

# PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN OGÓLNO-PAŃSTWOWEGO ZW. KAS CHORYCH W POLSCE

ROK III

MIESIĘCZNIK

ZESZYT 6

WARSZAWA, 1 CZERWIEC 1928.

## AKCJA ZWIĄZKU PAŃSTWOWEGO W DZIEDZINIE BUDOWY SANATORJÓW I LECZNIC UZDROWISKOWYCH.

(Tezy uchwalone przez Zarząd Og. Państw. Zw. Kas Chorych w Polsce)

### I.

Konferencja naczelných lekarzy Związków Kas Chorych oraz Kas Chorych m. Warszawy, Łodzi, Krakowa, Lwowa, Sosnowca i Poznania, odbyta w Ogólno-Państwowym Związku Kas Chorych dnia 24 i 25 listopada 1927 r. oraz konferencja Zarządów i Dyrektorów tychże Związków i Kas z dnia 13 i 14 grudnia 1927 r. ustaliła, że do przeprowadzenia racjonalnej polityki sanatoryjnej w zakresie leczenia gruźlicy i polityki zdrojowej Kas Chorych, powołany jest Og. Państw. Zw. Kas Ch. przy bezpośrednim udziale Okr. Związków Kas Chorych.

Przystępując dziś do realizacji obydwóch problemów należy sobie zakreślić ścisły i konkretny plan działania, obliczony na najbliższe lata. Ponieważ obydwie problemy są, z punktu widzenia interesów zdrowotnych ubezpieczonych nader ważne, przeto akcja Ogólno - Państwowego Związku musi być zwrócona jednocześnie w obydwóch kierunkach.

Jak dziś wygląda leczenie sanatoryjne Kas Chorych i ile mamy Zakładów własnych? Okręgowy Związek Kas Chorych w Krakowie dysponować będzie w najbliższej przyszłości sanatorjum o 200 łóżkach. Na terenie O. Z. K. Ch. we Lwowie znajduje się sanatorjum we Worochcie o 60 — 70 łóżek, własność Kasy w Drohobyczu i Stanisławowie, nadto zamierzona jest budowa sanatorjum na 100 łóżek przez Kasę Chorych m. Lwowa. Okręgowy Związek Kas Chorych w Poznaniu posiada sanatorjum na 100 łóżek w Ludwikowie. Łódzka Kasa posiada narazie sezonowe sanatorjum dla dzieci na 120 łóżek, w budowie są dalsze pawilony. Razem w tej chwili Kasy Chorych posiadają 490 łóżek we własnych zakładach. Pensjonaty wynajęte przez Kasy Chorych nie mogą wchodzić w rachubę. Tak wygląda cały dorobek sanatoryjny Kas Chorych w Polsce. Jeżeli zatem chcemy wytknąć sobie plan sanatoryjny na przyszłość, należy sobie uzmysłowić ilu chorych na gruźlicę

mogą Kasy Chorych w przybliżeniu posiadać. Według ogólnie przyjętych obliczeń przyjąć można że 2,5% uprawnionych do świadczeń (1,5+1,00) choruje na gruźlicę, t. j. około 100 tys. osób. Z cyfry tej przypada mniej więcej 80% na gruźlicę płuc, t. j. 80 tysięcy; 10% na gruźlicę skórą (10 tysięcy), 4% na kostną (4 tysiące), 2,5% układu chłonnego (2.500) i 0,5% (500) na różne postacie gruźlicy.

Jest to statystyka naturalnie niezupełnie ścisła, ale zbliżona do rzeczywistości. Po zorganizowaniu akcji sanatoryjnej, statystyka Kas Chorych będzie bardziej ścisła i da nam dalsze wytyczne w naszej pracy.

Zapewne wielu z tych chorych, zwłaszcza w stadium początkowym, albo w okresie nieczynnym — nie potrzebuje leczenia sanatoryjnego, gdyż dla nich zupełnie wystarczy zmiana powietrza, pobyt na wsi itd. Również chorzy z gruźlicą rozpadową, nie rokujący nadziei wyzdrowienia, nie mogą wchodzić w rachubę, gdyż dla tej kategorii chorych potrzebne jest porozumienie Kas Chorych z samorządami celem izolacji tych chorych, by nie byli nieustannymi rozsadnikami choroby (szpital, domy izolacyjne). W końcu jest kategoria chorych gruźliczych, którzy potrzebują leczenia szpitalnego, a nie sanatoryjnego.

Po obliczeniu tych chorych pozostaje jeszcze bardzo poważna cyfra tych chorych, rokujących wyzdrowienie lub znaczną poprawę, z uzyskaniem zdolności do pracy. Dla nich Kasy Chorych obowiązane są w myśl ustawy stworzyć warunki leczenia i to tylko sanatoryjnego.

W przybliżeniu przyjąć należy, że około 10 tysięcy osób potrzebuje leczenia sanatoryjnego. Ponieważ jest niemożliwością finansową, aby w najbliższej przyszłości można było zaspokoić potrzeby sanatoryjne wszystkich chorych, musimy zrealizować przyjęte uchwały etapami i przygotować plan możliwy do wykonania w naszych warunkach finansowych.

Plan realizacji w najbliższą metę byłby następujący:

- a) sanatorium nizinne w okręgu działalności Okręgowego Zw. K. Ch. w Warszawie,
- b) sanatorium wysokogórskie we Wschodniej Małopolsce,
- c) sanatorium nizinne w okręgu Wielkopolski,
- d) powiększenie sanatorium w Bystrej do 300 łóżek względnie wybudowanie nowego sanatorium na terenie działalności Krakowskiego Związku i pozostawienie Bystrej dla innych, nie mniej ważnych, celów leczniczych.

Mielibyśmy w ten sposób 1.200 łóżek, z tego Og. Państw. Związek wybudowałby 1.000. Licząc, że każdy chory przebywa co najmniej 3 miesiące, korzystałoby ze sanatoriów po ich wykończeniu 4.800 osób. Ponieważ Łódzka Kasa Chorych aż do tego czasu ukończy budowę swych pawilonów również do 300 łóżek, przybywa jeszcze 1.200 osób rocznie, przez co razem skorzysta 6.000 osób z leczenia sanatoryjnego. Byłby to wielki sukces w naszej działalności. Po wybudowaniu tych 4 sanatoriów przyszedłaby kolej na dalsze budynki, by wszyscy chorzy potrzebujący leczenia sanatoryjnego mogli być niem objęci.

Ogólno - Państwowy Związek przeprowadzi ten plan przy pomocy fachowców, lekarzy i przyrodników (geologów), którzy ocenią wartość danego terenu dla celów sanatoryjnych, przy pomocy architektów, którzy opracują wzorowy plan budowy. Zarząd Związku ustali kolejność budowli sanatoryjnych uwzględniając warunki Związków Okręgowych.

Tylko w ten sposób prowadzona akcja sanatoryjna przez Związek Ogólno - Państwowy dać może pełną gwarancję, że lecznice te odpowiadać będą wymogom współczesnej nauki lekarskiej.

## II.

Drugim ważnym zadaniem Ogólno-Państwowego Związku jest stworzenie racjonalnej organizacji leczniczej w zdrojowiskach. Jeżeli w dziedzinie leczenia gruźlicy istnieją poważne usiłowania Związków i Kas Chorych mające na celu stworzenie własnych budynków leczniczych, w zakresie leczenia zdrojowego, istnieje chaos i bezplanowość a zamierzenia w tym kierunku są minimalne. Przeto problem ten, tak ważny dla zdrowia ubezpieczonych, musi być ujęty w jednolitą, planową organizację, którą stworzyć może tylko Ogólno-Państwowy Związek. W zakres leczenia zdrojowego wchodzi głównie następujące typy chorób:

- 1) reumatyzm stawowy, mięśniowy i artretyzm,
- 2) choroby przewodu pokarmowego,
- 3) choroby narządu oddechowego, z wyjątkiem gruźlicy,
- 4) choroby przemiany materji, nerek i miedniczek nerkowych,
- 5) niedokrewność, neurastenja, sprawy pozapalne, choroby kobiece,
- 6) choroby serca i naczyń.

Z powyższych typów chorobowych, wybija się na pierwsze miejsce reumatyzm, jako zagadnienie najbardziej palące, domagające się racjonalnego, celowego i medycznego ujęcia. Ze stanowiska ważności społecznej, należy reumatyzm do 3-ciej choroby po gruźlicy i kile. Problem gruźlicy został ujęty wyżej, kiła z wyjątkiem 3-go okresu nie wymaga le-

czenia zdrojowego, przeto sprawa ta odpada. Pozostaje zatem do rozpatrzenia zagadnienie, jak powinna być rozwiązana przez Ogólno - Państwowy Związek, sprawa leczenia reumatyzmu. Jak ważną jest sprawa reumatyzmu, jak leczenie tej choroby powszechnej musi być racjonalnie ujęte, dowodzą cyfry: Wg. statystyki Min. Pracy i Op. Sp. z 203 Kas Chorych za rok 1926:

Zachorowań na gruźlicę: ubezpiec. 81,270, czł. rodz. 53,156 — 134,426.

Zachorowań na gościec: ubezpiec. 103,194, czł. rodz. 46,953 — 150,147.

Na 1.000 zachorowań przypada na gruźlicę płuc 28,0 ubezpiec., 22,1 czł. rodzin.

Na 1.000 zachorowań przypada na reumatyzm 37,9 ubezpiec., 22,2 czł. rodzin.

Widzimy zatem, że liczba zachorowań na reumatyzm przewyższa znacznie liczbę zachorowań na gruźlicę.

W roku 1926 w Ubezpiec. Poznańskiej pobierało renty inwalidzkie 5,378.

Z powodu reumatyzmu stawów i mięśni pobierało renty 262 osób, na artretyzm 330, razem 592 osób. Na gruźlicę 272 osób.

W zakładzie ub. społ. wojew. śląskiego pobierało renty na reumatyzm 230 osób. Na gruźlicę 232 osoby.

Widzimy zatem, że co do rozmiarów inwalidztwa reumatyzm jeżeli nie przewyższa, to przynajmniej dorównuje gruźlicy.

Ale reumatyzm był zaniedbywany przez naukę i świat lekarski, była to choroba traktowana, jako coś mniej ważnego, której nie poświęcano bliższej uwagi. Gruźlica manifestuje się wyraźniej, jest różliwa, kończy się szybko śmiercią, przeto poświęca się jej dużo zainteresowania, powołuje się wszystkie czynniki społeczne, instytucje, naukę, do walki.

Reumatyzm nie sprowadza śmierci, ale długotrwałe kalectwo, w następstwie długotrwałej niezdolności do pracy, a z nią stałej nędzy, dla Kas Chorych wypłacanie wielkich sum w zasiłkach i leczeniu.

Ze statystyki zagranicznej wynika, że w Anglii, przy ogólnym obliczaniu, szkody przez choroby reumatyczne, wyrządzone, wynoszą rocznie około 14 milionów f. szt., t. j. 60,9 milionów złotych, a suma ta składa się z 2 milionów funtów wypłaconych zasiłków i 3 milionów utraconych tygodni pracy oszacowanych na 12 milionów f. szt. W niektórych państwach wydatki na reumatyzm przewyższają wydatki na gruźlicę, jak np. instytucje ubezpieczeniowe w okręgu berlińskim wydają na chroniczny reumatyzm 8 razy więcej, aniżeli na gruźlicę.

Przytoczyliśmy te cyfry, aby zadokumentować wagę tego zagadnienia.

Nie wolno nam ociągać się przed spełnieniem obowiązków, nałożonych nam przez ustawę. Utworzona została Komisja międzynarodowa dla zbadania sprawy reumatyzmu, Polska nie wysłała do niej swego delegata. Jeżeli Departament Służby Zdrowia zbagatelizował tę sprawę, nie wolno nam jej zbagatelizować i musimy bezzwłocznie przystąpić do ułożenia planu leczniczego:

Mówimy tylko o leczeniu zdrojowym, pozostawiając na uboczu inne sprawy, związane z tym problemem.

Zasadą leczenia zdrojowego winno być leczenie przez cały rok a nie ograniczanie się do kilku miesięcy letnich. Przeto w organizowaniu lecznictwa zdrojowego i tworzeniu lecznic dla leczenia reumatyzmu, winny być uwzględniane przede wszystkim te miejscowości zdrojowe, w których leczenie całoroczne jest możliwe do przeprowadzenia, naturalnie przy istnieniu zasadniczych warunków leczniczych.

Polska jest bardzo bogata w zdroje, nader cenne dla leczenia reumatyzmu:

Przedewszystkiem **zdroje siarczane:**

1. Busko, 2. Solec, 3. Swoszowice, 4. Krzeszowice, 5. Lubień, 6. Niemirów, 7. Szkło,

**Zdroje solankowe:** 1. Ciechocinek. 2. Druskieniki (słabe). 3. Inowrocław. 4. Truskawiec (solankowy i siarczany).

Mamy przeto poważną liczbę miejscowości zdrojowych, rozrzuconych po całej Polsce, skutecznych w leczeniu reumatyzmu.

Z tych 11 miejscowości wybierzemy na razie

b) na terenie Małopolski Zach. — Swoszowice.

c) na terenie Małopolski Wschod. — Lubień (względnie Niemirów lub Szkło).

d) na terenie Wielkopolski — Inowrocław.

Komisja Balneologiczna ustali, które z tych 4 najlepiej nadające się do naszych zamierzeń, a mianowicie:

a) na terenie Kongresówki — Busko.

miejscowości najlepiej odpowiadać będą celom naszym.

Ogólno - Państwowy Związek Kas Chorych wystawi przeto w każdej z tych miejscowości lecznice conajmniej na 300 osób. Skoro etapami wszystkie lecznice będą wybudowane, będzie z nich mogło korzystać równocześnie 1200 chorych na reumatyzm. Przy całorocznym funkcjonowaniu zakładów leczniczych, leczyc się będzie mogło około 10 tysięcy osób rocznie. Będzie to drugim wielkim sukcesem lecznictwa kasowego i błogosławieństwem dla tysięcy ubezpieczonych, którzy w ten sposób uchronić się mogą od nieodzownego kalectwa.

Ogólno - Państwowy Związek, po ustaleniu przez Komisję fachowców, miejsc zdrojowych, nawiąże rokowania z odpowiednimi zarządami zdrojowemi, by wybrane miejscowości zdrojowe, a zwłaszcza by ich urządzenia kąpielowe odpowiadały wymaganiom współczesnego leczenia. Szczegóły muszą być opracowane.

Oto są główne wytyczne leczenia reumatyzmu. Ponieważ Ogólno - Państwowy Związek ma przed sobą dwa palące problemy do rozwiązania: gruźlicy i reumatyzmu, nie może równocześnie zająć się problemem leczenia zdrojowego dla innych grup chorobowych. Rozproszenie sił i energii w wielu kierunkach nie jest celowe i nie dałoby poważnych rezultatów.

Te sprawy muszą być narazie odłożone.

Dr. MICHAŁ ZAJĄC.

## UBEZPIECZENIE KOMISARZY KAS CHORYCH.

**Czy Komisarze Kas Chorych podlegają z tytułu swego urzędu obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek choroby i ubezpieczenia pracowników umysłowych na wypadek braku pracy, niezdolności do wykonywania zawodu, na starość i na wypadek śmierci?**

Do poruszenia tej zasadniczej i bardzo ważnej kwestji spowodowała mnie interpretacja Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, wydana na podstawie art. 100 ustawy z 19 maja 1920 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia Komisarzy Kas Chorych na wypadek choroby, która — mojem zdaniem — oparta jest na mylnych przesłankach, a przez to niesłusznie pozbawia pewną kategorię pracowników dobrodziejstw ubezpieczeń społecznych. Ministerstwo bowiem w swym reskrypcie z dnia 20/5 1922 l. 1015 VII orzekło, że Komisarze Kas Chorych z tytułu swego urzędu jako takiego nie podlegają obowiązkowi wspomnianego ubezpieczenia. Dla uniknięcia nieścisłości w podaniu motywów tego orzeczenia, pozwolę sobie przytoczyć treść powołanego reskryptu w dosłownem jego brzmieniu, które jest następujące:

„...Komisarze Kas Chorych wykonują czynności ustawowych władz Kas Chorych, są więc do chwili ukonstytuowania się normalnych władz tych Kas, jedynym kierowniczym ich organem.

Jako zastępujący władze Kasy są oni pracodawcami w stosunku do zatrudnionych w Kasie pracowników, nie zaś zatrudnionymi na zasadzie stosunku

robotniczego lub służbowego (art. 3 ustawy z dnia 19 maja 1920), a co za tem idzie, za podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu uważani być nie mogą.

Komisarze przeto z tytułu swego urzędu jako takiego obowiązkowemu ubezpieczeniu nie podlegają.

Natomiast obowiązkowemu ubezpieczeniu podlegać mogą z innego tytułu mianowicie, jeżeli są kontraktowymi urzędnikami państwowymi, a jako tacy delegowani są do zorganizowania Kas Chorych.

Z powyższej treści reskryptu wynika, że Komisarze Kas Chorych:

a) z tytułu swego urzędu jako takiego bezwarunkowo nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia, ponieważ

1) jako zastępujący władze Kas Chorych są pracodawcami w stosunku do zatrudnionych w Kasie personelu, oraz

2) nie są zatrudnieni na zasadzie stosunku robotniczego lub służbowego, co w myśl art. 3 ustawy z 19. V.1920 r. jest najważniejszym kryterjum przy ustalaniu istnienia obowiązku ubezpieczenia.

b) podlegają natomiast obowiązkowi ubezpieczenia tylko z innego tytułu, t. j. jeżeli są równocześnie kontraktowymi urzędnikami państwowymi, delegowanymi do zorganizowania Kas Chorych.

Pierwsza przesłanka, na której opiera się nieistnienie obowiązku ubezpieczenia, nie jest w reskrypcie umotywowaną i ze stanowiska prawnego uważam ją za mylną, gdyż w dalszej konsekwencji musieliśmy przyjąć, że właściwe władze Kas Chorych (Ra-

da, Zarząd) są również pracodawcami, skoro ich czasowy organ zastępczy, nie posiadający szerszego niż one zakresu działania, jest z tytułu swego urzędu pracodawcą. Ponieważ przesłanka druga, jakoby komisarze Kas Chorych nie pozostawali w stosunku roboczym względnie służbowym, jest tylko wpływem przesłanki pierwszej, a żadnym innym argumentem nie jest poparta, zatem musi być też mylna. Ostatnie zaś zdanie reskryptu uważam za nie mające istotnego znaczenia dla poruszonej kwestii, tylko za wyjaśnienie w tym kierunku, że pełnienie urzędu komisarza Kasy Chorych, nie zwalnia dotyczącej osoby od obowiązku ubezpieczenia, o ile ta z jakiegoś innego tytułu temu obowiązkowi podlega.

Dla uzasadnienia powyższego zapatrywania musimy przede wszystkim ustalić pojęcia pracodawcy, pracownika i stosunku służbowego.

W myśl przepisów cywilnego prawa materialnego — pracodawcą jest osoba fizyczna lub prawna, dla której druga osoba obowiązuje się do pełnienia usług na pewien czas zgóry oznaczony lub nieoznaczony, — czyli nie może być uważaną za pracodawcę ta osoba, wobec której druga osoba zobowiązała się wprawdzie do pełnienia usług, lecz usługi te mają być spełniane na rachunek osoby trzeciej. Pracownikiem jest osoba, która się zobowiąże do pełnienia usług dla drugiej osoby na pewien czas. Stosunek zaś, jaki zachodzi między pracodawcą a pracownikiem z tytułu umowy i świadczonych usług, jest stosunkiem służbowym. (Nie zachodzi natomiast stosunek służbowy w wypadku, gdy ktoś podejmuje się wykonania dzieła za wynagrodzeniem, — jest to bowiem umowa o dzieło).

Wobec tych definicji pracodawcą dla zatrudnionych w Kasie Chorych pracowników jest tylko Kasa Chorych, jako osoba prawna, a nie mogą być natomiast uważane za pracodawców władze Kas Chorych, ponieważ w tym wypadku Kasa byłaby przedsiębiorstwem jej organów, a to sprzeciwiałoby się osobowości prawnej, przyznanej Kasie w myśl art. 2 ustawy z 19 maja 1920 r.

Władze wzgl. organa Kas Chorych nie mogą też być identyfikowane z samą Kasą Chorych, ponieważ one nie są ani osobą fizyczną, ani prawną, a nadto spełniane przez nich — jako ciało kolegialne — czynności w ramach statutu i ustawy nie są zaliczane na ich własny rachunek, tylko na rachunek Kasy, a zatem ustawa rozróżnia pojęcie Kasy Chorych od jej władz, wzgl. organów, które są tylko ustawowymi zastępcami czyli pełnomocnikami Kasy. Dalej pracownicy Kas Chorych obowiązani są do pełnienia usług tylko na rzecz Kasy, jako osoby prawnej, a nie na rzecz organów Kasy. Wprawdzie organa wzgl. władze Kasy są powołane do zawierania z pracownikami umów służbowych, wydawania zleceń, nadzorowania i kontroli spełnianych czynności i rozwiązywania z nimi umów służbowych, ale czynią to tylko w imieniu i na rzecz Kasy Chorych, która jako osoba prawna musi się posługiwać swoimi organami, gdyż nie może objawić swej woli bezpośrednio. Dlatego też pracownicy nie mogą podnosić sądownie żadnych roszczeń, wynikłych z tytułu ich stosunku służbowego (np. z powodu nie otrzymania należnego wynagrodzenia służbowego) do władz Kasy Chorych, gdyż w tym wypadku nie mieliby legitymacji prawnej, ale z pretensją swoją mogą wystąpić do samej Kasy, a zatem pracodawcy.

Skoro więc właściwe Kasy Chorych nie są w stosunku do zatrudnionego w Kasie personelu pracodawcą, to tembardziej nie mogą być nim komisarze Kasy Chorych, jako spełniający tylko zastępczo czynności ustawowych władz Kasy. Dalej, ponieważ urząd Komisarza z jednej strony nie należy do t. zw. zawodów wolnych, a z drugiej znów strony nikt nie może zaprzeczyć, że komisarze, kierując Kasą (zastępują bowiem Zarząd) pracują umyślowo w tej Kasie, wobec tego są oni pracownikami wyższego rzędu, a jako zależni pracownicy muszą mieć pracodawcę, a tem samym pozostawać w stosunku służbowym. Nie istniałby ten stosunek służbowy w tym wypadku, gdyby komisarze, podobnie jak członkowie władz Kasy Chorych, spełniali swój urząd honorowo, jako obowiązek obywatelski. Komisarze natomiast pełnią swoje obowiązki na podstawie nominacji Głównego lub Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń, która jest uzależniona od obustronnych warunków umowy służbowej. Gdyby zaś warunki służbowe nie zostały przed nominacją umówione — co chyba w bardzo rzadkich wypadkach się zdarza — to w tym wypadku musi się przypuszczać, że przyjmujący urząd komisarza, zgóry akceptował wszystkie warunki, jakie mu przy nominacji zostały podyktowane. Zatem w jednym i drugim wypadku istnieje oświadczenie woli, bądź to wyraźne, bądź tylko przez czynności konkludentne, czy i pod jakimi dana osoba przyjmuje oferowany jej urząd komisarza, a nominacja jakkolwiek ma ona charakter aktu administracyjnego, to jednak jest ona jednocześnie aktem formalnym, stwierdzającym, że umowa służbowa została zawarta.

Co do kwestji, kto jest pracodawcą komisarzy Kas Chorych, znajdujemy również odpowiedź w samem określeniu pojęcia pracodawcy. Ponieważ komisarz jest obowiązany do pełnienia powierzonych mu czynności na rzecz Kasy Chorych — jako osoby prawnej — wobec tego Kasa jest jego pracodawcą. Potwierdza to jeszcze i ten argument, że Kasy Chorych — a nie kto inny — honorują komisarzy za spełniane przez nich dla Kasy czynności. Nie może być tu uważany za pracodawcę Główny — lub Okręgowy Urząd Ubezpieczeń, który mianuje komisarza dla danej Kasy, ponieważ Urząd działa tu w charakterze tylko władzy nadzorczej, czyli władzy opiekuńczej nad Kasą, która — jak wspomniano — nie może jako „niema” osoba prawna wyrazić swej woli bezpośrednio, a tylko przez swoje ustawowe organa lub ustawową swoją władzę nadzorczą — opiekuńczą. Zresztą komisarze nie spełniają zastępczo czynności Urzędu Ubezpieczeń wobec Kas Chorych, a tylko czynności władz względnie organów Kasy, które niewątpliwie nie są organami wspomnianego urzędu. Nie jest też w tym wypadku pracodawcą Państwo, gdyż komisarze nie są pracownikami państwowymi, czego dowodem między innymi jest to, że nie obowiązują ich przepisy służbowe pracowników państwowych, ani też nie mogą podnosić żadnych roszczeń do Skarbu Państwa z tytułu spełnianych w Kasie Chorych czynności. Jeżeli zaś komisarzem Kasy Chorych został mianowany urzędnik państwowy, na ten czas zatrzymuje on wprawdzie nadal swój charakter urzędnika państwowego, ale ten fakt nie może wcale obalić powyższych wywodów, ponieważ w tym wypadku urząd jego — jako komisarza — jest tylko zajęciem ubocznem, a obowiązek

ubezpieczenia ustala się wedle zatrudnienia głównego.

Skoro więc komisarze Kas Chorych nie są pracodawcami, tylko pracownikami Kas, przeto co do nich zachodzą wszystkie kryteria, wymagane w myśl art. 3 ustawy z 19 maja 1920 r. dla istnienia obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby i muszą być już z tytułu samego swego urzędu ubezpieczeni w Kasie Chorych i przez Kasę, jako pracodawcę, choćby nawet nie byli „kontraktowymi urzędnikami państwowymi, delegowanymi do organizowania Kas Chorych”, jak tego powołany wyżej reskrypt wymaga.

Z powyższych też względów, Komisarze Kas Chorych podlegają również obowiązkowi ubezpieczenia pracowników umysłowych na wypadek braku pracy, niezdolności do wykonywania zawodu, na starość i na wypadek śmierci, unormowanego rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej z 24/XI 1927 (Dz.

U. R. P. Nr. 106, poz. 911), o ile funkcje ich jako komisarzy nie są zajęciami ubocznymi w rozumieniu p. 3 art. 5 tego rozporządzenia. Obowiązek ubezpieczenia w tem ostatnim ubezpieczeniu jest tem bardziej uzasadniony, ponieważ wedle art. 2 wspomnianego rozporządzenia obowiązek ten jest uzależniony między innymi warunkami od samego faktu „zatrudnienia”, a nie koniecznie od istnienia obrotu służbowego.

Powyższa analiza reskryptu ma wyłącznie na celu wywołanie jaknajszczegółowszej i rzeczowej dyskusji, któraby po wszechstronnem rozpatrzeniu mogła być dla władzy nadzorczej podstawową do decyzji, czy wobec przytoczonych argumentów powołany wyżej reskrypt winien być nadal utrzymany w mocy, czy przeciwnie ze względu na żywotny interes pewnej kategorii pracowników umysłowych odpowiednio zmieniony.

## WYROK NAJW. TRYB. ADMINISTRACYJNEGO W SPRAWIE ART. 16 UST. Z 19.V.1920

Najwyższy Trybunał Administracyjny w składzie Przewodniczącego (Prezesa Dr. Moraczewskiego i Sędziów: Dr. Rappego, Dr. Bernaczka, Dr. Rybarzewskiego, Dr. Cwojdzńskiego, tudzież przy udziale członka Sekretariatu Prawniczego, jako protokółanta, Dąbrowskiego, w sprawie skargi Powiatowej Kasy Chorych w Drohobyczu, na orzeczenie Urzędu Wojewódzkiego we Lwowie, z dnia 23 lipca 1926 r. L. O. S. 8767/26 w przedmiocie kar pieniężnych na pracodawców z art. 16 ustawy z 19 maja 1920 r. Dz. Ust. Rz. P., poz. 272, po przeprowadzonej dnia 8 lutego 1928 r. rozprawie, a to po wysłuchaniu sprawozdania sędziego referenta, jako też wywodów zastępcy skargi adwokata Dr. Rudolfa Skibińskiego — **uchyla zaskarżone orzeczenie jako niezgodne z ustawą i zarządza zwrot wniesionej opłaty.**

### POWODY.

Orzeczeniem z dnia 23 kwietnia 1925 nałożył Zarząd Powiatowej Kasy Chorych w Drohobyczu na Towarzystwo Naftowe „Limanowa” w Borysławiu, obowiązek uiszczenia za niezgłoszonego w porę do ubezpieczenia pracownika ustawowej opłaty w sumie 42.50 zł. oraz na zasadzie art. 16 ustawy z 10 maja 1920 Dz. U., p. 272, obowiązek zapłacenia dwukrotnej kwoty tej opłaty 85 zł.

Na skutek rekursu Towarzystwa „Limanowa” Starostwo w Drohobyczu orzeczeniem z dnia 7 listopada 1925 zniżyło „wymiar karny” do połowy, t. j. do 42 zł. 50 gr., a Województwo Lwowskie, załatwiając wniesiony przeciwko temu rekurs Kasy Chorych, orzeczeniem z dnia 23 lipca 1926 L. O. S. 8767 zniósło nałożoną grzywnę, gdyż w myśl obowiązujących przepisów karno - administracyjnych, wymierzanie kar jest dopuszczalne jedynie odnośnie do osób fizycznych a nie prawnych.

Na to orzeczenie wniósł Zarząd Powiatowej Kasy Chorych w Drohobyczu skargę do Najwyższego Trybunału Administracyjnego, który rozważył, co następuje:

Orzeczenie Zarządu Powiatowej Kasy Chorych w Drohobyczu z 23 kwietnia 1925 opiera się w części

uchylonej zaskarżonem orzeczeniem, na art. 16 ustawy z 19 maja 1920 r. Dz. U. p. 272 o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby. Artykuł ten postanawia, że od pracodawców, którzy nie zgłoszą podlegającego ubezpieczeniu w ciągu 3 dni, ewentualnie 5-ciu od dnia przyjęcia do pracy, Zarząd Kasy ściga przypadające składki oraz, że prócz tego Zarząd Kasy ma prawo nałożyć na pracodawcę obowiązek zapłacenia 1-no do 5-ciokrotnej kwoty zaległych składek.

Nałożenie na pracodawcę tego obowiązku nazywa wprowadzie ustawa w art. 76 p. c. „karą pieniężną na pracodawców” i stanowi, że w sprawie tych kar pieniężnych orzeka Zarząd Kasy w I instancji. Należy jednak stwierdzić, że powołana ustawa w części IX, zatytułowanej „Przepisy karne”, przewiduje art. 95 ponadto kary pieniężne za niezawiadomienie Kasy przez pracodawcę w ustawowym terminie o przyjęciu pracowników w razie umyślnego wykroczenia i „w razie niedbalstwa” i przekazuje orzecznictwo w tych sprawach Urzędowi Ubezpieczeń, na wniosek Zarządu Kasy.

Z postanowienia art. 16 cytowanej ustawy wynika, że Zarząd Kasy ma prawo według swego uznania nakładać na wszystkich pracodawców bez wyjątku, którzy nie zgłosili pracowników do Kasy Chorych w ustawowym terminie, obowiązek zapłacenia 1-no do 5-ciokrotnej kwoty zaległych składek, że zatem nałożenie przez Zarząd Kasy na pracodawcę tego obowiązku uzależnione jest jedynie od faktu niezgłoszenia podlegającego ubezpieczeniu pracownika w ustawowym terminie, nie zaś jak tego wymaga art. 95 ustawy dla kar tam wymienionych, od ustalenia winy względnie złej woli lub niedbalstwa ze strony pracodawcy, **wobec czego okoliczność, że pracodawca jest osobą prawną, jest bez prawnego znaczenia dla dopuszczalności nałożenia na pracodawcę „podwyżki składek”, przewidzianej w art. 16 ustawy z 19 maja 1920 r. Dz. U. p. 272.**

Zaskarżone orzeczenie jest zatem, jak to skarga słusznie zarzuca, sprzeczne z jedynie miarodajnym w niniejszym wypadku postanowieniem art. 16 cytowa-

nej ustawy z 19 maja 1920 i należało je uchylić, jako niezgodne z ustawą.

Zwrot wniesionej opłaty skarżącemu opiera się na postanowieniu art. 26 ustawy o Najwyższym Trybunale Administracyjnym. (L. Rej. 5106/26).

Warszawa, dnia 8 lutego 1928 r.

Podpisy: (—) Dr. Moraczewski, (—) Dr. Rappe,

(—) Dr. Bernaczek, (—) Dr. Rybarzewski, (—) Dr. Cwojdzński.

Najwyższy Trybunał Administracyjny przesyła Kasie Chorych, jako skarżącej, powyższy wypis wyroku, a zarazem zwraca załączniki skargi. Celem spowodowania zwrotu opłaty zwraca się Najwyższy Trybunał Administracyjny równocześnie do Izby Skarbowej we Lwowie.

**DR. TYTUS MAKOWSKI.**

## LEKARZE A ZARZĄDY KAS CHORYCH\*)

(Odczyt wygłoszony w Klubie Lekarzy Polskich 18.4 1928)

Przy omawianiu sprawy, jakie, z punktu widzenia dobra instytucji, winno być ustosunkowanie się Zarządów Kas Chorych do pracujących tam lekarzy, musimy przedewszystkiem definitywnie wyjaśnić sobie, jakie są najważniejsze cele i zadania Kas Chorych. Oczywiście nieco inaczej sprawa będzie się przedstawiać, jeżeli przyjdziemy do przekonania, że Kasa Chorych jest instytucją przeważnie finansowo-ubezpieczeniową, a inaczej jeżeli przeważnie leczniczą. Gdybyśmy przyjęli wyrażony tu na zeszłym posiedzeniu pogląd, że Kasa Chorych jest instytucją właściwie wyłącznie zasiłkową i tylko zasiłek na lecznictwo jest udzielany nie pieniężny, a rzeczowy, to moglibyśmy do pewnego stopnia i to, powtarzam, tylko do pewnego stopnia zrozumieć zdziwienie, że na zebraniu lekarzy omawiane są sprawy ustawodawstwa i organizacji władz w Kasach Chorych. Tak na przykład byłoby rzeczywiście dziwnem, gdybyśmy tu omawiali sprawę całokształtu organizacji samorządów i władz komunalnych, w których sprawy zdrowia publicznego stanowią jakkolwiek ważną, lecz bynajmniej nie dominującą część w zakresie zadań tych samorządów. Prócz działu zdrowia publicznego samorządy komunalne obejmują działy szkolnictwa, drogowy, komunikacji, inżynieryjny, opieki społecznej i całej szereg innych; wszystko to są sprawy, w których lekarze, jako tacy, nie są kompetentni i przeto nie mogą być powołani do opinjowania. Jednakże, gdyby i w tych instytucjach Zarządy odsuwały lekarzy od wpływu na sprawy dotyczące się zdrowia publicznego, to i w tym wypadku nie byłoby dziwnem, a zupełnie naturalnem i zrozumiałem, gdyby lekarze komunalni i niekomunalni omawiali sprawę pewnych defektów w organizacji władz komunalnych. Dziwną sprawą jest jednakże okoliczność, którą chce tu podkreślić, że w zarządach komunalnych ta kwestja prawie nie egzystuje, i że nasze władze komunalne w mniej lub więcej celowy sposób zawsze dążą do zasięgnięcia opinji lekarzy, tworząc rady lekarzy sanitarnych, rady szpitalne, narady lekarzy szkolnych itp., i że jakos tam nie słyszymy o zatargach na tem tle. Tylko właśnie w Kasach Chorych, instytucjach, jak to zaraz zobaczymy, par excellence leczniczych, w których 75% budżetu jest uzależnione od pracy lekarzy, wła-

dze stworzyły mur chiński między sobą a lekarzami i uważają, że interesowanie się lekarzy działalnością Kasy Chorych, jest niewłaściwem mieszaniem się nie do swoich spraw. Oczywiście są pojedyncze Zarządy Kas Chorych, które starają się życiowo ująć tę sprawę i dążą do współpracy z lekarzami.

Wracając do określenia zadań Kas Chorych, muszę się przedewszystkiem przyznać, że wyrażony tu w dyskusji pogląd, jakoby obecne nasze Kasy Chorych były instytucją właściwie finansowo zasiłkową, był dla mnie nowością, i nasuwa się myśl, czy właśnie ta rozbieżność poglądów nie jest jedną z ważkich przyczyn zatargów z lekarzami. Z drugiej jednak strony pogląd taki, zdaje się, niema wielu zwolenników; przynajmniej w obecnem specjalnem piśmiennictwie (Przeгляд Ub. Społ.) takiego poglądu nie spotykałem, przeciwnie prawie zawsze zaznacza się, że głównym celem Kas Chorych jest leczenie ubezpieczonych. I rzeczywiście dość spojrzeć na budżet Kas Chorych, żeby się przekonać, że właśnie lecznictwo pochłania większą część zasobów Kas Chorych.

Ale zwracam uwagę jeszcze na jedną właściwie decydującą okoliczność:

Kasa Chorych jest instytucją ubezpieczeniową na wypadek choroby. W każdej innej ubezpieczeniowej instytucji (ub. życia, od pożaru, gradu i t. p.) wysokość należnych ubezpieczonym świadczeń określają w cyfrach absolutnych, bezwzględnych, Zarządy tych instytucyj na zasadzie tablic opracowanych przez specjalistów ubezpieczeniowców i w zależności od nabytych przez każdego ubezpieczonego praw. Otóż w Kasach Chorych jest zupełnie inaczej: w większości wypadków choroby, Zarządy Kas Chorych według ustawy prawie wcale nie mają głosu w określeniu wysokości świadczeń poszczególnym ubezpieczonym, ponieważ tylko lekarze mają prawo decydować i określać, jakie leczenie jest wskazane i stosują to leczenie bez względu na to, do jakiej grupy zarobkowej należy ubezpieczony, i b. często opłacającym najniższe składki udzielają najdroższego świadczenia leczniczego i tu buchalter czy specjalista ubezpieczeniowiec nie ma nic do powiedzenia. Tylko we względnie niewielkiej liczbie przypadków, mianowicie w razie uznania przez tychże samych lekarzy, że chory — członek Kasy Ch., jest jednocześnie niezdolnym do pracy, Zarząd Kasy wypłaca mu zasiłek pieniężny odpowiednio do jego grupy zarobkowej. Przyjmując

\*) Umieszczamy artykuł p. d-ra Makowskiego, jako artykuł dyskusyjny.

pod uwagę, że te zasiłki pieniężne stanowią zaledwie 1,5 część budżetu Kasy Chorych musimy przyjść do przekonania, że nie można identyfikować charakteru instytucji Kasy Chorych z innymi instytucjami ubezpieczeniowymi.

Jednocześnie ta okoliczność, że prawodawca na świadczenia lecznicze wyznaczył lwią część budżetów Kas Chorych i uniezależnił te świadczenia dla poszczególnych członków od wpłacanych przez nich składek, niedwuznacznie świadczy, że głównym celem Kas Chorych jest danie możliwości ubezpieczonym w razie choroby powrócić do zdrowia, co oczywiście może być skuteczniejsze li tylko za pomocą racjonalnego lecznictwa. Musimy więc z całą stanowczością stwierdzić, że Kasy Chorych są instytucjami przede wszystkim leczniczymi. Stąd też wniosek, że instytucja będzie lepiej lub gorzej odpowiadać swemu zadaniu w zależności od funkcjonowania aparatu leczniczego.

Naogół stworzyła się więc taka sytuacja: odpowiedzialność za dobre postawienie sprawy w Kasach Chorych i celowe rozchodowanie zasobów pieniężnych ustawowo ponoszą wyłonione z wyborów przez ubezpieczonych Zarządy Kas Chorych, a więcej niż połową budżetu samodzielnie dysponują lekarze, mając prawo podpisywać płatne przez Zarząd weksle (recepty, skierowanie do szpitali, zasiłki chorobowe i t. p.) i prócz tego zadaniem Kasy jest dobra organizacja lecznictwa, która powinna przystosować się do postępów nauki — wszystko to są sprawy, w których Zarząd Kasy, jako niefachowy, nie może sam decydować. I tu wylania się pytanie, jak te Zarządy, chcąc sumiennie wywiązać się z włożonych na nich obowiązków, mają ustosunkować się do pracujących w Kasie Chorych lekarzy.

Oczywiście, poszczególne Zarządy Kas, każdy według swego widzimisię, starają się wybrnąć z tej sytuacji. Niestety mało widzimy Kas Chorych, w których Zarządy są na wysokości zadania, najczęściej zaś dążenie Zarządów ogranicza się do czysto formalnej strony, mianowicie do tego, ażeby nie wyjść z ramek budżetu, a ponieważ lecznictwo z różnych przyczyn b. często przekracza te granice, to ciągle słyszymy skargi, że lekarze podrywają finanse Kas Chorych. Niezbędność utrzymania się w ramach budżetu Zarządy Kas, starają się osiągnąć przeważnie różnymi oszczędnościami, jak to: niskim wynagrodzeniem lekarzy, traktowaniem pracy lekarskiej, jako zwykłej pracy urzędniczej, a więc wymaganiem w tanim nieodpowiednim do pracy otoczeniu jaknajwiększej „produktywności” pracy i nakoniec, starając się różnymi mniej lub więcej groźnymi okólnikami regulować tak zwane szafowanie lekarstwami, różnymi środkami rozpoznawczymi i leczniczymi, kwalifikowaniem niezdolności do pracy itp. Inne Kasy Chorych starają się do pewnego stopnia materialnie zainteresować lekarzy w osiągniętych oszczędnościach. Oczywiście wszystkie te drogi mogą w najlepszym razie dać pewne doraźne oszczędności, nigdy natomiast nie mogą dopiąć właściwego celu — dobrego postawienia lecznictwa i wydatkowania zasobów pieniężnych, z największym dla ubezpieczonych pożytkiem.

Dla osiągnięcia tego właściwego celu jest jedyna droga — droga zgodnej, umiejętnej współpracy Zarządów Kas Chorych z lekarzami.

Żeby lecznictwo w Kasie było dobrze postawione

i jednocześnie żeby nie przekraczało budżetu niezbędne jest:

1) zdobyć dla Kasy dostateczną ilość nie tanich, lecz doświadczonych lekarzy;

2) dążyć do tego, żeby zainteresować lekarzy społeczną stroną sprawy, co można osiągnąć tylko wciągając lekarzy do pracy organizacyjnej, omawiając z nimi sprawy budżetowe i sprawę celowego rozchodowania zasobów pieniężnych Kasy i nakoniec administrując instytucją w ten sposób, ażeby tak u lekarzy jak i w społeczeństwie wyrobiło się przekonanie, że żaden grosz nie idzie na marne, wszystko jedno, czy to z powodu bezładu w administracji, czy też z powodu tego, że decydują czynniki niefachowe, niekompetentne.

Niestety, dotychczas polskie Kasy Chorych nie zdradzają dostatecznego zrozumienia tego, że właściwą drogą jest tylko współpraca, a nie stwarzanie atmosfery walki z lekarzami, wzajemnych niechęci, wzajemnych oskarżeń i nakoniec podrywanie autorytetu lekarzy wśród ubezpieczonych.

Oczywiście, taka atmosfera, szczególnie jeżeli trwa dłuższy czas, przynosi ogromną szkodę instytucji — straty finansowe i szkodę ubezpieczonym, tembardziej, że i ze strony lekarzy nie wszędzie i nie zawsze jest odpowiednie ujęcie sprawy.

Wogóle wyrobił się pogląd, że interesy lekarzy i Kas Chorych są antagonistyczne, i że interesy instytucji wymagają podporządkowania sobie interesów stanu lekarskiego.

Pogląd taki, według mego głębokiego przekonania, jest zupełnie mylny i dla sprawy szkodliwy, a jednocześnie jest główną przyczyną zatargów. W rzeczywistości interes lekarzy pracujących w Kasach Chorych i interes tych instytucji przy społecznym, głębszym ujęciu sprawy żadnych zasadniczych antagonizmów w sobie nie zawiera i wzajemnie prawie całkowicie się pokrywa. I rzeczywiście o co nam, lekarzom, chodzi?

Lekarze chcą mieć: 1) odpowiedni byt materialny, 2) możliwość pogłębiania swej wiedzy lekarskiej, 3) niezależność w stosunku do chorego przy wykonywaniu praktyki lekarskiej, 4) moralne zadowolenie wypływające z przeświadczenia, że praca lekarza przynosi przy danych możliwościach maximum korzyści.

Przy najbardziej powierzchownym poglądzie punkty 2 i 4 w żadnej kolizji z interesem instytucji nie stoją, a przeciwnie, pokrywają się wzajemnie. Wątpliwości wzbudzają sprawy bytu i niezależności.

A więc sprawa bytu materialnego. Żadna instytucja przy obliczaniu na dalszą mełę nie wygrywa na tem, jeżeli pracownicy są źle uposażeni, lekarze zaś są w dodatku w specjalnym położeniu, ponieważ przy złem uposażeniu, lekarz niema możliwości dalej się kształcić i śledzić za nauką. A przecież instytucja i pacjenci wymagają i słusznie wymagają, żeby lekarz szedł z postępem nauki i był w kursie nowych zdobyczy w rozpoznawaniu chorób i stosowaniu nowych metod leczniczych (literatura, naukowe posiedzenia, zjazdy, uczęszczanie do klinik, zwiedzanie zakładów leczniczych swoich i zagranicznych). Nie można z powyższych względów oceniać pracy lekarzy ordynujących, tak jak ogółu urzędników, na 6 — 7 godzin pracy dziennie, twierdząc, że pozatem lekarz ma czas wolny dla odpoczynku i swoich prywatnych spraw.

Tak nie jest i być nie powinno. Niestety, tej okoliczności nie oceniają właśnie b. często elementy demokratyczne, najwięcej zainteresowane w dobrej pomocy lekarskiej. Prócz tego należy podkreślić, że praca lekarzy w Kasach Chorych obecnie przeważnie polega na przyjęciu chorych ambulatoryjnych. Przyjęcie chorych w przychodniach jest wogóle najuciążliwszą pracą lekarza, a przyjęcia w przychodniach kasowych są z różnych względów szczególnie ciężkie, i żaden lekarz 7-godzinnej pracy takiej na dłuższą metę nie byłby w stanie wydołać. 4—5 godzin tej pracy doszczętnie nerwowo wyczerpują każdego lekarza i w każdym razie bez wątpienia daleko więcej, niż przeciętnego urzędnika 7 godzin biurowej pracy. Twierdzenie zatem, jak tu kiedyś słyszeliśmy, że lekarze, otrzymując do 500 zł. miesięcznie za 3 godz. pracy, są dobrze uposażeni, jest zupełnie nieuzasadnione, nawet w stosunku do lekarzy młodych.

Z drugiej strony przy głębszym ujęciu sprawy, nie może być w interesie lekarzy, stawiać nadmierne wymagania w sprawie wynagrodzenia za pracę, które mogłyby podrywać finanse instytucji, na której lekarze opierają swój byt. Jeżeli jeszcze zważymy, że lekarze będąc tem ustępliwszymi w swych materialnych wymaganiach, im lepiej moralnie będą się czuli w instytucji i im większy udział będą brali w kierownictwie organizacją lecznictwa, to przyjdziemy do przekonania, że przy takim wzajemnym zrozumieniu obopólnych interesów zawsze można przyjść do zgody i wynaleźć przysłówkowy złoty środek.

Pozostaje jeszcze sprawa niezależności lekarzy przy wykonywaniu praktyki lekarskiej. Sprawa ta jest zasadniczą i może pozornie najtrudniejszą dla należytego ujęcia przez Zarządy Kas Ch., które mają zupełnie określoną tendencję zrobić z lekarza urzędnika pod wszelkim względem uległego wszelkim zarządzeniom władz kasowych i nawet unormować stosunek z lekarzami nie na zasadzie zobopólnej umowy, jak to przewiduje ustawa o Kasach Chorych, a na zasadzie regulaminu służbowego. Ale zapytam, czy zechciałby kto z członków Zarządu Kas Ch. leczyć się u takiego lekarza - urzędnika, który ma zarządzenie jaknajmniej uznawać niezdolności do pracy, przyjmować na godzinę jaknajwiększą liczbę chorych, zapisywać najmniej leków, wogóle udzielać jaknajmniej świadczeń, nie uświadamiać chorych o drogich metodach leczenia i t. p. i nakoniec nie bardzo się liczyć z tajemnicą lekarską. Oczywiście, że nie zechciałby, ale wogóle do takich lekarzy - urzędników pacjenci stopniowo traciliby zaufanie. A przecież zaufanie do lekarza i autorytet jego jest czynnikiem pierwszorzędnej wagi: tylko zaufanie do lekarza daje choremu moralną równowagę w poczuciu, że sprawa jego zdrowia jest w pewnych rękach i zmusza go do wypełniania wszelkich zleceń lekarza i odwrotnie: brak zaufania powoduje lekceważenie tych zleceń i zupełnie naturalnie zasięganie porad, według jego zdania, u „niezależnych” prywatnych lekarzy. Wytwarza to ferment niezadowolenia z przynależności do instytucji, którą opłaca, a której ufać nie może. Taki stan rzeczy chyba nie wyszedłby na korzyść instytucji, i znowu musimy stwierdzić, że i w tej sprawie niema antagonizmu między dobrem instytucji, a obroną niezależności wolnego stanu lekarskiego.

W związku z zasadą niezależności lekarzy wyłania się taka kwestja: zasada jest piękna, ale przecież

zasoby pieniężne Kasy Ch. są ograniczone, Kasy nie mogą wychodzić z ram swego budżetu, a lekarze, będąc niezależnymi, będą, nie licząc się z finansami Kasy, stawiać takie wymagania w zakresie stosowania metod rozpoznawczych i leczniczych, których żaden budżet instytucji nie wytrzyma; niezbędną więc jest odpowiednia oszczędność i ograniczanie się w wydatkach do pewnego maximum. Bez wątpienia sprawa ta jest jedną z najważniejszych w życiu Kas Chorych i musi znaleźć odpowiednie rozwiązanie i jednocześnie jest jednym z najtrudniejszych i najsubtelniejszych zagadnień.

Omawiając powyższą sprawę przedewszystkiem należy z całą stanowczością stwierdzić i rozumowo i na zasadzie długoletniego doświadczenia, że sprawa ta nie może być należycie uregulowaną za pomocą różnych biurokratycznych zarządzeń i okólników, które, jak praktyka już niejednokrotnie wykazała, często osiągają wręcz przeciwne skutki. Również nie są celowemi projekty zainteresowania lekarzy materialnie w stosowaniu oszczędności. Nie mówiąc już o niebezpieczeństwie demagogicznych, wrogich lekarzom, wystąpień, projekt jest w zasadzie nieracjonalny: nie może bowiem leżeć w interesie instytucji stawianie lekarzy w takie położenie, żeby pacjenci mogli im zarzucić, że odmawiając choremu jakiegoś lekarstwa, czy innego świadczenia lub nie uznając jego niezdolności do pracy, powodują się chęcią otrzymania dodatkowego wynagrodzenia. Takie postawienie sprawy doszczętnie poderwałoby zaufanie do lekarzy. Mało tego, takie postawienie sprawy bezwzględnie b. często miałoby wręcz odwrotny skutek: lekarz bowiem, nie chcąc wchodzić w kolizję, względnie w pozorną kolizję, ze swym sumieniem, często będzie właśnie zbyt powolny do wymagań pacjentów.

Do racjonalnej oszczędności należy i można skłonić lekarzy zupełnie inną, jedynie racjonalną drogą, a mianowicie: należy sprawę organizacji lecznictwa i administracji postawić w ten sposób, żeby lekarz był przekonany i mógł, w razie potrzeby, przekonać chorego, że każdy grosz zaoszczędzony na lekarstwie, czy na innych związanych z lecznictwem sprawach będzie zużyty dla tychże chorych lepiej i z większym dla nich pożytkiem. Chcę tu podkreślić, że li tylko przy takim postawieniu sprawy można zbudzić u lekarzy moralny bodziec a nawet zapęd do jaknajwiększych oszczędności i stworzyć zdrową i tak silną opinię u lekarzy, której musieliby się podporządkować koledzy społecznie mało lub zupełnie nieuświadomieni. Oczywiście, że nie jest to droga łatwa i nie szybko prowadzi do celu, ale jest jedyną celową. Praca w społecznej instytucji ludzi uspołecznia i to w tym większym stopniu, im więcej w administracji tej instytucji jest życia i przejrzystości i im mniej suchego biurokratyzmu. Tu jednocześnie zawiera się odpowiedź na pytanie, dlaczego lekarze na swych posiedzeniach omawiają nie tylko metody leczenia, ale i organizacyjne sprawy i dlaczego domagają się Rad Lekarskich i wogóle tego, żeby organizacja lecznictwa była oddana w ręce fachowe i prócz tego, żeby cała gospodarka w Kasach Ch. była racjonalnie i oszczędnie prowadzona, a wszystko to przecież jest uzależnione od racjonalnej, celowej organizacji władz kasowych.

Jakkolwiek jedynie wyżej wskazany warunek może wywołać u lekarzy zdrowy bodziec do oszczęd-



ności, to jednak sprawy jeszcze nie wyczerpuje; wyobraźmy sobie, że stosunki między lekarzami a Zarządem Kasy ułożyłyby się jaknajlepsze: obustronna szczerą tendencją do współpracy, Rada Lekarska omawia wszystkie sprawy, stworzyła się opinia lekarska, że trzeba oszczędzać na rzeczach mniej ważnych, ażeby mieć środki na rzeczy więcej ważne. Oczywiście, wylania się pytanie, co jest mniej ważne i do jakiego stopnia na tych mniej ważnych rzeczach można oszczędzać?

Podnoszę tu kwestję nie w celu szczegółowego rozważania całej masy powstających zagadnień, nie wchodzi to w zakres mojego referatu, sprawy te z pewnością będą rozważane na przyszłych radach lekarskich, zjazdach i różnych naradach. Sprawę tę podnoszę w tym celu, żeby wykazać, że nawet przy tych idealnych normalnych warunkach sprawa stosowania przez lekarzy rozumnych oszczędności przy leczeniu chorych nie jest tak prostą i łatwą do urzeczywistnienia, jak to wydaje się Zarządowi Kas, które myślą, że potrafią ją uregulować opracowaniami w zacisznych gabinetach energicznymi okólnikami. Wskażę tu tylko, jakiego rodzaju trudne zagadnienie na każdym kroku nasuwają się nawet b. doświadczonemu, społecznie nastrojonemu lekarzowi; a więc przede wszystkim taki lekarz doskonale rozumie, że, z punktu widzenia zdrowotności społeczeństwa, najwięcej produkcyjnym jest rozchodowanie pieniędzy na cele zapobiegawcze, ale lekarz kasowy nie jest lekarzem sanitarnym, nie jest wyłącznie higienistą, a ma do czynienia z indywidualnymi chorymi, którzy opłacają składki i wymagają i mają prawo wymagać pomocy lekarskiej i to nie tylko leczenia radykalne-

go, ale i symptomatycznego, i żaden chory nie zgodzi się, żeby jego interes był w jakiejś mierze podporządkowany interesom szerszego ogółu. Tak samo jak początkowy gruźlik będzie wymagać dłuższego pobytu w sanatorium, żeby mógł się radykalnie wyleczyć z gruźlicy, tak i beznadziejny w sensie wyzdrowienia suchotnik będzie wymagał, żeby do wyczerpania praw był symptomatycznie leczony. i tu sprawa oszczędności dla lekarza jest b. trudną i subtelną; lekarz musi indywidualizować postępowanie z każdym poszczególnym chorym, jego cierpieniami, psychiką i t. p.

Nie chcąc zabierać czasu Szanownemu Zgromadzeniu, ilustrując różnorodne trudności, jakie napotyka lekarz Kasowy w swej tendencji do oszczędzania, wskażę jeszcze tylko jedną: mianowicie na wygórowaną wiarę pacjentów w lekarstwa, które w budżetach Kas stanowią poważną rubrykę (15%). Jakkolwiek należy walczyć z tą psychologią wiary w różne smarowania, nacierania, leki reklamowane i t. p., odpowiednio uświadamiając chorych, to jednakże często niema sposobu im tego odmawiać. Lekarz Kasowy w danym wypadku jest w znacznie trudniejszej sytuacji niż lekarz wolnopraktykujący, ponieważ każda, nawet najwięcej uzasadniona oszczędność ze strony lekarza kasowego często budzi podejrzenie u chorego, że jest to uszczuplenie jego praw i dzieje się z krzywdą dla jego zdrowia.

Zarządy Kas mogłyby w znacznym stopniu ułatwić swym lekarzom zadanie, wpajając do nich zaufanie i podnosząc ich autorytet, a może to nastąpić tylko przy zgodnej, normalnej współpracy.

SAMUEL KLACZKO.

## KASA CHORYCH M. WILNA W R. 1927.

Kasa Chorych m. Wilna jest największą i najstarszą Kasą na kresach wschodnich, bo istniejąca przeszło sześć lat. Działalność jej za r. 1927 zobrazują dane następujące, dla oceny których i porównania przytaczamy również dane za r. 1926.

### I. Ruch ubezpieczonych.

**1. Członkowie Kasy.** W dniu 1 stycznia 1927 r. było w Kasie ubezpieczonych 18,679 osób, z końcem roku w dniu 31 grudnia — 22,869 osób, czyli o 4,190 osób, t. j. o 22 proc. zgórą więcej. Wzrost liczby ubezpieczonych zaznaczył się od połowy r. 1926, kiedy liczba ubezpieczonych wynosiła tylko 16,729 osób, to znaczy najmniejszą liczbę za cały czas istnienia Kasy. Ten wzrost tłumaczy się, po pierwsze, ożywieniem życia gospodarczego w kraju i w Wilnie, po drugie — wpływem wzmocnionej w r. 1927 kontroli Kasy nad pracodawcami.

Przeciętna liczba ubezpieczonych w r. 1927 — wynosi 20,462 osób, z czego kobiet 9,680, czyli 47%.

W r. 1926 przeciętna liczba ubezpieczonych wynosiła 17,859 osób i z tego 9136, czyli 51%, przypada na kobiety.

**2. Członkowie rodzin.** W dniu 1 stycznia 1927 r. liczba członków rodzin wynosiła 20,571 osób, w dniu 31 grudnia — 25,907, zaś przeciętnie rocznie — 23,624 osób. Na 100 członków Kasy przypada z

początkiem roku 110 członków rodzin, z końcem roku — 113, zaś przeciętnie rocznie — 114, gdy w r. 1926 — 108 członków rodzin.

**3. Ogół uprawnionych** wynosił w dniu 1 stycznia roku 1927 — 39,250 osób, w dniu 31 grudnia — 48,776, zaś przeciętnie rocznie — 44,086 osób. Tak wysokiej rocznej liczby uprawnionych Kasa Chorych m. Wilna jeszcze nigdy przedtem nie miała. Największą liczbę Kasa miała dotychczas w r. 1923, gdy liczba uprawnionych wynosiła ogółem 43,401 osób. Jednak wówczas więcej niż połowa przypadała na ubezpieczonych pracujących, gdy obecnie mamy stosunek odwrotny, wobec przewagi członków rodzin.

### II. Świadczenia lekarskie.

**4. Pomoc lekarska ambulatoryjna.** Kasa posiada: Poliklinikę Centralną, Ambulatorjum Dentystyczne, dwie Przychodnie rejonowe (na Antokolu i Śnipiszkach) oraz Stację Opieki nad matką i dzieckiem. Chorych gruźliczych Kasa kieruje do Poradni Wileńskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego, znajdującej się w centrum miasta. Za leczenie swych chorych Kasa wpłaca do wymienionego Towarzystwa zł. 1600 miesięcznie.

Liczba lekarzy, godzin przyjęć oraz liczba udzielonych porad w tych ambulatorjach podaje tabela następująca:

	Dziennie		Udzielono porad		Razem
	lekarzy	godz. lekar	członk. Kasy	członk. rodzin	
1. W Poliklinice Centralnej	43	76	108 570	84.233	192 803
2. W Ambulatorjum Dentystrycznym	17	41.5	29.092	15.226	44 318
3. W Przychodni Nr. 2 (na Antokolu)	4	6	4.378	4.356	8 734
4. W Przychodni Nr. 3 (na Snipiszkach)	8	15	10.225	12.106	22,331
5. Na Stacji Opieki nad matką i dzieckiem	2	3	—	5.598	5,598
6. W Przychodni przeciwgruźliczej	—	—	4.300	3.398	7,698
Ogółem	74	141.5	156 565	124.917	281.482

Miarą intensywności ruchu chorych w ambulatoriach są dane następujące: przeciętnie dziennie zgłaszało się do lekarzy ambulatoryjnych 938 chorych, z tego 522 — członków Kasy i 416 — członków rodzin.

Do Polikliniki Centralnej zgłaszało się dziennie przeciętnie 643 chorych, do Ambulatorjum Dentystrycznego — 148, do Przychodni Nr. 2 — 29, do Przychodni Nr. 3 — 74, do Stacji Opieki nad matką i dzieckiem — 19, zaś do Przychodni przeciwgruźliczej — przeciętnie 25 chorych kasowych.

Jako miara intensywności korzystania przez ubezpieczonych z pomocy lekarskiej ambulatoryjnej mogą posłużyć dane następujące:

Na 100 uprawnionych przypada porad lekarskich ambulatoryjnych:

	W r. 1927	W r. 1926
Członków Kasy	765	784
Członków rodzin	529	537
Ogółem	638	656

**5. Pomoc lekarska domowa.** W r. 1927 udzielono chorym obłożnie porad lekarskich, jak następuje:

Przez lekarzy	Członkom Kasy	Członkom rodzin	Razem
1. rejonowych	8,428	18,584	27,012
2. specjalistów	978	1,653	2,631
Ogółem	9,406	20,237	29,643

Lekarze Kasy odwiedzali dziennie przeciętnie 99 chorych obłożnie, z których 31 — przypada na ubezpieczonych, zaś 68 — na członków rodzin. Na 100 ubezpieczonych stanowi to rocznie 46 porad domowych, na 100 członków rodzin — 86, zaś na 100 uprawnionych — 67 porad rocznie. Korzystanie z tego rodzaju pomocy lekarskiej jest prawie takie same, jak w r. 1926, ponieważ na 100 ubezpieczonych w tym roku przypada 41 porad domowych, na 100 członków rodzin — 89, zaś na 100 uprawnionych — 66 porad. Należy też dodać, że z ogólnej liczby porad domowych, wynoszącej 29,643, przypada na dni świąteczne 333 porad.

**6. Pomoc szpitalna.** Z pomocy szpitalnej w roku 1927 korzystało 4564 osób, z tego na ubezpieczonych przypada 2208 oraz na członków rodzin — 2356.

Z liczby 4564 osób było położnic, skierowanych do zakładów położniczych 796 osób.

Na 100 członków Kasy przypada chorych szpitalnych — 11, na 100 członków rodzin — 10 i tyleż na 100 uprawnionych. W r. 1926 te same liczby stanowiły: 12 na 100 członków Kasy i 10 na 100 członków rodzin, zaś na 100 uprawnionych — 11 chorych szpitalnych.

Położnic, skierowanych do zakładów położniczych, było w r. 1927 — 1,81, i w r. 1926 — 2,36 na 100 uprawnionych.

Z porównania liczb z r. 1927 i 1926 wynika, że korzystanie z pomocy lekarskiej w r. 1927 trochę się zmniejszyło. Obniżka ta nie jest istotną i tłumaczy się raczej wzrostem liczby uprawnionych, co też pociągnęło za sobą obniżenie wskaźników choroby ubezpieczonych.

**7. Leczenie sanatoryjne i klimatyczne.** Z tych świadczeń lekarskich korzystało 168 osób, w tem 140 członków Kasy i 28 członków rodzin. Do uzdrowisk i zdrojowisk krajowych wysłano 162 chorych, zagranicę — 6 chorych. Z liczby korzystających przypada na pracowników umysłowych i członków ich rodzin — 55%, zaś na robotników fizycznych i członków ich rodzin — 45% ogółu chorych uzdrowiskowych, gdy w poprzednim okresie (1924 — 1926) pracownicy umysłowi stanowili 70%, robotnicy zaś — 30%.

**8. Środki lecznicze.** W r. 1927 wydano recept chorym 273.304, z tego przez aptekę kasową — 241.889 oraz z aptek prywatnych — 31.415. W r. 1926 wydane było ogółem recept 220.819, z której to liczby 183,435 przypada na aptekę kasową i 37.384 — na aptekę prywatne. To znaczy, że w r. 1927 Kasa mniej posługiwała się aptekami prywatnymi, aczkolwiek ilość wydanych recept wzrosła się, co widać też z tego, iż na 100 porad wszystkich (ambulatoryjnych i domowych) przypada recept w r. 1927 — 88, gdy w r. 1926 — 82.

### III. Statystyka niezdolności ubezpieczonych.

**9. Niezdolność do pracy w chorobie.** W r. 1927 było osób chorych niezdolnych do pracy — 4980, co stanowi 24% w stosunku do wszystkich ubezpieczonych (w r. 1926 — 21%). Wypadków niezdolności do pracy było 5854, co stanowi na 100 ubezpieczonych 29 wypadków (w r. 1926 — 24 wypad.). Opłacono dni niezdolności do pracy 132.484, czyli na jeden wypadek choroby przypada 23 dni (w r. 1926 — 25 dni).

Na 100 ubezpieczonych w r. 1927 przypada 647 opłaconych dni niezdolności do pracy z powodu choroby, gdy w r. 1926 — 600 dni.

Zasiłków wypłacono na jednego chorego zł. 71 gr. 43, zaś zasiłek dzienny wynosi przeciętnie zł. 2 gr. 68, gdy w r. 1926 na jednego chorego wypłacono zł. 68 gr. 84, zasiłek zaś dzienny stanowił przeciętnie zł. 2 gr. 36.

**10. Ubezpieczenie macierzyństwa.** W r. 1927 z ubezpieczenia macierzyństwa korzystało 219 położnic, którym wypłacono zasiłek za 10,460 dni w kwo-

cie zł. 43.149 gr. 78. Na jedną położnicę przypada 48 dni oraz zł. 197 zasiłku położowego, a uwzględniając zasiłek mleczny — zł. 223; w r. 1926 na jedną położnicę przypada dni 49, zaś zasiłku położowego i mlecznego — zł. 215.

#### IV. Statystyka finansowa.

**11. Dochody Kasy.** Faktyczne wpływy Kasy wynoszą w r. 1927 zł. 2.850.806, z której to sumy na składki członkowskie przypada zł. 2.599.709. Po potrąceniu na fundusz zapasowy zł. 315.808 (w tem kary wynoszą zł. 64.240,78). Pozostałoby na wszystkie wydatki Kasy złotych 2.534.998. Ponieważ jednak wydatki wynoszą faktycznie zł. 2.603.182, to w ten sposób powstał niedobór w kwocie zł. 68.184. z doliczeniem którego całkowita suma po stronie dochodowej będzie wynosiła zł. 2.918.990.

Na jednego ubezpieczonego przypada w r. 1927 składek członkowskich zł. 10 gr. 59, innych wpływów — zł. 1 gr. 30, zaś razem zł. 11 gr. 89, gdy w r. 1926 przeciętna składka na jednego ubezpieczonego stanowiła zł. 9 gr. 63, razem z innymi wpływami — zł. 10 gr. 28.

**12. Wydatki Kasy.** Wydatki kasowe za r. 1927 wynoszą w liczbach absolutnych i przeciętnych:

Rodzaj wydatku	Sumy szczegółowe	Sumy ogólne	W %	
			1927	1926
<b>I. Świadczenia.</b>				
Zasiłki pieniężne . . .	458.865,03	458.865,03	15,72	14,97
Pomoc lekarska:				
a) Pensje personelu leczniczego . . .	718.052,02		24,60	26,13
b) Środki lecznicze i i opatrunkowe . . .	354.974,48		12,16	15,55
c) Szpitale, zakłady lecznicze i przewóz chorych i lekarzy . . .	570.257,57		19,53	16,82
Razem . . .	1.643.284,07	1.643.284,07	56,29	58,50
Wszystkie świadczenia ogółem . . . . .		2.102.149,10	72,01	73,47
<b>II. Koszty administracyjne:</b>				
a) osobowe . . . . .	286.112,93		9,80	9,13
b) rzeczowe . . . . .	51.240,56		1,76	1,62
Razem . . .	337.353,49	337.353,49	11,56	10,75
<b>III. Koszty ogólne</b>	143.589,94	143.589,94	5,61	5,61
<b>IV. Odpisy na amortyzację . .</b>	20.089,34	20.089,34		
<b>V. Odpisy na fundusz zapasowy</b>	315.807,58	315.807,58	10,82	10,17
Ogółem . . .		2.918.989,45	100	100

W porównaniu do podanych wyżej liczb, ilustrujących ile każdy ubezpieczony zapłacił Kasie Chorych, przytoczymy teraz dane, ile Kasa Chorych wydała na każdego ubezpieczonego:

	w r. 1927	w r. 1926
1. Zasiłki pieniężne . . . . .	zł. 1 gr. 87	zł. 1 gr. 54
2. Świadczenia lekarskie . . .	zł. 6 gr. 69	zł. 6 gr. 01
3. Wszystkie świadczenia razem . . . . .	zł. 8 gr. 56	zł. 7 gr. 55
4. Administracja i koszty ogólne . . . . .	zł. 2 gr. 04	zł. 1 gr. 69
Razem . . . . .	zł. 10 gr. 60	zł. 9 gr. 24
Odliczenie na fundusz zapas.	zł. 1 gr. 29	zł. 1 gr. 04
Ogółem . . . . .	zł. 11 gr. 89	zł. 10 gr. 28

**13. Stan majątkowy Kasy Chorych.** Stan majątkowy Kasy Chorych w wyniku jej działalności za r. 1927 odzwierciedlają dane następujące:

#### Bilans z dnia 31 grudnia 1927 r.

	Suma	%	
		1927	1926
<b>Stan czynny</b>			
Gotówka, lokacje i t. p. . . . .	38.204,21	2,63	1,89
Należności od pracodawców, Skarbu i t. p. . . . .	1.006.417,02	69,32	67,41
Zapasy materiałów . . . . .	37.583,83	2,59	2,98
Ruchomości . . . . .	174.836,59	12,04	15,14
Nieruchomości . . . . .	126.521,75	8,72	12,58
Niedobór . . . . .	68.183,91	4,70	—
Ogółem . . . . .	1.451.747,41	100	100
<b>Stan bierny</b>			
Długi, zobowiązania i t. p. . . . .	260.233,90	17,92	14,48
Fundusz amortyzacyjny . . . . .	161.507,25	11,13	14,28
Fundusz zapasowy . . . . .	1.030.006,26	70,95	71,24
Ogółem . . . . .	1.451.747,41	100	100

Jeszcze wyraźniej oświetlają stan majątkowy Kasy dane przytoczone w powyższym zestawieniu za r. 1927 i 1926.

#### Na jednego ubezpieczonego przypada:

	Na dzień 31.XII	
	1927	1926
Aktywów . . . . .	zł. 70 gr. 95	zł. 56 gr. 29
Zobowiązań . . . . .	zł. 12 gr. 72	zł. 8 gr. 15
Czystego majątku . . . . .	zł. 58 gr. 23	zł. 48 gr. 14

Należyta ocena działalności Kasy za rok 1927 możliwą stanie się dopiero po ostatecznym ułożeniu i wydaniu w druku szczegółowego sprawozdania za rok 1927 (i poprzednie), jednak już na podstawie przytoczonych wyżej danych statystycznych możemy stwierdzić, że Kasa Chorych m. Wilna w dalszym ciągu dąży do rozszerzenia i wzmocnienia swej działalności na korzyść warstw robotniczych i pracowniczych Wilna.

# USTAWA NIEMIECKA O POŚREDNICTWIE PRACY I UBEZPIECZENIU NA WYPADEK BRAKU PRACY.

Rząd Rzeszy wniósł d. 16 grudnia 1926 do parlamentu projekt Ustawy o ubezpieczeniu na wypadek braku pracy. Projekt ten wywołał bardzo żywą dyskusję, zarówno w Komisji polityki socjalnej parlamentu, jak i poza parlamentem i w związku z tem uległ bardzo poważnym zmianom.

Ustawa została uchwalona i obowiązuje na całym terenie Rzeszy od 1 października 1927 r.

Najważniejszą zmianą jest połączenie ubezpieczenia na wypadek braku pracy z pośrednictwem pracy. Wprawdzie zasadniczo nikt nie występował przeciwko ściślejszemu łączności tych dwu funkcji, jednak wielu wysuwało zarzuty, że na tem połączeniu ucierpi pośrednictwo pracy, które dotychczas należało do władz samorządowych i na terenie wielu gmin stało wysoko.

## Organizacja.

W celu wykonania ustawy tworzy się Państwowy Zakład pośrednictwa pracy i ubezpieczenia na wypadek braku pracy (Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung), jako instytucję prawa publicznego.

Oprócz powyższych zadań Zakład ma udzielać porad o wyborze zawodu, pośredniczyć w wyszukiwaniu miejsc nauki (terminów), jak też podejmować się innych zadań, dających do uregulowania rynku pracy, za zgodą Ministra Pracy i na jego polecenie.

Organizację Zakładu, opierającą się na dotychczasowych Urzędach Pośrednictwa Pracy (Arbeitsnachweisämter), przedstawia następująca tabelka:

Podział Zakładu	O r g a n a			W razie potrzeby organa wyłaniają
	Nazwa	s k ł a d		
		stały urzędnik	ilość członków	
Centrala . .	Rada zarządzająca Zarząd	Prezydent	najmniej 30	podkomisje
			" 15	"
Krajowe Urzędy Pracy . . .	Komisje zarządzające	Przewodniczący	najmniej 21	komisje wykonawcze
Urzędy Pracy . .	Komisje zarządzające	Przewodniczący	najmniej 15	komisje wykonawcze

Zarząd Zakładu może zmieniać liczbę, jak i granice Krajowych Urzędów Pracy i Urzędów Pracy.

Organa Zakładu składają się w równej liczbie z przedstawicieli pracodawców, pracowników i władz samorządowych. Przy powoływaniu przedstawicieli pracodawców i pracowników obowiązują pisemne propozycje zainteresowanych związków, stosownie do liczby zatrudnionych, względnie zrzeszonych pracowników i kolejności nazwisk. Pomędzy przedstawicielami winny znajdować się i kobiety.

Czas urzędowania organów wynosi lat 5. Posiedzenia odbywają się w miarę potrzeby, najmniej jednak raz na trzy miesiące.

W razie potrzeby można tworzyć specjalne działy dla poszczególnych zawodów, pracowników prywatnych, a przy centrali dział dla gospodarstwa rolnego i leśnego.

Cechą organizacji jest samodzielność organów, które mają przydzielone cały szereg uprawnień. Uprawnienia te mogą przekazywać niższym organom, o ile ustawa w poszczególnych wypadkach tego nie zabrania.

Przewodniczący Urzędu Pracy mogą przekazać Urzędowi gminnym pewne czynności urzędu np. wstępne badanie zgłoszenia, wypłatę zasiłków i t. p., o ile gminy, lub ich nadzorcze władze, wyrażą na to zgodę.

Władzami orzekającymi są:

- 1) Komisje orzekające przy Urzędach Pracy.
- 2) Izby orzekające przy Krajowych Urzędach Pracy.
- 3) Senat orzekający przy Państwowym Urzędzie Ubezpieczeń.

Na wybór członków dwu ostatnich władz organa Zakładu nie mają wpływu.

Personel Zakładu składa się z urzędników na prawach urzędników państwowych, urzędników i robotników na zasadach prywatno - prawnych. Fachowe siły mianuje na wniosek urzędu przewodniczący organu bezpośrednio wyższego, resztę pracowników przewodniczący Urzędu.

Budżet poszczególnych Urzędów ustalają ich organa, a zatwierdzają organa wyższe. Budżet całego Zakładu zatwierdza rząd państwa.

Zakład ma corocznie zestawiać zamknięcie rachunkowe. Prawo badania gospodarki pieniężnej ma Izba rozrachunkowa Państwa.

Władzą nadzorczą jest Minister Pracy, który o wynikach nadzoru ma przedkładać corocznie sprawozdania parlamentowi.

Poza Zakładem mogą istnieć biura niezarobkowe, mające na celu pośrednictwo pracy i udzielanie porad o wyborze zawodu, pod nadzorem jednak Zakładu. Biur tych jednak nie mogą prowadzić polityczne stronnictwa czy organizacje.

Zarobkowe pośrednictwo pracy może istnieć do dnia 1 stycznia 1931 r., jednak nowych pozwoleń, czy przedłużeń nie wolno wydawać.

## Zakres ubezpieczenia.

Obowiązkowi ubezpieczenia podlegają:

- 1) ubezpieczeni w Kasach Chorych,
- 2) ubezpieczeni w Zakładach pensyjnych, a nieubezpieczeni w Kasach Chorych tylko z powodu granicy zarobku,
- 3) załoga statków.

Obowiązkowi ubezpieczenia nie podlegają:

- 1) zatrudnieni w gospodarstwach rolnych lub leśnych:

a) zwyczajowo mniej niż 6 miesięcy w roku, o ile są właścicielami, lub dzierżawcami posiadłości rolnej, lub ich zstępniymi; przepis ten tyczy się również rybołówstwa przybrzeżnego i śródziemnomorskiego,

b) jako służba domowa,

c) na podstawie umowy pisemnej, zawartej przynajmniej na rok lub na czas nieokreślony z sześciomiesięcznym terminem wypowiedzenia; w tym wypadku, jak i następnym, obowiązek ubezpieczenia powstaje na sześć miesięcy przed ukończeniem stosunku.

d) na podstawie umowy pisemnej o naukę co najmniej na rok, a w innych przedsiębiorstwach co najmniej na dwa lata.

2) zatrudnieni w rybołówstwie śródziemnomorskim i przybrzeżnym, otrzymujący udział w połowie ryb,

3) pewne kategorie zatrudnionych w żegludze morskiej,

4) zatrudnieni w tych przedsiębiorstwach, które na rok przed wejściem w życie ustawy, zapewniły swym pracownikom wyższe świadczenia, niż z tej ustawy wynikają,

5) niestale zatrudnieni członkowie Kas Chorych uważający zatrudnienie to za uboczne i pracujący z reguły mniej, niż 6 miesięcy w roku — o ile wniosą podanie,

6) na specjalne zarządzenie Ministra Pracy:

a) zagraniczni sezonowi robotnicy rolni,

b) zatrudnieni w sferze granicznej.

Zainteresowane w wyłączeniu osoby mają o tem donieść Kasom Chorych, w których są ubezpieczeni na wypadek choroby; Kasy Chorych, o ile nie wysuwają przeciw doniesieniu zarzutów, przesyłają je do Krajowych Urzędów Pracy. Przewodniczący tych Urzędów mogą zlecić wstępne badanie Urzędowi Pracy, lub w razie wątpliwości zwrócić się do Urzędu Ubezpieczeń (wydział orzekający), w celu zasadniczego stwierdzenia, czy wskazany wypadek zwolniony jest od obowiązku ubezpieczenia.

Początek lub koniec członkostwa zasadniczo zaczyna się, lub kończy z dniem podjęcia, lub opuszczenia zatrudnienia, obowiązującego do ubezpieczenia.

Zgłoszenie rozpoczęcia i ukończenia członkostwa następuje przez zgłoszenie ubezpieczenia w Kasie Chorych.

Pracownicy prywatni, którzy tylko z powodu granicy zarobków, nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia mogą się dobrowolnie ubezpieczyć.

#### Świadczenia.

Prawo do zasiłku na wypadek braku pracy ma bezrobotny, jeżeli:

- 1) jest zdolny i chętny do pracy,
- 2) przebył minimalny okres ubezpieczenia,
- 3) nie wyczerpał jeszcze prawa do świadczeń.

Zdolnym do pracy jest ten, kto potrafi zarobić trzecią część tego, co zdrowy pracownik tego samego rodzaju, z podobnym wykształceniem w tej samej okolicy.

Minimalny okres ubezpieczenia, uzasadniający prawo do świadczeń, wynosi 26 tygodni składkowych w ciągu dwunastu miesięcy przed zgłoszeniem. Ustawa określa, jakich okresów nie wlicza się do tych dwunastu miesięcy, w każdym razie w ostatnich trzech latach musi być 26 tygodni składkowych.

Prawo do zasiłku kończy się po 26 tygodniowym okresie zasiłkowym. Rada Zarządzająca Zakładu może okres ten przedłużyć za zgodą Ministra Pracy do 39 tygodni w czasie szczególnie nieprzy-

chylnej na rynku pracy konjunktury, jak też może odmiennie ustalić długość okresu zasiłkowego w tych zawodach, lub rzemiosłach, w których bezrobocie jest sezonowe.

Minister Pracy może w czasie długotrwałej niepomyślnej konjunktury wprowadzić zasiłki doraźne, ograniczając je w razie potrzeby na określone zawody i okręgi, jak też ich wysokość i czas wypłacania. Zasiłki doraźne otrzymują bezrobotni szczególnie potrzebujący, którzy albo nie przebyli minimalnego okresu ubezpieczenia, jednak mają 13 tygodni składkowych, albo też wyczerпали prawo do zasiłków.

Dla bezrobotnych poniżej lat 21 i otrzymujących zasiłki doraźne Zakład może wprowadzić roboty przymusowe.

Zasiłki składają się z zasiłku zasadniczego i dodatku rodzinnego po 5 proc. podstawy wymiaru na osobę, przyczem wysokość zasiłku jest ograniczona. Dla wyznaczania zasiłków stwarza się grupy zarobkowe i podstawy wymiaru. Następująca tabelka wskazuje wysokość zasiłków w poszczególnych grupach:

Grupa zarobkowa	Tygodniowy zarobek w r. mk.	Podstawa wymiaru	Zasiłek w %	
			zasadniczy	najwyższy dopuszczalny
I	do 10	8	75	) 80
II	od 10 do 14	12	65	
III	" 14 " 18	16	55	) 75
IV	" 18 " 24	21	47	
V	" 24 " 30	27	) 40	) 65
VI	" 30 " 36	33		
VII	" 36 " 42	39	) 35	) 60
VIII	" 42 " 48	45		
IX	" 48 " 54	51	) 35	
X	" 54 " 60	57		) 35
XI	ponad 60	63	) 35	

Podstawę zaliczenia do grupy stanowi przeciętna płaca w trzech ostatnich miesiącach składkowych. Jeżeli w tym czasie ubezpieczony był częściowo bezrobotny, to do zarobku dodaje się równowartość nie przepracowanych godzin. Dalsze grupy może wprowadzić Rada Zarządzająca Zakładu za zgodą Ministra Pracy. W szczególnych wypadkach można udzielać zasiłków w naturze, w każdym razie za pierwsze 6 tygodni wypłacić należy gotówką. Zasiłek przyznaje się zasadniczo po upływie 6 dni od chwili zgłoszenia roszczenia.

Zasiłki wstrzymuje się:

1) Jeżeli bezrobotny nie przyjął odpowiedniego zajęcia — na cztery tygodnie,

2) jeżeli bezrobotny nie chce poddać się wyszkoleniu zawodowemu — na cztery tygodnie,

3) jeżeli bezrobotny utracił zajęcie z własnej winy, lub odszedł dobrowolnie bez przyczyny — na cztery tygodnie,

4) na czas trwania strajku, lub lokautu wyjąwszy wypadki, gdy odmowa zasiłku będzie niesłuszną surowością (eine unbillige Härte),

5) na czas, jakemu odpowiada otrzymana od pracodawcy kwota, jako zapłata, odszkodowanie i odprawa, lub zaopatrzenie,

6) na czas zatrudnienia w swoim zakresie, lub obcym bez odszkodowania,

7) na czas przekraczania przepisów o kontroli. Oprócz wypłacania zasiłków Państwowy Zakład:

1) opłaca składki do Kasy Chorych za otrzymujących zasiłki zasadnicze. Bezrobotny nie ma prawa w tym czasie do świadczeń pieniężnych ze strony Kasy Chorych,

2) opłaca składki emerytalne w takiej wysokości, jaka jest konieczna do utrzymania prawa do tego ubezpieczenia. W wypadkach szczególnej wagi, zwłaszcza gdy do nabycia prawa do tego ubezpieczenia potrzeba niewielkiej ilości składek, Zakład ma na żądanie je uiszczać,

3) wypłaca za zgodą Ministra Pracy zasiłki dla częściowo bezrobotnych. Zasiłki te nie mogą przewyższać zasiłku na wypadek braku pracy i razem z zarobkiem wynosić więcej niż  $\frac{5}{6}$  pełnego zarobku,

4) przyznaje koszty podróży na miejsce zatrudnienia w części, lub całości, tak bezrobotnym, jak i ich rodzinom. Rada zarządzająca Zakładem za zgodą Ministra Pracy postanawia, czy i jak dalece można zwracać koszty podróży wyjeżdżającym zagranicę. W razie niemożności wyjazdu członkowie rodzin otrzymują dodatki rodzinne w części, lub całości,

5) dostarcza bezrobotnym wyekwipowanie, o ile jest konieczne do otrzymania pracy,

6) wypłaca na przeciąg ośmiu tygodni dodatki, o ile bezrobotny otrzymał pracę, w której pełny zarobek osiągnie dopiero po nabyciu wprawy. Dodatek ten nie może być półtora raza wyższy od ostatniego zasiłku, a razem z zarobkiem być większym od pełnego zarobku,

7) subwencjonuje zakłady dla kształcenia zawodowego, o ile ich działalność może zmniejszyć bezrobocie,

8) udziela przedsiębiorstwom pożyczek i dodatków dla pracujących w takiej wysokości, ile wynoszą zasiłki tam zatrudnionych bezrobotnych. W szczególnych wypadkach również udziela pożyczek z budżetu państwa; o ile są prowadzone roboty przymusowe, to bezrobotnym może być zasiłek podwyższony.

Z istoty tych świadczeń zwłaszcza od 1, 4 — 8 wynika, że przy ich przyznaniu organy Zakładu muszą posiadać dużo samodzielności.

#### **Środki finansowe.**

Na pokrycie wydatków, Państwowy Zakład pobiera składki od pracodawców i pracowników w równej wysokości.

Składki należy wpłacać do Kas Chorych, jako dodatki do składek im należnych — do tych Kas Chorych, do których ubezpieczeni należą, względnieby należeli, gdyby ich płaca nie przekraczała granicy ubezpieczenia. Załoga statków płaci razem ze składkami emerytalnymi.

Kasy Chorych winny niezwłocznie przekazywać składki do Krajowych Urzędów Pracy. Państwowy Zakład ma w tym kierunku prawo kontroli Kas Chorych.

Składki ustala się procentowo od zarobku zasadniczego, analogicznie do składek Kas Chorych, względnie w grupach nie należących do Kas Chorych procentowo od zarobku rzeczywistego w granicach do r. mk. 3,600 rocznie.

Najwyższa stopa ogólnie - państwowa wynosi

3 proc i nie może być zniżona, dopóki kapitał rezerwowy Centrali nie wyniesie wysokości, wystarczającej na zasiłki dla 600,000 bezrobotnych przez trzy miesiące. Wtedy gospodarka Zakładu przedstawia się następująco:

Przewodniczący Urzędów Pracy przedkładają miesięcznie preliminarze budżetowe Krajowym Urzędem Pracy, które badają słuszność wydatków i przesyłają potrzebną gotówkę. Urzędy Pracy mogą przechowywać sumy w wysokości miesięcznych wydatków.

Z końcem miesiąca Krajowe Urzędy Pracy odsyłają do Centrali całą nadwyżkę, oprócz gotówki potrzebnej na pokrycie wydatków w przyszłym miesiącu. W razie niedoborów, centrala nadsyła potrzebne sumy.

O ile fundusz rezerwowy dojdzie do wymaganej wysokości, wówczas Krajowe Urzędy Pracy i Urzędy Pracy otrzymują w gospodarce finansowej pełną samodzielność.

Składkę dzieli się na część państwową, należną centrali, i na część krajową, należną Krajowym Urzędem Pracy.

Z końcem miesiąca Krajowe Urzędy Pracy odsyłają do centrali państwową część składki i połowę ewentualnej nadwyżki. Drugą połowę zatrzymuje dla siebie na przyszły miesiąc, badając jednocześnie, czy nie można obniżyć krajowej części składki.

Jeżeli przez trzy miesiące Krajowe Urzędy Pracy miały nadwyżkę, albo krajowa część składki nie osiągnęła wysokości najwyższej, wówczas tę część składki mogą dalej podzielić na część im należną i na część należną Urzędem Pracy. Urzędy Pracy mogą samodzielnie ustalać wysokość składki w granicach wystarczalności ich budżetu.

O ile powyższe Urzędy mają niedobory, to w pierwszym rzędzie należy przywrócić najwyższą stopę, a następnie dopiero pokrywać niedobór z sum rezerwowych.

W razie naruszenia rezerwy w powyżej przewidzianej wysokości, ustala się znów dla całego Państwa jednolitą najwyższą stopę.

W wypadku wyczerpania się funduszu rezerwowego na pokrycie wydatków udziela pożyczek Ministerstwo Pracy za zgodą Ministra Skarbu.

Wydatki akcji doraźnej pokrywa w  $\frac{4}{5}$  państwo, a resztę gminy, na terenie których odbywa się wypłata.

#### **Udzielanie świadczeń.**

Roszczenie o zasiłek ma zgłosić bezrobotny osobiście w Urzędzie Pracy, w którego okręgu stale mieszka, względnie gdzie się chwilowo zatrzyma. Na prośbę bezrobotnego można wyznaczyć inny Urząd Pracy. Po ukończeniu nauki (terminu) bezrobotny może otrzymać, w celu nabycia odpowiedniej praktyki i dalszego kształcenia zawodowego, zaświadczenie podróźne, najwyżej na 6 tygodni w ciągu roku, uprawniające do zasiłku w miejscu zatrzymania się.

Zgłaszający roszczenie o zasiłek ma przedłożyć dowody, jak długo był ubezpieczony, ile wynosiła wysokość zarobków w ostatnich trzech miesiącach. dłaczego opuścił zatrudnienie, w wypadku roszczenia o dodatek rodzinny — dowody na poparcie tego. Urząd Pracy może przeprowadzać wszelkie badania zgłoszenia, zwłaszcza lekarskie.

Roszczenie o zasiłek rozstrzyga przewodniczący Urzędu Pracy.

Otrzymujący zasiłek winien się przynajmniej trzy razy tygodniowo, zgłaszać w Urzędzie Pracy, jak też zgłaszać wszelkie zmiany, mające wpływ na wysokość zasiłku, nawet bez żądania Urzędu.

O ile zasiłek zostanie odebrany, to można go na nowo przyznać, jeżeli bezrobotny zgłosi na nowo roszczenie i jeżeli organ przyznający stwierdzi, że istnieje założenie zasiłku.

Przeciwko rozstrzygnięciom przewodniczącego Urzędu Pracy, można wnieść rekurs do Komisji orzekającej, a w dalszym ciągu do Izby orzekającej. W rozstrzygnięciach należy wskazać, jakie środki prawne przysługują przeciwko rozstrzygnięciu.

Jeżeli w powyższych wypadkach zachodzi konieczność zasadniczego rozstrzygnięcia przepisu prawnego, o którym jeszcze Senat orzekający nie ogłosił orzeczenia, względnie Izba orzekająca nie zgadza się z wydanym orzeczeniem, wówczas to może zwrócić się do Senatu, przedkładając swoje uzasadnienie prawne.

W niektórych wypadkach rozstrzygnięcie spo-

rów między pracodawcami i pracownikami w sądach pracy, względnie innej drodze prawnej, mają moc obowiązującą przy przyznawaniu zasiłków.

Przeciwko rozstrzygnięciom, nie dotyczącym się zasiłków, można wnieść zażalenie, względnie odwołanie, tylko do bezpośrednio wyższego organu.

Posiedzenia organów Zakładu nie są jawne, posiedzenie władz orzekających jawne i ustne.

W głosowaniach nad uchwałą biorą udział członkowie z trzech grup w równej liczbie. Kto ma nie głosować rozstrzyga los. O ile brak członków pewnej grupy, to głosowanie należy odłożyć do następnego posiedzenia, na którym głosuje się, chociaż nie ma członków pewnej grupy.

W sprawach, dotyczących się ubezpieczenia na wypadek braku pracy, nie mają prawa głosu przedstawiciele samorządów.

Oprócz powyższych spraw ustawa reguluje przepisy, dotyczące się pośrednictwa pracy, sprawę przejęcia pracowników i majątku przejmowanych Urzędów pośrednictwa pracy, oraz oznacza szczegółowo kary za przekroczenie ustawy.

DR. WŁODZIMIERZ SZAFRAN.

## SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI INSTYTUTU STOMATOLOGICZNEGO KASY CHORYCH M. LWOWA ZA ROK 1927.

Zarząd K. Ch., w staraniach swoich nad rozwojem lecznictwa kasowego, otworzył z dniem 1.I.1927 roku „Instytut Stomatologiczny K. Ch. m. Lwowa” i oddał go do użytku członków Kasy i ich rodzin.

Tęsamem zostały rozwiązane umowy z prywatnymi zakładami dentystycznymi, a w ich miejsce stworzono jeden centralny Zakład, rozmieszczony w 12-tu pokojach.

Zakład został wyposażony w przyrządy i instrumenty najlepszych konstrukcyj i wyrobów, tak, że słusznie spotyka się z pochwałami zwiedzających go osób, nie tylko innych kas Polski, ale i zagranicą.

Kierownictwo Instytutu Stomatologicznego oddał Zarząd Kasy, w drodze konkursu, Dr. Włodzimierzowi Szafranowi, lekarzowi - stomatologowi.

Objąwszy w Instytucie stomatologicznym kierownictwo i zleconą mi szczegółową jego organizację, jak również organizację pracy, wypracowanie regulaminu dla członków Kasy i ich rodzin, postawiłem sobie za główny cel wprowadzenie:

1) najnowszych zdobyczy stomatologii i zastosowanie ich praktyczne;

2) możliwej w obecnych warunkach kontroli chorych, by przez tępienie nadużyć ze strony ubezpieczonych, Instytut stomatologiczny mógł tembardziej spełniać zadania, dla których został otwarty;

3) kontroli pracy Instytutu, a temsamem rzeczowe wyzyskanie tej pracy;

4) podniesienie wyników pracy lekarzy, nie przez powiększenie ilości godzin pracy lekarskiej, lecz przez wprowadzenie odpowiednio kwalifikowanych sił pomocniczych, do wykonywania czynności pobocznych, a związanych bezpośrednio z lecznictwem.

W wykonaniu powyższego celu Instytut Stoma-

tologiczny podzielony został, według systemu klinicznego, na 4 zasadnicze działy lecznictwa.

I. Oddz. chirurgji stomatologicznej (operacje, cięższe przypadki) — 1 lekarz (kierownik).

II. Ambulatorjum (zgłaszający się po pierwszą pomoc) — 3 lekarzy (8 godzin pracy dziennej).

III. Oddział dentystyki zachowawczej (plomowanie) — 9 lekarzy (22 godzin pracy dziennej).

IV. Oddział protetyki dentystycznej (sztucznych zębów) czynny od godz. 8 — 15 codziennie.

Nie wprowadzono tylko oddziału ortopedji szczęk i ortodoncji. Oddział ten jednak będzie wprowadzony w przyszłości, o ile Zarząd Kasy będzie mógł rozszerzyć odpowiednio lokal Instytutu stomatologicznego i przyjąć odpowiednio kwalifikowaną siłę lekarską.

Często też przedstawiciele Zarządów obcych Kas, nawet większych od lwowskiej, zwiedzając Instytut stomatologiczny, zwracają się do Zarządu Instytutu Kasy, względnie do Kierownictwa Instytutu Stomatologicznego, z prośbą o plany organizacji Instytutu lub o zezwolenie kopjowania tego planu.

Pomimo tego, że w nowo otwartym Instytucie stomatologicznym praca 12-tu lekarzy trwa 30 godzin dziennie, nie licząc pracy kierownika (5 godzin dziennie), okazała się już po pół roku działalności Instytutu bezwzględna konieczność rozszerzenia jego i powiększenia ilości godzin pracy. Z powodu jednak braku własnego, odpowiadającego celowi, gmachu Kasy, konieczność ta na razie nie mogła być uwzględniona, mimo całego zrozumienia jej potrzeby przez Zarząd Kasy.

Tak szybko zjednanie zaufanie członków Kasy do pracy Instytutu jest najlepszym dowodem rzetel-

ności tej pracy, a poniżej przedstawiony stan pracy jest niezbitym dowodem ogromu pracy i starań personelu lekarskiego i pomocniczego.

W dążeniu do wprowadzenia najnowszych zdobyczy na polu dentystyki do świadczeń Kasy, kierownik Instytutu Stomatologicznego K. Ch. m. Lwowa, zaprosił w marcu 1927 r. p. Złotnickiego, dentyście z Berlina na pokazy do Lwowa. P. Złotnicki, jako wysłannik F-my de Trey'a, bawił tydzień we Lwowie, a pracując w pracowni techniczno-dentystycznej Instytutu Stomatologicznego, udzielał szczegółowych wyjaśnień i wskazówek, jak mają być wykonywane kauczukowe protezy czynnościowe. Po pokazach, ten rodzaj protez wprowadzono w Instytucie Stomatolog. K. Ch. przy bezzębnych szczękach.

Obok pracy czysto zawodowej, personel lekarski Instytutu zorganizował sekcję stomatologiczną Związku lekarzy K. Ch. m. Lwowa. Zadaniem tej sekcji jest wydawanie swej opinii w sprawach ogólnych, dotyczących zawodu, jak i kwestjach dentystycznych, na terenie Kasy. Ponadto sekcja ma na celu pracę nad uzupełnieniem wiedzy zawodowej kolegów. W tym celu dwa razy w miesiącu zbierają się koledzy na wieczory dyskusyjne. Przedmiotami tych wieczorów są tematy dentystyki praktycznej, budzące zawsze wielkie zainteresowanie kolegów i ożywioną dyskusję.

Niektóre z tych tematów dyskusyjnych okazały się już drukiem jako osobne prace, lub oddane do druku ukażą się w najbliższej przyszłości.

Poza pracą zawodową i naukową brał Instytut Stomatologiczny udział w pracy ogólnej organizacji leczenia społecznego. Z prac dotyczących tego działu otrzymał Okręg. Urz. Ubezp.:

- 1) Przepisy K. Ch. co do protez zębowych;
- 2) Memorjał do Min. Pr. i Op. Społ. w sprawie rozmiaru świadczeń K. Chorých w dziale protetyki dentystycznej.

Obie prace, przygotowane przez Kierownika Instytutu Stomatologicznego K. Ch. były bardzo życzliwie przyjęte przez Okr. Urz. Ubezp., który przedłożył je Ministerstwu do rozważania i decyzji.

W zestawieniu statystycznym pracy Instytutu za ubiegły rok, poniżej zamieszczonem, mamy również dowód, iż należyta i ścisła kontrola pracy tak co do jakości jak i ilości, wprowadzenie tańszego personelu pomocniczego, dokładna kontrola zużytych materiałów dentystycznych, a przede wszystkim prowadzenie we własnym zarządzie wszystkich działów stomatologii klinicznej, daje nietylko poważną niżkę kosztów leczenia zębów w Kasach Ch., lecz nadto dochód, wystarczający na opłacenie wydatków, złączonych z zapotrzebowaniem oddziałów.

Dochód ten powstaje szczególnie ze zwrotu procentowego kosztów, które Kasa ponosi przy robieniu sztucznych protez zębowych Ubezpieczonym i ich członkom rodzin. Z dopłat tych procentowo obliczanych, zależnie od ilości brakujących zębów w jednej szczęce, uzyskano pewną kwotę, która pozwala na znaczne pokrycie kosztów zapotrzebowania oddziałów. Wydatki na zakup leków i materiałów dentystycznych do plomb i sztucznych zębów, wydatki drobne na naprawę maszyn i instrumentów, były pokrywane z tych właśnie dochodów. Zzna-

czam przytem, że były zakupywane materiały do plomb i sztucznych zębów pierwszorzędnej jakości. Zarząd Kasy ponosił za tem w dziale leczenia zębów wydatki w wysokości poborów miesięcznych lekarzy i personelu pomocniczego, utrzymania lokalu, opał, światła i administracji, a nadto zakupno maszyn i instrumentów, jak również bielizny i urządzenia wewnętrznego.

Szczególną uwagę zwrócić muszę na fakt, który w innych Kasach nie jest zupełnie uwzględniany, natomiast w Instytucie Stomatologicznym K. Ch. m. Lwowa jest szeroko zastosowany i przestrzegany. W Instytucie Stomatologicznym K. Ch. m. Lwowa zostało wprowadzone przeprowadzanie sanacji ogólnej jamy ustnej u zgłaszających się Ubezpieczonych i ich członków rodzin. Jest to rzecz wielkiej wagi i doniosła w skutkach, jeżeli chcemy doprowadzić do podniesienia zdrowotności klas pracujących wogóle, przez racjonalną i systematycznie prowadzoną walkę z próchnicą zębów na terenie Kas Chorých. Walka bowiem z próchnicą zębów, bierze swój początek w zmundnych i szczegółowych badaniach naukowych, uczonych stomatologów doby ostatniej, którzy wykazali szkodliwość dla organizmu ludzkiego, wynikającą z popsutych i gnijących zębów. Stąd też z całą intensywnością przeprowadzana jest sanacja ust we wszystkich państwach zachodniej Europy i Ameryki.

W społeczeństwie naszym jest, niestety, ciągle jeszcze wielki brak zrozumienia dla tej idei, mimo, że ogólna sanacja jamy ustnej jest dzisiaj sprawą mającą wybitne znaczenie, nietylko z punktu widzenia lekarskiego, ale ogólnospołecznego. Badania naukowe ostatnich czasów wykazały niezbicie, że częstokroć ciężkie schorzenia organów wewnętrznych, których przyczyn dotychczas nie można było znaleźć, są właśnie pochodzenia zębowego lub z migdałków. Dlatego więc usuwanie gnijących resztek korzeni i zębów, jak również zębów z ropniami okołokorzeniowymi, stało się w przypadkach tych schorzeń bezwzględnie konieczne. Podobnie chcąc ustrzec społeczeństwo przed rozszerzaniem się tych schorzeń, należy zapobiegawczo utrzymywać jamę ustną na wysokim stopniu higieny.

Jeszcze większe znaczenie ma pielęgnowanie zębów i jamy ustnej u dzieci. Stary przesąd, że te pierwsze zęby można usuwać bezkarnie jeżeli boją, należy już dawno do historii. Przez odpowiednie bowiem utrzymywanie zębów mlecznych, przez plombowanie ubytków próchnicowych, zachowuje się ząb aż do czasu jego naturalnego usunięcia się, t. j. do czasu, kiedy stały następcą zajmie jego miejsce. Przez to zapobiega się przede wszystkim nieprawidłowościom w rozwoju szczęk i zębów, wynikającym z przedwczesnego, bezmyślnego usuwania zębów mlecznych. Ponadto, jak wynika z badań naukowych, sanacja ust u dzieci, wprawianie młodego pokolenia do utrzymywania higieny jamy ustnej, ma kolosalny wpływ na rozwój fizyczny dzieci, ich zdrowotność ogólną i odporność przeciw zachorzeniom. Stąd w ośrodkach fabrycznych, miastach, gdzie jest więcej szkół, powinny powstać ambulatorja dentystyczne, mające wyłącznie za cel sanowanie ust u dzieci. Ambulatorja takie szeroko rozwinięte istnieją już od dawna zagranicą i po kilku latach pracy wykazują nadzwyczajne wyniki, dzięki swej dzia-



łałości, przez obniżanie chorobowości i śmiertelności u dzieci. W Niemczech i Ameryce są budowane specjalne auta z ordynacjami dentystycznymi, które dojeżdżają do małych miast i miasteczek prowincjonalnych i tam przeprowadzają sanację ust u dzieci.

W poczuciu przeto obowiązku i w zrozumieniu wielkiego celu swej pracy, Instytut Stomatologiczny Kasy stara się w granicach możliwości, prowadzić taką właśnie pracę wśród młodzieży. W tym celu, kierownictwo Instytutu, w porozumieniu z naczelnym kierownikiem Poradni dentystycznej dla młodzieży szkolnej, w Kuratorjum Okręgu Szkolnego Lwowskiego, uzyskało możliwość przyjmowania młodzieży w godzinach rannych, przyczem opuszczane godziny nauki są na podstawie poświadczeń Instytutu usprawiedliwiane.

Zakres tej pracy jest tak olbrzymi, że przechodzi daleko poza obecne ramy możliwości świadczeń Instytutu stomatologicznego Kasy. Piekący brak odpowiednio wykształconych sił pracujących, krępuje znacznie zapał i rozmach pracy w tym kierunku. Kierownictwo Instytutu jednak ma nadzieję, że systematyczne dążenia jego do rozszerzenia działalności swej i na te zaniedbane częściowo pola pracy, będzie w przyszłości, przy szczerem poparciu Zarządu Kasy uwieńczone pomyślnym skutkiem, a Instytut będzie mógł sprostać tym wszystkim zadaniom. Wtedy też, przedkładając do oceny ogółu wyniki swej pracy i starań nad zdrowotnością społeczeństwa, będziemy mogli z dumą potwierdzić starą maksymę „in corpore sano mens sana”.

### STATYSTYKA ROCZNEJ PRACY.

#### Skład personelu pracującego w Instytucie Stomatologicznym Kasy.

- 1 kierownik,
- 12 lekarzy,
- 1 technik dentystyczny I.
- 2 techników dentystycznych II.
- 2 techników dentystycznych III.
- 5 pomocnic dentystycznych,
- 1 pomocnica ksiązkowa,
- 3 praktykantów techniczno - dentystycznych,
- 2 praktykantki na pomocnice dentystyczne.

#### Ogólna liczba godzin pracy lekarskiej wynosiła w r. 1927:

w ambulatorjum	2191
na oddziale zachowawczym	5382

Razem 7573

Ogólna liczba przyjętych osób w Instytucie w 1927 r.	
na oddziale I. (chirurgji i ambult.)	37389
na oddziale II. (dentystyki zachowawczej)	32872
na oddziale III. (protetyki dentyst.)	594
	(wizyt 3975)

Razem 70855

### ODDZIAŁ I.

Ogólna liczba godzin pracy lekarskiej w 1927 r.	2191
Ogólna liczba przyjętych osób na Oddziale I.	37389
Z tego osób zgłaszających się po raz pierwszy	21502
Z tego osób ubezpieczonych	27272
Z tego członków rodzin	10117

### Liczba zabiegów na Oddziale I.

Usunięto zębów ogółem	28338
z tego typowo	27778
z tego atypowo	560
z seperacją korzeni	455
z dłutowaniem	105
Znieczuleń intraoralnych wykonano ogółem	19513
Z tego miejscowych	11916
z tego przewodzeniowych	7597
zamroczeń eterowych	30
Znieczuleń extraoralnych wykonano ogółem	5

#### Inne zabiegi chirurgiczne wykonano:

Resekcja korzeni	221
Oper. dziąsłaków	5
„ kostniniaków szczęk	10
„ torbieli korzeniowych	135
„ torbieli zawiązkowych	10
„ gingivitis hypertrophica	3
„ gingivoectomia modo Neuman	55
„ sekwestrotomia	14
Otwarcie ropowic rozległych	30
„ ropni dziąsła	275
„ ropni podniebienia	85
„ ropni zimnych policzka	12

#### Ciekawsze przypadki kliniczne:

Przetoka ślinianki	1
Przetoki licowe	18
Przetoki bródkowe	12
Przetoka licowa z wykazanymi prątkami Koch'a	1
Zaburzenia w wykluwaniu się zęba mądrości	405
Brodawczak bł. śluzowej policzka	1
Torbiel ślinianki podszczękowej	1
Stomatitis ołowiu	1
Stomatitis mercuriale	15
Zwichnięcie żuchwy z rozdarciem stawowej torebki	1
Purpura haemorrhagica	1
Gingivitis hypertroph. na tle lues	3
Obrażeń szczękowych	2
z tego szczęki górnej	1
szczęki dolnej	1
Objaw Cap de Pont'a	1
Emp. Antri Highmori i otwarcie	5
Usunięto zatrzymanych zębów	8
z tego kłów zatrzymanych	6
z tego 41 zatrzymanych	1
z tego 18 zatrzymanych	1
Opatrunków zrobiono ogółem	3744

### ODDZIAŁ II.

Ogólna liczba godzin pracy lekarskiej w 1927 r.	5382
Ogólna liczba przyjętych osób	32872
Z tego ubezpieczonych	22827
członków rodzin	10045
poraz pierwszy	9216
Zatruciu arsenikiem wykonano	6259
Wypełnień korzeni	5805
Wypełnień ubytków wykonano	15081
z tego cementowych	3720
amalgamowych	7119
z plastycznej porcelany	4242
Innych zabiegów leczniczych wykonano	12651
Oczyszczono z kamienia nazębnego ust	621

**ODDZIAŁ III.**

Ogólna liczba wizyt	3975
Ogólna liczba przyjętych osób	594
z tego ubezpieczonych	461
członków rodzin	133
Wykonano naprawek protez k. noszonych	187

Przerobiono używanych protez kauczukowych	39
Wykonano naprawek protez k. noszonych	187
Zużyto zębów nowych	6538
Zużyto ssawek	181
Wykonano klamer metalowych	969
Zatykań wykonano	5
Szyn przy obrażeniach szczękowych wykonano	2

**Z KAS I ZWIĄZKÓW.**

**III. ZJAZD OKRĘGOWEGO ZWIĄZKU KAS CHORYCH  
W WARSZAWIE.**

W dniu 12 maja b. r. obradował III Zjazd Okr. Zw. Kas Chorych w Warszawie w obecności przedstawicieli Głównego i Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń p. p. dyr. Siwika i Dagnana i przedstawiciela Ogólnopolskiego Związku Kas Chorych p. dyr. Osiewskiego.

Porządek obrad Zjazdu był następujący: 1. Wybór przewodniczącego Zjazdu. 2. Sprawozdanie Zarządu. 3. Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej. 4. Budżet Związku i składka związkowa na 1928 r. 5. Wybory Zarządu i Komisji Rewizyjnej. 6. Wybór delegatów na Zjazd Ogólnopolski Związku. 7. Wolne wnioski.

Zjazd zagaił przewodniczący Zarządu poseł dr. Adam Pragier. Na przewodniczącego Zjazdu powołano posła R. Jaworowskiego. Sprawozdanie z działalności ustępującego Zarządu składał poseł dr. Adam Pragier.

Ze sprawozdania tego wyjąć należy następujące dane:

**Lustracja kas.** Tempo lustracji wzrasta. Kiedy w 1927 r. w ciągu 187 dni wyjazdowych zlustrowano 38 Kas, to w roku 1928 w ciągu czterech pierwszych miesięcy zlustrowano 26 Kas podczas 78 dni wyjazdowych. Lustracja dotyczyła administracyjnej działalności Kas, organizacji biurowości i t. d. Wnioski wynikające z dokonanych lustracji przesyłano do Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń. Wnioski te były podstawą do odpowiednich zarządzeń wydawanych przez Okr. U. U. W związku z materiałem zebrany w czasie lustracji, Zarząd powołał specjalną Komisję dla spraw biurowości, wyłonioną na konferencji dyrektorów.

**Wydział apteczny.** Najważniejszą pracą Wydziału aptecznego była retaksacja recept, nadsyłanych przez Kasy. W 1927 r. 29 Kas nadesłało recepty do retaksacji w ilości ogólnej 191.627 recept na sumę 360.777 zł. 78 gr. Z powyższej kwoty potrącono przy retaksacji 8.259 zł. 45 gr.

Ponieważ za retaksację Kasy zainteresowane opłacają 2% od sumy globalnej, ogólna opłata więc za retaksację ze strony Kas wyniosła w 1927 r. 7.214 zł.

Pozatem wydział apteczny zlustrował apteki w 11 Kasach w ciągu 20 dni.

**Wydział Lekarski** dokonał w pierwszym roku inspekcji lekarskiej poszczególnych Kas, badając organizację lecznictwa. Lekarze Związku p. p. dr. Kłuszyński i dr. Stawiński zlustrowali w 1927 r. 35 Kas w ciągu 97 dni wyjazdowych, a podczas pierwszych 4 miesięcy 1928 r. 16 Kas w ciągu 22 dni. Jak więc widać z powyższych cyfr i lustracja lecznicza Związku zdradza tendencje wzrostu.

Dużą przysługę Kasom oddał Związek przez skierowywanie chorych z poszczególnych Kas do leczenia specjalistycznego. Ten dział pracy zilustruje poniższa tabelka.

**1927 r.**

Liczba członków Kasy skierowanych	Liczba członków rodzin ubezpiecz.	Do specjalistów	Do prześwietlenia	Do szpitala	Ana-lizy	Do Warsz. K. Ch.
379	156	355	133	133	15	27

**1928 r.**

Miesiąc	Liczba skierowanych członków Kas	Liczba czł. rodzin ubezpiecz.	Do specjalistów	Do prześwietlenia	Do szpitala	Ana-lizy	Do Warsz. K. Ch.
I	61	43	76	16	29	—	16
II	72	38	70	10	16	4	13
III	48	22	56	5	24	—	4
IV	45	27	55	3	12	1	2
Razem	216	130	257	34	81	5	35

Jak wynika z powyższych tabelek również wzrasta się liczba skierowywanych przez Kasy do Warszawy do leczenia specjalistycznego.

W sprawie organizacji leczenia specjalistycznego zwołał Związek w styczniu r. b. konferencję Lekarzy Naczelnych. Na konferencji tej omawiano również i sprawy administracyjne lecznictwa kasowego a m. innymi sprawę reorganizacji stanowisk Lekarzy Naczelnych. Wracając do sprawy leczenia specjalistycznego należy nadmienić, iż Związek odbył już szereg konferencji z zainteresowanymi kasami, a obecnie zamierza przeprowadzić tę akcję na terenie Woj. Warszawskiego.

Komisja Lekarska przy Związku opracowała regulaminy dla lekarzy Naczelnych, ambulatoryjnych i rejonowych.

Opracowany został przez Związek projekt umowy ramowej, między Kasami a lekarzami. Związek interwenjował w wypadkach zatargów między Kasami a lekarzami. Interwencji tych było 12 i naogół doprowadzały do pomyślnego rezultatu. Celem ułatwienia lekarzom unikania stosowania różnych t. zw. patentowych środków leczniczych zwykle nieproporcjonalnie drogich a zastępowania ich lekami o analigicznej wartości składników wydał Związek lekospis w nakładzie 1500 egzemplarzy.

Wielkim krokiem naprzód w kierunku postawienia lecznictwa kasowego na należytych poziomach było zorganizowanie przez Związek z dużym nakładem wysiłków pracowni Roentgena w Lublinie i Białymstoku dla odpowiednich województw. Celem ułatwienia akcji propagandowej zakupił Związek kompletnie urządzony aparat kinematograficzny. Posługując się nim wygłosił z ramienia Związku dr. Stawiński odczyt p. t. „Gruźlica i jak ją zwalczać” w 7 miejscowościach przy bardzo licznej frekwencji.

Z innych prac Związku należy wymienić inicjatywę o utworzeniu rachunku clearingowego dla Kas, przystąpienie do zorganizowania sanatorium na terenie darowanym Związkowi przez miasto Gostynin. Jeśli tylko uda się pokonać trudności związane z uzyskaniem terenu w Puszczy Marjańskiej zamierza tam Związek jeszcze w roku bieżącym zorganizować kolonje letnie dla dzieci ubezpieczonych. Związek wydał w r. 1927 38 okólników, wysłał 3.300 listów, otrzymał ich 5.389.

Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej z którego wynika iż nadwyżka Związku wynosi w okresie sprawozdawczym 196.109 zł. 50 gr. złożył p. Niemczyk proponując zatwierdzenie przedłożonego przez Zarząd bilansu i rachunku działalności, co też Zjazd uczynił.

Dyrektor Osiewski wygłosił referat o akcji sanatoryjno - zdrowiskowej, prowadzonej przez Kasy. Leczenie gruźlicy wymaga stałych całorocznych sanatorjów (dla t. zw. gruźlików czynnych) specjalnych pawilonów letnich (gruźlica nieczynna) wreszcie szpitali. Sanatorja winny odpowiadać następującym warunkom: przynajmniej 300 łóżek, tyleż miejsca i utworzenie przy współpracy rzeczoznawców lekarskich i technicznych. Jeśli chodzi o leczenie zdrowiskowe winno się ono odbywać we własnych lecznicach, nie zaś jak to się dotychczas zdarzało w wynajętych prywatnych pensjonatach.

Stan rzeczy dotychczasowy, jeżeli chodzi o budżet sanatorjów jest nie zadawalniający. Powstają one wysiłkiem poszczególnych Kas, bez planu ogólnego, są często zbyt małe i nie odpowiadają swym zadaniom. To też Ogólno Państwowy Związek Kas Chorych podjął akcję w kierunku scentralizowania budowy sanatorjów i leczenia zdrowiskowego. Zarząd ma ułożyć odpowiedni plan akcji sanatoryjno - zdrowiskowej zarówno, co do rozmieszczenia sanatorjów zdrowiskowych, jak i przybliżonych kosztów budowy.

Na najbliższym Zjeździe Delegatów Państw. Zw. Kas Chorych zostanie złożony wniosek, by Kasy ½% od rzeczywistego wpływu rocznego ze składek przelewały na specjalny „Fundusz Inwestycyjny” zarządzany przez Ogólno Państwowy Związek i bilansowany odrębnie. Nie przesądzono narazie sprawy tytułu własności sanatorjów i leczenia z tego funduszu powstałych. W ten sposób przeprowadzona akcja, przy ścisłym współdziałaniu z Okręgowymi Związkami Kas Chorych pozwoli na pokrycie kraju planową siecią sanatorjów i lecznic. Jednocześnie Zw. Ogólno Państwowy zwracał się do Gł. Urzędu Ubezp. by nie dopuszczał, jako władza nadzorczą nad Kasami Chorych, do rozdrobnienia akcji sanatoryjnej przez budowanie małych sanatorjów przez poszczególne Kasy.

W dyskusji nad sprawozdaniem z działalności Zarządu zabrał głos poseł Adam Szczypiorski omawiając niedozwolony stan rzeczy, iż na terenie działalności Okręg. Zw. Kas Chorych zaledwie kilka Kas posiada władze autonomiczne, inne zaś są kierowane przez komisarzy. Jest to wypaczenie przewodnich myśli ustawy z dnia 19. 5. 1920 roku i zgłasza rezolucję która m. innymi domaga się powołania Zarządów we wszystkich Kasach Okręgu. Przeciwnie stanowisko w tej sprawie zajął p. Kobryner. Zjazd przyjął rezolucję zgłoszoną przez posła Szczypiorskiego.

**Preliminarz budżetowy** Związku zreferował p. Meduski. Za myka się on w pozycjach wpływów i wydatków kwotą 429.700 zł. w czem nadwyżka wynosi 46.183 zł. 46 gr. Nadwyżkę tę w połączeniu z nadwyżką za lata ubiegłe w sumie 338.816 zł. 54 gr. t. z. w łącznej sumie 385.000 zł. przeznaczają preliminarz na lecnicтво, w szczególności na budowę zakładów roentgenowskich, laboratorium bakteriologicznego, sanatorium i t. p. W wydatkach preliminarz przewiduje na płace lekarzy 28.000 zł., retaksacja 12.000, lustracje (koszty podróży) — 18.000 zł. Składka na rzecz Ogólno Państw. Związku wynosi 42.000 zł. Poważną sumę, bo 30.000 zł. przeznaczono na wdrożenie działalności profilaktycznej i propagandowej. Dział tej pracy, dotychczas dość po macoszemu traktowany przez Kasy, będzie mógł obecnie należycie się rozszerzyć.

We wpływach składki od Kas wynoszą 420.000 zł., inne wpływy 29.700 zł. Referent zgłosił wniosek ustalający składkę na 1% od faktycznego wpływu ze składek.

Preliminarz i zgłoszony wniosek zjazd przyjął jednogłośnie.

Przystąpiono do wyboru władz Związku. Do Zarządu wybrano p. p. Gałaję, pos. Janiaka, Koralewskiego, Łukaniewicza, pos. Nowickiego, Pieczyraka, pos. dr. Pragiera, Tyllę i dr. Zawadzkiego.

Na zastępców p. p.: Dobraczyńskiego, Gdyka, Go-

szczyńskiego, Hryniewicza, Kuczewskiego, Kurowskiego, Korzeniowskiego, Preissa i Urbańskiego. Do Komisji Rewizyjnej p. p. Jastrzębowski, Kobrynera i Niemczyka. Na zastępców p. p. Brzozowskiego i Urbańskiego

Jako delegatów na Zjazd Ogólnopanstwowego Związku Kas Chorych wybrano p. p. Feistę, Hryniewicza, Koralewskiego, Kuczewskiego, Kurowskiego, dr. Pragiera, Preissa, pos. Szczypiorskiego, Tyllę i dr. Zawadzkiego. Na zastępców pp.: Dylewskiego, pos. Gdyka, Gałaję, Korzeniowskiego, Meduskiego, Pekrula, Podwińskiego, Porębskiego, Witkowskiego i Urbańskiego. Okres kadencji delegatów tych ustalano na 3 lata.

P. Gierłowski złożył wniosek, by w pragmatyce ramowej pracowników kasowych ustalono, iż składki ubezpieczeniowe za pracowników Kas opłacają Kasy oraz wniosek wzywający Zarząd do poczynienia odpowiednich kroków w celu zwolnienia Kas Chorych od podatku od lokali i budynków. Wszystkie te wnioski Zjazd przyjął jednogłośnie, poczem przewodniczący zamknął obrady.

## ZJAZD NACZELNYCH LEKARZY KAS CHORYCH OKRĘGU ŁÓDZKIEGO

odbył się dnia 20.I 1928.

Posiedzenie zagał przewodniczący Okr. Związku Kas Chorych w Łodzi, p. J. Danielewicz, referuje dr. Tomaszewicz, nacz. lek. Związku.

W krótkim streszczeniu podaje dr. Tomaszewicz wnioski powzięte na Zjeździe Naczelnych Lekarzy Okręgowych Związków, który odbył się w Warszawie.

Na Zjeździe Naczelnych Lekarzy Okręgowych Związków Kas Chorych oraz większych Kas przedmiotem dyskusji była sprawa leczenia na terenie Kas Chorych gruźlicy, schorzeń reumatycznych i sprawa ustalenia jednego dla wszystkich Kas Chorych lekospisu.

W sprawie gruźlicy płuc Zjazd wypowiedział się, oprócz leczenia w przychodniach, za leczeniem sanatoryjnym, przy czem 70% — 80% mogłoby leczyć się w sanatorjach, położonych w klimacie ojezysnym, reszta zaś — w klimacie podgórskim. Te sanatorja powinny posiadać nie mniej niż 300 łóżek, możliwie oddzielnie dla mężczyzn i kobiet. Organizacją tej pomocy sanatoryjnej ma zająć się Ogólno-Państwowy Związek Kas Chorych. Dla Związkowych Kas Chorych w chwili obecnej ma znaczenie żywotne rozstrzygnięcie 2 zagadnień:

- 1) leczenie gruźlicy na miejscu w przychodniach;
- 2) leczenie klimatyczno-zdrojowe w istniejących sanatorjach, względnie pensjonatach.

Stwierdzić należy, że w przychodniach Kas Chorych Województwa nie wyczerpuje się wszelkich możliwości leczniczych, które wiedza lekarska posiada, a mianowicie: w naszych przychodniach nie stosuje się odmy sztucznej, leczenia tuberkulinowego i t. d. Należałoby więc utworzyć przy Kasach Chorych przychodnie, przeznaczone wyłącznie dla leczenia gruźlicy, w których mogłoby być zastosowane wszechstronne leczenie specjalistyczne.

Prawdopodobnie jednak mniejsze Kasy Chorych nie będą mogły podjąć się organizacji takich przychodni, nawet przy połączeniu ich wysiłków z wysiłkami pomniejszych magistratów i sejmików. Nasuwa się wobec tego myśl utworzenia rejonowych przychodni, uposażonych we wszystkie niezbędne środki z wysiłkiem kilku Kas Związkowych.

Co się tyczy leczenia klimatyczno - zdrowiskowego, to, zdając sobie zupełnie sprawę z ujemnych stron pensjonowania chorych w pensjonatach w miejscowościach kuracyjnych, w konieczności musimy ich trzymać się, jako jedynych środków, którymi możemy rozporządzać w chwili obecnej.

Wobec powyższego, referent chciałby, aby zebrani lekarze wypowiedzieli się, czy zgadzają się z takim postawie-

nem sprawy i jeżeli zgadzają się, to na ile miejsc w takich pensjonatach reflektują. Ze swej strony Okręgowy Związek postarałby się tę sprawę załatwić w najbliższej przyszłości.

Po ożywionej dyskusji, powstałej w związku z referatem, a w której brali udział wszyscy obecni lekarze. Zjazd wysunął następujące wnioski:

1) Zjazd stwierdza, że leczenie chorych na gruźlicę płuc powinno być prowadzone przez same Kasy Chorych. Tego obowiązku Kasy Chorych nie mają prawa przelać na inne instytucje pokrewne, jak magistraty, sejmiki i tow. przeciwgruźlicze. Natomiast akcją zapobiegawczą w walce z gruźlicą Kasy Chorych mają przeprowadzić łącznie z temi instytucjami, organizując wspólne związki, które całą tę sprawę ujęłyby w swoje ręce. Zjazd podkreśla, że warunki dla takiej współpracy są rozmaite w różnych miejscowościach, a więc i organizacja winna być w każdej miejscowości inna;

2) Zjazd Lekarzy stwierdza brak specjalistów fizjologów na miejscu, w związku z czem zwraca się do Zarządu Związku z propozycją utworzenia stypendjum dla lekarzy kasowych, celem wysłania ich przynajmniej na 3 miesiące do klinik lub szpitali, gdzie leczenie gruźlicy jest postawione na wysokim poziomie. W ten sposób nasze okresy mogłyby otrzymać koniecznie im potrzebnych specjalistów w leczeniu gruźlicy;

3) Zjazd Lekarzy zgadza się z prelegentem, że leczenie gruźlicy na miejscu, w przychodniach kasowych, nie wyczerpuje wszystkich możliwości leczniczych z powodu niedostatecznej organizacji tego i braku lekarzy specjalistów i uważa, że utworzenie rejonowych przychodni przeciwgruźliczych byłoby bardzo pożądane. Dla zapoczątkowania Zjazd wskazuje, jako punkty dla takich przychodni, Kalisz i Łódź;

4) Zjazd uważa, że leczenie klimatyczne gruźlicy, nie zważając na wszystkie ujemne strony takowego w chwili obecnej, powinno być przeprowadzone. Okręgowy Związek ma zwrócić się do Powiatowych Kas Chorych z prośbą o podanie zapotrzebowania na ilość miejsc w zależności od czego zajnie się wynajdywaniem pensjonatów, wzgl. sanatorjów. Okręgowy Związek określi i ewentualnie poda do wiadomości nacz. lek. Związkowych Kas Chorych te postacie gruźlicy płuc, które mogą być kierowane do wynajętych przez Związek sanatorjów, jak również podejmie się ostatecznej kwalifikacji chorych do leczenia w sanatorjach Związkowych.

Następnie omówiono sprawy leczenia schorzeń reumatycznych.

Po dokładnem zreferowaniu tej sprawy przez naczelnego lekarza Związku i po dyskusji, w której brali udział wszyscy obecni lekarze, Zjazd wysunął następujące wnioski w sprawie leczenia schorzeń reumatycznych:

1) Leczenie kąpielowe w zdrojowiskach polskich ma być przeprowadzane tylko w tych wypadkach, w których leczenie na miejscu nie dało odpowiednich rezultatów. Okręgowy Związek Kas Chorych, po uprzedniem porozumieniu się z Kasami Związkowymi, zorganizuje odpowiednie pensjonaty w uzdrowiskach ojczystych; pacjenci będą wysyłani po szczegółowem zbadaniu i po zakwalifikowaniu ich przez Okręgowy Związek Kas Chorych;

2) Zjazd uważa, że Kasy Chorych nie wyczerpują wszystkich możliwości leczniczych na miejscu z powodu niedostatecznego zorganizowania leczenia fizykalnego w szerokim zakresie. Zdając sobie w zupełności sprawę, że takie leczenie nie może być zorganizowane w pomniejszych Kasach Chorych na skutek jego kosztowności i braku odpowiednich lekarzy - specjalistów, Zresztą ilość takich chorych w poszczególnych maleńkich Kasach byłaby tak nieznaczna, że utrzymanie instytutu nie opłaciłoby się Kasie. Do pewnego stopnia rozwiązałoby sprawę utworzenie 2 — 3 instytutów leczenia fizykalnego na terytorjum Województwa, z któ-

rych mogłyby korzystać wszystkie Kasy Związkowe. Te instytuty mogłyby stanąć w Łodzi i Kaliszu, — w Łodzi przy szpitalu Okręgowego Związku, co się zaś tyczy Kalisza, Zjazd obowiązuje dr. Suligowskiego do opracowania planu dla Kas okolicznych.

W trzeciej sprawie — zaopiekowania się dziećmi, zagrożonemi gruźlicą — Zjazd wypowiada się za urządzeniem letnich kolonji pod Kaliszem i Tomaszowem, gdzie mogłyby znaleźć opiekę dzieci z Kas Chorych całego Województwa. Przy sposobności Zjazd podkreśla konieczność zaopatrzenia kolonji w wykwalifikowane siły pedagogiczne.

## Z DZIAŁALNOŚCI POWIATOWEJ KASY CHORYCH W MOGILNIE.

Zarząd Powiatowej Kasy Chorych w Mogilnie wychodząc z założenia, że akcja profilaktyczna leży nie tylko w dobru zrozumianym własnym interesie Kasy Chorych, ale że jest pożądaną i konieczną także ze względów na dobro ubezpieczonych, oraz wskazaną ze względów narodowych i państwowych, nakreślił w początku ubiegłego roku szeroki program takiej działalności, który konsekwentnie i w miarę stojących do dyspozycji środków finansowych wprowadza w życie.

I tak: W maju ubiegłego roku powstała w Mogilnie z inicjatywy i staraniem Zarządu Kasy „Stacja Opieki nad Matką i Dzieckiem”, której działalność uwidoczniła się w nadzwyczajnym spadku śmiertelności wśród niemowląt. Stacja prowadzona jest wzorowo, cieszy się wielką popularnością i powszechnem uznaniem. Stację finansują: Wydział Powiatowy, Magistrat i Powiatowa Kasa Chorych.

Jednorazowych większych subwencji udzieliły: Oddział Polskiego Czerwonego Krzyża w Mogilnie i Polski Komitet Pomocy Dzieciom w Warszawie.

W Zarządzie Stacji zasiadają: przedstawiciel Wydziału Powiatowego p. starosta Słaby, przedstawiciele Magistratu i Rady Miejskiej p. burmistrz Tyczeński i przewodniczący Rady Miejskiej p. Fr. Nowak, z ramienia Zarządu Powiatowej Kasy Chorych, przewodniczący Zarządu Kasy p. radca Trzciniński i dyrektor Kasy p. Chojnacki.

W stacji było zarejestrowanych do końca marca r. b. 187 dzieci. Kuchnia mleczna połączona ze stacją wydaje dziennie mleko dla 60 dzieci. Oprócz tego wydaje Stacja za poleceniem lekarza środki odżywcze jak tran i t. p. Dalszym etapem akcji profilaktycznej było uruchomienie łazienek w Mogilnie, które oddano do użytku publicznego w końcu czerwca ubiegłego roku. Wielkie trudności powstawały tutaj z powodu braku odpowiednich lokalów, gdyż Kasa dotychczas nie posiadała własnego gmachu. Dzięki przychyłności i zrozumienia sprawy przez Wydział Powiatowy, mogła Kasa umieścić łazienkę w budynku szpitala Powiatowego.

W łazienkach oprócz kąpiei leczniczych, solankowych, węglkowych, tlenowych i t. d. udziela się także kąpiei zwykłych. Z łazienek Kasy korzystają nie tylko członkowie Kasy, ale i szersze koła publiczności za opłatą pokrywającą koszty własne kąpiei.

Celem walki z gruźlicą Zarząd Kasy zorganizował w miesiącach zimowych szereg wykładów z przezroczami o gruźlicy wygłoszonych przez dr. Montwiłła. Wykłady te cieszyły się wielką frekwencją publiczności. Każdemu uczestnikowi wykładów wręczono przystępnie broszurkę „O zwalczaniu gruźlicy” wydaną przez Okręgowy Związek Kas Chorych w Poznaniu.

W marcu b. r. urządził Zarząd Kasy z pomocą Głównego Zarządu Katol. Związku Abstynentów w Poznaniu okólną wystawę antyalkoholową, która kolejno odbyła się w Mogilnie (od 18 — 21.3), w Trzemesznie (od 23. — 25.3) i w Gębicach (od 28 i 29.3 r. b.)

Z ramienia Zarządu Kasy przemawiali z okazji otwarcia

wystawy przewodniczący Zarządu p. radca Trzcziński i dyrektor Kasy p. Chojnacki, objaśniając cel i zadanie wystawy. Wystawy w Mogilnie, Trzemesznie i Gębicach zwiedziło ogółem około 7.000 osób. Dla zwiedzających wystawę gremjalnie stowarzyszeń, bractw i szkół wygłaszał wykłady kierownik wystawy z ramienia Zarządu Głównego Związku Abstynentów, p. Wiertel. Z wystawą połączona była sprzedaż druków i ulotek propagandowych Związku abstynentów, które zwiedzający wystawę nabywali w dość pokażnej ilości. Rezultat wystawy, jeżeli się zważy niepopULARNOŚĆ propagandy antyalkoholowej trzeba uważać za bardzo dodatni. — To cośmy dotychczas przytoczyli nie wyczerpuje oczywiście programu akcji profilaktycznej. Do dalszych zadań należą: utworzenie poradni dla matek i dzieci w Trzemesznie i Palkości; utworzenie żłóbka; przychodnie dla gruźlików i chorych na jaglicę, rozbudowa i powiększenie łazienek, tworzenie stacji sanitarnych itd. itd.

Największe trudności nasuwają przede wszystkim brak odpowiednich pomieszczeń, ale Zarząd Kasy ma nadzieję, że przy pomocy miarodajnych czynników i te trudności pokona i program swój w całości zrealizuje.

#### POSIEDZENIE WYDZIAŁU WYKONAWCZEGO MIĘDZY-NARODOWEGO ZWIĄZKU KAS CHORYCH.

Dnia 10 marca 1928 r. odbyło się w Stuttgarcie posiedzenie Wydziału Wykonawczego międzynarodowego Związku Kas Chorych.

Przewodniczący Związku p. Minister Winter (Czechosłowacja) złożył sprawozdanie z działalności prezydium i sekretariatu. Do Związku Międzynarodowego przystąpiło dotychczas 15 Związków Kas Chorych, mających ogółem 23 miliony ubezpieczonych. Ponadto niektóre Związki, jakkolwiek nie

zgłosiły formalnie przystąpienia, jednak złożyły oświadczenie, iż zgadzają się z celami naszej organizacji i ofiarują współpracę.

Po ożywionej dyskusji nad sprawozdaniem, obradowano nad statutem wydziału, który przyjęto w ostatecznej redakcji.

Następnie omówiono sprawę składek związkowych i ustalono składkę roczną na 50 gr. szwajc. na każde 100.000 członków. Składka ta płatna jest w 2 ratach półrocznych.

W końcu omówiono sprawę Zjazdu dorocznego, który odbędzie się dnia 10 — 12 września r. b. w Wiedniu z następującym porządkiem dziennym:

I. Stan ubezpieczenia na wypadek choroby, jego stosunek do innych działów ubezpieczeń i realizacji konwencji międzynarodowej o ubezpieczeniu na wypadek choroby, — referent p. Canter (Anglja).

II. Rozbudowa ubezpieczenia na wypadek choroby:

a) ubezpieczenia członków rodzin — ref. sen. Jaumiaux (Belgja),

b) równouprawnienie ubezpieczeń rolnych z przemysłowcami — ref. p. Lehman (Niemcy),

c) ubezpieczenie na wypadek choroby a higiena społ. — ref. p. Eldersch — (Austria).

III. Międzypaństwowe uregulowanie ubezpieczenia na wypadek choroby w strefach granicznych — ref. p. Petit (Francja).

Po wyczerpaniu porządku obrad przewodniczący zamknął posiedzenie, wyznaczając następne na 9 września r. b.

Związek Państwowy jest oczywiście członkiem Związku Międzynarodowego. P. Dyr. Osiewski, jako członek Wydziału brał udział w posiedzeniu w Stuttgarcie.

## KRONIKA LEKARSKA.

### WALKA Z GRUŻLICĄ.

Dnia 31.XII z r. odbyła się konferencja w sprawie udziału Powiatowej Kasy Chorych w Sosnowcu w walce z gruźlicą, prowadzoną przez Samorzady i Towarzystwa Przeciwgruźlicze na terenie powiatów Będzińskiego i Zawierciańskiego.

Komisarz dr. Michałowski: zagajając zebranie oznajmił gotowość Zarządu Kasy Chorych przystąpienia do współpracy w walce z gruźlicą, prowadzoną przez Samorzady i Towarzystwa Przeciwgruźlicze i poprosił d-ra Rydera o przedstawienie stanowiska Kasy w tej sprawie.

P. dr. Ryder: przedstawił sprawę w następujący sposób:

Należy oddzielić lecznictwo od zapobiegania. Samo lecznictwo ubezpieczonych w Kasie Chorych pozostaje w rękach Kasy. Ażeby postawić je racjonalniej, Zarząd Kasy Chorych przystąpi do wyodrębnienia w większych ośrodkach chorych gruźliczych w odrębne ambulatorja. Ze względów lokalowych będzie to możliwe w Sosnowcu, przyczem ambulatorjum to będzie tak urządzone, aby prowadził je specjalista chorób płucnych, następnie cały aparat rozpoznawczy - leczniczy będzie w najbliższym sąsiedztwie tego ambulatorjum. Czynione też są starania o uzyskanie większej ilości miejsc dla chorych z otwartą gruźlicą, rozsiewających gruźlicę wokoło siebie. Pomijając braki w ilości łóżek dla tej kategorii chorych, aparat leczniczy Kasy Chorych jest dość rozległy, gdyż obejmuje nieograniczoną możliwość zapisywania lekarstw, lampy kwarcowe, Roentgena leczniczego, wysłania chorych do sanatorjów, lecznic, miejscowości klimatycznych i na wieś.

W sprawie zapobiegania gruźlicy, Zarząd Kasy Chorych stoi na stanowisku zasady terytorjalności przychodni t. zn., że przychodnie obejmują całą ludność swego terenu bez różnicy swej przynależności do Kasy Chorych albo nie — i pozosta-

wienia akcji zapobiegawczej w rękach Samorządów względnie Towarzystw Przeciwgruźliczych, Kasa Chorych zswjej strony przyjdzie tylko z pomocą istniejącym przychodniom przeciwgruźliczym; pomoc ta przyjmie następującą formę:

1) w celu ulepszenia rejestracji i statystyki gruźlicy. Zarząd Kasy Chorych postara się o kierowanie zgłoszeń o gruźlicy do odnośnych lekarzy powiatowych. Ci po otrzymaniu zgłoszeń wyzyskawszy uprzednio zgłoszenia dla celów statystycznych prześlą je tej przychodni, na terenie której dany chory zamieszkuje. Przychodnia po otrzymaniu zgłoszenia, zaopiekuje się danym chorym, wysyłając doń wywiadownicę — higienistkę, o ile warunki chorego tego będą wymagały i na to pozwolą.

2) Uznając w pierwszym rzędzie za zadanie przychodni przeciwgruźliczej zapobieganie, a nie leczenie, jednak ze względów praktycznych dopuszczając lecznictwo w nieznanym stopniu, jak wydawanie tranu, oraz niektórych preparatów (np.: glicerophosphaty) i t. p. Kasa Chorych godzi się na uznanie takich recept, podpisywanych przez lekarzy przychodni, nienależących do Kasy Chorych i wyda swym aptekom polecenie wydawania leków za takimi receptami. Będzie to dotyczyło bez różnicy wszystkich pacjentów przychodni, zarówno mających prawo do świadczeń Kasy Chorych, jak i nieposiadających tego prawa.

3) posiadając duży aparat rozpoznawczy w postaci laboratorjum i Zakł. Roentgenowskiego, Kasa Chorych odda go do dyspozycji w tych razach, kiedy aparat ten Samorządów (mikroskopy w przychodniach, Roentgen w Sejmiku) nie wystarczy.

4) Kasa Chorych zakupi pewną ilość spluwaczek, parawanów i t. p. przedmiotów używanych w przychodniach. prze-

powiatu Będzińskiego i Zawierciańskiego przychodnia otrzyma po 150 zł. miesięcznego subsydjum od Powiatowej Kasy Chorych w Sosnowcu, które Samorzady względnie Tow. Przeciwgruźlicze przyjmują i wprowadzają do swych budżetów. ciwgruźliczych i odda je do dyspozycji tych przychodni dla wydawania chorym, będącym pod ich opieką.

5) Kasa Chorych zakupi pewną ilość materiału propagandowego, którego część zużyje w swych ambulatoriach dla propagandy pośród członków, a część odda do dyspozycji przychodni przeciwgruźliczych.

6) Wzajemnie za opiekę, którą przychodnie przeciwgruźlicze roztoczą nad chorymi z otoczeniem, należącymi do Kasy Chorych, Zarząd oprócz wyżej wyliczonych świadczeń na rzecz pacjentów przychodni, nie mających praw do świadczeń Kasy Chorych, udzieli subsydjów pieniężnych dla każdej przychodni w wysokości, która zostanie ustaloną na następnej konferencji zależnej od budżetów poszczególnych przychodni.

W dyskusji Lekarze Samorządowi i przychodni wyrazili wielkie zadowolenie z powyższego postawienia rzeczy i dziękowali p. Komisarzowi za taką decyzję, na którą Samorzady czekały oddawna. Wszyscy mówcy stwierdzili wielką korzyść dla walki z gruźlicą, która wyniknie z akcji prowadzonej przez Samorzady łącznie z Kasą Chorych i prosili jeszcze o rozszerzenie programu punktem wysyłania zagrożonych gruźlicą na letniska.

P. Dr. Niepielski, lekarz Miejski miasta Dąbrowy podniósł jeszcze sprawę konieczności analogicznej współpracy Kasy Chorych na polu opieki nad dzieckiem; tę sprawę postanowiono omówić na innej konferencji, która odbędzie się po wprowadzeniu w życie planów współpracy na polu walki z gruźlicą.

Dnia 30.III urządziła Kasa Chorych w Sosnowcu ponowną konferencję, w której brali udział przedstawiciele Samorządów i władz państwowych pow. będzińskiego. Dr. Ryder omówił uchwały konferencji z dn. 31.XII poczem rozpoczęła się dyskusja.

Dr. Zieleniewski, imieniem Związku Lekarzy podkreśla ustawowy obowiązek Samorządów prowadzenia walki z gruźlicą, organizowania akcji zapobiegawczej i powoływania do życia odpowiednich instytucji (przychodnie, szpitale i t. p.), przy czem subwencjonowanie tej akcji przez Kasę Chorych jest bardzo pożądane. Przypomina też uchwałę Rady Zjazdu przemysłowców górniczych i hutniczych z przed wojny dotyczącą wybudowania własnym kosztem sanatorium dla chorych na gruźlicę robotników w Olkuskim, a nawet, że sprawa była tak daleko posunięta, iż mówca łącznie ze ś. p. dr. Czajkowskim jeździli w celu wybrania terenu.

P. Jarza: wice - prezydent m. Sosnowca podnosił konieczność zaprowadzenia uprzednio takich inwestycji, jak wodociągi i kanalizacja domów, jako podstawowych czynników zwalczania gruźlicy, a p. wice - prezydent m. Dąbrowy Zieleniewski uważa jeszcze za konieczne badanie ludzi, wstępujących do pracy czy zdrowie ich pozwala na takie zatrudnienie, do jakiego są przyjmowani. Konieczne to ze względu na to, iż wiele gałęzi przemysłu naraża ludzi na gruźlicę i sprzyja jej rozwojowi.

Reszta dyskusji, w której zabierali głos prawie wszyscy zebrani toczyła się około zasadniczych, więcej teoretycznych spraw, dotyczących takiego czy innego sposobu walki z gruźlicą, znaczenie i wartość przychodni przeciwgruźliczej, zakresu czynności przychodni i t. d.

W tej sprawie ustalono, że:

1. Samorzady prowadzą akcję zapobiegawczą w walce z gruźlicą i nadal ją będą prowadziły. Tam gdzie niema przychodni przeciwgruźliczej, będzie dany Samorząd się starał ją tworzyć.

2. Na cele zapobiegawcze każda istniejąca na terenie

3. Samorzady wyrażają życzenia ażeby Zarząd Kasy Chorych akceptował recepty lekarzy w przychodniach przeciwgruźliczych, nie zatrudnionych w Kasie Chorych zapisywanych przez nich tylko dla członków Kasy Chorych.

4. Samorzady wyrażają życzenie, aby miały według swego uznania możność wzajemian za subsydjum pieniężne otrzymać je w naturze w postaci artykułów leczniczych odpowiedniej wartości.

#### V-TY MIĘDZYNARODOWY KONGRES LECZENIA CHORÓB Z WYPADKÓW, ORAZ CHORÓB ZAWODOWYCH W BUDAPESZCIE.

Pierwszy numer nowego miesięcznika węgierskiego „Revue Mensuelle des Medecins Hongrois” donosi, że w pierwszej połowie września 1928 roku odbędzie się w Budapeszcie V-ty Międzynarodowy Kongres Leczenie Chorób z wypadków, oraz chorób zawodowych.

Na czele Komitetu stoją profesorowie Uniwersytetu Budapesztańskiego Dr. Tibor von Verebely i Dr. Tibor v. Györy. Generalnym sekretarzem jest docent Uniwersytetu Dr. Georg Gortvay.

Pierwsze trzy dni Kongresu poświęcone są obradom, pozostałe trzy dni — zwiedzaniu Budapesztu i kilku godnych widzenia miejscowości państwa węgierskiego.

Profesor Wilhelm v. Friedrich wiceprezes Kongresu pisze w tym samym zeszycie, że ostatni taki Kongres odbył się w 1925 roku w Amsterdamie z udziałem przedstawicieli 25 państw. Wynik tamtego Kongresu przyniósł wielkie korzyści klasie pracującej, gdyż wskazał jakie środki należy zastosować, ażeby zapobiec w dużym stopniu zachorowaniom zawodowym i wypadkom przy pracy. Jeżeli w niektórych przypadkach nie udaje się w zupełności zapobiec, to w każdym bądź razie musi się udać osłabienie choroby, powstającej od wykonywania szkodliwego zawodu.

Jeżeli zdrowie jest skarbem, to tembardziej jest ono skarbem dla robotnika, mówi profesor Friedrich, gdy zdrowie — to zdolność do pracy, a od tej zdolności zależy jego własny i jego rodziny byt. Przyjmując to pod uwagę, a i tę okoliczność, że od stanu zdrowia szerokich rzesz pracujących zależy stan gospodarczy i stan zamożności państwa, należy prowadzić badania nad tem, jakie specjalne zachorowania powstają w czasie pracy zawodowej. Czy zchorowowania te związane są z danym zawodem, czy z materiałem, używanym w danym zawodzie, czy zmiany chorobowe w organizmie wstępują dzięki chemicznym, czy innym substancjom, powstającym przy pracy, a działającym szkodliwie na organizm i organa, ewentualnie dzięki zbyt wysokiej, lub niskiej temperaturze, lub wilgotności powietrza w pracowniach, wreszcie dzięki zmianie ciśnienia powietrza i t. d. — oto pytania, na które szukać należy odpowiedzi.

Bardzo ważna sprawa powstania gruźlicy i nowotworów w zależności od urazu przy pracy była i jest nadal przedmiotem rozważań na tych kongresach.

Jeszcze wiele innych tematów, że wymienię tylko sprawę t. zw. hysterji pourazowej, więc hysterji zasilkowej, było rozpatrywanych na posiedzeniu Kongresu i będzie przedmiotem rozważań na tegorocznym.

Dr. K. Ryder.

#### O RAKU SKÓRNYM U ROBOTNIKÓW W PRZĘDZALNIACH BAWELNIANYCH JAKO O CHOROBE ZAWODOWEJ.

W ostatnich latach wzbudziły wielkie zainteresowanie w sferach lekarskich jakoteż w organizacjach zawodowych liczne przypadki raka na worku mosznowym u angielskich robotników w przędzalniach bawełny. Znane są raki skórne u robotników pracujących w smołę, parafinie, jak również u kamieniarzy. Ale raki skórne u robotników w przemyśle włókienniczym były dotychczas nieznanne. Po raz pierwszy w r. 1922 zwrócili uwagę na tę chorobę w przędzalniach ba-

węlnianych dwaj lekarze angielscy Sontham i Wilson. Stwierdzili, że na 141 przypadków raka worka mosznowego zaobserwowanych w Manchester, było 69, u przedzalników bawełnianych a tylko w jednym przypadku u kamieniarza. Każdy z nich najmniej 10 lat pracował w przedzalni, każdy z nich stykał się w parafinie z amerykańską oliwą. W całej Anglii zanotowano w latach 1911 — 1920 486 przypadków zachorowań, a w r. 1923 umarło 22 na tę chorobę, a 27 osób w roku 1924. Ogólna liczba robotników przedzalnianych wynosiła 23.000, odpowiada to śmiertelności 1:2.000 rocznie, która jest przeto 35 razy większa od śmiertelności raka worka mosznowego innych mężczyzn. Jest to zatem bardzo poważna cyfra.

Worek mosznowy jest jedynym umiejscowieniem raka przedzalników.

Zachodzi przeto pytanie, w jaki sposób powstaje ta choroba zawodowa u robotników przedzalnianych?

Według twierdzenia lekarza Percivala Scotta z r. 1775, rak skórny włókniarzy zostaje wywołany przez sadze, u robotników, pracujących w parafinie i w smole, powstają raki skórne w następstwie działania olejów mineralnych. Odnosi się to samo do przedzalników, którzy przez szereg lat są narażeni na ich szkodliwe działanie.

Robotnicy w przedzalniach pracują półnago, tylko w koszuli i spodniach w lokalach o temperaturze 25 — 35° C. Wrzeczona bawełniana są stale zwilżane oliwą i w następstwie bardzo szybkich ruchów wrzeczona oliwa rozpryskuje się tak że robotnicy niejako wdechem oliwnym pracują. Nadto pewna liczba wrzeczion znajduje się na metr odległości od podłogi. Ponieważ nic często urywa się, przechyla się robotnik przez żelazną sztabę, którądy zarazem odpływa rozpryskiwana oliwa, aby nic zawiązać. Wówczas udo i worek mosznowy, przeważnie zawęże po lewej stronie opierając się o żelazną sztabę dotykają się stale oleju. Po kilku latach wytwarzają się brodawki, zamieniające się potem w złośliwy nowotwór. Brodawki te wczas leczone i radykalnie wycięte dają widoki zupełnego wyleczenia.

Rząd angielski dla zbadania tej choroby zawodowej wyznosił specjalną komisję, która w r. 1926 wydała obszernie sprawozdanie.

Komisja stwierdziła, że w r. 1887 zaszedł pierwszy przypadek tej choroby w 35 — 37 lat po zaprowadzeniu olejów mineralnych w ogóle, a w 12 — 15 lat po wprowadzeniu tych olejów do przedzalni. Przeto komisja zażądała wprowadzenia oleju wrzeczionowego z nieszkodliwych substancji, przyczem naturalnie trzeba brać pod uwagę, by technicznie mógł być zużytkowany. Nadto przedłożyła Komisja propozycje zmian w konstrukcji maszyn w przedzalniach, by oliwa nie rozpryskiwała się. Po za tem wskazała za konieczność noszenia w pracy ubrań ochronnych przez robotników nieprzepuszczalnych dla oliwy, a po pracy konieczność zmywania się wodą i mydłem. W końcu Komisja żąda by wszyscy robotnicy pracujący w przedzalniach byli badani co 4 miesiące przez lekarza.

W innych krajach nie zauważono wystąpienia raka skórno-go u przedzalników, ani w Niemczech, Czechosłowacji, Włoszech, Hiszpanji. Jedno z największych towarzystw ubezpieczeniowych w Ameryce — Prerential Insurance Company — zapytane w tej sprawie, dała negatywną odpowiedź. To samo w centrach włókienniczych Indji nie zauważono wystąpienia raka skórzanego.

Nasze Kasy Chorych w ośrodkach przemysłu włókienniczego winny takie badania skrupulatnie przeprowadzać (Der Baumwollspinnereks; Von Prof. Dr. A. Buschke i Dr. W. Curth).

Dr. Heuski.

#### WYMOWNE CYFRY.

W Towarzystwie Warszawskiem Lekarskiem wygłosił dnia 20 b. m. Dr. Ławrynowicz Aleksander odczyt p. t.: „Wy-

niki szczepień ochronnych w płonicy". Z ciekawego i nader interesującego wykładu przytaczam tylko te wyniki statystyczne, które dla udowodnienia konieczności prowadzenia akcji zapobiegawczej w Kasach Chorych mają poważne znaczenie. Z materiału przytoczonego przez Dr. Ł. wynika, że na 16.345 dzieci szczepionych przeciw płonicy przez Państwowy Zakład Hygieny było 0.37% zachorowań t. j. 60 dzieci, na 7.887 szczepień w szkołach przez miejski Instytut Hygieny było 0.4% zachorowań t. j. 31 dzieci, na 583 dzieci w przedszkolach było zachorowań 2.2% t. j. 13 dzieci. W tymże samym czasie na 89.818 nieszczepionych będących w obserwacji Państwowego Zakładu Hygieny było zachorowań 1.9% t. j. 1706 na 63.920 nieszczepionych a będących w obserwacji Miejskiego Instytut Hyg. było zachorowań 1.09% t. j. 697 dzieci, czyli na obydwóch wypadkach przeszło pięciokrotną ilość zachorowań u nieszczepionych dzieci.

Dla Kas Chorych mają te cyfry bardzo wielkie znaczenie. Według sprawozdania Ministerstwa Pracy i Op. Społ. ogłoszonego w Nr. 3—4 „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych“ było w r. 1926 zachorowań na płonice 8.574. Gdyby Kasy Chorych zastosowały wówczas w odpowiednim okresie czasu szczepienie ochronne, według obliczeń powyższych statystycznych byłoby najmniej mimo szczepienia 0.5% zachorowań na płonice t. j. 428. W zestawieniu tych dwóch wymownych cyfr t. j. 8.574 zapadnięć rzeczywistych na płonice, a przy zastosowaniu ochronnego szczepienia najprawdopodobniej tylko 428, mogą Kasy Chorych uprzytomnić sobie wagę akcji zapobiegawczej zwłaszcza w chorobach zakaźnych. Straty materialne Kas Chorych z powodu niestosowania akcji zapobiegawczej były w ten sposób b. poważne.

Przyjmując dla każdego zachorowania na płonice 6 tygodniowe leczenie w szpitalu lub w domu otrzymamy 360.108 dni szpitalnych. Licząc każdy dzień leczenia po 4 zł. otrzymamy wydatek 1.440.432 zł. Ponieważ w razie zastosowania szczepienia ochronnego byłoby tylko 428 zachorowań na płonice a tem samem 17.976 dni szpitalnych po 4 zł., Kasy Chorych wydałyby na leczenie tylko 71.904 zł., czyli zaoszczędziłyby 1.368.532 zł. Należy jednak od tej sumy odjąć koszt przeprowadzenia szczepienia ochronnego co by wynosiło maksymalnie 30.000 zł.; Kasy Chorych zaoszczędziłyby w r. 1926 w rzeczywistości 1.338.532 zł.

W kalkulację matematyczną nie wchodzi już cierpienia fizyczne chorych na płonice, ciężkie powikłania, wypadki śmierci, trwałe następstwa z upośledzeniem zdrowia, troski i cierpienia rodziców z powodu ciężkiej choroby ich dzieci, wszystko to dałoby się uniknąć przy stosowaniu akcji zapobiegawczej.

Aleczkowiek znane są aforyzmy o zapobieganiu, że „lepiej jest zapobiegać, aniżeli leczyć" i że „zapobieganie jest tańsze aniżeli leczenie" (o czem świadczą powyższe cyfry), mimo to w Kasach Chorych na tę stronę lecznictwa jeszcze mało zwraca się uwagi. Już kilkadziesiąt lat temu znany uczoney niemiecki prof. Seyden w jednym ze swych wykładów powiedział, że „zapobieganie nie jest właściwie jakąś metodą leczenia, ale należy bezsprzecznie do terapii, gdyż szuka zapomocą środków prewencyjnych ochrony przed chorobą". Jako imponujący wynik terapii zapobiegającej należy wskazać na szczepienie ochronne przed ospą, dalej szczepienie ochronne przeciw cholercie i durze brzuszny, a obecnie już przeciw płonicy i błonicy w najbliższej przyszłości przeciw gruźlicy.

Profilaktyka stosowana w wielkiej wojnie światowej ochroniła dziesiątki tysięcy osób przed chorobami zakaźnymi. Czas więc najwyższy, by Kasy Chorych nawróciły z utartych dróg wyłącznego prawie lecznictwa a stanęły na jasnym słonecznym szlaku zapobiegania prowadzącego ludzkosć do zachowania zdrowia.

# KSIĄŻKI I CZASOPISMA.

„Zdrowie” (Nr. kwietniowy) „Epoka” (dziennik wychodzący w Warszawie) wydał dodatek specjalny, poświęcony „współczesnej polityce społecznej Polski”. W kilkunastu artykułach omawiano, w sposób bardzo spokojny i rzeczowy wszystkie zagadnienia z tej dziedziny. W dodatku tym zreferowano (w 2-ach artykułach) oczywiście i zagadnienia ubezpieczeń na wypadek choroby. W artykułach tych autorzy stoją na stanowisku obowiązującej ustawy walcząc między innymi może najbardziej szkodliwe organizacje ubezpieczenia na wypadek choroby — Kasy fabryczne.

Artykuły te nie podobają się redakcji „Zdrowia” (organ Warsz. Tow. Higienicznego). Redaktor tego pisma p. Dr. Polak rozwija z tej racji swój pogląd na organizację ubezpieczeń na wypadek choroby.

Pisze on: „Dla nas nie ulega wątpliwości, że tworzenie Kas fabrycznych, cechowych, gminnych na zasadzie norm obowiązujących w ustawie przewidzianych, może wydać lepsze owoce, gdyż lekarz w tych wypadkach posiada naogół większe zaufanie i uciążliwe formalności biurokratyczne ustępują miejsca, że tak powiem, familijnemu charakterowi Kasy zespół może być więcej zgrany, a mniej urzędowy. Przymusowe wciąganie osób o wysokiej płacy zarobkowej nie korzystających z Kasy, czyni ją niejako instytucją dla tych sfer wyłącznie podatkową i ukrywa się tu komunistyczna szkodliwa dla społeczeństwa zasada, odbierania pieniędzy, przytem pieniędzy zapracowanych, od zamożniejszych i oddawania ich mniej zamożnym i dokonywa się „socjalizacja” pomocy lekarskiej, walka z praktyką lekarską, upośledzenie lekarzy najzdolniejszych na rzecz miernych, a więc i tu wprowadza się komunizm, który społeczeństwu nie wróży dobra i sympatji u nikogo, prócz obdarowanych z cudzej kieszeni nie obudzi”.

Zaprawdę przykro czytać tego rodzaju poglądy. Leczący się robotnicy i lekarze fabryczni odczuli najbardziej na własnej skórze „dobrodziejstwa” Kas fabrycznych. Był to dar z łaski fabrykanta dla robotników, zaś lekarz fabryczny był tylko lepszym oficjalistą, przyczem na pamięć przychodziła raczej „oficyna”, aniżeli „officium”.

Są jeszcze lekarze, którzy myślą z łezką w oku o owych stosunkach.

P. Dr. Polak oburza się, iż ludzie zarabiający 7.500 zł. są ubezpieczeni. Zaprawdę 625 zł. miesięcznie, to kwota w naszych stosunkach nawet tak mała, że rzeczywiście nie wystarcza na pomoc lekarską. Argumenty o „socjalizacji” i „komunizmie” są tak naiwne, że rzeczywiście szkoda z nimi polemizować.

Przykrą jest tylko ta okoliczność, że słowa te czytamy w organie Towarzystwa Higienicznego.

Ładna higiena.

Czy Zarząd tej instytucji rzeczywiście zgadza się z poglądami p. D-ra Polaka?

„Wiadomości lekarskie”. Ukazał się we Lwowie Nr. 1 pisma lekarskiego (organ Związku Lekarzy Kasy Chorych) o zupełnie nowym typie. Nie jest to pismo poświęcone wyłącznie zagadnieniom medycznym. Stara się ono objąć całość kształt zagadnień związanych z życiem i zdrowiem człowieka. Redakcja stwierdza, iż zadaniem tego pisma będzie uzupełnienie istniejącego już piśmiennictwa, z zagadnieniami, którym dotychczas wydawane pisma mogły tylko nieznacznie poświęcać ramy. Zakres pracy nowopowstałego pisma będzie obszerny. Ma być bowiem wyrazem twórczej pracy kierowników tych nowych warsztatów pracy lekarskiej, a zarazem ich sumiennym i bezstronnym informatorem.

„Wiadomości Lekarskie” pragną być pozatem bezstronnym informatorem z działań tych z zakresu ubezpieczeń społecznych jak i zdrowotnych czynników rządowych, samorządowych, i zawodowych w kraju i poza krajem”.

Jak widzimy, program bardzo obszerny. Redakcja stara się zrealizować swe przyrzeczenie już w pierwszym numerze. Mamy więc artykuł „W sprawie chorób zawodowych” (doc. Sabatowskiego), artykuł „o pracy zawodowej osobników nierozwiniętych i psychopatycznych (D-ra Medyńskiego), artykuł „o obuwii dla cierpiących na nogi” (D-ra Weisza), nie licząc bardzo obfitej kroniki i sprawozdań.

Stosunek nasz do nowego pisma będzie oczywiście ścisły rzeczowy. Witamy każde pismo w dziedzinach, obchodzących organizację ubezpieczenia na wypadek choroby, miarą jednak oceny jest zawsze stosunek danego pisma do zagadnień nas najbardziej obchodzących, t. j. do Kas Chorych.

## TREŚĆ:

— Akcja Związku Państw. w dziedzinie budowy sanatorjów i lecznic uzdrowiskowych.

**Dr. Michał Zajac.** — Ubezpieczenie Komisarzy Kas Chorych.

— Wyrok Najw. Tryb. Administr. w sprawie art. 16 ust. z 19.V.1920.

**Dr. Tytus Makowski.** — Lekarze, a zarządy Kas Chorych.

**Samuel Klaczko.** — Kasa Chorych m. Wilna w r. 1927.

**Patrycy Dziurzyński.** — Ustawa niemiecka o pośrednictwie pracy i ubezpieczeniu na wypadek braku pracy.

**Dr. Włodzimierz Szafir.** — Sprawozdanie z działalności instytutu stomatologicznego Kasy Chorych m. Lwowa za rok 1927.

Z Kas i Związków.

Kronika lekarska.

Książki i Czasopisma.

### Prenumerata:

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

### Cena ogłoszeń:

<sup>1</sup>/<sub>1</sub> 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.