowego jest bardzo ważna. W swej działalności kasowej musi on zwracać uwagę zarówno na najsumienniejsze wypełnienie obowiązków lekarskich, jak dbać o interesy materjalne instytucji i nie szafować niepotrzebnie groszem tam, gdzie ten sam cel da się osiągnąć oszczędniej, i zapobiegać w granicach swej działalności lekarskiej nadużywaniu i świadomemu oszukańczemu wyzyskowi instytucji przez nieuświadomionych lub nieuczciwych członków. Aby otrzymać tu dobre rezultaty trzeba nietylko sumienności, taktu i życzliwości dla instytucji, lecz i pewnych umiejętności praktycznych, których braknie dzisiejszym lekarzom. Zwłaszcza stosuje się to do lekarzy naczelnych, którzy winni być duszą lecznictwa i centralnym motorem dobrobytu finansowego Kas, a niestety, często nie mają odpowiedniego przygotowania dla spełniania tak odpowiedzialnych funkcyj społecznych. Z powyższego wynika, iż dla wyszkolenia zarówno odpowiednich lekarzy naczelnych, jak i zapoznania ogółu lekarzy z wymaganiami lecznictwa społecznego, winny być na wydziałach lekarskich uniwersytetów zorganizowane dwie nowe katedry: 1) katedra lecznictwa społecznego, — obejmująca deontologję społeczno-lekarską, prawo lekarskie, administracyjne i handlowe, technikę organizacyjno-handlową lecznictwa, administrację instytucji społecznych lecznictwa, oraz zarysy techniki urządzeń higjenicznych i szpitalno-poliklinicznych i 2) katedra historji lecznictwa społecznego, zaznajamiająca przyszłych lekarzy z ustrojem i historją Kas Chorych i wogóle instytucyj społeczno - leczniczych u nas i zagranicą.

Zanim jednak zostaną utworzone odpowiednie katedry na uniwersytetach, pożądanem byłoby, aby obecni lekarze naczelni, zwłaszcza większych Kas i związków Kas wysyłani byli co pewien czas zagranicę dla zapoznania się z działalnością Kas obcych i odpowiednio do zdobytego doświadczenia mogli wprowadzać reformy w organizacji lecznictwa, uznane przez nich za celowe w naszych stosunkach. Winny być również ustanowione stypendja dla przyszłych profesorów medycyny społecznej, na które kandydaci byliby wybierani drogą porozumienia zarządów związków Kas z uniwersytetami i izbami lekarskiemi. Również jako środek tymczasowy, winny być dla obecnych lekarzy kasowych organizowane specjalne kilkotygodniowe kursy z zakresu lecznictwa społecznego, traktowane naukowo, na które stopniowo byliby wysyłani możliwie wszyscy lekarze kasowi, otrzymując płatne urlopy i djety. Na kursach tych przedmioty administracyjne, handlowe i techniczne mogłyby być narazie wykładane i przez siły fachowe zpoza grona lekarzy, przyczem odbywałyby się dyskusje, dążące do uzgodnienia zapatrywań lekarzy i kierowniczych sfer administracyjnych Kas na kwestje sporne, dotyczące zwłaszcza deontologji społeczno - lekarskiej. Obecne rozgoryczenie i naprężenie stosunków, które w wielu Kasach panuje pomiędzy zarządami Kas i lekarzami, wynika poza przyczynami, o których wspomniałem wyżej, częściowo również z nieuzgodnienia zapatrywań na zagadnienia, jakie z konieczności stawia przed lekarzami lecznictwo społeczne, a które bardzo często są traktowane powierzchownie zarówno przez lekarzy, jak i zarządy Kas. Kasy chorych, które z natury rzeczy winny być zarządzane przez dyrektorów - lekarzy, są obecnie zarówno wskutek wad ustawy, jak i braku odpowiednio wyszkolonych administracyjnie sił lekarskich kierowane przez prawników, handlowców, lub byłych urzędników administracyjnych, którzy często nie doceniają strony leczniczej Kas Chorych, kładąc główny nacisk na ich działalność finansowo - ubezpieczeniową. Tymczasem sprawność finansowa Kas Chorych opiera się — jak dom na fundamentach — na organizacji lecznictwa i bez dobrego funkcjonowania tego ostatniego, nie da się pomyśleć, toteż dyrektorem Kasy winien być, skoro to stanie się możliwem, lekarz. Oczywista, lekarz - dyrektor musiałby mieć również wykształcenie prawno - administracyjno-handlowe, lub conajmniej w obecnych warunkach wyszkolenie praktyczne w tych dziedzinach i posiadać do pomocy w dziale lecznictwa lekarza naczelnego, mającego wiadomości techniczo - lekarskie, niezbędne przy tworzeniu poliklinik, szpitali, urządzeń elektro- i rentgenoterapeutycznych, laboratorjów oraz instytucji hygjenicznych takich, jak przychodnie gruźlicze, żłobki, krople mleka, kolonje dziecięce i t. d. Specjalny regulamin winien normować prawa i obowiązki lekarza naczelnego, o ileby ustawa uznała, że dyrektorem Kasy może być tylko lekarz, w przeciwnym razie stosunek pomiędzy dyrektorem Kasy i lekarzem naczelnym winien być określony ustawowo w sensie większego usamodzielnienia tego ostatniego i nadania mu prawa veta w zakresie lecznictwa. Pod tym względem obecna ustawa winna być stanowczo zmieniona.

Z niedoceniania przez czynniki miarodajne ważności strony leczniczej w działalności Kas Chorych i wysuwania na plan pierwszy strony ubezpieczeniowej wynika zaniedbanie działalności hygjenicznej i profilaktycznej, które wyraża się w małem zainteresowaniu i odmawianiu subwencji takim instytucjom, jak przychodnie gruźlicze, krople mleka, żłobki, przychodnie eugeniczne, kolonje letnie dla dzieci słabych i t. p. Wprawdzie i w tym kierunku dużo się na korzyść zmieniło, lecz bądźcobądź ta strona działalności Kas Chorych wymaga znacznego uzupełnienia.

W działalności higjenicznej bardziej, niż w innej dziedzinie, konieczne jest stworzenie pewnego planu, obliczonego na dalszą metę i realizowanego w miarę środków finansowych przez związki Kas, których najważniejszem zadaniem prócz kontroli, winna być działalność zapobiegawczo - higjeniczna i twórczo - inicjatorska. Dla sprawnego funkcjonowania instytucji lecznictwa społecznego nie wystarcza jednak zdawanie sobie sprawy z celów, do których się daży i dróg, które do nich prowadzą, należy mieć również możność szybkiego, dokładnego i elastycznego działania machiny administracyjnej. Otóż pod tym względem Kasy Chorych szwankują, a szwankują nietylko z braku wyrobionych pracowników i niejednolitego systemu administracji, który zresztą w ostatnich czasach znacznie się ujednostajnił, lecz przedewszystkiem wskutek wadliwości ustawy, która z najwyższych instancyj (rada, zarząd, dy-

rektor) tworzy aparat ociężale funkcjonujący. Gdybyśmy nawet przyjęli, że dwustopniowość instancyj kierowniczych ma pewne uzasadnienie przynajmniej teoretyczne, (mojem zdaniem obie te instancje bez szkody dla interesów Kasy dałyby się zredukować do jednej), to już sposób funkcjonowania zarządu jest niezmiernie wadliwy i ociężały. Kolektywny zarząd, zbierający się raz na miesiąc, czy choćby na kilka tygodni, nie powinien decydować w sprawach praktycznych codziennych, związanych z odpowiedniem funkcjonowaniem instytucji, jak to ma miejsce wszędzie tam, gdzie Kasy Chorych trzymają się ściśle ustawy. Ciało niezmiernie niejednolite zarówno pod względem partyjnym, jak i umysłowym, jakim jest zarząd Kasy, nie może decydować szybko, a jeszcze bardziej opóźnia decyzje w sprawach często zupełnie jasnych, odsyłanie ich do komisyj, które pracują jeszcze ociężalej i niekompetentniej, niż zarząd. Zdarza się nieraz, że pewne uchwały, powzięte przez komisje (wbrew opinji dyrektora, lub naczelnego lekarza), są obalane przez zarząd i odsyłane napowrót do komisyj, co przewleka do nieskończoności sprawy niezmiernie pilne, ba! nawet terminowe, na czem bardzo często cierpią interesy instytucji i członków. Co więcej, zdarza się, iż sprawy czysto fachowe są traktowane przez członków zarządu pod partyjnym kątem widzenia, co prowadzi często do szkodliwych dla instytucji postanowień. Dla zwiększenia sprężystości działania Kas Chorych koniecznem jest ograniczenie decyzji kolektywnego zarządu do spraw najważniejszych, zaś rozszerzenie zakresu działania czynników fachowych: dyrektora i naczelnego lekarza, którzy winni posiadać większą samodzielność w działaniu i być mniej zależni od zarządu. Zarząd kolektywny winien decydować wyłącznie w sprawach zasadniczych i zatwierdzać preliminarz budżetu, nad działalnością zaś dyrektora co do jej celowości i sprężystości roztaczać nadzór przez swego przewodniczącego. Oczywista, że Komisja rewizyjna winna czuwać nad uczciwością i dokładnością pracy dyrektora i urzędników. Nie wolno jej jednak zarówno jak zarządowi hamować inicjatywy poczynań dyrektora, za które ten ostatni winien być całkowicie odpowiedzialny.

Sprawa większego usamodzielnienie dyrektora jest kwestja bardzo ważna, która mogłaby wywrzeć znaczny dobroczynny wpływ na działalność Kas Chorych, niestety, nie jest ona doceniana dotychczas przez czynniki kompetentne i miarodajne z pośród działaczy kasowych, o czem świadczy, iż nie znalazła dostatecznego uwzględnienia przy opracowaniu projektu noweli do ustawy na zjeździe, zwołanym przez związek Kas w Krakowie. Czas jeszcze, aby to przeoczenie poprawić, a przynajmniej podjąć w tej kwestji dyskusję.

Na zakończenie chciałbym poruszyć kwestję wzajemnego stosunku lekarzy i zarządów Kas. Jest to kwestja niezmiernie drażliwa i z obu stron nie traktowana bezstronnie, czego zresztą nie można wymagać, gdy w grę wchodzą najważniejsze interesy materjalne. Niezbyt życzliwy stosunek większości lekarzy do Kas i nieufność czynników kierowniczych tych instytucji w stosunku do lekarzy wypływa z tak wielu źródeł społecznych, ekonomicznych i psychologicznych, że usunięcie ich całkowite nie leży w mocy żadnej strony. Jednakże chodzi o usunięcie przynajmniej nieporozumień, i postawienie kwestji jasno i szczerze przez obie strony. Większość zarzutów czasami słusznych, częściej nieszczerych, stawianych sobie wzajemnie jest pretekstem, maskującym przeciwieństwo interesów ekonomicznych obu kontrahentów. Dążeniem Kas Chorych jako pracodawcy lekarzy jest i będzie obniżenie płac lekarzy za pracę tej samej wartości fachowej i społecznej, jak to miało i ma miejsce zagranicą. Lekarze jako pracownicy mają i muszą mieć pod tym względem tendencje wprost przeciwne. Na tem podłożu ekonomicznem rozwija się walka pomiędzy zawodowymi związkami lekarskiemi, a zarządami Kas lub zarządami Związku Kas Chorych. Sprowadzenie tej walki do form najbardziej kulturalnych, ujęcie jej w możliwie szerokie ramy organizacyjne, powoływanie w kwestiach zawiłych i spornych bezstronnych rzeczoznawców i arbitrów, jest rzeczą, do której dążyć winni zarówno lekarze, jak i kasy. Kontrahentami winny tu być związki lekarzy i Związki Kas Chorych, rzeczoznawcami izby lekarskie i urzędy ubezpieczeń społecznych, rozjemcami czynniki rządowe niezainteresowane z pośród sfer sądowniczych. W ten sposób — sadzę — dałoby się najsprawiedliwiej i najłatwiej stworzyć pewien modus vivendi konieczny dla sprawnego funkcjonowania Kas i uwzględniający ich interesy materjalne, z drugiej zaś strony — zapobiegający pauperyzacji tak pożytecznego społecznie stanu, jak lekarski. Pauperyzacja ta zresztą — mojem zdaniem — nie leży w interesie Kas. Wiadomo, że bieda demoralizuje, a cóż wart dla pracodawcy pracownik zdemoralizowany?

DR. FRANCISZEK PAJERSKI.

NOWELIZACJA USTAWODAWSTWA O UBEZPIECZENIU INWALIDÓW NA GÓRNYM ŚLĄSKU.

Ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy, starości i śmierci robotników oraz na korzyść pozostałych po ubezpieczonych rodzin w b. dzielnicy pruskiej i w górnośląskiej części województwa śląskiego reguluje obowiązująca tam jeszcze niemiecka ordynacja ubezpieczeniowa z r. 1911, (§ 1226—1500).

W b. dzielnicy pruskiej przepisy ordynacji tej nie uległy zasadniczym zmianom od czasu połączenia tej dzielnicy z resztą Polski, albowiem rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 26 czerwca 1924 (Dz. u. p. Nr. 55, poz. 549), oraz ustawa z dnia 13 maja 1925 r. (Dz. U. R. P. Nr. 65, poz. 452) dotyczyły tylko zastosowania złotego do obliczania składek (premij), jakoteż świadczeń pieniężnych (rent) i przerachowania na złote dawnych zobowiązań rentowych w ubezpieczeniu na wypadek niezdolności do pracy, na starość i na korzyść pozostałych po ubezpieczonych rodzin.

Natomiast na Górnym Śląsku przepisy ordynacji ubezpieczeniowej, dotyczące ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa i na korzyść pozostałych rodzin, uległy kilkakrotnie znowelizowaniu przez ustawy śląskie.

Tu należą: 1) ustawa z dnia 20 grudnia 1922 r. w przedmiocie zmiany ordynacji ubezpieczeniowej z dnia 19 lipca 1911 r. (Dz. u. śl. Nr. 3, poz. 24 ex 1923); 2) ustawa z dnia 31 stycznia 1923 r. (Dz. u. śl. Nr. 14, poz. 94); 3) Ustawa z dnia 17 października 1923 r. (Dz. u. śl. Nr. 39, poz. 192); 4) Ustawa z dnia 3 czerwca 1924 r. (Dz. u. śl. Nr. 15, poz. 60); 5) oraz ustawa z dnia 7-go grudnia 1927 r., zmieniająca niektóre postanowienia ordynacji ubezpieczeniowej (Dz. u. śl. Nr. 26, poz. 49).

Przypatrzmy się bliżej postanowieniom tej ostatniej ustawy, ujętym w 7 artykułach, a dotyczącym tak prawa materjalnego (§ 1258, 1281, 1288, 1289 i 1392 Ordynacji ubezpieczeniowej), jak i postępowania przed władzami ubezpieczeniowemi (§ 1613, 1618, 1620, 1622, 1623, 1626, 1631, 1632—33 i 1743). Naogół trzeba zaznaczyć, że ustawa ta stanowi dalszy i znaczny krok na drodze rozwoju ustawodawstwa ubezpieczeniowego na Górnym Śląsku. Zamiarem ustawodawcy było dostosować się w granicach możliwości do zmienionych warunków gospodarczych i społecznych.

Ustawa z dnia 7 grudnia 1927 r. zmieniła, a raczej uzupełniła dotychczasowy przepis § 1258 ordynacji ubezpieczeniowej o tyle, że wprowadziła nieznaną dotychczas rentę dla wdów po ubezpieczonych, które to wdowy ukończyły 60 rok życia (i to bez względu na ich zdolność do zarobkowania).

Dotychczas wdowy po ubezpieczonych otrzymywały rentę wdowią tylko wtedy, gdy lekarz wydał orzeczenie, że są trwale niezdolne do zarobkowania, czyli wtedy, gdy stały się inwalidami. Zaś inwalidka w rozumieniu § 1258 ordynacji ubezpieczeniowej jest wdowa, która nie jest w stanie zarobić własną pracą jednej trzeciej części tego, co w danej miejscowości zarabia zdrowa fizycznie i umysłowo kobieta o podobnem wykształceniu i uzdolnieniu. (Pozatem przy ustalaniu inwalidztwa wdowy należy brać pod uwagę stanowisko społeczne zmarłego męża, zwłaszcza, gdy rozchodzi się, jaka praca jest dla wdowy odpowiednia). Obecnie wdowa z chwilą osiągnięcia 60 lat otrzymuje rentę wdowią bez względu na to, czy jest jeszcze zdolna do zarobkowania, czy już nie. Przepis noweli jest słuszny, gdyż granica zdolności do zarobkowania przy ubezpieczonych została na Górnym Śląsku ustalona na 60 lat życia (w b. dzielnicy pruskiej natomiast na 65 lat), zatem wdowy po ubezpieczonych nie powinny być gorzej traktowane, niż sami ubezpieczeni.

Nowelizacja dotychczasowego § 1281 Ordynacji ubezpieczeniowej ma wielkie znaczenie zwłaszcza dla bezrobotnych.

W myśl przepisu § 1280 ordynacji uprawnienie do ewentualnych świadczeń w ubezpieczeniu na wypadek inwalidztwa (ekspektatywa) gaśnie, jeżeli ubezpieczony w ciągu dwuch lat, licząc od dnia wystawienia karty kwitowej, wpłacił do niej mniej, niż 20 znaczków tygodniowo. Następstwem powyższego przepisu było to, że wskutek trwającego dłużej niż 2 lata bezrobocia tysiące bezrobotnych traciło prawo do świadczeń, nie mając środków na opłacanie znaczków ubezpieczeniowych. Wprawdzie kwota, którą taki bezrobotny winien był w ciągu 2-ch lat zapłacić, nie jest wysoką (6 zł., licząc 20 znaczków po 30 groszy), to jednak bezrobotnemu trudno zdobyć się nawet i na taki wydatek. Proponowano, by wydatek odnośny pokrywał Skarb śląski. Wobec trudności umieszczenia jednak w budżecie śląskim potrzebnej na to kwoty w wysokości 180 tys. złotych rocznie, trzeba było stworzyć przepis, że z wymaganemi przez § 1280 dwudziestoma opłacanemi tygodniami zrównane są czasokresy, w których ubezpieczony z powodu przesilenia gospodarczego był bez pracy i bez uszczerbku środków potrzebnych koniecznie dla utrzymania siebie i swojej rodziny nie był w stanie pokryć przepisanych 20 składek.

Właściwy Urząd Pośrednictwa Pracy poświadcza czas, przez który ubezpieczony był bezrobotny, zaś Urząd Gminny miejsca zamieszkania ubezpieczonego zaświadcza brak środków utrzymania ubezpieczonego. Jako początek przesilenia gospodarczego ustawa z dnia 7 grudnia 1927 r. przyjmuje 1 styczeń 1925 r., zaś termin ewentualnego skończenia się tego przesilenia oznaczy w swoim czasie Wojewoda Śląski.

Ustawa z dnia 7 grudnia 1927 r. zawiera dalej przepisy, upraszczające dotychczasowe obliczanie rent inwalidzkich.

Renta inwalidzka składa się **z dodatku państwowego** i z **udziału zakładu ubezpieczeniowego** czyli Zakładu Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa w Królewskiej Hucie.

Dodatek państwowy wynosi na Górnym Śląsku rocznie 60 zł. do każdej renty inwalidzkiej, renty wdowiej lub wdowca, zaś 30 zł. do każdej renty sierocej. Ciężar tego dodatku państwowego spoczywa na Skarbie śląskim, a w budżecie śląskim na rok 1927—28 został on ustalony na 2.145.120 zł. (vide zestawienie szczegółowe wydatków, część II administracja wewnętrzna § 20 budżetu Województwa Śląskiego za czas od 1 kwietnia 1927 r. do 31 marca 1928 r.). W nowym roku budżetowym powyższy dodatek państwowy będzie prawdopodobnie podwyższony.

Udział Zakładu Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa w Królewskiej Hucie zależy od opłacanych składek tygodniowych, od okresu służby wojskowej i choroby, który to okres liczy się jako tygodnie składkowe. Przy rentach inwalidzkich udział Zakładu składa się **z kwoty podstawowej** i **kwoty wzrostu**, zaś przy rentach na korzyść pozostałych rodzin z części kwoty podstawowej i części kwoty wzrostu.

Kwotę podstawową renty obliczało się na podstawie 500 tygodni składkowych. Jeżeli starający się o rentę udowodnił mniej, niż 500 tygodni składkowych, to brakujące tygodnie składkowe dodawało się z pierwszej klasy zarobkowej. Jeżeli zaś było więcej tygodni składkowych, niż 500, wtedy nie brano w rachubę nadliczbowych składek najniższej klasy zarobkowej.

Kwotę wzrostu obliczano do czasu dewaluacji również w ten sposób, że za każdy tydzień składkowy w pierwszej klasie zarobkowej przypadała pewna ilość fenigów.

Podany powyżej sposób obliczania kwoty podstawowej i kwoty wzrostu przy rencie inwalidzkiej musiał w czasie dewaluacji ulec zmianie. W październiku 1923 r. kwota podstawowa dla wszystkich klas zarobkowych **wynosiła rocznie 7.200 mk., zaś kwotę wzrostu zastąpiono dodatkami drożyźnianemi.**

Z chwilą stabilizacji waluty polskiej i wprowadzenia złotego, należało powrócić do wypróbowanych i przyjętych w ordynacji ubezpieczeniowej z roku 1911 form ustalania wysokości renty inwalidzkiej.

Ustawa śląska z dnia 3 czerwca 1924 r. wprowadziła też kwotę podstawową (za każdy tydzień składkowy w pierwszej klasie zarobkowej — 15 gr., w trzeciej klasie — 20 gr., w piątej klasie — 25 gr.) i kwotę wzrostu (dla rent za czas po 1 czerwca 1924 roku za każdy tydzień składkowy w I klasie — 4 gr., III kl. — 10 gr., a w V kl. — 15 gr.). Natomiast wszystkie renty ustanowione przed 1 czerwca 1924 roku ustawa z 3 czerwca 1924 r. ustaliła jednolicie, to znaczy, że w miejsce dotychczasowych rent i dodatków drożyźnianych w markach polskich otrzymywał każdy inwalida 24 zł., wdowa, względnie wdowiec 12 zł., sierota 6 zł. Pozatem pobierający rentę inwalidzką pobierał jako dodatek na dzieci 2 zł. miesięcznie na każde dziecko.

Jest rzeczą zupełnie zrozumiałą, że powyższy sposób zwaloryzowania rent wywołał niezadowolenie tych zwłaszcza rencistów, którzy opłacali wysokie składki i wielką ich ilość.

Nowela z 7 grudnia 1927 r. zniosła powyższe jednolite renty, a przyjęła sprawiedliwsze zwaloryzowanie rent na podstawie systemu kwoty podstawowej i kwoty wzrostu dla wszystkich rent.

Kwotę podstawową ustaliła dla wszystkich klas zarobkowych na 160 zł. rocznie, zaś kwoty wzrostu podwyższyła (za każdy tydzień składkowy do 30 września 1921 r. przeciętnie 10 groszy, od 1 października 1921 r. do 31 maja 1924 r. za każdy tydzień w każdym wypadku 10 gr., a to wobec trudności ustalenia obecnej wartości składki, płaconej w okresie dewaluacyjnym; za każdy tydzień składkowy od 1 czerwca 1924 r. — przeciętnie 13 groszy).

Powyższy sposób obliczania rent inwalidzkich czyni zadość żądaniom rozżalonych rencistów i waloryzuje rentę mniej więcej na tym samym poziomie, na jakim zostały zwaloryzowane renty wypadkowe ustawą z dnia 18 listopada 1926 r. (Dz. u. śl. 27, poz. 48), przyczem podobnie, jak i w tej ustawie, żadna z rent inwalidzkich, przeliczona w sposób powyżej podany, nie może wynosić mniej, niż renta, dotąd pobierana.

Przepis ten był o tyle konieczny, że obniżenie rent (w niektórych wypadkach byłoby ono koniecznem) wywoływałoby ogromne rozgoryczenie i ostre objawy niezadowolenia, czego ze względów zupełnie zrozumiałych należy unikać zwłaszcza na Górnym Śląsku.

Ustawa z dnia 7 grudnia 1927 r. przeprowadza nietylko bardziej sprawiedliwe zwaloryzowanie rent, lecz podnosi także wogóle renty o 30%. Podwyżka ta stała się możliwą wobec podwyższenia składki tygodniowej prawie o 40% (składka tygodniowa została podniesiona w I klasie z 30 gr. na 40, w III kl. z 60 gr. na 80 gr., w V kl. z 1 zł. 50 na 2 zł. 10). Podwyżka ta starczy tak na zwiększenie świadczeń o 30%, jakoteż na nowe koszta, spowodowane wprowadzeniem dodatkowych przepisów do § 1258 i 1281, dotyczących wdów i bezrobotnych (o czem była mowa powyżej).

Wreszcie na uwagę zasługuje przepis art. 3 cytowanej powyżej ustawy, upoważniający Wojewodę Śląskiego do ustanowienia za zgodą Rady Wojewódzkiej dalszych klas zarobkowych (obecnie istnieje 5 klas) oraz ustalenia dla nich odpowiednich składek, kwoty wzrostu i kwoty podstawowej (§ 1245, 1288, 1289 i 1392 ordynacji ubezpieczeniowej w brzmieniu odnośnych ustaw śląskich). Wojewoda może, w razie potrzeby na zasadzie danych, przedłożonych mu przez Zakład Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa w Królewskiej Hucie, zmienić składki, kwoty podstawowe i kwoty wzrostu, ustanowione nowelą z dnia 7 grudnia 1927 r.

Przepis art. 3, umożliwiający utworzenie nowej klasy zarobkowej był konieczny wobec zwyżki zarobków. Jednak sprawa sama wymaga bliższego rozpatrzenia i matematycznego obliczenia. Przepis art. 3 pozostawia tę sprawę Wojewodzie, który po porozumieniu się z Zarządem i matematykiem Zakładu ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa, może ją załatwić w drodze rozporządzenia. Obliczenia matematyczne mogą potrwać dłuższy czas, aby więc nie zatrzymywać przez to całej ustawy, trzeba było przepis zawarty w projekcie ustawy, a dotyczący stworzenia nowej klasy zarobkowej, pozostawić do późniejszego załatwienia w drodze rozporządzenia Wojewody.

Art. 3 upoważnia również Wojewodę do poczynienia ewentualnych zmian w ustalonych już w ustawie składkach, kwotach wzrostu i kwotach podstawowych. Przepis ten był dyktowany ostrożnością i przewidywaniem możliwej konieczności poczynienia ewentualnych poprawek w ustalonych stawkach, gdyby one obliczone w teorji miały się okazać nieodpowiedniemi w praktyce.

Wreszcie ustawa z dnia 7 grudnia 1927 r. zawiera przepisy, dotyczące samej procedury. Zmianie uległy §§ 1613, 1618, 1622, 1626, 1633 i 1635 ordynacji ubezpieczeniowej, zawierającej przepisy, dotyczące zgłaszania pretensyj do rent, trybu postępowania przed urzędem ubezpieczeń, rozstrzygania i ustalenia renty przez zakład ubezpieczeniowy oraz prawa do ponawiania odrzuconych już wniosków o przyznanie renty. Ustawodawcy chodziło o przyśpieszenie załatwienia wniosków, które dotychczas musiały być kierowane do Urzędu Ubezpieczeń celem zbadania i wypowiedzenia swej opinji. Obecnie wnioski z wystarczającemi dowodami, skierowane do Zakładu Ubezpieczeń, może ten ostatni załatwić bez przekazania do Urzędu Ubezpieczeń.

Ustawa z dnia 7 grudnia 1927 r. została ogłoszona w Dzienniku ustaw śląskich Nr. 26 z dnia 20 grudnia 1927 r., a weszła w życie z dniem 1 stycznia 1928 r. z tym wyjątkiem, że renty obliczane według jej przepisów, przysługują dopiero od 1 kwietnia 1928 r. Aby jednak przyjść z pomocą rentobiorcom, już 1 stycznia 1928 r. wypłacono im dodatek nadzwyczajny w wysokości jednomiesięcznej renty, obliczonej według przepisów, obowiązujących przed wejściem w życie cytowanej powyżej ustawy.

KRONIKA.

NADZWYCZAJNY ZJAZD DELEGATÓW OKRĘGOWEGO ZWIĄZKU KAS CHORYCH W ŁODZI.

Porządek obrad.

1) Odczytanie protokułu z ostatniego Zjazdu Delegatów;
2) Ustalenie składki związkowej na r. 1928;
3) Wolne wnioski.

Przewodniczy p. Dr. Próchnik, sekretarzuje p. J. Kieler.

Protokuł przyjęto do wiadomości.

Sprawę ustalenia składki Zw. na r. 1928 referował pos. Dr. A. Próchnik. Na czas referatu przewodnictwo Zjazdu obejmuje wiceprzewodniczący p. W. Chlebosz.

P. Dr. A. Próchnik uzasadnił konieczność uchwalenia przez Zjazd składki w dotychczasowej wysokości, t. j. 3 proc. od wpływów z tytułu składek ubezpieczeniowych Kas Chorych Województwa Łódzkiego.

Kosztorys budującego się szpitala Związku wynosi:

1) budowa w stanie surowym zł. 640.627, 2) wykończenie zł. 1.585.600, razem zł. 2.226.227.

Dla uruchomienia budującego się szpitala w roku bieżącym potrzeba zł. 1.028.000, zaś wydatki normalne Związku za rok 1928 wynoszą zł. 120.961, razem wydatki, przewidziane w r. 1928, wyniosą sumę zł. 1.148.961. Na pokrycie tej sumy Związek posiada: wierzytelność, po potrąceniu wszelkich zobowiązeń, w dniu 14 lutego r. b. zł. 44.516.91, wpływy za r. 1928 ze składki 1½ %, biorąc przeciętną składkę Kas Chorych z r. 1927, zł. 393.408, wpływy z różnych tytułów zł. 3.600, wpływy z podwyższenia o 1½ % składki związkowej zł. 393.408, razem Związek Kas Chorych w Łodzi w roku bież. po dzień 31 grudnia r. b. włącznie rozporządzać będzie sumą złotych 834.932.91. Pozostaje zatem jeszcze suma zł. 314.028.09, którą będzie trzeba pokryć pożyczką, jaką zamierza Związek zaciągnąć.

Do dnia dzisiejszego Związek Kas Chorych wypłacił przedsiębiorcy za roboty budowlane wznoszonej części gmachu w stanie surowym sumę zł. 606.227, t. zn. prawie że pokrył koszty budowy w stanie surowym.

Związek może otrzymać pożyczkę w wysokości 50 proc. wartości już wybudowanej części szpitala, co pokryje brakującą sumę w preliminowanych wydatkach na r. 1928.

Szpital Związku należy wykończyć jaknajszybciej i budowy jego nie rozkładać na kilka lat, gdyż tylko przez uruchomienie tak niezbędnego szpitala będzie można postawić na należytym poziomie lecznictwo szpitalniane Kas Związkowych. Wszystkie miejsca w szpitalach miejskich i prywatnych w Łodzi są zajęte, zaś ilość łóżek jest niewystarczająca. W r. 1927 Kasy Związkowe, oprócz Kasy Chorych m. Łodzi, leczyły za pośrednictwem Związku w szpitalach łódzkich 587 chorych przez 14.142 dni szpitalnych. Ogolna ilość łóżek w szpitalach miejskich i prywatnych w Łodzi wynosi zaledwie 979, gdy sama Kasa Chorych m. Łodzi potrzebuje daleko więcej łóżek, niż posiadają wszystkie szpitale, razem wziąwszy. Zdarza się często, że chorzy z wszystkich Kas Chorych muszą wyczekiwać po kilka nawet tygodni na wolne łóżko w szpitalu. Zaznaczyć należy przytem również, że opieka lekarska, jak również i jakość leczenia szpitalnego wymaga wiele do życzenia i są wypadki, że chory po kilku, wzgl. kilkunastu dniach nie ma odpowiedniej djagnozy lekarskiej.

Wszystkiemu temu można zaradzić tylko wyłącznie przez jaknajszybsze uruchomienie szpitala związkowego, który będzie spełniać jednocześnie kontrolę leczenia nietylko szpitalnego w Kasach Związkowych; w szpitalu tym będzie można dokształcać lekarzy, sanitarjuszy, felczerów, pielęgniarki, laborantki i t. p., a jednocześnie będziemy mieć pewność, że chorzy będą przebywać nie dłużej, niż tego ich stan zdrowia wymaga.

Zrealizowanie tej budowy należy przeprowadzić wspólnemi siłami i przy pomocy własnych zasobów finansowych. Zaciąganie nawet dużej i nisko oprocentowanej pożyczki jest rzeczą niepożądaną, gdyż w przyszłości koszty oprocentowania i amortyzacja tej pożyczki mogłyby poważnie wpłynąć na koszty utrzymania chorego. Zresztą niema nadziei, aby w najbliższej przyszłości Związek mógł otrzymać kredyty budowlane od władz państwowych.

Z tych względów referent złożył Zjazdowi wniosek Zarządu następujący:

Nadzwyczajny Zjazd Delegatów Okręgowego Związku Kas Chorych w Łodzi ustala składkę związkową na rok 1928, poczynając od 1 stycznia 1928 r. w wysokości 3 proc. od wpływów z tytułu składek ubezpieczeniowych Kas Chorych Województwa Łódzkiego.

Wniosek Zarządu przyjęty został w brzmieniu następującem:

„Nadzwyczajny Zjazd Delegatów Okręgowego Związku Kas Chorych w Łodzi, odbyty w dniu 14 lutego 1928 r., ustala składkę związkową na r. 1928, poczynając od 1 stycznia 1928 r., w dotychczasowej wysokości, t. j. 3 proc. od wpływów z tytułu składek ubezpieczeniowych Kas Chorych Województwa Łódzkiego".

NOWA TABELA SKŁADEK K. CH. M. ŁODZI.

Pan Minister Pracy i Opieki Społecznej reskryptem z dnia 28 stycznia 1928 r. Nr. 588/U. 3. zarządził utworzenie w Kasie Chorych m. Łodzi od dnia 1 lutego 1928 r. ponad dotychczas obowiązujących 14 grup zarobkowych, dalszych 4 grup zarobkowych, przyczem w ostatniej 18 grupie dzienna płaca ustawowa wynosi zł. 20.—

Liczba członków Kasy na dzień 1 I 1928 r.

	M.	K.
Łódź	98,043	72,783
Zgierz	3,782	2,752
Aleksandrów	817	729
Konstantynów	771	393
Ruda - Pabjanicka	1,067	498
Niestale - zatrudn.	383	4
Dobrowolnie ubezp.	28	11
Razem	104,891	77,170
Ogółem		182,061

OTWARCIE III-GO KURSU DLA PRACOWNIKÓW KAS CHORYCH W POZNANIU.

Związek Kas Chorych w Poznaniu zorganizował trzeci kurs dokształcający dla pracowników Kas Chorych województw poznańskiego i pomorskiego.

W dniu 1 marca b. r. o godz. 9-ej rano nastąpiło uroczyste otwarcie wymienionego kursu.

Przed otwarciem odbyła się Msza św. w kościele farnym.

Otwarcia kursu dokonał p. Dr. Rudkowski, dyrektor Związku witając wszystkich zebranych.

W przemówieniu swem mówca wskazał na wielkie znaczenie kursu dla całej instytucji ubezpieczeniowej, wezwał więc wszystkich uczestników do usilnej pracy nad sobą w ciągu całego okresu trwania kursu dla dobra Kas Chorych, ubezpieczonych i całego społeczeństwa.

W czasie uroczystości otwarcia przemawiali pp. dyr. Rudkowski, dyr. Barański i p. kom. Sell.

Następnie rozpoczęły się wykłady.

W kursie brało udział 50 słuchaczy z obydwu województw. Kurs trwał od 1 marca do 17 kwietnia b. r.

Po zakończeniu kursu odbył się egzamin.

Program obejmował 14 przedmiotów, stanowiących organiczną całość i dających pracownikowi całokształt niezbędnej wiedzy w pracy w Kasie Chorych.

W programie zwrócono uwagę również na przedmioty ogólnokształcące, celem podnoszenia ogólnego poziomu intellektualnego słuchaczów.

PROGRAM WYKŁADÓW.

VI-tego kursu dla pracowników Kas Chorych, urządzonego przez Okręgowy Związek Kas Chorych w Krakowie.

1) Nauka o Polsce współczesnej, Dr. Kropatsch i Dr. Mazur — godzin wykładowych 20.

2) Ubezpieczenie na wypadek choroby w Polsce, Dr. Michałowski — godz. wykł. 30.

3) Zasady ubezpieczeń społecznych w kraju i zagranicą. Dr. Fr. Szkodziński — godz. wykł. 15.

4) Administracja wewnętrzna Kas Chorych p. Fr. Durek — godz. wykł. 15.

5) Ćwiczenia praktyczne w sprawach administracji kasowej, pp. Fr. Durek i Dr. K. Kropatsch — godz. wykł. 8.

6) Zasady buchalterji, p. Dr. Mazur — godz. wykł. 15.

7) Nadzór państwowy nad Kasami Chorych, p. Adam Korski — godz. wykł. 3.

8) Księgowość w Kasach Chorych — kontrola, p. Fr. Durek — godz. wykł. 30.

9) Organizacja lecznictwa w Kasach Chorych, p. Dr. R. Kunicki — godz. wykł. 5.

10) Organizacja aptek kasowych, p. Mgr. farm. W. Sochacki — godz. wykł. 6.

11) Egzekucje wierzytelności Kas Chorych, p. Dr. Kropatsch — godz. wykł. 6.

12) Zasady ubezpieczenia długoterminowego, p. Dr. Fr. Szkodziński — godz. wykł. 12.

13) Ogólne wiadomości z zakresu przepisów prawnych. p. Dr. K. Kropatsch — godz. wykł. 8.

14) Przepisy i praktyka prawa wekslowego, p. Dr. Mazur — godz. wykł. 5.

15) Zasady naukowej organizacji pracy, p. Dr. Wł. Medyński — godz. wykł. 6.

WYKŁADY DLA LEKARZY Z DZIEDZINY MEDYCYNY ZAPOBIEGAWCZEJ.

Państwowa Szkoła Higjeny organizuje z udziałem Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, Wydziału Zdrowia m. st. Warszawy, Warszawskiej Kasy Chorych i Ogólno - Państwowego Związku Kas Chorych od 30 kwietnia do 6 czerwca 1928 r. cykl następujących wykładów z dziedziny medycyny zapobiegawczej.

Lekarz współczesny a medycyna zapobiegawcza Dr. W. Chodźko, Dyrektor Państw. Szkoły Higjeny — godz. 1.

1. Medycyna zapobiegawcza w **położnictwie** Prof. Dr. A. Czyżewicz — godz. 2.

2. Medycyna zapobiegawcza w chorobach wieku niemowlęcego ze szczególnem uwzględnieniem zaburzeń trawienia i chorób konstytucyjnych. Prof Dr. M. Michałowicz — godz. 4.

3. Źródła i drogi infekcji. Dr. M. Kacprzak — godz. 1.

4. O mechanizmach odpornościowych. Epidemjologja chorób zakaźnych w świetle procesów odpornościowych. Doc. Dr. L. Hirszfeld — godz. 2.

5. Medycyna zapobiegawcza w ostrych chorobach zakaźnych wieku dziecięcego. Doc. Dr. W. Szenajch — godz. 3.

6. Zakażenia ustne i sposoby zapobiegania. Dr. L. Brennejsen — godz. 2.

7. Medycyna zapobiegawcza w ostrych chorobach zakaźnych. Doc. Dr. S. Sterling - Okuniewski — godz. 1.

8. Medycyna zapobiegawcza w odzwierzęcych chorobach zakaźnych. Prof. Dr. Z. Szymanowski — godz. 1.

9. Medycyna zapobiegawcza w chorobach skóry. Prof. Dr. F. Krzyształowicz — godz. 1.

10. Robaki jelitowe u człowieka. Dr. L. Anigstein — godz. 1.

11. Profilaktyka specyficzna gruźlicy. Prof. Dr. Z. Szymanowski — godz. 1.

12. Medycyna zapobiegawcza w gruźlicy. Dr. S. Rudzki — godz. 1.

13. Medycyna zapobiegawcza w chorobach wenerycznych. Dr. H. Szczodrowski — godz. 2.

14. Medycyna zapobiegawcza w chorobach zawodowych. Dr. B. Nowakowski — godz. 2.

15. Wpływ higjeny otoczenia na zdrowie publiczne. Dr. C Wroczyński — godz. 1.

16. Rola uświadomienia higjenicznego mas w medycynie zapobiegawczej. Dr. M. Kacprzak — godz. 1.

17. Medycyna zapobiegawcza w lecznictwie Kas Chorych. Dr. H. Kłuszyński — godz. 1.

18. Społeczna służba opiekuńcza w szpitalnictwie. Doc. Dr. W. Szenajch — godz. 1.

19. Rola ośrodków zdrowia w medycynie zapobiegawczej. Dr. J. Lubczyński — godz. 2.

20. Life Extension Institutes. Dr. B. Nowakowski — godz. 1.

Wykłady odbywać się będą w Państw. Szkole Higjeny w Warszawie (Chocimska 24). Wpisowe wynosi 15 zł. Zgłoszenia przyjmuje Sekretarjat szkoły Telef. Nr. 104-81.

OBOWIĄZKOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK GRUŹLICY WE WŁOSZECH.

Włochy, jak wiadomo, należą do tych nielicznych państw europejskich, które dotychczas jeszcze nie wprowadziły u siebie obowiązkowych ubezpieczeń na wypadek choroby. Istnieją tam dosyć rozwinięte fakultatywne ubezpieczenia w kasach wzajemnej pomocy.

Wyjątek, co do przymusu ubezpieczenia, stanowią ubezpieczenia na wypadek macierzyństwa, które zorganizowane zostały w 1910 r.

Obecnie daje się wyczuwać tendencja do wprowadzenia ogólnych obowiązkowych ubezpieczeń na wypadek choroby, a jako pierwszy krok do tego celu należy uznać wprowadzenie dekretem z 27 października 1927 r. obowiązkowego ubezpieczenia przeciw gruźlicy. (Gazetta Ufficiale Nr. 265 z 16 listopada 1927 r.).

Ubezpieczenie przeciwgruźlicze jest obowiązkowe dla pracowników obu płci, ubezpieczonych na wypadek niezdolności do pracy i starości (w przemyśle, handlu i rolnictwie) i dla marynarzy. Według oświadczenia Ministra Ekonomji Narodowej liczba ubezpieczonych, jeżeli dekret otrzyma pełne zastosowanie, wyniosłaby około 7½ miljona osób.

Ubezpieczenie ma za przedmiot umieszczanie i leczenie ubezpieczonych i członków ich rodzin 1) w sanatorjach lub szpitalach sanatoryjnych, znajdujących się w specjalnych miejscowościach leczniczych oraz 2) w zakładach leczniczych prawnie uznanych, rozporządzających specjalnemi pomieszczeniami, które gwarantują możność odosobnienia tych, którym odpowiednie prowincjonalne władze sanitarne odosobnienie to zaleciły.

Ubezpieczeni, którzy utrzymują rodzinę mają prawo, w wypadku jeśli są w szpitalu, do dziennego zasiłku pieniężnego

którego wysokość wynosi 4 — 6 lirów, zależnie od tego, czy zarobek przekraczał czy nie 8 lirów.

Jeśli umieszczenie w lecznicy jest wskutek braku miejsca niewykonalne, może być ono zastąpione przez leczenie w domu i udzielenie zasiłku w czasie leczenia. Prawo do świadczeń mają ubezpieczeni, którzy wpłacili w ciągu dwóch lat poprzedzających prośbę o umieszczenie w lecznicy, o zasiłek lub o leczenie w domu.

Liczba osób, mogących korzystać ze świadczeń ubezpieczonych, zarówno pracowników ubezpieczonych, jak i członków ich rodzin, oszacowana jest na 20 miljonów. Wprowadzenie obowiązkowych ubezpieczeń na wypadek gruźlicy pociągnie za sobą, według przybliżonego szacunku, kwotę 300 miljonów lirów rocznie.

Środki konieczne do pokrycia tych wydatków będą czerpane ze składek wpłacanych w połowie przez ubezpieczonych, w połowie przez pracodawców. Wysokość całkowitej składki tygodniowej wynosi 1 lub 2 liry, zależnie od tego czy zarobek dzienny ubezpieczonego przekracza 8 lirów, czy nie.

Ponieważ Włochy nie rozporządzają obecnie dostateczną ilością zakładów leczniczych dla możności zastosowania leczenia sanatoryjnego, uważanego za główne świadczenie obowiązkowych ubezpieczeń na wypadek gruźlicy, przewidziane jest stworzenie w okresie najwyżej 10-letnim od 200 do 300 nowych zakładów leczniczych, obliczonych na 20.000 łóżek.

Wybudowanie i urządzenie tych sanatorjów, szpitali i aptek wymagać będzie kwoty ca. 450 miljonów lirów. Suma ta będzie wypożyczona przez narodową Kasę ubezpieczeń społecznych, z tem, że winna być ona spłacona łącznie z procentami w terminie 25-letnim ze składek ubezpieczonych i pracodawców.

Zarząd nad obowiązkowemi ubezpieczeniami na wypadek gruźlicy powierzony jest autonomicznej organizacji, a mianowicie Radzie Administracyjnej narodowej Kasy ubezpieczeń społecznych oraz Specjalnemu Komitetowi. Rada Administracyjna narodowej Kasy kieruje działalnością urzędów administracyjnych i ustala główne przepisy korzystania z funduszów. Komitet specjalny ubezpieczeń na wypadek gruźlicy składa się z przewodniczącego narodowej Kasy ubezpieczeń społecznych, z 4 członków Rady Administracyjnej tejże Kasy (2 ubezpieczonych, 2 pracodawców), z przedstawicieli Ministerstwa Ekonomji Narodowej i przedstawicieli Ministerstwa Skarbu (będących członkami Rady Administracyjnej Kasy ubezpieczeń społecznych), z generalnych dyrektorów higjeny publicznej, pracy, opieki i kredytu, z generalnego sekretarza narodowej Rady Związków, przedstawiciela Czerwonego Krzyża, lekarzy i dyrektora narodowej Kasy ubezpieczeń społecznych.

Ten komitet zapewnia normalne administrowanie całości tej autonomicznej instytucji, rozpatruje główne zarządzenia sanitarne, planu budowy szpitali i sanatorjów, i rekursy z powodu odmowy przyznania świadczeń poszczególnym ubezpieczonym, czy też członkom ich rodzin.

Powołując do życia tę organizację administracyjną, która pociąga za sobą stworzenie tylko jednego nowego organu, a mianowicie Komitetu Specjalnego, zdaje się, że rząd chciał wykorzystać istniejące urzędy narodowej Kasy ubezpieczeń społecznych nietylko w celu ekonomicznym, lecz w celu przygotowania ich do pracy, która im będzie poruczona w razie wprowadzenia w życie obowiązkowych ubezpieczeń na wypadek choroby, ubezpieczeń tak dobroczynnych dla klas pracujących.

Tadeusz Bartnicki.

***

KOMUNIKAT.

Komitet Kasy imienia Mianowskiego podaje do wiadomości, iż w m. lutym 1929 roku przypada termin przyznania nagrody w wysokości 1.000 zł. z funduszu im. Karola Wittenberga za najlepszą pracę z zakresu ubiezpieczeń prywatnych lub społecznych, napisaną w języku polskim, przez obywatela polskiego i wydaną w ubiegłem pięcioleciu (t. j. w latach od 1924 — 1928).

Komitet uprasza o nadsyłanie prac do 1 listopada 1928 roku pod adresem: Kasa imienia Mianowskiego, Pałac Staszica w Warszawie.

Prezes Komitetu
(prof. *K. Lutostański).*
Członek Komitetu Sekretarz
(prof. *J. Ujejski).*

KSIĄŻKI I CZASOPISMA

WIADOMOŚCI KASY CHORYCH M. ŁODZI.

ogłaszają (Nr. 3) artykuł p. D-ra Margulies p. t.: „O symulantach i sposobach walki z nimi.

Autor stwierdza, iż

„symulantów można podzielić na 3 kategorje: 1) awanturników, zachowujących się arogancko — stanowią oni większą część symulantów, 2) płaczliwie skarżących się lub uniżenie proszących i 3) takich, którzy zachowują się poprawnie, a najwięcej dbają o to, ażeby wszelkiemi możliwemi sposobami zmylić czujność lekarza. Ci też są najniebezpieczniejsi, ponieważ dzięki swemu poprawnemu zachowaniu, się nie dają powodu lekarzowi do podejrzeń — owszem, łatwo wzbudzają zaufanie do siebie i swoich skarg.

Symulacja — to zjawisko chorobliwe, odrażające i, jak każde pasożytowanie, demoralizujące wielu nowych naśladowców. Symulacja jest powodem przykrych zajść między lekarzem a takim „pacjentem", narusza normalny przebieg pracy ordynującego lekarza, wyprowadza go z równowagi duchowej i spokoju i tym sposobem utrudnia mu wnikliwe badanie i skuteczne leczenie chorych.

Symulanci wszelkiemi siłami starają się skompromitować Kasę Chorych (w razie niepowodzenia z zasiłkiem) w oczach ogółu ubezpieczonych i, dzięki naiwności, nieświadomości masy czynią to nawet z pewnem powodzeniem. Symulanci zabierają z Kasy wcale pokaźne sumy pieniężne, a odsetek pobieranych przez symulantów zasiłków jest z pewnością niemały. Przeto, biorąc pod uwagę szkody moralne i materjalne, jakie wyrządzają symulanci ubezpieczonych w Kasie Chorych, należy plagę symulacji zwalczać w sposób stanowczy i radykalny.

Jakież mogą być sposoby walki z symulacją?

Przedewszystkiem sami lekarze mogą i powinni najwięcej tu zdziałać. Czy można długo i cierpliwie znosić tak nieznośne i szkodliwe zjawisko? A przecie wszystko zależy od zdecydowanej woli lekarzy. Stanowcza postawa wobec symulanta odrazu go oszałamia, kategoryczne oświadczenie lekarza, iż „nic niema", bardzo często odrazu otrzeźwia go, — potrzeba więc zdecydowanej solidarności wszystkich lekarzy w tym względzie. Reszta należy do Kasy Chorych.

Symulant chodzi od jednego lekarza do drugiego, dopóki mu się nie poszczęści. Administracja Kasy Chorych mogłaby zaprowadzić taki system, przy którym podobne wędrowanie od lekarza do lekarza, celem osiągnięcia stopnia „niezdolności" do pracy, byłoby uniemożliwione. I nie tylko w obrębie danej lecznicy wędrują tacy „pacjenci", ale w razie niepowodzenia w swo-

jej lecznicy, przenoszą się do innej, a jeśli tylko są dość wytrwali, znajdą wreszcie to, czego szukali.

Wszystkie te możliwości mogą być usunięte przez wprowadzenie systemu, mającego na celu przeciwdziałanie symulantom w wyszukiwaniu po lecznicach „odpowiedniego" lekarza.

Następnie należałoby, zdaniem mojem, uświadomić ubezpieczonych o szkodach, wyrządzanych im przez symulację i wezwać ich, ażeby o wszystkich nadużyciach tego rodzaju komunikowali Kasie Chorych, ponieważ leży to w ich własnym interesie, a niema w tem nic amoralnego, owszem jest to moralny obowiązek każdego z nich. Należałoby też prowadzić specjalną listę symulantów do użytku lecznic, a każda stwierdzona symulacja powinna być podana do wiadomości ogółu ubezpieczonych w formie takiej publikacji, któraby trafiała do warsztatów pracy symulantów. Odstraszyłoby to niejednego od podobnego działania na niekorzyść Kasy Chorych i spółtowarzyszy pracy. Wszelkie skrupuły w zwalczaniu symulantów nie mogą nadal być brane pod uwagę. Ci szkodnicy nie zasługują na żadne względy, na żadne „okoliczności łagodzące!"

W uwagach tych jest dużo słuszności. Środki proponowane przez autora mogą jednak dać tylko częściowe rezultaty o charakterze doradczym. Naszem zdaniem, skuteczniej zwalczyć można symulację w Kasach, ubezpieczeniem na wypadek bezrobocia i inwalidztwa oraz odpowiednio wysoką płacą robocza.

„LEKARZ POLSKI" (Nr. 2. 1928) umieszcza art. p. Dra Tomasza Janiszewskiego p. t. „Uwagi z powodu zjazdu delegatów Związku Lekarzy P.P. w grudniu 1927". Zdaniem autora najważniejszą uchwałą było zasadnicze żądanie świata lekarskiego — połączenia napowrót opieki społecznej ze sprawami zdrowia publicznego w jednym naczelnym urzędzie z lekarzem na czele i usunięcia spraw opieki społecznej, więc i ubezpieczeń społecznych, z pod wszelkich wpływów partyjnych".

Konstatujemy zmianę frontu, bardzo zresztą charakterystyczną. Do niedawna, aż do znudzenia, „świat lekarski" domagał się wolnego wyboru lekarza, obecnie sprawa ta zeszła na drugi plan, albowiem stwierdza autor, iż „postulat ten jest postulatem ważnym, *„nie jest on jednak najważniejszym i zasadniczym"* (podkreślenia autora—Red.). Nie można odmówić autorom rezolucji pewnego sprytu. O ile żądania ich rezolucji zostałyby spełnione, wówczas sprawa wolnego wyboru załatwiona zostałaby już niejako automatycznie.

Pan Dr. Janiszewski zastrzega się, że nie należy do tych „którzy doszedłszy do pewnego wieku kostnieją w swoich dawniej nabytych zapatrywaniach i nie postępują naprzód". Niestety, fakty świadczą, iż Szan. Autor mówiąc jego słowami, niezbyt dokładnie „rozumie ducha czasu". Mówi bowiem o „sprawach opieki społecznej, a więc i ubezpieczeniach społecznych". Skonstatować musimy, iż „opieka społeczna" i „ubezpieczenie społeczne" to dwa zagadnienia zupełnie różne. Ubezpieczenia Społeczne są świadczeniem odpłatnem, wobec czego ubezpieczeni muszą mieć prawo kontroli w danej instytucji, natomiast „opieka społeczna" jest zazwyczaj ustawowym zakresem działania państwa lub samorządu o charakterze jednostronnym. Wobec tego prawo kontroli mają władze ustawodawcze (w granicach konstytucji) rady miejskie i t. d.

Dla p. Dra J. sprawa ubezpieczeń społecznych nie przedstawia się zbyt jasno, albowiem na końcu artykułu twierdzi, iż *ubezpieczenia społeczne są najważniejszą częścią higjeny społecznej.* Pan Dr. Janiszewski pisze o ubezpieczeniach społecznych, a myśli zapewne tylko o Kasach Chorych. Nie przypuszczamy bowiem, iż do kierowania organizacją np. ubezpieczeń emerytalnych powołani mają być „fachowcy", t. j. lekarze (jak ich nazywa Szan. Autor), a nie „laicy", czyli urzędnicy względnie organa tych instytucyj.

Jesteśmy zawsze pełni podziwu dla ciężkiej i odpowiedzialnej pracy lekarza, jednak podziw nie graniczy z bałwochwalstwem. Nie możemy bowiem przyznać ogółowi lekarzy talentów uniwersalnych. Ubezpieczenia społeczne (kierowane przez lekarzy jako częścią opieki społecznej) mają się zająć, zdaniem p. Dra J., rozwiązaniem sprawy mieszkaniowej, sprawy osiedli, urządzeniem rozmaitych poradni, budową szpitali, sanatorjów, przytułków, domów wypoczynkowych, zwalczaniem alkoholizmu, wychowaniem fizycznem, nie mówiąc o akcji zapobiegawczej, zwalczaniu gruźlicy, chorób wenerycznych i t. d. Zaiste bogaty program. A wystarczyć mają na to owe „kilkaset miljonów złotych", które osiągają ze składek Kasy Chorych, jak twierdzi p. Dr. J. Trzeba być rzeczywiście cudotwórcą, by pokryć te wydatki, na które nie znajduje dochodów nasz budżet państwowy, wynoszący 2 i pół miljarda. Fachowi kierownicy lekarscy dokonają cudu, wystarczą bowiem na to owe „kilkaset miljonów" składek K. Ch., które w rzeczywistości redukują się w r. 1927 do skromnych 160 miljonów złotych.

Pan Dr. Janiszewski nie skąpi w swym artykule także pewnych uwag o charakterze pewnego credo politycznego. Dłuższy ustęp o walce z „partyjnictwem" ma bowiem charakter czysto - polityczny. Ustęp sprawił „Lekarzowi Polskiemu" zapewnie nie mało kłopotu. „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych", jako organ fachowy nie da odpowiedzi, w imię właśnie swego apolitycznego charakteru.

TREŚĆ:

Mieczysław Baumgart. — Sądownictwo w zakresie ubezpieczeń społecznych.

Z. M. — Kasy Chorych, jako instytucje dobra społecznego.

Dr. Leon Winter. — Nowelizacja ubezpieczenia społecznego w Republice Czechosłowackiej.

— Ubezpieczenia społeczne w Niemczech.

Samuel Klaczko. — Korzystanie ze świadczeń lekarskich w Kasach Chorych.

— Sprawa sądowa red. „Ochrony Społecznej" w Poznaniu.

Dr. Kazimierz Okuszko. — Lecznictwo a Kasy Chorych.

Dr. Franciszek Pajerski. — Nowelizacja ustawodawstwa o ubezpieczeniu inwalidów na Górnym Śląsku.

— 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.**

Odbito w drukarni „Robotnika" Warecka 7.