PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN OGÓLNO-PAŃSTWOWEGO ZW. KAS CHORYCH W POLSCE

ROK III | MIESIĘCZNIK | ZESZYT 8

WARSZAWA, 1 SIERPIEŃ 1928.

Dr. HENRYK KŁUSZYŃSKI.

SKOORDYNOWANIE ORGANÓW PAŃSTWOWYCH, SAMORZĄDOWYCH, UBEZPIECZENIOWYCH I SPOŁECZNYCH W WALCE Z GRUŹLICĄ I FINANSOWANIE TEJ WALKI*).

Postawienie na porządku dziennym trzeciego zjazdu przeciwgruźliczego sprawy utworzenia wspólnoty pracy wszystkich zainteresowanych czynników, a więc: państwowych, samorządowych, ubezpieczeniowych i społecznych dla akcji przeciwgruźliczej ma nader doniosłe znaczenie i w dalszych swych skutkach wybiega daleko poza ramy tego zagadnienia, któremu obecny zjazd jest poświęcony. Rzucona raz myśl stworzenia wspólnej platformy dla zwalczania wspólnego niebezpieczeństwa gruźlicy grożącego, nietylko ubezpieczonym w Kasach Chorych, ale wszystkim nieubezpieczonym, nie zatrzyma się u bram chorych na gruźlicę, ale stanie się kamieniem węgielnym racjonalnej organizacji opieki nad zdrowiem i zapobiegania w najszerszem tego słowa znaczeniu. Niebezpieczeństwa wychodzące z otoczenia zagrażają i ubezpieczonym i nieubezpieczonym, ponadto stosunek ubezpieczeniowy często się zmienia, przeto ciągłość leczenia jakoteż jedność opieki nad wszystkimi zagrożonymi nie daje się uskutecznić przez podział opieki nad ubezpieczonymi i nieubezpieczonymi. Jedność opieki w konsekwencji swojej nie znosi również podziału na działy specjalne, które powinny spoczywać w jednej wspólnocie pracy.

Przechodząc do właściwego zagadnienia zaznaczymy, że reprezentanci instytucji ubezpieczeń społecznych t. j. Kas Chorych i ich Związków stoją na stanowisku skoordynowania akcji przeciwgruźliczej z innymi czynnikami. Rozumiejąc doniosłość i korzyści płynące ze skoordynowania akcji przeciwgruźliczej, Kasy Chorych muszą przystąpić jednak z wielką ostrożnością i oględnością, są one bowiem związane poważnemi zobowiązaniami ustawowemi wobec ogółu ubezpieczonych.

O ile akcja ta ma dawać poważne rezultaty, nie może we wspólnej organizacji brakować przedewszystkiem reprezentantów samorządu miejskiego i powiatowego. Bez nich akcja będzie niedostateczna, niekompletna, połowiczna, albowiem przychodnie i poradnie nie rozwiążą zagadnienia, do którego wspólnie przystępujemy. Bez jednoczesnej akcji szpitalnej i izolacyjnej, bez usunięcia lub choćby złagodzenia nędzy mieszkaniowej nie ma skutecznej i celowej akcji przeciwgruźliczej tembardziej, że statystyka polska wykazuje ostatnio znaczny wzrost śmiertelności na gruźlicę. I tak:

Śmiertelność z powodu gruźlicy na 10 000 mieszkańców

	Rok 1925	Rok 1926
Warszawa	23.1	25.3
Łódź	25.9	27.6
Lwów	27.3	30.5
Kraków	33.5	35.5
Poznań	22.8	24.5
Lublin	30.8	33.7
Bydgoszcz	14.4	19.8
Sosnowiec	31.5	38.5

Przeto w organizacji współpracy obecność samorządu jest nieodzowna. Dla Kas Chorych jest większą tragedją brak szpitali, raczej oddziałów szpitalnych dla zakaźnej gruźlicy, aniżeli brak przychodni lub poradni przeciwgruźliczych.

Również wielką wagę ma dla Kas Chorych, by czynnik rządowy był odpowiednio reprezentowany we wspólnocie pracy, który winien określić swoje stanowisko w sprawie leczenia gruźlicy pracowników (kolejowych, pocztowych, skarbowych, policji i innych kategorji), czy do tej wspólnej akcji przyłącza się, czy gotów jest korzystać ze wspólnych poradni, jak ustosunkuje się do przychodni przeciwgruźliczych, i w jakim zakresie się przyczyni do wspólnych kosztów. Przy tej sposobności podnieść muszę, że z budżetu Departamentu Służby Zdrowia

*) Referat wygłoszony na III Zjeździe Przeciwgruźliczym w Poznaniu 30 czerwca 1928 r.

Min. Spraw Wewnętrznych wyznaczony miljon złotych na zwalczanie gruźlicy, jest sumą tak nikłą w państwie o 30 miljonach ludności, że wiele ta suma zaważyć nie może, gdyż na głowę mieszkańca wypada nieco więcej niż trzy grosze, a Danja przez dłuższy okres czasu wyznaczała na głowę mieszkańca 2 franki w złocie, a obecnie wyznacza nieco mniej, gdyż nie zachodzi już potrzeba płacenia tej kwoty. Bardzo znaczne zatem podniesienie przez rząd kwoty na zwalczanie gruźlicy staje się koniecznością, jeżeli akcja nasza ma mieć charakter poważny i liczyć na poważne rezultaty.

Dopiero wówczas akcja przeciwgruźlicza może liczyć na powodzenie, jeżeli te dwa czynniki, wyżej wymienione, wspólnie ze Związkiem przeciwgruźliczym i Kasami Chorych połączą się celem wypracowania planu działania.

Ale Kasy Chorych, jak już wyżej zaznaczyłem, muszą do tej akcji przystąpić z ostrożnością, gdyż obowiązane są jednocześnie spełniać zadania nałożone przez ustawę z dn. 19 maja 1920 r. w zakresie leczenia wszystkich chorób a nie samej gruźlicy. Sprawozdanie Minist. Pracy i Op. Społ. z działalności Kas Chorych za rok 1926 wykazuje że liczba zachorowań na gruźlicę wogóle wynosiła 134.426 na ogólną liczbę 4.834.465 t. j. na 100 wypadków zachorowań było 2.78 na gruźlicę. Z tego wynika że gruźlica stanowi drobną cząstkę ogólnego lecznictwa Kas Chorych. Jednak ze względu na wagę tej choroby, jej zaraźliwość i śmiertelność, Kasy już dziś dla niej więcej ofiar ponoszą, niż dla wszystkich innych schorzeń i uważają, że muszą w przyszłości wyznaczyć jeszcze większe sumy, by postawić lecznictwo gruźlicy na należytym poziomie. Ale Kasy Chorych muszą się liczyć ze swojemi funduszami i nie mogą przekroczyć granic ich możliwości finansowych. Dlatego dla Kas Chorych obowiązywać musi zasada: najskromniejszemi środkami osiągnąć duże wyniki. Sprawa przedstawiałaby się pod względem finansowym o wiele korzystniej, gdyby była weszła w życie nowa ustawa ubezpieczeniowa, dzięki której możnaby było czerpać znaczniejsze kwoty na akcję zapobiegawczą gruźlicy. Oprócz trudności finansowych Kas Chorych, wyłania się sprawa podziału wydatków na wspólną akcję przeciwgruźliczą.

Wydatki te nie mogą być równe dla wszystkich Kas Chorych, nie można nałożyć na nie jednolitego podatku, gdyż istnieją bardzo znaczne różnice w dochodach Kas, nawet przy tej samej liczbie ubezpieczonych. Różnice te są zależne od stopy zarobkowej ubezpieczonych, która się następowo odbija finansowo w budżecie Kas Chorych. Przeto przy ustaleniu kosztów wspólnej akcji należy każdą Kasę Chorych traktować indywidualnie, i każda z Kas stosownie do swoich zasobów i otrzymanych świadczeń może tę sprawę regulować przy współdziałaniu Okręgowych Związków Kas Chorych.

Postawiłem tę sprawę na pierwszym miejscu by nie było złudzeń i wygórowanych nadziei co do możliwości finansowych Kas Chorych. Przechodząc do samego zagadnienia organizacyjnych form wspólnej akcji przeciwgruźliczej, stoimy na stanowisku bezwzględnego wyodrębnienia chorych na gruźlicę z ogólnych ambulatorjów Kasowych i stworzenia dla nich specjalnych wzorowo urządzonych ambulatorjów przeciwgruźliczych. Chorzy ubezpieczeni w Kasach Chorych, muszą w nich otrzymywać całkowitą pomoc lekarską w myśl przepisów ustawy. Zależnie od wielkości Kas Chorych i ilości ubezpieczonych, Kasy Chorych tworzyć będą własne ambulatorja przeciwgruźlicze, w których chorzy otrzymywać będą nietylko pomoc lekarską, ale również i wszystkie świadczenia pieniężne, by w ten sposób całkowicie chorych nie narażać na wyczekiwanie w zbiorowych poczekalniach Kasowych. Z tych powodów muszą wielkie Kasy dla potrzeb specyficznie Kasowych mieć własne ambulatorja. Dla skoordynowania terytorjalnej akcji zapobiegawczej, opiekuńczej, uświadamiającej i prowadzenia wspólnej statystyki chorych na gruźlicę utworzy się wspólną poradnię przeciwgruźliczą. Na przeciwległym końcu stać będą małe powiatowe Kasy Chorych, które tylko wspólnie z innemi czynnikami miejscowymi tworzyć będą mogły wspólną przychodnię, będzie ona jednocześnie spełniać rolę i obowiązki poradni przeciwgruźliczej. Formy organizacyjne tego typu będą prawdopodobnie przeważały. Między pierwszą a drugą formą możliwe są rozmaite odmiany, zależnie od warunków miejscowych, liczebności ubezpieczonych i całego szeregu innych czynników. Specyficzne warunki i interesy Kasowe nie pozwalają przeto na ujednostajnienie typu organizacyjnego współpracy. Kasy Chorych wytworzyć muszą swoją specjalną formę, ale zawsze górować będzie zasada terytorjalności akcji przeciwgruźliczej przy istnieniu wspólnej poradni przeciwgruźliczej.

Drugim czynnikiem, nie mniej ważnym dla Kas Chorych, jest obowiązująca zasada, by we wspólnych przychodniach przeciwgruźliczych udzielał pomocy lekarskiej ubezpieczonym lekarz Kasowy, który obowiązany jest, imieniem Kasy spełniać wszystkie formalności ustawowe, związane z czynnością lekarza Kasowego.

Trzecią zasadą podstawową wspólnej akcji jest zapewnienie ubezpieczonym w Kasach Chorych ciągłości pomocy i opieki lekarskiej wobec krótkoterminowego charakteru ubezpieczenia na wypadek choroby t. j. 39 tygodni dla ubezpieczonych, a 13 dla członków rodziny. Po wyczerpaniu praw do świadczeń w Kasach Chorych powinien przejść chory do wspólnej organizacji przeciwgruźliczej wraz z całą historją choroby. To przekazanie chorego gruźliczego będzie odmienne w dużych Kasach z własnemi ambulatorjami przeciwgruźliczemi, a odmienne w innych formach organizacyjnych.

W końcu uważamy za wskazane, racjonalne i celowe, by jeżeli obowiązuje już dla nas zasada wyodrębnienia chorych gruźliczych z ogólnych ambulatorjów Kasowych, obowiązywała tasama zasada wyodrębnienia Kasowych chorych, bez różnicy form organizacyjnych lecznictwa Kasowego i odsyłania tych chorych do przychodni przeciwgruźliczych urządzonych wzorowo. Jeśli zasada wyodrębnienia jest słuszna i oparta na przesłankach naukowych, nie może wówczas być jednostronnie stosowana, ale obowiązywać winna wszystkie formy organizacyjne lecznictwa Kasowego.

Rozumiemy doniosłość akcji planowej, ale nie możemy taić obaw z powodu trudności, które się

wysuwają przy systematycznem realizowaniu rozpoczętego dzieła. Zwracam uwagę, że Kasy Chorych będą potrzebowały przeszło 300 przychodni przeciwgruźliczych, gdyż istnieje w Polsce obecnie 244 Kas Chorych, a Kasy większe nie mogą się przecież ograniczyć do jednej tylko przychodni, zorganizować muszą kilka lub kilkanaście, jeżeli cała sprawa ma być racjonalnie postawiona, a teren jej działalności nie może przecież być za wielki. Nadto większość powiatowych Kas Chorych ma oddziały powiatowe, w których również przychodnia przeciwgruźlicza winna powstać, przeto podana cyfra przychodni nie jest za duża. Już ta sama cyfra, a cóż dopiero mówić o przychodniach innych organizacji, wymagać będzie wielkiego sztabu wyszkolonych, fachowo wysoko stojących lekarzy i higjenistek. Wyszkolenie jak największej liczby takich pracowników staje się koniecznością, ale nie tylko fachowo ale również i społecznie przystosowanych, rozumiejących jak ważną misję mają do spełnienia. Owoce tej pracy możliwe są, jeżeli istnieje radość ze stworzonego dzieła. Największa organizacja, najlepsza forma nie wystarczy, jeżeli w niej brak będzie pulsującego życia, jeśli w niej nie będzie społecznego ducha.

Ogólno - państwowy Związek Kas Chorych, przez wyłonioną ad hoc Komisję, prowadzi od szeregu miesięcy rokowania z Komisją wyłonioną przez Związek przeciwgruźliczy w sprawie utworzenia wspólnoty pracy dla akcji przeciwgruźliczej. Nie należy taić, że trudności z natury rzeczy są dość wielkie, ale należy zaznaczyć zarazem, że w tych instytucjach istnieje wiara i przekonanie że te trudności będą przełamane i znaleziona będzie możliwość rzeczywistego porozumienia. Pierwszy etap porozumienia już nastąpił przez przyjęcie zasadniczych tez. W dalszych rokowaniach, które niebawem nastąpią, ustalone zostaną inne zasady organizacji wspólnej akcji przeciwgruźliczej. Mam nadzieję, że to się urzeczywistni, jeżeli wszyscy zainteresowani uznają zasadę wspólnoty pracy i z wolą do pracy do tego celu zdążać będą. Kasy Chorych i ich najwyższa organizacja samorządowa, Ogólno Państwowy Związek

* * *

TEZY PRZYJĘTE PRZEZ KOMISJĘ WSPÓLNĄ.

I.

Obie strony uznają, że 1) leczenie gruźlicy nawet w najszerszym zakresie nie może mieć istotniejszego znaczenia w walce z tą chorobą, jeżeli równocześnie nie jest prowadzona akcja zapobiegawcza, która może spowodować poważne zmniejszenie się przypadków zachorowań na gruźlicę, 2) akcja zapobiegawcza, może być skuteczną wtedy, kiedy jest prowadzona na zasadzie terytorjalności t. j. obejmuje całą ludność zamieszkałą na określonym obszarze, a jednocześnie kiedy prowadzenie jej spoczywa w jednym ręku, z tem, że wszystkie zainteresowane czynniki, biorące w niej udział, możliwie najściślej ze sobą współpracują, 3) Opieka nad choremi na gruźlicę winna trwać tak długo, jak długo trwa choroba, a więc niezależnie od czasu trwania obowiązku świadczeń Kas Chorych na rzecz ubezpieczonych, 4) zapobieganie szerzenia się gruźlicy winno uwzględnić opiekę nietylko nad chorym, ale również nad całem jego otoczeniem. Akcja zapobiegawcza czynników obowiązanych do jej prowadzenia, a więc państwa i samorządów terytorjalnych, jak czynników w akcji tej bezpośrednio zainteresowanych, a więc społeczeństwa i instytucji ubezpieczenia społecznego na wypadek choroby, winna być zespolona i skoordynowana, 5) jakkolwiek samorządy terytorjalne nie są jeszcze w ostatecznej formie zorganizowane, a brak ustawowego regulowania walki z gruźlicą nie daje możności bliższego określenia udziału w tej walce, tak samorządów jak państwa, instytucje, które już walkę tę podjęły, powinny dla skuteczności jej, dla oszczędzania wysiłków materjalnych, jakoteż dla stopniowego zespolenia akcji zapobiegawczej i nadania jej jednolitego kierunku jaknajprędzej realizować zasadę współpracy, 6) zespolenie akcji zainteresowanych czynników a przedewszystkiem Kas Chorych i Towarzystw Przeciwgruźliczych i stopniowe przyciąganie przez te instytucje pozostałych zainteresowanych czynników z biegiem czasu doprowadzi do ostatecznego zcalenia i ujednostajnienia jej, 7) racjonalne zwalczanie gruźlicy wymaga bezwzględnie posiadania wystarczającej liczby należycie wykwalifikowanego personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, 8) koniecznem jest programowe rozszerzanie akcji propagandowej przeciwgruźliczej; jak również racjonalne prowadzenie statystyki gruźlicy.

Obie strony mają po trzech członków w stałej Komisji Porozumiewawczej, a do której zaprasza się również 3 przedstawicieli samorządów, a której każda ze stron będzie przekazywać do krytycznej oceny i uzgodnienia wszystkie projekty i zagadnienia w zakresie walki z gruźlicą, a dotyczące bądź prowadzenia tej akcji przez Kasy Chorych wśród ubezpieczonych, bądź zasad na jakich ta akcja ma się opierać, bądź wreszcie układów pomiędzy poszczególnemi Kasami Chorych, a lokalnemi towarzystwami przeciwgruźliczemi.

Komisji Porozumiewawczej winny być w każdym razie przekazywane sprawy normujące prowadzenie:

a) Statystyki gruźlicy.

b) Szkolenie personelu lekarskiego i pielęgniarskiego.

c) Propagandy.

DR. JÓZEF PASTERNAK.

ORGANIZACJA ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ PRACOWN. UMYSŁOWYCH NA TLE POSTANOWIEŃ STATUTU WZOROWEGO.

Organizacja Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych została w zasadniczych kwestjach przesądzona w samem rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej.

Organizacja Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych oparta jest na pełnym samorządzie interesowanych osób, a więc ubezpieczonych lub korzystających ze świadczeń pracowników umysłowych i ich pracodawców, który to samorząd ograniczony jest tylko atrybucjami, przysługującemi Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej, sprawującemu nadzór państwowy nad Zakładami Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych. W tym względzie organizacja, unormowana rozporządzeniem Prezydenta Rzeczyposoplitej, różni się zasadniczo tak od przedwojennych, jak i powojennych wzorów niemieckich; ustawa niemiecka daje elementowi urzędniczemu stanowisko równe stanowisku grup przedstawicieli ubezpieczonych i pracodawców (ustawa przedwojenna dawała stanowisko dominujące), pozostawiając mu ponadto przewodnictwo w zarządzie i radzie. Organizacja Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych jest natomiast co do zasad zgodna z organizacją odpowiednich instytucyj austrjackich i czeskich.

Władzami Zakładów są:
1) Rada,
2) Zarząd,
3) Komisja Rewizyjna,
4) Komisja Rentowa.

Wszystkie władze składają się z przedstawicieli pracowników umysłowych (ubezpieczonych lub korzystających ze świadczeń) i z przedstawicieli pracodawców w stosunku 2/3 pracowników a 1/3 pracodawców w Radzie, Zarządzie i Komisji Rentowej, a w odwrotnym stosunku w Komisji Rewizyjnej, przyczem władze, wymienione w punktach 2 do 4, wyłonione są przez Radę i z jej grona.

Z jedynym wyjątkiem co do Komisji Rentowej, w której bierze udział dyrektor Zakładu, jako przewodniczący komisji, w skład wymienionych władz wchodzą wyłącznie pochodzący z wyboru przedstawiciele interesowanych grup, a dyrektor względnie jego zastępca bierze w nich udział z głosem doradczym.

Wspomniany wyjątek — podyktowany względami na jednolitość decyzji Zakładu względnie Zakładów, dotyczących roszczeń o świadczenia uzależnione od niezdolności do wykonywania zawodu, niezależnie od zmieniających się członków Komisji pochodzących z wyboru, — nie czyni istotnego wyłomu w zasadzie samorządu, gdyż uchwały Komisji Rentowej muszą zapaść jednomyślnie, a w razie braku tej jednomyślności sprawa przechodzi przed forum Zarządu (dyrektor ma tam już tylko głos doradczy), którego uchwała jest ostateczna. Wykonanie uchwały Zarządu nasuwającej ewentualnie wątpliwości co do zgodności z obowiązującemi przepisami prawnemi, mógłby wstrzymać wprawdzie Prezes Zakładu, ale ten (jak i jego zastępca) jest przedstawicielem pracowników lub pracodawców, pochodzącym z wyboru.

Prezes Zakładu i jego zastępca (wiceprezes) są wprawdzie mianowani, jako tacy, przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej (na okres kadencji t. j. 6 lat), jednakże z pośród czterech kandydatów, przedstawionych (wybranych) p rzez Radę z grupy pracowników i pracodawców. Jeśli prezes zostanie mianowany z pośród pracowników, wiceprezes musi być mianowany z pośród pracodawców — i odwrotnie.

Wszelkie przeto atrybucje uchwałodawcze i kontrolne powierzone są władzom, w skład których wchodzą przedstawiciele interesowanych stron z wyłączeniem udziału czynnika biurokratycznego w decydowaniu spraw, do tych władz należących, i pozostawieniu mu roli jedynie doradczej.

Do czynnika urzędniczego należy wyłącznie załatwianie spraw bieżących i wykonywanie uchwał władz i organów Zakładu. Na czele biura Zakładu stoi dyrektor, do którego należy kierownictwo biurem Zakładu i załatwianie wszystkich spraw, które nie należą do kompetencji władz i organów Zakładu; w posiedzeniach władz i organów Zakładu bierze dyrektor (względnie jego zastępca) udział z głosem doradczym (art. 84 rozp. Prez.).

Dyrektora mianuje i zwalnia Zarząd z zastrzeżeniem zatwierdzenia tych uchwał przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej.

Ze względu na to, że kompetencje uchwałodawcze przekazane zostały omówionym władzom z pozbawieniem zupełnem tychże atrybucyj czynnika urzędniczego, że Zarząd Zakładu składa się z 9-ciu do 15-tu członków prócz prezesa i wiceprezesa (Radę pomijam, gdyż do niej należą jedynie najważniejsze sprawy jak: uchwalanie statutu względnie jego zmian, wybór członków innych władz Zakładu, uchwalanie preliminarza budżetowego i przyjęcie zamknięcia rocznego, nabywanie, pozbywanie i obciążenie nieruchomości), a zbierać się ma normalnie raz na kwartał, Rozporządzenie Prezydenta postanawia, że Zarząd wyłoni stały ściślejszy organ wykonawczy dla spraw roszczeń o świadczenia z powodu braku pracy, statut zaś może ustanowić stały ściślejszy organ wykonawczy również dla innych zadań, określając jego skład i kompetencje.

Rozporządzenie Prezydenta pozostawia przeto statutowi zadanie wykończenia organizacji Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w szczegółach, z których poza już wspomnianemi powyżej najważniejsze są:

1) określenie liczby członków władz Zakładu (Rozporządzenie Prezydenta określa maksymalną

liczbę członków Rady na 45, a liczbę członków Zarządu w granicach od 9 do 15) i zakresu ich działania;

2) sposobu zwoływania posiedzeń władz Zakładu i powoływania zastępców członków tych władz;

3) rozgraniczenia kompetencji do przyjmowania, posuwania na wyższe stanowiska i zwalniania personelu Zakładu;

4) reprezentowanie Zakładu na zewnątrz i sposobu podpisywania dokumentów imieniem Zakładu.

Rychłe uchwalenie statutu i racjonalne jednolite rozwiązanie powierzonych statutowi kwestyj — uznało Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej za tak doniosłą rzecz, iż samo opracowało statut wzorowy Zakładu i przesłało go Zakładom, utworzonym przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej postanowieniem §-fu 2-go rozporządzenia wykonawczego z 22.XII 1927 r. (w Warszawie, Lwowie, Poznaniu, w Królewskiej Hucie).

Inicjatywa Ministerstwa jest tem donioślejsza, iż wypełnienie ustawowych ram organizacyjnych w sposób racjonalny decyduje o sprawności instytucji, a z drugiej strony niemożność utworzenia dotychczas przewidzianego w rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej Związku Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, mającego zagwarantować jednolitość organizacyjną Zakładów, czyniło koniecznem wypełnieniem powyższego zadania przez Ministerstwo.

Nie jest bowiem do pomyślenia dopuszczenie przez Ministerstwo w poszczególnych Zakładach istotnej rozbieżności w omawianej kwestji, gdyż stanowiłoby to brak wspólnego mianownika, umożliwiającego władzy nadzorczej, stosowanie jednolitej miary co do sprawności i gospodarki poszczególnych Zakładów.

Przechodząc do szczegółowego omówienia postanowień wzorowego statutu w kwestji organizacji, należy podkreślić istotne ich cechy, któremi są:

1) zastrzeżenie wyłącznie ciałom kolegjalnym, złożonym z przedstawicieli interesowanych stron atrybucyj uchwałodawczych i kontrolnych; przewodnictwo w zarządzających władzach i organach oraz reprezentowanie Zakładu nazewnątrz — powierzone jest Prezesowi Zakładu;

2) zapewnienie szybkości i łatwości decyzji, jako też ciągłości zarządzeń przez utworzenie stałej komisji administracyjnej Zarządu w odpowiednim składzie;

3) zapewnienie czynnikowi wykonawczemu możności sprawnego wypełnienia należących do niego zadań, przez wyraźne rozgraniczenie kompetencyj i odpowiedzialności, oraz przez zapewnienie czynnikowi wykonawczemu istotnego wpływu na wybór środków, przy których zastosowaniu będzie mógł najsprawniej wywiązać się ze swoich zadań.

Ad 1. Prezes względnie jego zastępca wiceprezes Zakładu reprezentują Zakład nazewnątrz wobec władz i osób trzecich; wszelkie pisma i dokumenty, na których opierają się zobowiązania Zakładu, lub mocą których pozbywa się on praw, jak również wszystkie pisma, wystosowywane do władz, podpisuje imieniem Zakładu Prezes (wzgl. wiceprezes) wspólnie z dyrektorem (wzgl. jego zastępca). Podpisywanie aktów i dokumentów w sprawach, zastrzeżonych kompetencji kolegjalnych władz i organów Zakładu, może nastąpić tylko z powołaniem się na odnośne uchwały tych władz i organów.

Władzami i organami Zakładu są:

a) Rada, której ilościowy skład ustala statut w ten sposób, iż na każde pełne 3.000 ubezpieczonych i korzystających ze świadczeń pracowników przypada trzech członków Rady — ogółem nie więcej niż czterdziestu pięciu członków prócz prezesa i wiceprezesa. Członków Rady i ich zastępców wybiera się na okres 6-letni w wyborach, opartych na zasadzie proporcjonalności, przeprowadzonych na podstawie regulaminu wyborczego, wydanego przez Min. Pracy i Opieki Społecznej w porozumieniu z Min. Spraw Wewnętrznych.

b) Zarząd, który składa się prócz prezesa i wiceprezesa z 9 do 15 członków, wybranych przez Radę ze swego grona w 2/3 z grupy pracowników, a w 1/3 z grupy pracodawców; jeśli Rada liczy mniej niż 36 członków, wybiera 9 członków Zarządu, przy 36 — 42 członkach Rady, wybiera 12 członków Zarządu, a przy 45 członkach wybiera Rada 15 członków Zarządu. Przynajmniej połowa członków Zarządu winna być wybrana z pośród członków Rady, zamieszkujących w siedzibie Zakładu lub w miejscowości, z których przejazd do siedziby Zakładu za pomocą normalnych środków komunikacyjnych nie trwa ponad 1½ godziny.

Zarząd wyłania dwa stałe ściślejsze organa, a mianowicie: Komisję Zasiłkową i Komisję Administracyjną.

c) Pierwsza, powołana dla rozstrzygania roszczeń o świadczenia z powodu braku pracy, składa się z 3 członków, wybranych ze swego grona przez Zarząd, w tem dwuch z grupy pracowników a jednego z grupy pracodawców;

d) druga, powołana do załatwienia spraw, związanych z normalnym tokiem spraw Zakładów, a nie mających szczególnej wagi (bo w tym wypadku właściwy jest Zarząd względnie Rada), do wykonywania uchwał Zarządu, mających charakter ramowy i do przygotowywania wniosków do Zarządu, — składa się z prezesa, wiceprezesa i jednego członka Zarządu, wybranego wspólnie przez obie grupy. Prezesa i wiceprezesa zastępują wybrani przez Zarząd zastępcy z tych samych grup, a trzeciego członka zastępuje zastępca, wybrany wspólnie przez Zarząd;

e) Komisja Rewizyjna składa się z 6-ciu członków (i tyluż zastępców), wybranych na przeciąg jednego roku przez Radę ze swego grona, a to z 4-ch członków z grupy pracodawców i 2 członków z grupy pracowników. Członkowie Komisji Rewizyjnej nie mogą być członkami ani zastępcami członków Zarządu.

Komisja uprawniona jest każdej chwili, a obowiązana przed rocznem posiedzeniem Rady i na żądanie prezesa Zakładu, do przeprowadzania rewizji ksiąg i kasy oraz zbadania gospodarki Zakładu.

f) Komisja Rentowa, do której należą:

decyzje w sprawach świadczeń, uzależnionych od niezdolności do wykonywania zawodu, oraz należnych w wypadkach domniemanej śmierci, decyzje w sprawach zarządzeń leczniczych, decyzje w sprawie kapitalizacji rent; składa się z przewodniczące-

go lub jego zastępcy, z dwuch przedstawicieli pracowników i jednego przedstawiciela pracodawców. względnie ich zastępców, wybranych przez Radę z jej grona.

Przewodniczącym Komisji Rentowej jest dyrektor Zakładu a zastępcą jego urzędnik Zakładu, zatwierdzony przez państwową władzę nadzorczą.

Do ważności uchwały Rady wymagana jest obecność prezesa lub wiceprezesa i conajmniej połowy statutowej liczby członków Rady lub ich zastępców; uchwały zapadają zwykłą większością głosów obecnych członków *) z wyjątkiem uchwał w sprawach statutu, wymagających większości dwuch trzecich głosów obecnych członków.

Wybory, których dokonać ma Rada, odbywają się w głosowaniu tajnem zwykłą większością oddanych głosów w drodze odrębnych aktów wyborczych w grupie pracowników i w grupie pracodawców.

Do ważności uchwał Rady wymagana jest obecobecność Prezesa lub wiceprezesa i większości członków Zarządu oraz zwykła większość oddanych głosów.

W posiedzeniach Rady i Zarządu przewodniczy prezes względnie w jego zastępstwie wiceprezes Zakładu; przewodniczący głosuje tylko w razie równości głosów; jeśli w ostatnim wypadku przewodniczący wstrzyma się od głosowania, wniosek upada.

Komisja Rewizyjna przeprowadza rewizję w składzie conajmniej 3-ch członków względnie ich zastępców.

Komisje: Zasiłkowa, Administracyjna i Rentowa mogą obradować tylko w pełnym swoim składzie (zastępując ewentualnie zastępcami tych członków, którzy z powodu przeszkód udziału w posiedzeniu wziąć nie mogą).

Uchwały, dotyczące stosunków służbowych pracowników Zakładu (przepisy służbowe w ścisłem znaczeniu, normy uposażeniowe, emerytalne oraz przepisy dyscyplinarne), mianowania i zwolnienia dyrektora, mianowania i zwalniania stałych pracowników Zakładu, należą do kompetencji Zarządu.

Ad 2. Wymieniona wyżej w punkcie 2-gim istotna cecha organizacyjnych postanowień statutu, a mianowicie dążność do zapewnienia szybkości i łatwości decyzyj oraz ciągłości zarządzeń wyrażają się w następujących szczegółach.

Charakterystycznym rysem rozdziału kompetencyj władz, przewidzianych w rozporządzeniu Prezydenta, jest decentralizacja, która objawia się w zastrzeżeniu najwyższej władzy (Radzie) tylko spraw najważniejszych (statut, budżet, absolutorjum i t. p.), podczas gdy już np. tego rodzaju sprawy, jak mianowanie dyrektora, ustalanie stosunków służbowych personelu Zakładu, przyjmowanie stałych pracowników Zakładu należy do Zarządu, którego skład i częstsze posiedzenia normalne umożliwiają bardziej sprawne i racjonalne rozstrzyganie tych kwestyj.

Tendencja decentralizacji kompetencyj władz i organów Zakładu wyraża się dalej w postanowieniu rozporządzeń Prezydenta (art. 79), iż do rozstrzygania spraw świadczeń z powodu braku pracy ma być wyłoniony z grona Zarządu stały ściślejszy organ wykonawczy; również dla innych spraw może być wyłoniony ściślejszy organ wykonawczy, którego skład i kompetencję określi statut. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej samo już wskazuje statutowi dalszą drogę jaką pójść ma organizacja władz i organów Zakładu, a mianowicie konieczność wyłonienia stałego organu, któryby załatwiał sprawy typowe, sprawy mniejszego znaczenia, ale wymagające szybkiego załatwienia bądź ze względu na zapewnienie sprawności aparatu administracyjnego, bądź ze względu na interes ubezpieczonych, jako też takie sprawy ważniejsze, co do których zasadniczą decyzję poweźmie Zarząd, ale w których okoliczności konkretne nie mogą być zgóry przewidziane ściśle i wymagają pewnej decyzji, przekraczającej kompetencję biura względnie dyrektora.

Wszystkich określonych wyżej spraw nie mógłby załatwiać Zarząd w pełnym składzie wobec tego, iż normalnie zbiera się raz na kwartał, a zwoływanie nadzwyczajnego posiedzenia dla tego rodzaju spraw nie miałoby uzasadnienia ze względu na naturę powyższych spraw.

Rozporządzenie Prezydenta nie dopuszcza tworzenia poszczególnych stałych komisyj dla poszczególnych spraw (np. finansowej, świadczeniowej, prawnej i t. p.), gdyż w ustępie ostatnim art. 79 przewiduje możność powierzania takim specjalnym (wyłonionym dla danej sprawy) komisjom lub urzędnikom tylko poszczególnych konkretnych zadań. Tworzenie takich komisyj specjalnych, jako organów stałych byłoby nawet de lege ferende niecelowe, gdyż postawiłoby ciągłość zarządzeń a zwłaszcza sprawność załatwień powierzonych im spraw, conajmniej pod znakiem zapytania. W każdym razie rozporządzenie Prezydenta przewiduje tylko dwa **stałe** ściślejsze organa, wyłonione przez Zarząd, jeden specjalny (dla spraw świadczeń z powodu braku pracy), a drugi ogólny, którego zakres działania i skład pozostawiony został statutowi.

Wszystkie wyżej omówione tendencje ustawowe zostały uwzględnione w statucie wzorowym, przez utworzenie stałej Komisji Administracyjnej, której ilościowy i jakościowy skład oraz zakres działania zapewniają ciągłość zarządzeń, szybkość i racjonalność decyzyj — przy zachowaniu ustawowego ustosunkowania sił obu interesowanych grup. Jak już wspomniano, w skład tej Komisji wchodzi: prezes, wiceprezes i jeden członek Zarządu, wybrany przez Zarząd; dwaj pierwsi wymienieni (jeden z grupy pracowników, drugi z grupy pracodawców) mają największe zaufanie ogółu interesowanych, gdyż znaleźli się wśród czwórki kandydatów, których Rada przedstawiła Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej na stanowisko prezesa i wiceprezesa, a mając z tytułu swego stanowiska najbliższy kontakt z wszystkiemi sprawami Zakładu, dają gwarancję ponadto i z tego względu (poza swojemi indywidualnemi walorami, uprawniającemi do oczekiwania z ich strony największej bezstronności) największej znajomości rzeczy i gruntowności wniknięcia

*) W głosowaniu nad wnioskiem o udzielenie absolutorjum Zarządowi za ubiegły okres sprawozdawczy, — nie biorą udziału członkowie Zarządu.

w poszczególne sprawy, powierzone tej Komisji: trzecim członkiem będzie niewątpliwie przedstawiciel pracowników, do którego członkowie Zarządu z grupy pracowników (mający w Zarządzie 2/3 miejsc) będą mieli największe zaufanie ze względu na jego wiadomości i zalety charakteru.

Do zakresu działania Komisji Administracyjnej należą:

a) decyzje, dotyczące świadczeń emerytalnych, nie uzależnionych od niezdolności do wykonywania zawodu, oraz nie opartych na domniemaniu śmierci,

b) decyzje w sprawach zwrotu składek,

c) sprawy majątkowe w granicach uchwał (ramowych) Zarządu,

d) decyzje w sprawach personalnych, dotyczących pracowników niestałych i kontraktowych,

e) przeprowadzenie rozrachunków z Kasami Chorych i władzami państwowemi i samorządowemi (art. 100 i 133 rozporządzenia Prezydenta),

f) sprawy wyboru lekarzy zaufania i umów z nimi,

g) przygotowywanie wniosków do Zarządu,

h) załatwianie wszystkich innych spraw, powierzonych przez Zarząd.

Ad 3. Zapewnienie czynnikowi wykonawczemu (biurowemu) warunków, umożliwiających sprawne wypełnienie jego zadań, mają na celu wymienione niżej postanowienia statutu wzorowego.

Organem wykonawczym Zakładu jest biuro, na którego czele stoi powołany przez Zarząd, a zatwierdzony przez Min. Pracy i Op. Społ. dyrektor; winien on posiadać obywatelstwo polskie, wykształcenie wyższe i odpowiednią praktykę, jednakże od jednego z dwóch ostatnich warunków może Min. Pracy i Opieki Społecznej zwolnić w wyjątkowych wypadkach.

Do dyrektora należy kierownictwo i organizowanie biura, załatwianie spraw bieżących i wszystkich spraw, niezastrzeżonych władzom i organom Zakładu; uchwały Rady i Zarządu mogą być wykonywane tylko za pośrednictwem dyrektora; podpis jego wymagany jest na wszystkich pismach, dokumentach, czekach i nakazach wypłaty.

Dyrektor referuje sprawy, będące na porządku dziennym Rady, Zarządu i Komisji Administracyjnej ,o ile nie został wybrany inny referent, wnosi na Komisję i referuje sprawy na Komisji zasiłkowej, bierze udział w posiedzeniach Rady Zarządu, Komisji zasiłkowej i Komisji Administracyjnej z głosem doradczym w trzech ostatnich ponadto z prawem stawiania wniosków.

Dyrektor odpowiedzialny jest wobec Zarządu za prawidłowy tok czynności biura Zakładu. W sprawach służbowych podlega dyrektor zarządzeniom Zarząd, o ile nie sprzeciwiają się one przepisom ustawy, statutu lub regulaminu służbowego; w sprawach nagłych, dotyczących praw lub obowiązków dyrektora, jako urzędnika Zakładu, wydaje zarządzenia prezes względnie wiceprezes Zakładu.

W wypadkach nagłych, oraz w razie niemożności uzyskania na czas zarządzenia prezesa względnie wiceprezesa, ma dyrektor w swoim zakresie działania wydać zarządzenia konieczne dla strzeżenia interesów Zakładu.

Dyrektora zastępuje w razie nieobecności jego stały zastępca, wyznaczony przez Zarząd na wniosek dyrektora.

Do uchwał Zarządu i Komisji Administracyjnej w sprawach personalnych — wymagany jest wniosek dyrektora.

Jak z powyższego widoczne, statut wykluczając dyrektora od bezpośredniego udziału w decyzjach władz i organów Zakładu, zapewnia mu z drugiej strony istotny wpływ na tok czynności Zakładu, w szczególności zaś na odpowiednie i celowe zorganizowanie aparatu wykonawczego, pozostawiając mu w zupełności kierownictwo biura i organizację biura, a w konsekwencji także odpowiedzialność za prawidłowy tok czynności biurowych.

Jakkolwiek omówione zostały wyżej postanowienia statutu wzorowego, spodziewać się należy, że będą się one pokrywały z odpowiedniemi postanowieniami statutów poszczególnych Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych.

STANISŁAW BENKIEL, adwokat.

ORZECZNICTWO SĄDOWE I INTERPRETACJA UST. z 19.V-20.

Art. 85 — 106.

Do czasu utworzenia organów sądowych Urzędu Ubezpieczeń, rozstrzygających ostatecznie i w jednej instancji wszelkie odwołania na orzeczenie Zarządów Kas Chorych (art. 76 Ust.) i Komisyj Pojednawczych do spraw z lekarzami (art. 84) — odwołania te podlegają właściwości sądów powszechnych w trybie przewidzianym przez przepisy Ustawy Postępowania Cywilnego dla powództw (art. 256 u. p. c.) jako spory o prawo cywilne (art. 1 U. P. C.).

Sąd Apelacyjny w Warszawie Nr. 4 Kc. 494/25.
Sąd Najwyższy I C. 986/27, I C. 1019/27.

Kwestja forum, uprawnionego do rozpoznawania odwołań od orzeczeń Zarządów Kas Chorych (art. 76 Ust.) i Komisji Pojednawczych do spraw z lekarzami (art. 84) jest rozstrzygnięta w sposób wyraźny i żadnej wykładni nie wymagający przez art. 85 i 106 Ust. Wątpliwości wynikły w związku z orzeczeniem Sądu Najwyższego (Izba II) z dn. 4 lutego 1926 r. (Nr. K. 1404/25), w którem Sąd Najwyższy ustala instytucje Urzędów Ubezpieczeń jako właściwą instancję odwoławczą od orzeczeń Kas Chorych. Aczkolwiek podłożem faktycznem cytowanego orzeczenia Sądu Najwyższego była kwestja stosowania przez Zarządy Kas ich uprawnień, wynikających z art. 15 Ust., a celem—ustalenie instytucji kontrolującej i odwoławczej od czynności Zarządów Kas w tym też zakresie — jednakże orzeczenie to dzięki swemu wadliwemu sformułowaniu wywołało poważne zamieszanie zarówno w praktyce niższych instancji sądowych, a w szczególności prowincjonalnych Sądów Pokoju i Powiatowych, jak i w postępowaniu Zarządów Kas, których orzeczenia stawały się via facti

niezaskarżalnemi. Sąd Najwyższy w orzeczeniu tem, w sposób z ustawą niezgodny, dopuścił się pomieszania dwóch pojęć i instytucji: organu władzy nadzorczej, w osobie Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń i instytucji quasi - sądowej i niezawisłej, którą w założeniu ustawodawczem stać się mają organa sądowe, mające powstać przy tychże Urzędach. Sądy Apelacyjny w Warszawie i Najwyższy w Izbie I obecnie jedynie prostują omyłkę gramatyczną, jaka dopuszczona została uprzednio przez Izbę II Sądu Najwyższego przy wykładni art. 85 Ust., restytuując jej sens istotny. Jednakże i w płaszczyźnie rozstrzygania odwołań od orzeczeń Zarządów Kas i Komisyj Pojednawczych w drodze sądowej nasuwały się bardzo ważkie wątpliwości o charakterze proceduralnym, rozstrzygnięte obecnie przez Sąd Najwyższy. Wątpliwości nasuwały określenia zawarte w art. 85 Ust., ustanawiające dwutygodniowy termin zaskarżenia orzeczeń oraz omawiające w gramatycznie określonej formie „instancje apelacyjne" jako instytucje odwoławcze od orzeczeń Zarządów Kas. Powstało pytanie, czy intencją prawodawcy — w płaszczyźnie zagadnienia proceduralnego — było nadanie obywatelowi, uznającemu się za pokrzywdzonego decyzją Zarządu, prawa odwołania się w trybie skargi apelacyjnej, bądź incydentalnej i do Sądu Apelacyjnego jako II instancji, a tem samem przyrównanie w prawach w sensie proceduralnym orzeczenia Zarządu Kasy z orzeczeniem Sądu I instancji. Tego rodzaju wykładnia byłaby niezgodna z przepisami prawa zasadniczego, jakiemi są niewątpliwie przepisy Ustawy Postępowania Cywilnego. Przedewszystkiem tego rodzaju wykładnia stanowiłaby istotne pogwałcenie fundamentalnego przepisu art. 11 U. P. C., ustanawiającego jako obowiązkowy tryb procesowy dwie sądowe instancje merytoryczne, których obywatel byłby pozbawiony przez powyższego rodzaju wykładnię. Następnie, skargi apelacyjne zakładane być mogą tylko i wyłącznie w trybie odwołania **od wyroku** (art. 162, 705 i 743 u. p. c.), zaś ferowanie **wyroków** stanowi istotne uprawnienia i przywilej władzy sądowej orzekającej (art. 129, 693 i 705 u. p. c.). Tem samem skarga apelacyjna, jako pewna ściśle określona instytucja prawa procesowego, nie mogłaby być brana pod uwagę. Również nie do pomyślenia byłoby rozpatrywanie odwołań tych jako skargi incydentalne jak tedy nie od „wyroków" ale „decyzji", nie będących już, jako instytucja prawa procesowego, wyłącznym przywilejem władzy sądowej; ale i ten tryb godzi w zasadnicze i prawnie nieuchylone dyspozycje Ustawy procesowej. Przedewszystkiem i ten tryb postępowania pozbawiałby obywatela pierwszej instancji merytorycznej, powodowałby rozpoznawanie spraw wprost przez drugą instancję (skargi zarówno apelacyjne jak i incydentalne nie mogą być wytaczane przed I instancją) bez uprzedniego rozpoznawania sprawy przez I instancję sądową,—co jest absurdem ze stanowiska logiki i dogmatyki procesowej ściśle dotychczas przestrzeganej, wreszcie skargi incydentalne mogą być zakładane jedynie w ściśle i limitatywnie określonych przypadkach (art. 166 i 783 u. p. c.) Powyższe wywody wskazują, że właściwym trybem od orzeczeń Zarządów Kas nie może być ani skarga apelacyjna ani incydentalna, a właściwem forum nie może być żadną miarą Sąd II instancji. I aczkolwiek redakcja art. 85 w słowach: „instancje apelacyjne" mogła wywołać wątpliwość, Sąd Najwyższy złożył to na karb wadliwej terminologji, nie liczącej się z ustanowionemi na terytorjum b. zaboru rosyjskiego instytucjami i terminologją prawa procesowego. Zresztą furtkę stanowił art. 106 Ust., który stanowi, że do czasu ustanowienia organów sądowych Urzędów Ubezpieczeń „zachowuje swoją moc art. 1 U. P. C." Redakcję tego przepisu nie sposób jest uznać za szczęśliwą. Fundamentalny art. 1 U. P. C. swoją moc zachowa zawsze pod rządem obowiązującego prawa procesowego; ale cóż to znaczy, że zachowuje on swoją moc, — jaką była intencja prawodawcy? Ów art. 1 stanowi, że „każdy spór o prawo cywilne rozstrzygają sądy", ale czy można uznać, że przedmiotem odwołań od orzeczeń Zarządów Kas, wydanych w trybie art. 76 Ust. są spory o prawo cywilne? Czy istotą stosunku prawnego pomiędzy ubezpieczonymi a Kasą jest więc więź o charakterze prywatno - prawnym — przecież byłoby to sprzeczne z całą istotą ubezpieczenia społecznego i naszą Ustawą, opartą na przymusie ubezpieczeniowym. Stosunek pomiędzy ubezpieczonym a instytucją Kasy Chorych jest przecież klasycznym stosunkiem prawa publicznego, wykraczającym poza zakres stosunków unormowanych kategorjami prawa cywilnego. Rzecz prosta, iż źródłem tych wszystkich wątpliwości jest z gruntu wadliwa konstrukcja odnośnych przepisów Ustawy, przedewszystkiem art. 85 i 106, dopuszczających do ustawicznego pomieszania zasadniczych pojęć i instytucyj prawnych. Sąd Najwyższy oparł się na dosłownem brzmieniu art. 106 (z wyraźną zresztą szkodą dla istoty prawnego stosunku ubezpieczeniowego, który przez to samo został wbrew swemu założeniu i istocie—wtłoczony w ramy stosunków prawa prywatnego, zamiast wyodrębnienia i podkreślenia jego charakteru jako instytucji prawa publicznego) i poszedł już logicznie po tej linji rozumowania. Skoro odwołanie od orzeczenia Zarządu Kasy zostało, w znaczeniu sądowo proceduralnem, przyrównane do sporów o prawo cywilne, przeto w trybie ich rozpoznawania winny być zachowane ogólne normy postępowania dotyczące tych sporów. A więc odwołanie takie stanowi skargę powodową (art. 51 i 256 U. P. C.), ulegającą rozpoznawaniu przez Sądy w zwykłym trybie i według ogólnych norm przez U. P. C. przewidzianych, według ogólnego toku instancji i taka skarga powodowa, rozstrzygana wyrokiem (art. 705 u. p. c.), normalnie zaskarżalnych (art. 743 u. p. c.), musi być złożona w Sądzie I instancji, tamże opłacona, wedle zasad ogólnych Dekretu o przepisach tymczasowych o kosztach sądowych, z tem, że przepis art. 85, dotyczący dwutygodniowego terminu odwołania, Sąd Najwyższy uznał za specjalne krótkoterminowe przedawnienie prawa do skargi, którego niezachowanie — w razie podniesienia w toku procesu, odbywającego się w zwykłym trybie kontradyktoryjnym — przez pozwaną Kasę — odnośnego zarzutu — skutkuje oddalenie skargi i upadek prawa do jej wznowienia.

Nawiasowo chciałbym zaznaczyć, że osoby uznające się za dotknięte orzeczeniem Zarządu i które dopuściły do upadku terminu niejednokrotnie sztucznie starają się uzyskać podstępnie restytucję

terminu, co im się nieiednokrotnie udaje, dzięki nieostrożności niektórych Zarządów Kas, a mianowicie osoba taka po upadku terminu podaje ponownie do Zarządu Kasy w przedmiocie, w którym decyzja już była zapadła i o którem strona już była powiadomiona. Na podanie takie niejednokrotnie następuje ponowna odpowiedź merytoryczna Zarządu Kasy, która jako taka stwarza nowe prawo do skargi, a biegnie ono już od daty doręczenia owego powtórnego pisma; w wypadkach takich nigdy nie należy udzielać odpowiedzi merytorycznej, jedynie odsyłać stronę zainteresowaną do poprzedniego pisma Kasy, zawiadamiającego o zapadnięciu orzeczenia, od którego termin zaskarżenia już upłynął. Zaznaczyć jeszcze muszę, że orzeczenie Zarządu Kasy, doręczone stronom zainteresowanym, opatrzone być winno wzmianką o prawie zaskarżenia przysługującego stronom w terminie 2-tygodniowym do właściwego merytorycznie Sądu z powołaniem się na przepisy art. 85 i 106 ust.

Stwierdzić trzeba, że obecnie w praktyce wszelkie rozbieżności w traktowaniu kwestji i trybu zaskarżalności orzeczeń Kas Chorych już ustały, orzecznictwo Sądu Najwyższego w tym zakresie uległo zupełnemu ujednostajnieniu. Rzecz prosta, że ze stanowiska społecznego ubezpieczeniowego, koniecznem jest przyśpieszenie wyjęcia sporów pomiędzy ubezpieczonymi a Kasą w zakresie uprawnień Zarządu, przewidzianych w art. 76 Ust. z zakresu postępowania tyczącego się prywatno - prawnych stosunków umownych i postawienie ich pod względem proceduralnym na płaszczyźnie stosunków, odpowiadających normom prawa publicznego, regulującego wszelkie prawne stosunki ubezpieczeniowe.

Wspomnieć należy, że w poruszonej materji umieszczony został niedawno doskonały artykuł w Nr. 18 „Gazety Sądowej Warszawskiej" przez p. Stanisława Nowodworskiego, sędziego Sądu Najwyższego i Sędziego referenta w kompletach tegoż Sądu w wielu sprawach Kas Chorych.

Art. 83.

Prawo odwołania, przewidziane w art. 85 i 106 Ust. z dn. 19 V 1920 r. przysługuje jedynie względem orzeczeń Zarządów Kas Chorych i Komisyj Pojednawczych do spraw z lekarzami; żadne natomiast prawo odwołania nie przysługuje względem orzeczeń Komisyj Rozjemczych, jak również nie przysługuje prawo rozpoznania w drodze sądowej spraw tych, które podlegają właściwości Komisyj Rozjemczych, a mianowicie, wszelkich sporów o świadczenia.

Sąd Najwyższy: IC. 925/27/4/XI 1927 r.
Sąd Najwyższy: IC. 771/26/21/XI 1927 r.

Powyższe orzeczenia rozstrzygają definitywnie kwestję, która w praktyce wielekroć różnie była rozpoznawana. Spór o świadczenia pomiędzy ubezpieczonym a Zarządem Kasy nie podlega rozpoznaniu Sądu, nie uprawnia ubezpieczonego do odwołania się w trybie art. 85 i 106 Ust.; sprawa ta może być rozpoznawaną jedynie przez Komisję Rozjemczą jako instytucję przymusowego rozjemstwa, której orzeczenia (zarówno jak i orzeczenia władz tymczasowych lub Komisarzy (art. 100 ust.), wykonywujących funkcję Komisji Rozjemczych) w żadnym trybie nie podlegają zaskarżeniu. U niektórych pokutuje mniemanie, że orzeczenia Komisyj Rozjemczych, aczkolwiek nie podlegają w jakimkolwiek trybie rozpoznaniu przez Sądy powszechne, jednakże mogą być skarżone w trybie instancji do Najwyższego Trybunału Administracyjnego włącznie. Mniemanie takie jest z gruntu błędne. Władze administracyjne w osobie Okręgowego, a następnie Głównego Urzędu Ubezpieczeń nie są żadnemi instancjami odwoławczemi od orzeczeń jakichkolwiek organów Kas; sprawują one tylko funkcje nadzorcze nad działalnością Kas, określone w art. 100 Ust., z tego tytułu mogą korygować takie czy inne czynności organów Kas, nawet z prawem zawieszenia władz Kasy, są uprawnione do jaknajściślejszego kontrolowania funkcjonowania Kas, mogą z tego tytułu przyjmować i wglądać w skargi ubezpieczonych na działalność Kas i z tego względu zarządzenia w trybie ustawowo nadanych uprawnień wydawać — jednakże, żadną miarą nie są instancjami w jakiejkolwiekbądź mierze odwoławczemi od orzeczeń jakichkolwiek organów Kas. Tem samem nie może być mowy o właściwości Najwyższego Trybunału Administracyjnego jako instancji w trybie odwołania od orzeczeń Komisji Rozjemczej. Najwyższy Trybunał Administracyjny powołany jest li tylko do orzekania o legalności orzeczeń i zarządzeń władzy administracyjnej (art. 1 Ust. o Naj. Tryb. Admin., z dnia 3/VIII 1922 r. (Dz. U. poz. 600) w związku z nowelizacją z dn. 25/III 1926 (Dz. U. poz. 437); wobec tego, że Komisja Rozjemcza ani sama nie stanowi funkcjonalnego organu władzy administracyjnej, ani nie jest przewidziana możność odwołania się od jej orzeczeń w toku instancji administracyjnych — przeto nie może być mowy w tym zakresie o właściwości Najwyższego Trybunału Administracyjnego. W sprawach tyczących Kas Chorych właściwość Najwyższego Trybunału Administracyjnego istnieje jedynie na terytorjum b. zaboru austrjackiego, jako ostatniej instancji w trybie postępowania administracyjnego, właściwego w materji odwołań od Zarządów Kas Chorych (Ust. 2-gi art. 106 Ust.)

Art. 3.

Istotną cechą stosunku służbowego w znaczeniu art. 3 Ust. z dn. 14/V 1920 r. jest zależność pracownika od pracodawcy, wyrażająca się w obowiązku podporządkowania się pierwszego ostatniemu; nie zachodzi to w stosunku do adwokata jako radcy prawnego swego klienta nawet w przypadku stałego udzielania opinji prawnych na periodyczne z góry określone wynagrodzenie — tem samem adwokat, jako radca prawny nie podlega przymusowi ubezpieczenia.

Sąd Najwyższy: IC. 515/26.

Art. 5 p. III.

Uczniowie i uczennice, zamieszkujący u swoich rodziców lub u rodziny albo nawet u obcych na czas nauki i nabywający wiadomości w kroju i szyciu dla własnych domowych potrzeb nie podlegają obowiązkowi przymusowego ubezpieczenia na wypadek choroby.

Sąd Najwyższy: IC. 427/26/23/VI 1927 r.

Art. 53 i 56.

Przy zbiegu wierzycieli należnościom Skarbu Państwa z tytułu podatku przemysłowego przysługuje pierwszeństwo w zaspokojeniu przez należnościami Kasy Chorych z tytułu zaległych składek członkowskich (art. 8 Prawa o przywilejach i hipotekach).

Sąd Najwyższy: IC. 1042/27.

Niejednokrotnie w razie zbiegu w stosunku do osoby dłużnika wielu tytułów wykonawczych, uzyskanych przez wierzycieli dłużnika z tytułu różnych należności — wyegzekwowana w drodze sprzedaży publicznej suma nie pokrywa wszystkich zgłoszonych pretensji. Wówczas komornik, dokonywujący egzekucji, składa uzyskaną ze sprzedaży sumę właściwemu Sądowi (art. 955 i 956 u. p. c.), który przystępuje do podziału jej pomiędzy wierzycielami (art. 1214 i nast. u. p. c.) Przedewszystkiem ulegają zaspokojeniu wierzytelności uprzywilejowane (Skarb Państwa, Kasy Chorych, należności gmin, robotników, właścicieli domów z tytułu komornego i t. p. — art. 7, 8 i 9 Prawa o Przywilejach i Hipotekach z r. 1825), dopiero pozostała suma ulega podziałowi proporcjonalnemu pomiędzy wierzycieli nieuprzywilejowanych. Pomiędzy wierzycielami uprzywilejowanymi, pierwszeństwo w zaspojeniu posiadają ci, których przywilej wedle powołanych wyżej przepisów jest lepszy. Wierzyciele korzystają z jednakowego uprzywilejowania, jeżeli nie może mieć miejsca całkowite ich zaspokojenie — ulegają zaspokojeniu proporcjonalnie do sumy swoich pretensji w stosunku do sumy, uzyskanej na ich pokrycie. Analogiczne przepisy co i przy postępowaniu dystrybucyjnem (podział funduszów uzyskanych ze sprzedaży nieruchomości) mają zastosowanie (przy zachowaniu przepisu art. 41 Ustawy Hipotecznej 1818 r.) i przy postępowaniu klasyfikacyjnem, dotyczącem podziału funduszów, uzyskanych ze sprzedaży nieruchomości (art. 1592 i nast. u. p. c.) Tryb i tok postępowania ustalony jest w powołanych przepisach UPC. Powyższe orzeczenie Sądu Najwyższego w związku z mglistą redakcją art. 92 Ustawy o podatku przemysłowym, dotyczącego uprzywilejowanego charakteru należności z tytułu tego podatku ustala, że Skarb Państwa posiada w tym zakresie „lepszy" przywilej od Kas Chorych czyli przysługuje mu pierwszeństwo w zaspokojeniu pretensji.

Art. 3.

„Służba kościelna pełniąca swe czynności na podstawie umowy najmu pracy, zawartej z proboszczem bez względu na sposób wynagrodzenia tej służby podlega obowiązkowi ubezpieczenia".

Sąd Najwyższy: IC. 1326/27.

Sąd Najwyższy rozpatrywał kwestję, czy służba kościelna zatrudniona przez proboszcza, ale nie pobierająca od niego żadnego wynagrodzenia i korzystająca jedynie z datków parafjan, podlega obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek choroby. Analizując pojęcie instytucji stosunku służbowego, Sąd Najwyższy doszedł do przekonania, że kwestja uposażenia jest dla ustalenia istoty prywatno - prawnego stosunku służbowego momentem wtórnym, że decydującem jest przedewszystkiem fakt wykonywania przez służbę kościelną obowiązków, wchodzących w zakres ich zatrudnienia — nie samodzielnie, lecz na podstawie stosunku służbowego, wyrażającego się w tem że pozostaje w stosunku zależności od proboszcza i jest mu całkowicie podporządkowany i od niego służbowo zawisły, i ta okoliczność stanowi o fakcie umowy najmu pracy pomiędzy służbą kościelną a proboszczem, który przez to samo winien być poczytywany za jej pracodawcę w sensie i ze skutkami przewidzianemi przez ust. z dnia 19/V 1920 r. (art. 15, 47, 52).

DR. E. BIRSOWSKI.

OPIEKA NAD ZDROWIEM KOBIETY PRACUJĄCEJ A KASA CHORYCH.

Żyjemy w czasach socjalizacji między innemi i nauki lekarskiej t. j. znacznego rozszerzenia zakresu jej zainteresowań i zasięgu jej działania. O ile dotychczas troszczono, dbano i leczono przeważnie jednostkę (najwyżej rodzinę) obecnie socjalna medycyna, soc. higiena, eugenika oraz socjalna ginekologia sięgają głębiej i dalej: ogarnąć i objąć pieką swą dążą rzesze całe, masy, społeczeństwo i naród. Stan zdrowotności podnieść, pokolenie obecne zahartować i uodpornić, od chorób możliwie ubezpieczyć i przez rodziców zdrowych i fizycznie uszlachetnionych — do nowego pokolenia silnego a twórczego dążyć — oto ich cele i zadania. W tym kierunku podążając — siłą rzeczy — dużo uwagi poświęcić powinniśmy kobiecie, współtwórczyni wszakże przyszłego tego pokolenia. Wiele wogóle danych złożyło się w naszych czasach na to, ażeby sprawa zaopiekowania się kobietą, matką obecną czyli przyszłą ze strony Państwa i społeczeństwa stała się jednem z najbardziej aktualnych zagadnień. Przedewszystkiem moment ekon - socjalny: masowo objawiające się wciągnięcie coraz większej liczby kobiet do roboty zawodowo - zarobkowej. Według danych spisu r. 1921 (cytuje z „Zag. Polit. Populacyjnej" Dr. Daszyńskiej - Golińskiej) liczba czynnych zawodowo a zatem i zarobkujących kobiet niewiele się różni od liczby mężczyzn: obok 7,7 mil. mężczyzn pracuje w całem państwie 6,2 mil. kobiet. O ujemnym zaś wpływie — w dotychczasowych warunkach, pracy tej zarobkowej na zdrowie kobiety, smutne świadectwo składają statystyki krajów zachodnich. Spotykamy się wszędzie z masowym objawem nadwyrężenia, upośledzenia fizycznego mniej wytrwałego w walce o byt organizmu kobiety i jako tego następstwem — znacznem powiększeniem chorobliwości i śmiertelności. Fatalnie odbija się również zarobkowanie matki i na młodem pokoleniu. Dzieci bez opieki ulegają łatwo zachorowaniom i wypadkom. W Nadrenji umiera około 50% dzieci, rodzonych od matek robotnic. Śmiertelność dzieci w dzielnicach zamożnych i roboczych Berlina wykazuje stosunek 1:2½.

Objawem towarzyszącem „industrializacji" kobiety jest materjalne jej uniezależnienie od męż-

czyzn, uwydatnieniem zatem jej indwidualności, a co z tem w parze idzie, zmniejszenie się liczby urodzeń w Europie i Ameryce. Daszyńska słusznie twierdzi, iż: „równouprawnienie kobiet tak szybkie czyni postępy, że spodziewać się trzeba coraz wyraźniejszego wpływu tegoż na przyrost ludności. Materjał ludzki, produkowany przez cały wiek XIX w nadmiarze, przyrastać będzie mniej obficie — musi być zatem wyżej ceniony. Podobnie i kobieta, która mu daje życie staje się przedmiotem wzmożonej opieki i uwagi. W związku z tem coraz bardziej miarodajnem się staje i ogólne uznanie zdobywa hasło eugeniczne o „wartości ekonomicznej i biologlcznej każdego ludzkiego istnienia", hasło ekonomji ludzi. Hasło to niezbyt zresztą nowe wskrzesza uczony niem. Goldszeid w dziele swem „Kwestja kobieca a ekonomja ludzi", gdzie między innemi mówi: „Obniżająca się do pewnej miary liczba urodzeń stanowi nieunikniony spółczynnik postępów kultury i wzmożonego napięcia pracy. Toteż naród kulturalny w warunkach obecnych dążyć może do osiągnięcia przewyżek ludności jedynie przez doskonalenie gatunkowego procesu, a zatem przez ekonomję ludzi, z czego najwyższa korzyść przypadnie kobietom". Znamienem jest, że „kiedy na I Zjeździe Eugenicznym podnoszona była tylko konieczność jaknajszybszego przyrostu ludności, któryby zapełnił uczynione przez wojnę szczerby — to na II Zjeździe — brzmi ważniejsza troska — o podniesienie wartości, jakości istniejącego materjału ludzkiego, o zapewnienie warunków rozwoju pokoleniom, które się mają narodzić".

Drugim momentem miarodajnym dla zaopiekowania się kobietą jest duża szkoda wyrządzona jej zdrowiu, zwłaszcza zdrowiu kobiety pracującej podczas ostatniej wojny. W swym referacie „kobieta czasów powojennych". Prof. Sellheim, słynny ginekolog ilpski mówi o tem: „znacznie powiększyła się liczba zachorowań sercowych — na tle wyczerpania głodowego i wstrząsów duchowych kobiety-matki — co się ujawniło w dużym odsetku śmierci nagłych na stole operacyjnym, zatorów i zakrzepów. Znacznie powiększyła się ilość ciąż pozamacicznych, bezdzietność, ciężkich, nieuleczalnych form zachorowań na raka, który najobfitsze plony zbierał wśród kobiet ze sfery niezamożnej. A ta plaga czasów wojny — rozpanoszone choroby płciowe — kiła a tak uporczywa u kobiet rzeżączka — nie uspokoiły się jeszcze i do dziś dnia ich fale wzburzone, a cierpiące na sprawy zapalne — następstwo tych chorób, stanowią bodaj czy nie najznaczniejszy odsetek wśród klijenteli każdej dużej ginekol. przychodni a w tej liczbie i Kas Chorych".

Tyle co do kobiety w wieku starszym. W jeszcze większym stopniu ucierpiał w rozwoju swoim organizm kobiety dojrzewającej: niedorozwój całego organizmu wogóle, a narządów rodnych w szczególe, małokrwistość złośliwa, gruźlica, osłabienie i rychłe wyczerpanie systemu nerwowego — są zjawiskiem codziennym. Mamy zatem przed sobą typ, tak często spotykany i w praktyce Kas Chorych — o konstytucji asthenicznej, niższowartościowej fizycznie, a którego cechy są: wątła budowa tkanek, zwłaszcza elementów elastycznych, wrodzona słabość mięśni, obniżenie napięcia tkanek, wysklepiony brzuch, mierne ułożenie trzew i narządów rodnych, czego następstwem jest cały szereg zaburzeń rzeczywistych i domniemanych (prof. Mathes, prof. Kirsten). Takiego rodzaju chore — niższowartościowe fizycznie — czy to w ciężkiej walce o byt czy wskutek wstrząsów duchowych — zbyt szybko się wyczerpując (objaw charakterystyczny dla konstytucji asthenicznej) cierpią na napad „wyczerpania asthenicznego, chronicznego" (prof. Mathes). Z powodu „braku apetytu, złego samopoczucia ogólnego, ogólnej słabości, bólów głowy, zemdleń, szumów w głowie, nawykowego zaparcia i znacznego osłabienia siły mięśni" ma wciąż doczynienia z takiemi choremi lekarz - internista. Chirurg zmuszony jest takiej asthenicznej chorej wyciąć wyrostek robaczkowy, laryngolog operuje zdrową przegrodę nosową celem „usunięcia poczucia ucisku bólów głowy" (prof. Kirsten). Najwięcej zaś styka się z podobnemi rodzaju pacjentkami ginekolog. Bóle w krzyżu, upławy, nieregularne, czasami bolesne miesiączkowanie (dysmenorchea na tle wyczerpania prof. Schröder), poczucie pełności brzucha i pęd na częste oddawanie moczu — „dowodzą" chyba nieomylnie tyłozgięcia, złego ułożenia macicy czyli innego „poważnego" zachorowania kobiecego. Zazwyczaj w takich wypadkach nieczęsto operuje się, przeważnie jednak stosuje się długotrwałą (co obciąża pacjentkę, Kasę Chorych i lekarza) miejscową terapję (prof. Kirsten). W praktyce prywatnej — zamożniejszym chorym asthenicznym z dużem powodzeniem terapeutycznem zaleca się wyjazd na południe, elektro— i hydroterapję, umieszczenie w sanatorjum t. zn. zmiana klimatu i otoczenia (moment psychoterapeutyczny). Nie sposób tego zastosować masowo, względem szerokich rzesz ubiezpieczonych w Kasach Chorych (nawet i zagranicą). Niema możności nawet umieszczać tych cierpiących i w szpitalach, gdzie nowe otoczenie, hydro - termoterapja, górskie słońce mogłyby w pewnym nieznacznym stopniu imitować pobyt na południu. Dużą natomiast usługę mogłaby okazać placówka pomocnicza w postaci „poradni zdrowia" przy Kasie Chorych. Wymiera już z każdym dniem typ lekarza domowego, który to w swoim czasie duże zasługi położył dla zdrowia jednostek. Łączył zazwyczaj w swej osobie, nietylko przedstawiciela wiedzy lekarskiej, lecz również głębokiego znawcę otoczenia socjalnego tła tego nieobszernego kółka osób, w którem był czynny — miał zatem możność oddziaływania również i psychoterapeutycznego. Podobnąż rolę — lecz na szerszą znacznie skalę — lekarza domowego najszerszych warstw ubezpieczonych, mają w przyszłości odegrać te „poradnie zdrowia" (prof. Knack). Z punktu widzenia ginekologicznego, celem zasadniczym poradni tych byłoby: 1) pełnienie zadań czysto ściśle higieniczno - lekarskich: zdrowych w zdrowiu utrzymać, rzekomo zdrowych i rzekomo chorych zawczasu rozpoznać (rzeżączka, gruźlica, nowotwory i rak) środkami leczniczymi, ewentualnie, leczyć i psychoterapeutycznie (chore asthenicznie) oddziaływać. Poradnia taka powinna stać się jednocześnie i ośrodkiem propagandy higieny (odczyty, uświadamianie higieniczne), wzbudzenia poczucia odpowiedzialności w kwestji zdro-

wotności wobec samego siebie, rodziny, otoczenia i społeczeństwa, 2) stać się ośrodkiem opieki nad macierzyństwem. O ile dotychczasowe poradnie dla ciężarnych pełniły funkcję ściśle akuszeryjne, mierząc miednicę, ustalając termin porodu i t. d. — stawia się im obecnie szersze wymagania. Dążyć mają przy pomocy patronażu sanitarnego, kontaktu z zakładami leczniczemi — do rozciągania opieki nad kobietą, mającą stać się matką w jej domu, stwarzając w miarę możności dla niej najdogodniejsze warunki higieniczne, troszcząc się o umieszczenie w razie choroby—w zakładzie. Samo przez się rozumie, iż zasady opieki nad macierzyństwem powinny być oparte na naukowych danych, badaniach statystycznych (higjena pracy zawodowej kobiet), zdobyczach eugeniki i mieć na względzie nie tylko obecny stan zdrowotny będących pod opieką kobiet, ale dążyć winny w kierunku uzdrowienia, uszlachetnienia pokolenia przyszłego, na czem właśnie polega społeczno - kulturalne znaczenie ochrony kobiety (Sperański). To też niektórzy lekarze posuwają się dalej, żądając konsekwentnie zmiany „konsultacji dla ciężarnych" na „poradnie dla kobiet", tak aby w skład kompetencji tych instytucji wchodziła opieka nad zdrowiem młodzieży kobiecej jako przyszłych matek, zaopiekowania się kobietą w okresie przekwitania (rak) i t. d.

Wiele jeszcze zadań stoi przed młodą, u nas, instytucją Kasy Chorych, lecz konsekwentnie i wytrwale powinna ona dążyć, aby stać się opiekunem, strażnicą zdrowia, jak najszerszych mas pracujących. W ten sposób zadanie spełni swoje względem społeczeństwa, Państwa i narodu.

Dr. STEFAN LUKSEMBURG.

REFLEKSJE Z POWODU ARTYKUŁU „ZWIĄZKI KAS CHORYCH I URZĘDY".

Należy się wdzięczność redakcji „Przegiądu Ubezpieczeń Społecznych", że artykułowi p. Z. M. pod powyższym tytułem nadała charakter dyskusyjny, a tem samem słusznie wyraziła, że nie podziela zawartych w nim poglądów.

Szanowny autor omawianego artykułu zastrzega się, że „nie ma zamiaru bynajmniej ani kruszyć kopji w obronie Urzędów Ubezpieczeń, ani też szczerbić pióra w obronie Okręgowych Związków Kas Chorych" — lecz jednak domaga się utrzymania Okręgowych Urzędów Ubezpieczeń z nadaniem im wyłącznej i silnej władzy kontrolnej i zarazem uznaje łaskawie „doniosłe znaczenie" Okręgowych Związków Kas Chorych", pragnąc sprowadzić ich do roli *korepetytorów* bez prawa kontrolowania działalności Kasy. Jak to jest możliwe pouczać Kasy i usprawniać je pod względem wykonywania włożonych na nie obowiązków, nie wglądając w to, co i jak robią, — o tem autor nie mówi. Związki nie mają mieć prawa lustracji, ma to być wyłącznem prawem Okręgowego Urzędu, a wtedy lustracja może już oznaczać kontrolę „rewizorską", a nawet „rewizję prokuratorską".

Takie ma być według autora rozgraniczenie kompetencji, a uznanie dla Związku Kas Chorych będzie się potęgowało w miarę uszczuplenia jego władzy uchwałodawczej i wykonawczej.

Do takiego postawienia sprawy widzi się autor upoważnionym przez analogję do instytucji spółdzielczych i organów samorządu miejskiego i wiejskiego.

Błędne założenie doprowadziło autora do błędnych wniosków, przytem omawiany artykuł nie docenia należycie prawa publicznego, prawa ustroju Państwa.

Spółdzielnie, domyślać się należy, spółdzielnie spożywcze nie mają żadnego podobieństwa do Kasy Chorych. Spółdzielnie są to zrzeszenia, które na drodze dobrowolnego porozumienia się, przy równej odpowiedzialności i usprawnieniu członków, przenoszą na wspólne gospodarstwo pewne funkcje ekonomiczne jednostek, celem osiągnięcia korzyści gospodarczych, to Kasa Chorych przejmuje wykonanie części zadań państwowych, Państwo wymaga obowiązkowego jej istnienia, samo ustanawia jej strukturę prawną. Kiedy spółdzielnie rozwijają się obok działalności Państwa, a formalna przynależność do nich określa się subjektywnemi warunkami, wspólnością osobistych interesów, to Kasa Chorych fakultatywnie zastępuje Państwo, odpowiada jego istocie ustrojowej, a przynależność do niej określa się warunkami objektywnemi, jak sposób zarobkowania, a także zamieszkania w pewnej miejscowości. Kasa Chorych, pełniąc czynności poruczone jej przez Państwo, stanowi powiązanie najszerszych warstw ludności z ideą państwową i z Państwem.

Istotne różnice są zbyt widoczne, a zatem Związki Rewizyjnej Spółdzielni, a Związki Kas Chorych są z samego istnienia i celów zupełnie różne.

Dobrze się stało, że autor wziął, jako drugi przykład, istytucje samorządu miejskiego i wiejskiego. Tu możemy racjonalnie podyskutować i odrazu wykazać, jak bardzo jego kryterjum prawno-publiczne odbiega od wysokości nauki współczesnej.

Są bowiem tylko dwie formy rządzenia sprawami lokalnemi: 1) administracyjna — biurokratyczna i 2) decentralistyczna, czyli samorząd. Tertium non datur.

Pierwsza forma polega na tem, że pełnomocnictwa władzy centralnej przelewane są na funkcjonarjuszów państwowych, mianowanych zgóry. Urzędnik taki pozostaje przez cały czas sprawowania swego urzędu w zależności od rządu centralnego, choćby prawo jaknajusilniej broniło samodzielności jego. Rzekoma samodzielność co do przedsiębrania decyzji i zarządzeń w granicach określonej prawem kompetencji istnieje jedynie w teorji, na papierze.

Kardynalne wady ustroju biurokratycznego, nad

któremi dla szczupłości ram artykułu, niestety, zastanawiać się nie możemy, są tak wielkie i tak liczne, że one właśnie w społeczeństwach państwowo wyrobionych przeważyły w otatnim 50-leciu szalę stanowczo na korzyść organizacji władz autonomicznych. Silna, absolutna władza urzędnika, niemogącego z konieczności liczyć się z potrzebami ludności, wytwarza rozdźwięk pomiędzy rządem centralnym a ludem i fatalnie wpływa na rozwój państwowo-twórczego ducha narodu. Jeżeli wziąć pod uwagę, jak skomplikowana jest w naszych czasach sprawa zarządu państwem, to widzimy, że żadne z państw współczesnych nie może się już obejść bez oddania w ręce wybrańców ludu części swoich funkcji przy nadaniu im samodzielności decyzji i swobody postępowania.

Z poprzednich już artykułów tegoż autora, umieszczanych w „Przeglądzie Ubezpieczeń Społecznych", wynika, że autor nie ma zaufania do przedstawicieli ludu, powołanych z wyboru, albowiem, mówiąc słowami autora, *„nasi wyborcy nie są światłymi i uświadomionymi co do praw i obowiązków obywtelami, a ich wybory są licytacją demagogów, porachunkami partyj, wyścigami do... koryta"*.

Kasy Chorych, zdaniem autora, są „celem zakusów i apetytów czynników politycznych, ponieważ jest przymus i składki płyną". Dalej snuje autor swoje myśli, że nie może być powierzona kontrola Okręgowym Związkom, ponieważ Zarządy ich są „czynnikiem interesów politycznych, daleko stojących od samej instytucji ubezpieczeniowej, a zatem stanowią skład jeszcze gorszy, bo prawie wyłącznie polityczny".

Wszystko, co z omawianego artykułu zacytowałem, świadczy dobitnie, że autor jest przekonaniowym przeciwnikiem samorządu.

Sposób powoływania organów samorządowych, t. j. ich obieralność w drodze walki politycznej, pozostaje w ścisłym związku z pożądaną samodzielnością tych organów, obieralność pozwala łatwiej zachować charakter organów społeczeństwa, wyrażać niezależną wolę całości przez wyrażenie interesów i potrzeb ludności, grupującej się w różnych organizacjach politycznych. Tą właśnie drogą wytwarza się między państwem a ludnością stosunek wzajemnych praw i obowiązków. Organy samorządne, pochodzące z wyborów, nie są pochłaniane w zupełności przez Państwo, aczkolwiek spełniają część zadań państwowej administracji i całą wyższością ich nad organami biurokratycznemi jest właśnie to, że nie ustają w walce politycznej o interesy swoich wyborców, że piastowanie swych obowiązków, zdaniem uczonego Gneist'a, nie uważają za jedyne źródło swojego utrzymania, jak to jest u organów rządowych.

Jeśli się zdarzały wypadki, że do władz Kasy dostały się jednostki nieuświadomione co do praw i obowiązków, jeśli było nawet, że niektórzy członkowie zarządów Kas szli „do... koryta", to wcale to nie znaczy, iż należy zarzucić ustrój samorządowy, lub go odroczyć, tak samo, jak nie należy generalizować wyników Nadzwyczajnej Komisji przy Radzie Ministrów dla walki z nadużyciami w urzędach. Władze samorządowe Kas Chorych wydały cały szereg wybitnych, uczciwych działaczy ubezpieczeniowych, mimo ich zabarwienia politycznego, te „porachunki partyjne" wskazały nam na ukryte talenty całego legjonu pożytecznych pracowników na polu pracy społecznej. Jest to niewątpliwa korzyść systemu obieralności organów samorządowych.

Druga zasadnicza forma zarządu sprawami lokalnemi, mianowicie decentralistyczna, czyli samorząd, wychodzi z zupełnie innych założeń, niż ustrój biurokratyczny i znajduje swoje uzasadnienie w naukowem określeniu, że **samorząd jest to taki system państwowego zarządu lokalnego, przy którym uchwałodawcze i wykonawcze organy są obierane i w dostatecznym stopniu niezależne w zakresie swej kompetencji.** To określenie zawiera trzy zasadnicze idee, a mianowicie: 1) spełnianie przez organa samorządu funkcyj państwowych, przekazanych im przez Państwo, 2) obieralność tych organów, wreszcie 3) niezależność ich od władz centralnych w granicach określonej prawem kompetencji. Społeczna teorja samorządu widzi jego istotę w nadaniu miejscowemu społeczeństwu wyłącznego prawa do samodzielnego decydowania swych praw społecznych przy równoczesnem zachowaniu interesów państwowych. Idea społecznej teorji żąda, aby Państwo i jego organa nie dławiły życia i inicjatywy społecznej. Organy samorządowe, powołane przez udział ludności w ich wyborze, przejmują odpowiedzialność wobec społeczeństwa, a tem samem odpowiedzialność przed społeczeństwem uszczupla ogólny zakres odpowiedzialności przed władzami państwowemi.

Władze państwowe są w stosunku do organów samorządowych władzą nadzorczą, baczącą, aby organa autonomiczne nie przekraczały zakresu swej kompetencji. Stanowisko to władzy nadzorczej wypływa z założenia głównego, że nadając samorząd, Państwo nie wykonywa już swej władzy bezpośrednio przez swoje organa, lecz ogranicza się na tem, że ustanawia pewne normy prawne do wykonywania tych funkcji państwowych przez organy samorządowe, a potem ma tylko nadzór nad wykonywaniem tych norm. Zupełnie inny jest zakres kontroli społeczeństwa nad działalnością organów samorządu, zakres odpowiedzialności przed wyborcami. Kontrola społeczeństwa zasadniczo gwarantuje nie legalność działalności Kasy Chorych, lecz jej celowość przedsiębranych przez samorządowe organa zarządzeń, czyli ich zgodność z panującymi w danym społeczeństwie, lub przynajmniej w jego większości, w danej chwili, poglądami na dobro ogólne.

W tem właśnie tkwi tak bardzo przez autora pożądane rozgraniczenie kompetencji Okręgowych Urzędów i Okręgowych Związków. Okręgowe Związki nie uzurpują sobie kontroli nad legalnością norm prawnych, lecz bronią się jedynie przed utratą swojego wyłącznego prawa kontroli nad celowością zarządzeń Kas i ich działalnością gospodarczą. Okręgowe Związki, wychodząc z wyboru przez same Kasy, są najlepiej obeznane z potrzebami Kasy, nie są więc elementem obcym, a ludność, biorąc pośredni. przez swoich pełnomocników, udział w sprawach Kasy, głębiej zaczyna odczuwać potrzebę państwa i konieczność jego istnienia dla interesów samej ludności.

Obawy autora, że dopóki niema światłych i uświadomionych co do praw i obowiązków obywa-

teli, należy całkowitą kontrolę pozostawić w rękach władzy państwowej, wcale nie są przekonywujące, gdyż łatwo zauważyć, że prawo wyborcze sprowadza coraz większy postęp ogólnej cywilizacji, ponieważ do udziału w administracji spraw publicznych, powoływane są coraz szersze warstwy ludności. Pływać nikt się nie może uczyć na piasku, lecz musi być puszczonym na wodę, chociaż tam można utonąć.

Autor omawianego artykułu, powołując się zbawczo na instytucje samorządu miejskiego i wiejskiego, wpatrzył się widocznie w obecny stan samorządu, a nie dopatrzył, że nasz samorząd miejski i wiejski nie jest całkowicie jeszcze rozbudowany, że nasze ciała prawodawcze wciąż jeszcze opracowują projekty samorządów powiatowych i samorządów wojewódzkich. Te instytucje wyznają również kapitalną zasadę, że tylko **samorządy wyższej kategorji mogą wykonywać kontrolę nad samorządami niższej kategorji.**

W dziedzinie ubezpieczeń społecznych posiadamy już Okręgowe Związki i Ogólno-Państwowy Związek Kas Chorych, a więc mamy cały gmach ubezpieczeń społecznych.

Powołanie się na kompetencję Związku Miast jest zupełnie nietrafne, gdyż Związek Miast, jako dobrowolne zrzeszenie przedstawicieli miast, mające za zadanie szerzenie wiedzy samorządowej, nie powstało w drodze ustawowej dla potrzeb Państwa i nie jest wcale organem samorządowym wyższej kategorji.

Z przytoczonych wyżej dwóch form samorządu, trzeba koniecznie wyznawać jedną, a więc odsuwanie Okręgowego Związku Kas Chorych od wszelkiej kontroli nad Kasami musi być uznane za przeczenie istocie samorządu i odrzucenie społecznej teorji ustroju Państwa. Pod wpływem takiej mieszanki ustrojowej, jak to autor proponuje, pozostawali twórcy ziemskiej ustawy z r. 1864 w Rosji. Rosyjski „ziemski isprawnik", obierany wprawdzie przez szlachtę, był postawiony w taką bezpośrednią zależność od gubernatora, że niczem się nie różnił od innych przedstawicieli biurokracji. Ziemstwa nie tworzyły z urzędami państwowemi wspólnej całości.

W przewodniej myśli omawianego artykułu wciąż jeszcze pokutuje duch „ziemskaho isprawnika", chociaż nie znalazł naśladowców w żadnem cywilizowanem państwie, a mistrz Antoni Menger ostrzegał nawet, że ciało reprezentacyjne, mające tylko charakter doradczy, jaki pragnie autor nadać Okręgowemu Związkowi Kas Chorych, nie usuwa wcale wad zarządu biurokratycznego, lecz sytuację jeszcze pogarsza, gdyż wytwarza znachorstwo i dyletantyzm, dający w rezultacie anarchję.

Uznając państwowy charakter w zakresie ograniczonym Kas Chorych, ich Okręgowych Związków oraz Ogólno-Państwowego Związku, nie można wymagać, aby Państwo było wyeliminowane z pod wpływów na wykonywanie prawnych norm, ustanowionych dla prawidłowego funkcjonowania w zakresie tych czynności, jakich Państwo się zrzekło ustawowo na rzecz tych instytucji. Oddziaływanie Państwa wyraża się dostatecznie w prawie rozwiązywania reprezentacyjnych organów samorządowych z obowiązkiem wyznaczenia nowych wyborów, a do tego celu nie potrzeba koniecznie dwutorowej władzy nadzorczej, a projekt nowej ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu, łącząc Kasy i Związki Kas w jedną całość organizacyjną, nadaje prawo nadzoru jednemu organowi, który potrafi dostatecznie zabezpieczyć władzę państwową. Nowy projekt ustawy, który autor nazywa „wyrazem nieszczęśliwego kompromisu", jest właśnie udoskonaleniem idei, wynikającej ze społecznej teorji ustroju Państwa.

Ograniczyć się musimy do tych kilku luźnych uwag, ponieważ ramy niniejszego artykułu nie pozwalają nam, niestety, zatrzymać się dłużej na tym temacie, lecz jedno możemy powiedzieć, że autor osiągnął przeciwny od zamierzonego rezultat, albowiem wywody jego, mające prowadzić do treści i celu, a jak sam powiada do „sensu istnienia" Urzędu Ubezpieczeń, — wykazały same, jak nie można lepiej, zbędność Okręgowych Urzędów.

Dr. med. EDWARD WAJS.

KILKA UWAG O WOLNYM WYBORZE LEKARZA

Artykuł p. Dr. Wajsa ukazał się w „Lekarzu Polskim", ogłaszamy go za zezwol niem autora, w całości, jako pewnego rodzaju rewelację. To co Kasy Chorych głoszą od pierwszego dnia swego istnienia, autor w całości potwierdza. Oczywiście, iż są jednak w artykule pewne niedociągnięcia. Np. nie moglibyśmy zgodzić na „nieusuwalność" lekarzy. Porównanie lekarza z sędzią jest niesłuszne, albowiem nieusuwalność sędziów daje gwarancję bezstronności sądownictwa. Natomiast możliwość zwolnienia lekarza w Kasie Chorych, nie może być przeszkodą w jego sumiennej pracy.

Myli się Szan. Autor twierdząc iż pracodawca popełnił błąd z lekarskiego (fachowego) punktu widzenia, powierzając kierownictwo Kas Chorych nawet **w zakresie lecznictwa** (podkreślenie autora) Urzędom Ubezpieczeń wzgl. jego urzędnikom". W myśl § 99 ust. z 19.V.1920 „Minister Zdrowia Publ. (a więc obecnie Minister Spraw Wewnętrznych) w celu wykonywania nadzoru nad czynnościami Kas Chorych w zakresie lecznictwa mianuje do odpowiedniego Urzędu Ubezpieczeń swego delegata, który wchodzi w skład tegoż". Administracja sanitarna ma więc odpowiedni wpływ na lecznictwo w Kasach Chorych. Te uwagi krytyczne, które artykuł Dr Wajsa wywołuje, nie zmniejszają oczywiście jego wagi. — Red.

Zamiarem moim nie jest bynajmniej kruszyć kopję w obronie Kas Chorych, nie chciałbym również polemizować w tej sprawie, chciałbym jedynie zabrać głos, by uzupełnić przytoczone dane, podnoszone niejednokrotnie w prasie lekarskiej. Pracuję w Kasie Chorych m. st. Warszawy lat 7, i warunki pra-

cy w tej instytucji ubezpieczenia socjalnego są mi doskonale znane.

Czytając niektóre artykuły, odnosi się zawsze wrażenie, że lecznictwo w Kasach Chorych stoi na najniższym poziomie naukowym. Czy doprawdy tak jest? Zapewne istnieją instytucje, w których lecznictwo, zakres udzielania świadczeń chorym, korzystania z sanatorjów i t. d. stoi bez porównania **niżej,** niż lecznictwo w Kasie Chorych. Gdyby tak zapytać pierwszego lepszego pracownika tramwajów miejskich, po ilu latach pracy może mieć przyznane choćby okulary, lub sprawdzić jak to często, naprzykład, lekarz kolejowy, wezwany do chorego kolejarza, wyręcza się felczerem, lub dowiedzieć się, jak wyglądało lecznictwo choćby na kolejkach dojazdowych przed wprowadzeniem Kas Chorych?

Przed wprowadzeniem Kas Chorych nigdy nie słyszeliśmy żadnych narzekań na fabrycznych lekarzy i na system leczenia fabrycznego.

Dzisiaj na wszystkie bolączki zawodu lekarskiego widzimy jedno lekarstwo; zreformowanie Kas Chorych, idące w kierunku przedewszystkiem wolnego wyboru lekarza, i gwałtownej i przymusowej opieki nad biednym ubezpieczonym członkiem Kas.

Jeżeli przyjąć tę tezę, Warszawska Kasa Chorych będzie musiała zatrudnić wszystkich lekarzy, mieszkających w Warszawie (2.200), to dojdziemy do tego, że nawet najbardziej wzięty lekarz przy całej swej sławie i wziętości nie będzie miał wiele do roboty, bo w myśl teorji Darwina, młodszy, jeżeli nie zdolniejszy, to sprytniejszy kolega, sprzątnie mu z przed nosa tę znikomą ilość przypadających na niego pacjentów (500 zdrowych przypada na jednego lekarza).

Otwierając podwoje Warszawskiej Kasy Chorych dla wszystkich bez wyjątku lekarzy, mieszkających w Warszawie, spowodujemy raptowny i olbrzymi napływ lekarzy z początku do Warszawy, a następnie do wielkich miast, i prawdopodobnie doszłoby do tego, że wkrótce byłoby w Warszawie więcej lekarzy, niż chorych.

Zaufanie chorego do lekarza. Czyż doprawdy przypuszczać można, że na 400 — 500 lekarzy, pracujących w Kasie Chorych w Warszawie, ani jeden, doprawdy, nie zasługuje na zaufanie? Z pomiędzy 400 lekarzy każdy chory zawsze może znaleźć lekarza, do którego będzie miał bezwzględne zaufanie.

Ubezpieczeni doskonale sobie zdają sprawę, że i w Kasach Chorych pracuje wielu lekarzy zdolnych, sumiennych, i wypadki, gdy chory jest niezadowolony z leczenia, są doprawdy rzadkie. Trudno przecież przypuścić, by kolega prywatny większą okazał pomoc gruźlikowi trzeciorzędnemu lub rakowatemu, niż lekarz Kasy Chorych. Dla nas lekarzy, tak uspołecznionych jak i prywatnych, jest to zupełnie jasne, jest to zupełnie niezrozumiałe jednak dla mało inteligentnego chorego i... prasy brukowej. W Kasie Chorych niema „nie wolno ci iść do innego lekarza"; w Kasie Chorych każdy członek Kasy może sobie wybrać z pośród pracujących wszystkich lekarzy, jak wiadomo, tego, do którego ma zaufanie. i doprawdy każdy lekarz miał we własnej praktyce wypadki, że naprzykład chory, leczący się na dzielnicy Jagiellońskiej lub Wolskiej, przenosił się dla leczenia na Marszałkowską, by leczyć się u doktora, do którego miał zaufanie. Twierdzenie, że chory nie może mieć zaufania do lekarza, bo lekarz jest jednocześnie mężem zaufania Kasy, jest bardzo problematyczne. Wiemy doskonale, że Zarząd Kasy Chorych nie ma zbytniego zaufania do wszystkich lekarzy i bardzo wielu z nas napewno zostałoby usuniętych, gdyby nie umowa zawarta jeszcze za komisarskich czasów pana Sella. Osobiście nie czuję się, jak i prawdopodobnie większość moich kolegów. zbytnio uzależnionym od Zarządu Kas, uważam jednak, że musi być lojalność względem instytucji, w której się pracuje. Nie znaczy to bynajmniej, że trzeba mieć giętki kark, przeciwnie, znam kolegów, którzy mają bardzo sztywne karki, a jednak są należycie oceniani przez chorych i Zarząd. Prawda, koledzy ci nie korzystają z dziennikarskich usług, koledzy ci spełniają jedynie swój obowiązek, który im nakazuje sumienie. Lekarzem Kasy Chorych nigdy nie kieruje troska o interes Kasy, a troska o dobro chorego, a zresztą tych rzeczy nie wolno i nie można rozpatrywać osobno.

Wyrażam moje najgłębsze przekonanie, że interes chorego jest interesem Kasy, bo czem prędzej chory wróci do zdrowia i odzyska zdolność do pracy, tem mniej będzie pośrednio Kasę kosztował. Po drugie, lekarz jest zawsze lekarzem i przedewszystkiem dba i w interesie własnym zawsze dbać będzie o to, by dać choremu najlepszą pomoc według swego zrozumienia. Oczywiście, trzeba wystrzegać się, by zaufanie do lekarza nie było równoznaczne z innym zjawiskiem, że zaufanie do lekarza nie będzie pewnością, że lekarz nie odmówi zbytecznych kąpieli w Busku lub Ciechocinku, nie będzie kwalifikował chorego z niedomogą serca na wyjazd do Otwocka, które to żądanie dość często się spotyka, szczególnie u bardzo nerwowych pacjentów, którzy zgłaszają się dość często ze słowami: „sześć lat już płacę Kasę, a jeszcze ani razu z niej nie korzystałem", a gdy postronnie przejrzy się jego dokumenty kasowe, to okaże się odwrotnie, że pacjent ten już dostał garnitur ząbków, małżonce swego czasu przyznano pas brzuszny, a i córeczkę przy okazji wysłano do sanatorjum. Są to ludzie, którzy zawodowo uprawiają wykorzystanie zdolności świadczeniowej instytucji ad maximum. Z tym należy walczyć. Jeżeli w praktyce prywatnej jest nam zupełnie obojętnem i nic nie mamy przeciwko temu, by pani X. wyjechała do Ciechocinka, nawet bez uzasadnienia lekarskiego, to lekarz Kasy Chorych, jako szafarz grosza publicznego, musi te rzeczy sądzić objektywnie i przyznawać odpowiednie świadczenia tam, gdzie są one rzeczywiście konieczne. W tych samych warunkach jest organizacja pomocy lekarskiej dla pracowników państwowych, pracowników miejskich, i nikt jednak niema żalu do sfer kierowniczych, że urzędnicy państwowi mają pewien ściśle ograniczony kontyngent lekarzy do swej dyspozycji, że w organizacji pomocy lekarskiej dla pracowników miejskich m. st. Warszawy pracuje grono wybranych lekarzy, a wszyscy mają żal tylko do Kasy Chorych.

Spotykamy się z twierdzeniem, że publiczność nie jest uprzedzona do lekarzy, przyjmujących w lecznicach prywatnych, a jest uprzedzona względem lekarzy Kas Chorych. Nie widzę żadnej różnicy w

pracy lecznicowej i w pracy Kasy Chorych. „Posada", zagwarantowany dochód, w olbrzymiej większości nie istnieją w psychologji lekarza Warszawskiej Kasy Chorych, każdy z nas bynajmniej nie uważa Kasy Chorych za jedyne swe źródło dochodu i prawdopodobnie zawsze przeciwko temu oponować będzie, lecz uważa pracę w Kasie jako jeden z warsztatów swej pracy zawodowej. Olbrzymia większość z nas pracuje jednocześnie w szpitalach, klinikach i właśnie w lecznicach, i jedynie wtedy tylko lekarz byłby powolnym narzędziem w rękach Zarządu Kas, czego się słusznie należy obawiać, gdyby, dając mu 8 — 10 godzin pracy, zabroniono jednocześnie pracować w innych instytucjach.

Niewiem, czy podobne plany i chęci miał kiedykolwiek i jakikolwiek Zarząd Kas. Przez to odrazuby pozbawiono Kasę najzdolniejszych lekarzy, pozostałaby do jej dyspozycji jedynie pewna ilość lekarzy, którzy przez to staliby się naprawdę urzędnikami. Nie sądzę, by to było zamiarem Kasy Chorych.

Formalności załatwiania chorego przy wolnym wyborze lekarza będą zupełnie te same, co i obecnie i zajmą jednakową ilość czasu. Nawet przy zastosowaniu wolnego wyboru lekarza trzeba będzie, być może pod inną nazwą, zostawić tenże personel pomocniczy lekarski, bo nie przypuszczam, by ważenie chorych, robienie zastrzyków, mierzenie ciepłoty, stawianie baniek, zakładanie tamponów i t. d. mieli wykonywać lekarze. Personel urzędniczy prawdopodobnie też by nie uległ regresji, bo przecież musi ktoś kontrolować, czy dany osobnik ma prawo leczyć się w Kasie Chorych, czy też nie.

Nie znam liczby urzędników Warszawskiej Kasy Chorych. Sądzę jednak i zgodzi się ze mną napewno każdy, że ilość personelu administracyjnego na dzielnicach jest niewspółmiernie mała w stosunku do centrali. Przyczyną tego jest etatyzm nadmierny wszystkich naszych instytucji tak prywatnych jak i państwowych, i nic to nas lekarzy obchodzić nie powinno, **bo za gospodarkę Kas Chorych nie ponosimy przecież żadnej odpowiedzialności.** Możemy ją krytykować lub wychwalać jako zwyczajni obywatele, lecz skoro **prawnie** jesteśmy tylko pracownikami, odpowiadającymi zaledwie za pracę w swoim zakresie, to nie powinny nas obchodzić deficyty czy dochody pracodawcy.

Gdyby społeczeństwo naprawdę chciało wolnego wyboru lekarza, toby go dawno już przeprowadziło. Jeżeli kto uważa system ambulatoryjny za konkurencję na tle protekcji i złych instynktów, to my odwrotnie uważalibyśmy wolny wybór lekarza jako konkurencję po linji mniejszego oporu. Lekarz w Kasie Chorych powinien być jak sędzia niezależnego sądu, **nieusuwalny,** jedynie Zrzeszenie Lekarzy (tak jak jest obecnie) może wyrazić swe placet na usunięcie tego lub innego kolegi.

Nieraz się pisze, że jest obrazą godności robotnika, posądzenie go o to, iż nie posiada on sam zdolności do wyszukania sobie najodpowiedniejszego dla siebie lekarza. Nie, jest obrazą godności robotników, obrazą godności lekarza, jeżeli się twierdzi, że z pośród 400 lekarzy, chory robotnik nie potrafi wybrać ani jednego, któryby zasługiwał na jego zaufanie.

Niebezpieczeństwo zarażenia się wszędzie i zawsze jest jednakowe, czy to będzie tramwaj warszawski, czy ambulatorjum szpitala, czy też gabinet i poczekalnia bardzo wziętego lekarza, szanse są prawie zupełnie jednakie. Zarzuty, że w ambulatorjum lekarz nie może pozostać dłużej, aniżeli pozwalają mu na to wyznaczone godziny, jest raczej zaletą, niż stroną ujemną. Należy umieć jedynie zorganizować swą pracę tak, by zawsze być w możności przyjąć wszystkie wydane do siebie numerki. Dwie rzeczy tylko wymagają natychmiastowej interwencji i znakomicie by zmniejszyły natłok, panujący w ambulatorjach. Musimy przyjąć uprzednio 2 tezy:

I. Do ambulatorjum zasadniczo nie zgłaszają się obłożnie chorzy.

II. Istnieje w Kasie Chorych pewne grono lekarzy (tak zwani Kassen-Löwe), którzy słusznie, czy też mniej słusznie cieszą się wielką popularnością u chorych. Piszący te słowa ma, niestety, nieszczęście należeć do tego grona, i zaręczam, że gdyby ci lekarze zamiast przyjmować 2 — 3 godz., przyjmowali 8 — 10 godz., to by też mało było, by załatwić wszystkich, zgłaszających się chorych.

Większość skarg na Kasę Chorych jest właśnie oparta na tem, że wszyscy chorzy zgłaszają się do tych nielicznych lekarzy, wytwarzając przez to zbytni natłok, ale to jest właśnie zaufanie do lekarzy Kasy Chorych. Jeżeli ludzie na kilka dni muszą uprzednio zgłosić się do każdego ze znanych lekarzy warszawskich i na kilka tygodni przed terminem do p. Wojnowskiego i nikt tego nie uważa za rzeczy zdrożne i z prawem niezgodne, to tę samą miarę trzeba zachować w stosunkach kasowych. Na to niema rady, czy to będzie Dr. X na Marszałkowskiej, czy Dr. Z. na Mławskiej, czy Dr. Y na Żytniej, miary będą te same. Należy wprowadzić uprzednie zapisy. Idźmy jednak dalej. Jak często w życiu prywatnem chorzy ograniczają swe porady do telefonicznej rozmowy z lekarzem! Są to fakty wszystkim znane. Nic podobnego niema w Kasie.

W podobnych warunkach, jak obecnie Kasy, znajdowały się jeszcze przed niedawnym czasem organizacje pomocy lekarskiej dla pracowników państwowych. Wprowadzono mało płatne karty porady i zaszczędzono stąd ogromne sumy wskutek zmniejszenia ilości porad o połowę, co pozwoliło nawet na znaczną zwyżkę uposażenia personelu lekarskiego. Ta miara przydałaby się we wszystkich Kasach Chorych, nauczonoby się więcej szanować instytucję, jej czas i lekarstwa.

Trzecim momentem, znakomicie upraszczającym lecznictwo Kasy, byłoby należyte zorganizowanie sprawy powtarzania recept. Oczywiście, nie należy dążyć do tego, by chory, który przyszedł powtórzyć np. butelkę tranu lub butelkę Arsohemogenu — musiał tracić na tę manipulację tyle czasu, ile traci czasu chory, udający się na poradę do lekarza — wtedy odpadnie według moich zupełnie ścisłych obliczeń do 40% zupełnie niepotrzebnie przesiadujących chorych w ambulatorjach.

Czy przy wolnym nieograniczonym wyborze lekarza zajdą jakieś zmiany na lepsze? Co ulegnie zmianie? Nasi wschodni sąsiedzi, w czasie stwarzania raju na ziemi, wprowadzili pewne przysłowie, które doskonale pasuje do sytuacji obecnej: — **„Ana-**

nasów dla wszystkich nie starczy!" Tak jest, parafrazując to zdanie, powiemy, że pracy dla wszystkich nie starczy, że jeden będzie miał jej więcej, drugi mniej, trzeci zupełnie nic. Na to nie pomoże żaden wolny, tajny lub inny 5-cio przymotnikowy wybór lekarza, jest to niezłomne prawo życia, i wszelkie próby nasycenia wszystkich lekarzy, podobnież jak próby napełnienia dosytnego wszystkich żołądków i zrównania wartości mózgów pozostaną utopją wiecowo-demokratyczną. Przy „wolnym" i t. d. wyborze lekarza zmieni się jedynie miejsce pracy i pozatem absolutnie nic. Można przypuścić jeszcze, że w początkowych okresach funkcjonowania tego systemu chorzy będą lepiej badani. Ale będzie to faza przejściowa i potem wszystko pójdzie po dawnemu.

Wprowadzimy natomiast nowy czynnik, który będzie decydował o wziętości lekarza, nie będzie to wiedza fachowa, lecz wydajność lekarza w dziedzinie świadczeń ze strony Kasy na rzecz chorego. Pojawią się zgoła zbyteczne zabiegi (popularność jest tak miła): konsekwencje będą i dla lekarza i dla materjalnych i moralnych interesów Kasy. Co na tem zyska lekarz?

Doprawdy niewiele, zamiast problematycznej zależności od Zarządu (piszący te słowa ostatni raz był w biurach Zarządu 3 lata temu!), każdy z nas będzie narażony na to, że, gdy „nie będzie chciał machnąć ręką", będzie narażony na bezpośrednie uzależnienie swej osoby od 1000 — 2000 mniej lub więcej mało inteligentnych chorych. — „Dawaj, bo mi się to należy!", „Dawaj, bo chcę" weźmie stanowczo górę nad obecną maksymą: „przyznaję dane świadczenia, bo jest to ci potrzebne".

I znowuż ten lekarz, który będzie leczył zgodnie ze swym przekonaniem, ze swym sumieniem, który nie będzie chciał iść na kompromisy z chorymi o niewysokim przeważnie poziomie kulturalnym, będzie złym lekarzem! Zaszłaby wtedy stanowczo potrzeba wprowadzenia jeszcze jednej instytucji kontrolującej, spowodowałoby to zaognienie i tak niezbyt miłych stosunków międzylekarskich (Homo homini lupus est, medicus medico lupissimus!).

Wolny wybór lekarza np. w Poznaniu spowodował ograniczenie liczby „punktów", które lekarz może policzyć Kasie Chorych w swym rachunku miesięcznym.

Inne organizacje lekarskie, stojące na tejże płaszczyźnie pojęć, wprost żądają równomiernego rozdzielenia chorych między wszystkich miejscowych lekarzy. I to ma być wolny nieograniczony wybór lekarza? Czy to nie jest prędzej wyraźne dążenie do równomiernego podziału zarobków, nie mające nic wspólnego z tak okrzyczanem dobrem chorego.

„Brak wolnej konkurencji spowoduje upadek stanu lekarskiego: lekarze nie będą studjowali, nie będą się kształcili itd." Wolne żarty, panowie. Kasy Chorych w Polsce istnieją lat 8, lekarze się kształcą, piszą, pracują, studjują w dobrze zrozumianym interesie własnym, młode i średnie pokolenie lekarskie dba o swe dalsze samokształcenie, a jeżeli grono starszych kolegów poświęciło całkowicie teorję dla praktyki, to w ich wieku jest to raczej objawem fizjologicznym i zawsze napewno tak było.

Mielibyśmy kilka życzeń jednakże i pod adresem Zarządów. Kasy Chorych nie powinny tracić sprawiedliwości i bezstronności względem lekarza kasowego. Lekarz, nie obarczony odpowiedzialnością za całokształt gospodarki Kasy Chorych, nie powinien narzucać się na nieproszonego opiekuna, nie, lecz powinien mieć przyznany należny swemu stanowisku w społeczeństwie i swej fachowości wpływ na sprawy, związane z lecznictwem. Zarządy Kas powinny unikać zbytecznych tarć z lekarzami, bo zgoda pomiędzy obu stronami leży przedewszystkiem w obopólnym interesie.

Za winy prawodawstwa nie należy winić Zarządów Kas.

Prawodawca popełnił błąd z lekarskiego (fachowego) punktu widzenia, powierzając kierownictwo Kas Chorych nawet **w zakresie lecznictwa** Urzędom Ubezpieczeń, względnie jego urzędnikom. Lekarzom zaofiarowano stanowiska wynajętych na godziny urzędników, lecz jest to wina prawodawstwa jedynie, które, odpowiednio do epoki, w której żyjemy, cechuje się „radosną twórczością" i zajmowaniem stanowisk i funkcyj przez ludzi, którzy do tego może najmniej się nadają.

Bezkarność „radosnej twórczości" i być może powiewy ze wschodu wytworzyły w pewnym odłamie społeczeństwa niezdrowy pogląd, że specjaliści są zgoła zbyteczni, jeżeli nawet nie szkodliwi dla sprawy demokracji. Tym duchem prawdopodobnie był przesiąknięty suwerenny sejm, który jako prawodawca przyjął ustawę o ubezpieczeniu na wypadek choroby w jej brzmieniu i sensie dzisiejszym.

Jako leitmotiv żądania wolnego nieograniczonego wyboru lekarza przeciwnicy dotychczasowej gospodarki Kas Chorych kładą takie dowody jak konieczność ochrony średnio - zamożnej inteligencji, ustanowienie górnej granicy dochodu i t. d. Czyż, doprawdy, ta średnio-zamożna inteligencja, w której obronie, nawet nieproszeni, wstępujemy, jest doprawdy tak mało inteligentna, że nie może sama wystawić swych żądań, nie może sama bronić swych praw, swej kieszeni, lecz musi do tego powołać innych opiekunów i koniecznie — lekarzy?

A może przyczyny napaści na Kasy Chorych są inne?

Spojrzyjmy rzeczywistości śmiało w oczy. W ciągu kilku ostatnich lat w Polsce przybyło ponad 50% lekarzy, pomimo, że ludność wzrosła około 10%, a stan materjalny ludności uległ od czasu siwków pana Grabskiego widocznemu zubożeniu.

Jeżeli dalej nadprodukcja pójdzie w tym samym tempie, to za kilka lat będzie zawód lekarski w Polsce mniej więcej w tej samej sytuacji, w jakiej Niemcy znalazły się jeszcze przed wojną, gdy Wydziały Lekarskie Uniwersytetów niemieckich zwróciły się z gorącym apelem i ostrzeżeniem do młodzieży niemieckiej, by nie wstępowała na medycynę. Pamiętamy, że wtedy Niemcy miały 1 uniwersytet na 8 miljonów ludności, a my obecnie mamy jeden uniwersytet na 5 miljonów ludności. Jeżeli uwzględnimy jeszcze, że 50% conajmniej studjującej na uniwersytetach niemieckich młodzieży było przeznaczone na eksport (rosyjscy żydzi, rosjanie, południowi amerykanie, chińczycy, japończycy, przedstawiciele małych narodów bałkańskich...), że cała zaś nasza pro-

dukcja musi być rozmieszczona na rynku wewnętrznym ubogiego państwa, to zrozumiemy, że stanowczo produkujemy za dużo, i bardzo szybko liczba doktorów medycyny przekroczy w Polsce nawet liczbę byłych austryjackich doktorów prawa, czy filozofji, czy też kaligrafji.

Nadmierna podaż obniża ceny, jest to niezłomne prawo ekonomji, już dziś doszliśmy do tego, że lekarz otrzymuje za wizytę u chorego wyraźnie złotych 3 gr. 50, w organizacji pomocy lekarskiej dla urzędników państwowych jeszcze mniej, a w żydowskich towarzystwach, które mienią się być dobroczynnemi, albo bardzo mało, albo zgoła nic.

Jeżeli dla celów reprezentacyjno - politycznych musimy mieć wszędzie uniwersytety w obecnej ilości, to albo ograniczmy ilość nowych słuchaczów, albo znieśmy niektóre wydziały, inaczej dojdziemy do tego — i to w niedalekiej nawet przyszłości, — że lekarz, człowiek z uniwersyteckiem wykształceniem, po 15 — 20 marnowanych na studja latach, będzie zarabiał przez całe życie mniej, aniżeli w początku swej karjery życiowej zarabia niewykwalifikowany robotnik miejski.

Żyjemy obecnie w epoce nieustabilizowanej wogóle. Jeszcze przed kilkunastu laty warunki życia były lżejsze, ludzie w wieku znacznie wcześniejszym osiągali minimum egzystencji, zwykle nie groziła im żadna redukcja, żadne skończenie kadencji, zakładali ogniska rodzinne, dorabiali się, płacili podatki, wychowywali nowych członków społeczeństwa, nowonarodzone dziecko nie było przekleństwem lub nieszczęściem.

Dziś czasy i warunki życia zmieniły się radykalnie. W epoce „radosnej twórczości" nikt nie jest pewnym stanowiska, pracy, nieletni emeryci są bardzo modni, nawet posady w magistrackich szpitalach przyrównano do stanowisk klinicznych i określono bardzo ściśle czas ich trwania, zawieszając w dodatku miecz Damoklesa w postaci corocznych przedłużeń. Byle powód wystarcza dla usunięcia człowieka z zajmowanego stanowiska: wszystko jedno, czy to będzie zmiana profesorów na danej katedrze uniwersyteckiej, czy śmiało wypowiedziane „rewolucyjne" zdanie wobec zwierzchnika, czy obiecane posady partyjnemu koledze J czy mimowolnie opóźnienie się na wizytację jednego z bardzo licznych dostojników. Jakość pracy zmienia ilość pracy. Wszystkie wolne ubikacje w Warszawie przerobiono na lecznice bokami robiące, 60 pozwoleń jeszcze niewykorzystanych, filantropijne Linas Hacedeki na każdym rogu ulicy, czyniące dobroczynność z kieszeni lekarza. Ambulatorja przy każdym szpitalu, ambulatorja przy każdej instytucji dobroczynnej (punkt honoru mieć własne ambulatorjum), brak uzgodnionego postępowania ze strony lekarzy, brak inicjatywy ze strony Izb lekarskich — oto są przyczyny upadku materjalnego stanu lekarskiego. Gdy przed wojną światową na miljonową ludność Warszawy mieliśmy poniżej tysiąc lekarzy, to obecnie mamy ich przeszło dwa tysiące! Czy nie w tem również należy szukać przyczyny obniżonych zarobków?

Kasy Chorych — przeciwnie, dały utrzymanie tysiącom lekarzy.

Jasnem jest więc, że ogarnia nas trwoga o przyszłość, trwoga odznaczająca się nerwowem szukaniem domniemanych środków zaradczych, wszystko to powoduje rozbieżność poglądów w sferach lekarskich i brak poważnej akcji zaradczej.

Przesilenie w stanie gospodarczym zostało spowodowane wielkiemi zmianami polityczno - socjalnemi w strukturze obecnej państwowości (szczególnie S. S. S. R. i Polska).

Przesilenie materjalne, w którem znajduje się świat lekarski u nas i zagranicą nawet przy najszerzej ujętym wolnym, nieprzymuszonym wyborze lekarza, nic nie traci na swej ostrości i nie straci.

„Dr. med. Willman jest kolektorem pruskiej loterji państwowej w Berlinie". Jest to jeden z dowodów (cytow. ściśle według „L. - k. ch."), że lekarze nie mogą się utrzymać z praktyki i zmuszeni są przerzucać się na pola działania, w żadnym związku z medycyną nie będące.

W Bawarji 65-letni lekarz F. S. wskutek niedostatku materjalnego otruł się morfiną i zmarł w 5 godzin potem w szpitalu („Lekarz Kasy Chorych" Nr. 30, 1928). A przecież tam jest wolny nieprzymuszony wybór lekarza!

OSWALD EINFELD.

LECZNICTWO W UBEZPIECZENIU INWALIDOWEM NIEMIEC.

W związku z omawianą u nas od szeregu lat sprawą wprowadzenia ubezpieczenia robotników na wypadek inwalidztwa i starości, poruszoną ostatnio znowu w rezolucji Sejmu, pewne zainteresowanie budzić mogą — z punktu widzenia działalności Kas Chorych — doświadczenia z ubezpieczenia inwalidowego w Niemczech, które wskazują, jak potężną dźwignią poprawy stosunków zdrowotnych i tężyzny fizycznej mas pracujących stać się mogą instytucje tego ubezpieczenia. Dzisiaj, gdy ubezpieczenie inwalidowe obowiązuje u nas tylko na obszarze b. dzielnicy pruskiej i Górnego Śląska, prawie cały ciężar ochrony zdrowia mas pracujących spoczywa na Kasach Chorych, które ponosić muszą także ciężary, spowodowane okolicznością, że większość niezdolnych już właściwie do pracy ludzi, trzyma się kurczowo pracy aż do ostatnich dni żywota. O tej stronie problematu zapomina się u nas dość często przy ocenie działalności Kas i przy porównywaniu ich z Kasami zagranicznemi, a zapominać nie wolno, jeśli się chce wydać sąd sprawiedliwy i rzeczowy.

Instytucje ubezpieczenia inwalidowego w Niemczech, rozporządzając poważnemi środkami finansowemi, stały się pierwszorzędnymi współpracownikami Kas Chorych w walce o zdrowie publiczne. Już w pierwszych latach swego istnienia zrozumiały one,

że najlepszą i najbardziej celową będzie gospodarka instytucyj wówczas, gdy przezwczesne leczenie i zapobieganie chorobom przyczyni się do podniesienia ogólnego stanu zdrowia mas ubezpieczonych i zmniejszenia przyszłych ciężarów na świadczenia rentowe. To też odrazu rozpoczęły na dość szeroką skalę akcję leczniczą i zapobiegawczą zwłaszcza w kierunku zwalczania **gruźlicy,** jako najzłośliwszego wroga ludności pracującej, a od roku 1914 skierowały swoje wysiłki także przeciw szerzącym się **chorobom wenerycznym.** Niezależnie od tego zasilają instytucje ubezpieczenia inwalidowego bardzo wydatnie swojemi funduszami społeczną akcję budowlaną, stojąc na stanowisku, że wiele chorób ma swoje źródło lub conajmniej przychylne podłoże rozwojowe w złych warunkach mieszkaniowych.

Aby ocenić wielkość wysiłków, podejmowanych przez ubezpieczenie inwalidowe w Niemczech w powyższych kierunkach, warto przytoczyć niektóre dane ze specjalnej publikacji oficjalnej *), odnoszące się do roku 1926.

Zakłady ubezpieczenia inwalidowego mogą wdrożyć leczenie ubezpieczonej osoby, jeśli spodziewają się przez to zapobiec przedwczesnemu inwalidztwu. Mogą jednak także poddać leczeniu osoby, pobierające renty inwalidzkie lub wdowie, jeśli tą drogą mogą im przywrócić zdolność do zarobkowania. W razie wdrożenia leczenia ciąży na instytucji obowiązek, udzielenia utrzymywanej przez leczonego rodzinie zasiłku pieniężnego.

W roku 1926 wydały instytucje ubezpieczenia inwalidowego na akcję leczniczą ponad 50 miljonów mk., lecząc 268.069 osób, wśród których 158.118 było mężczyzn i 109.951 kobiet. Z tytułu tych wydatków otrzymały instytucje blisko 15 miljonów mk. w formie zwrotów od Kas Chorych, Zakładów Ubezpieczeń od wypadków, Zakładów ubezpieczenia pracowników umysłowych i od gmin. Z ogólnej sumy, wydanej na lecznictwo, przypada około 6 milj. mk. na zasiłki dla rodzin. W porównaniu z r. 1900 wydatki na lecznictwo wzrosły prawie 10-krotnie, a w porównaniu z r. 1910 2-krotnie.

Przeciętny wydatek na lecznictwo wynosi w r. 1926 na 1 ubezpieczonego 3,84 mk., a w stosunku do zbioru składek 7,6 proc.

Leczenie gruźlicy objęło w r. 1926 ogółem 49,495 osób, z których ogromna większość, mianowicie 49,153 dotkniętych było gruźlicą płuc lub gardła, a tylko 197 gruźlicą kości i 145 gruźlicą skóry. Koszty ich leczenia wymagały ogółem 26 milj. mk. Chorzy na gruźlicę płuc lub gardła przebywali średnio 70 dni w leczeniu zakładowem, a każdy dzień chorego wymagał 7,55 mk. kosztów. Przy gruźlicy kości okres leczenia wynosił średnio 115 dni, a na każdy dzień przypadało 6,13 mk. kosztów. Leczenie chorych na gruźlicę skóry, prowadzone przeważnie ambulatoryjnie, trwało średnio 4,8 miesięcy i wymagało przeciętnie na jednego chorego 347,78 mk. kosztów.

Akcja instytucyj ubezpieczenia inwalidowego z Kasami Chorych, przyczyniła się poważnie do obw dziedzinie walki z gruźlicą, prowadzona łącznie niżenia śmiertelności z gruźlicy, która w ostatnich latach przed wojną i w pierwszych latach po wojnie wynosiła około 12,2 na 10.000 ludności, a w. r. 1925 wynosiła już tylko 10,7. Jeszcze w r. 1923 gruźlica stanowiła, po chorobach narządu krążenia, najważniejszą przyczynę zgonów, a w r. 1925 przesunęła się już wśród tych przyczyn na trzecie miejsce.

Walka z chorobami wenerycznemi prowadzona jest przy pomocy gęstej sieci specjalnych poradni, których pierwszą utworzono w 1914 r., a których liczba ze 104 w roku 1917 wzrosła do 187 w roku 1926. W poradniach tych ustalono w 1924 r. 26,394 nowych chorych wenerycznie, w 1925 r. 47,899 chorych, a w 1926 r. 55.566 chorych. Ponieważ na początku 1926 r. z poprzednich lat pozostało w obserwacji 103.966 osób, więc poradnie miały w obserwacji w 1926 r. ogółem 159.532 osoby. Na poradnie te wydatkowały instytucje ubezpieczenia inwalidowego w r. 1926 ponad 600 tys. mk.

Poradnie te dostępne są także dla osób nieubezpieczonych, które w coraz większych rozmiarach korzystają z ich pomocy. Z pośród chorych wenerycznie objęto leczeniem na koszt instytucji ubezpieczenia inwalidowego w 1926 r. ogółem 13.627 osób. W zakładach leczniczych umieszczono z tego 1.272 osoby, ambulatoryjnie leczono 12.355 osób, a ogólne koszty leczenia wyniosły blisko 1 milj. mk., z czego na leczenie szpitalne przypada 172 tys. mk., a na leczenie ambulatoryjne 814 tys. mk.

Na leczenie szpitalne zużyto 62217 dni, czyli przeciętnie na 1 chorego 49 dni szpitalnych. Przeciętny dzienny koszt leczenia szpitalnego wynosił 2,77 mk., a przeciętny koszt leczenia chorego w szpitalu 135,39 mk. Przeciętny koszt leczenia ambulatoryjnego wynosił na 1 chorego 65,84 mk.

Z innych chorób, leczonych przez instytucje ubezpieczenia inwalidowego, na pierwszy plan wybijają się zarówno co do liczby leczonych, jak i co do kosztów — **choroby zębów i jamy ustnej.**

Ponieważ w myśl przepisów ustawy leczenie może być zastosowane tylko w wypadkach grożącego inwalidztwa, więc i pomoc odnosi się tylko do cięższych wypadków braku uzębienia, mogących spowodować poważne zaburzenia wewnętrzne. Z ogólnej liczby 205 tys. osób leczonych z powodu „innych chorób" kosztem 23 milj. mk., 149 tys. osób i 8 milj. mk. przypada na choroby zębów i jamy ustnej.

Kilka słów godzi się jeszcze powiedzieć o rezultatach leczenia. Z pośród osób leczonych w zakładach zamkniętych, nie licząc tych osób, które przed czasem przerwały leczenie, zakończono leczenie z rezultatem pomyślnym u 91 proc. chorych na gruźlicę płuc lub gardła, u 82 proc. chorych na gruźlicę skóry, u 65 proc. chorych na gruźlicę kości i stawów, oraz u 93 proc. leczonych na „inne choroby".

Dla wykonania swej szeroko zakrojonej akcji leczniczej posługują się instytucje ubezpieczenia inwalidowego własnemi lub dzierżawionemi **zakładami leczniczemi.** W roku 1926 posiadały one takich zakładów leczniczych 108 z ogólną liczbą 13,846 łóżek, podczas gdy w 1900 r. miały ich zaledwie 16 z ogólną liczbą 1207 łóżek. Dowodzi to ogromnego

*) Heilfürsorge in der Invalidenversicherung 1926 (dodatek do „Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamtes 1927 Nr. 11).

tempa rozwoju lecznictwa i wskazuje, jak wielką rolę w dziedzinie pomocy szpitalnej odgrywają instytucje ubezpieczeń społecznych. W 58 zakładach leczenia gruźlicy było ogółem 7858 łóżek, a w 50 sanatorjach, szpitalach, domach dla ozdrowieńców — 5988 łóżek. Z ogólnej liczby 13.846 łóżek, będących w rozporządzeniu instytucyj ubezpieczenia inwalidowego we własnych lub dzierżawionych zakładach leczniczych, 7535 łóżek przeznaczonych jest dla mężczyzn, 4.789 dla kobiet i 1522 dla dzieci.

Oprócz akcji bezpośredniej, dotyczącej leczenia chorych, prowadzą jeszcze instytucje ubezpieczenia inwalidowego szeroką akcję pośrednią w walce z chorobami, subwencjonując wydatnie budownictwo szpitalne, poradnie społeczne, opiekę nad dziećmi i t. p. Ważną dziedziną ich akcji pośredniej, w kierunku zwalczania chorób przez poprawę warunków mieszkaniowych, jest też udzielanie taniego kredytu na budownictwo mieszkań robotniczych. Stan tych kredytów, który w końcu 1925 r. wynosił 33 milj. mk., wzrósł do końca 1926 r. na 58 milj. mk. Z kwoty tej było umieszczonych za pośrednictwem spółdzielni mieszkaniowych, spółek budowlanych i innych organizacyj społecznych 22 milj. mk., za pośrednictwem samorządów 22 milj. mk., a 13 milj. mk. udzielono bezpośrednio robotnikom na cele budowlane, gdy pracodawcom, budującym mieszkania robotnicze, udzielono pożyczek na 800 tys. mk. Zaznaczyć jeszcze należy, że oprócz tego w akcji budowlanej użyteczności publicznej, jak budowa szpitali domów dla inwalidów, kąpieli ludowych, wodociągów, kanalizacji i t. p., ulokowano do końca 1925 około 15 milj. mk., a we własnych szpitalach, zakładach leczniczych i t. p. około 44 milj. mk.

SAMUEL KLACZKO

O SYSTEMIE STATYSTYKI W KASACH CHORYCH.

(Artykuł dyskusyjny).

W Nr. 2 „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych" za rok bieżący znajdujemy artykuł p. t. „Jaka powinna być statystyka w Kasach Chorych". W artykule tym p. Karol Jaroszewski proponuje zmianę systemu statystyki w Kasach Chorych.

Niema dwuch zdań, iż kwestja unormowania statystyki w naszych Kasach Chorych jest sprawą bardzo poważną i dlatego też wszelkie projekty i próby tego rodzaju zasługują na pilną uwagę czynników i kół zainteresowanych i miarodajnych. Rozpatrzmy wobec tego nieco bliżej wskazany projekt p. Karola Jaroszewskiego i spróbujmy ustalić, czy się nadaje, czy też jest nie do urzeczywistnienia i zastosowania w Kasach Chorych.

Zaczniemy nasze uwagi krytyczne, wskazując przedewszystkiem na to, iż p. Karol Jaroszewski w artykule swym ani razu nie dał nam ścisłego określenia celów statystyki kasowej. Wszystko to, co pod tym względem zostało wypowiedziane przez Szanownego Autora, jest raczej charakterystyką znaczenia i roli społecznej statystyki kasowej i bezpośredniej a ścisłej definicji zastąpić nie może.

Zdawaćby się mogło, iż zarzut tego rodzaju nie jest tak istotny. Czy z kropką, czy bez kropki, byle i wypowiedziane było. Mojem zdaniem, tu właśnie najpotrzebniejszą jest myśl ścisła, tu właśnie o tę kropkę chodzi. Każdy doświadczony statystyk wie dobrze, iż w statystyce jak w wojsku: cel, zadanie do wykonania musi być najściślej określone, inaczej można dojść do rezultatów niepożądanych, albo nawet wręcz przeciwnych, niż postawione.

Tak jest właśnie w danym wypadku. Utrata ścisłej definicji celów statystyki kasowej w artykule p. K. Jaroszewskiego odbija się w sposób fatalny na systemie jego, powoduje bowiem z kolei tak szerokie określenie zadań praktycznych statystyki, iż to wyprowadza nas daleko poza ramy kasowe. Biorąc rzecz odwrotnie, można powiedzieć też, iż zakreślenie na tak szeroką skalę programu praktycznego statystyki kasowej nie pozwoliło naszemu autorowi na jasną definicję celów statystyki w Kasach Chorych.

Cele te są dwojakie. Z jednej strony statystyka powinna gromadzić materjały statystyczne ze względów czysto sprawozdawczych, z drugiej zaś — ze względów na konieczność stałej kontroli charakteru i kierunku działalności Kasy w celu znormalizowania jej oraz osiągnięcia skutków najkorzystniejszych. O pierwszym celu, mimochodem mówiąc, Szan. Autor wcale nie wspomina; co zaś do drugiego, na który p. K. Jaroszewski zwrócił wyłącznie uwagę, zapytać przedtem musimy, jak się rzecz przedstawia w praktyce.

Najpierw jednak krótka uwaga, co do podziału samych zadań statystyki proponowanych przez p. K. Jaroszewskiego.

A zatem autor odróżnia:

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

Zauważam, iż podział ten nie jest trafny. O wiele słuszniejszym i naturalny bezwzględnie byłby podział następujący, a mianowicie:

1) Statystyka uprawnionych.
2) Statystyka świadczeń Kas Chorych:

a) statystyka pomocy lekarskiej (we wszystkich jej formach, jak to: pomoc ambulatoryjna, domowa, szpitalna, uzdrowiskowa i środków i zabiegów pomocniczo - lekarskich),

b) statystyka świadczeń pieniężnych,

c) statystyka niezdolności do pracy z powodu choroby i połogu.

3) Statystyka finansowo - administracyjna.

Po tej uwadze przejdziemy do zakresu pracy w dwuch zasadniczych działach (ubezpieczeniowych, chorych i chorób), jak go ujmuje p. K. Jaroszewski. W dziale ubezpieczeniowych zaleca się prowadzenie tabel dziennych, miesięcznych i rocznych w ruchu ubezpieczonych względnie zawodu, płci, wieku i zarobku. Równolegle i w związku z tem należy w dziale następnym prowadzić również tabele dzienne, miesięczne i roczne w ruchu chorych według chorób, zarobku, płci, zawodu i t. d. i t. d. Zebrany tu materjał posłuży do procentowego porównywania chorób według zawodu, wieku, płci i wpływu dobrobytu na stan zdrowotny.

Bardzo przepraszam Szan. Autora, ale przyznam się szczerze: wątpię, iżby można było zrealizować tego rodzaju propozycję: Czy p. Jaroszewski naprawdę zdaje sobie sprawę z tego, jaki ogrom pracy chce narzucić naszym Kasom? Czy rozumie, iż takiego ciężaru nie będzie w stanie ponieść żadna Kasa, od najmniejszej do największej nawet? Czy zastanowił się nad wartością tej pracy, która nawet z punktu widzenia teoretycznego będzie bardzo nikłą. Otóż Kasa Chorych m. Warszawy spróbowała już operować materjałem w ten sposób zebranym i to dało p. O. Einfeldowi podstawę do twierdzenia, iż materjały statystyczne z ruchu zgłoszeń, nawet zachowując największą ostrożność, nie nadają się do oceny ustosunkowania ubezpieczonych według wieku *) i dodamy od siebie według zawodu, zarobku i t. d.

Tem samem staje się niemożliwem wszelkie porównanie procentowe chorób do ubezpieczonych według płci, zawodu, wieku i wpływu dobrobytu na stan zdrowotny. Wogóle dziwnem wydaje mi się, że tego rodzaju kombinacje wychodzą z ust fachowców.

Dalej pozostaje niewyjaśniona strona organizacyjna p. K. Jaroszewskiego. Coprawda p. Jaroszewski jest za tem, by statystyka nie obciążała zbytnio kosztów administracyjnych w Kasach, ale jak udowodniliśmy powyżej, faktycznie będzie zupełnie inaczej. Mimochodem rzuca autor parę uwag o trudnościach, wynikających dla Kas małych, ale naogół p. K. Jaroszewski uważa niewątpliwie swój system za możliwy do przyjęcia we wszystkich bez wyjątku Kasach, bez względu na charakter i wielkość Kasy. Nie ulega jednak wątpliwości, iż ujednostajnienie statystyki w Kasach w sposób tak mechaniczny da bezwzględnie wyniki ujemne.

Dla uniknięcia tego, koniecznem jest zastosowanie się do możliwości organizacyjnych i finansowych Kas, dzieląc je w tym wypadku na trzy grupy: Kasy małe, duże i średnie z tem, iż dla wszystkich Kas ustala się jednolity minimalny program statystyczny, który bardziej nieco rozszerza się w Kasach średnich, zaś jeszcze bardziej w Kasach dużych. W ten tylko sposób będziemy mogli uzyskać wartościowy materjał statystyczny, nadający się w pewnym zakresie do porównań i wniosków ogólnych, w zakresie specjalnym dla Kas każdego z tych typów i obciążający Kasy w miarę ich sił i środków.

Ze względu właśnie na tę bardzo ważną okoliczność, projekt p. K. Jaroszewskiego nie wytrzymuje krytyki i zdaniem mojem, nie może być w praktyce zastosowany w naszych Kasach Chorych.

Sądzę jednak, iż taki jest los każdej indywidualnej próby tego rodzaju. System statystyki odpowiedni, dobrze obmyślany, wszystkie trudności rozwiązujący i wszystkich zadawalniający, może powstać tylko jako wynik pracy kolektywnej. Każda zaś próba indywidualna będzie zawsze nosiła na sobie wyraźne ślady doświadczenia osobistego w Kasie jednego typu, a więc będzie może odpowiednią dla danego typu, jednak nie zaspokoi potrzeby Kas typów innych.

Dlatego też koniecznem jest zwołanie najrychlejszej konferencji statystyków kasowych, któraby nareszcie ustaliła zakres i zadania statystyki w Kasach Chorych, jej podstawy i formy organizacyjne, wyznaczyła organ, któryby zgodnie z temi wskazaniami opracował system statystyki, celem niezwłocznego zastosowania w Kasach.

Jest to chyba jedyny sposób właściwego rozstrzygnięcia tak ważnej dla Kas Chorych sprawy organizacyjnej, jaką jest statystyka.

*) Patrz Nr. 2 „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych" za rok 1927. Artykuł o stosunkach zawodowych i zarobkowych członków Kasy Chorych m. Warszawy.

KRONIKA.

ZJAZD LEKARZY I PRZEDSTAWICIELI KAS CHORYCH, ZRZESZONYCH W OKRĘGOWYM ZWIĄZKU KAS CHORYCH W KRAKOWIE.

Dnia 27 czerwca b. r. odbył się zjazd lekarzy i przedstawicieli Kas Chorych. Przedmiotem obrad zjazdu były dwa zagadnienia nader aktualne dla wszystkich Kas Chorych: 1) Akcja zapobiegawcza w Kasach Chorych, 2) Zagdnienie reumatyzmu.

Obrady zagaił dyrektor Związku Klemensiewicz, przewodnictwo zjazdu objęli: dr. Stahr, naczelny lekarz Kasy Chorych m. Krakowa i p. Miłkowski dyrektor pow. Kasy Chorych w Częstochowie. Sprawę akcji zapobiegawczej referował dr. Kunicki, prezes Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie; drugim referentem był dr. Medyński który omawiał zagadnienie zapobiegania chorobom zawodowym. Sprawę reumatyzmu referował dr. Kłuszyński, korreferat miał dr. Tomaszewicz. Dla każdego zagadnienia przyjęto cały szereg uchwał.

I. W sprawie profilaktyki.

Kasa Chorych winna baczniejszą zwrócić uwagę na swoją profilaktyczną działalność. Oparcie dla niej znajduje się w ustawie, która

a) ma w istocie swojej profilaktyczne świadczenia, jak ochrona matki i osesków,

b) art. 88 ust. z 19.X 1920 r. przewiduje zajęcie się ogólną profilaktyką, gdyż zezwala ze swych funduszów czynić wydatki na cele zapobiegania chorobom,

c) zapobieganie to winno być objęte dobrze przemyślanym planem i obejmować wszystkich uprawnionych do świadczeń kasowych, począwszy od dzieciństwa, przez wiek młodociany i nie ustawać w czasie, kiedy uprawnieni zajmują się już pracą zawodową.

W tym celu Kasa winna podjąć działalność profilaktyczną albo samodzielnie, albo przez współdziałanie z organizacjami rządowemi, samorządowemi i społecznemi, mającemi te same cele. Zwłaszcza ważną jest rzeczą, aby Kasy zajęły się:

1) poradnictwem zawodowem,

2) zorganizowały okresowe badania wszystkich swych członków, w celu wczesnego wykrywania i leczenia chorych dla skutecznego zapobiegania rozwoju i potęgowania się szeregu chorób, uznanych jako zawodowe lub społeczne. Kasy winny wytężyć wszystkie swe siły, w celu przygotowania odpowiedniego aparatu leczniczego, jak szpitale, sanatorja i t. d., przygotować odpowiednio wyszkolony zastęp sił lekarskich przez wysyłanie poszczególnych jednostek dla praktycznego kształcenia się w sprawach higjeny społecznej, przez urządzenie odpowiednich kursów na miejscu i konkursów na odpowiednie prace z praktycznej medycyny zapobiegawczej.

Pozatem Kasy winny zająć się propagandą higjeniczno-profilaktyczną, aby w ten sposób od dołu wywrzeć nacisk na odpowiednie czynniki, w celu szerszego i głębszego uwzględnienia i podniesienia poziomu zdrowotnych warunków życia i pracy.

II. W sprawie reumatyzmu.

Przed Kasami Chorych wyłaniają się wielkie obowiązki w zakresie zapobiegania i leczenia reumatyzmu, nadto przygotowania bogatego materjału naukowego dla wyjaśnienia tej zawiłej jeszcze zagadki schorzeń reumatycznych. Żadna instytucja nie rozporządza tak wielkim i bogatym materjałem, który przeto winien być opracowany naukowo. Przez to Kasy Chorych będą miały sposobność do odparcia, niesłusznego zresztą zarzutu, że przyczyniają się do obniżenia nauki lekarskiej.

Przeto należy:

1) Prowadzić ścisłą ewidencję chorych na reumatyzm,

2) prowadzić szczegółową historję choroby w zakresie anamnezy, przebiegu i leczenia według wzoru, zaprowadzonego przez Międzynarodowy Komitet do walki z reumatyzmem,

3) gorliwą opieką otoczyć choćby najlżejszy przypadek chorobowy, gdyż od pierwszych środków zastosowanych zależy niejednokrotnie los człowieka,

4) scentralizować orzecznictwo w Okręgowych Związkach Kas Chorych, co do wskazań leczenia zdrojowego aż do tego czasu, kiedy choroba o reumatyzmie zostanie pogłębiona i stanie się ogólną własnością wszystkich lekarzy,

5) opracować przez siły fachowe Związków cały materjał kasowy, który winien być Związkom dostarczony,

6) popierać naukowe badania na polu djagnostyki i terapji reumatyzmu,

7) dokształcać lekarzy kasowych w djagnostyce, terapji i orzecznictwie,

8) wykształcić techniczny personel w zakresie masażu, gimnastyki fizykalnych metod leczniczych,

9) tworzyć jaknajprędzej własne zakłady lecznicze, w których należy:

a) zaprowadzić dla chorych podział zajęcia przez cały dzień, celem unikania, o ile to możliwe, bezczynności, urządzać spacery według ścisłych wskazań,

b) wzmacniać wolę do pracy przez wynagradzanie wykonywanych prac w zakładzie.

10) Nawiązać kontakt z lekarzami szkolnymi, którzy mają sposobność do rozwinięcia bardzo owocnej współpracy, zwłaszcza wobec znaczenia zapalenia migdałków, chorób zębów i innych cierpień przy powstawaniu chronicznego reumatyzmu,

11) prowadzić propagandę uświadamiającą o reumatyzmie, gdyż o gruźlicy jest uświadomienie prawie powszechne, a o reumatyzmie wiedzą tylko ci, którzy go przechodzili

W końcu przyjęto jednogłośnie wniosek, że Zjazd zwraca się z prośbą do Ogólno - Państwowego Związku, by tenże jeszcze w bieżącym roku zwołał zjazd lekarzy wszystkich Kas Chorych i przedstawicieli Zarządów, poświęcony zagadnieniu reumatyzmu.

II. MIĘDZYNARODOWY ZJAZD KAS CHORYCH.

Ustalony został ostateczny termin i porządek obrad II Międzynarodowego Zjazdu Kas Chorych, który odbędzie się w Wiedniu dn. 10, 11, 12 i 13 września b. r.

Porządek obrad:

1) Przyjęcie regulaminu obrad II Zjazdu.
2) Wybór biura zjazdowego.
3) Sprawozdanie przewodniczącego Zarządu.
4) Sprawozdanie o stanie ubezpieczeń na wypadek choroby w poszczególnych państwach i realizacja konwencji międzynarodowej w sprawie bezpieczeń chorobowych — referent p. Canter (Anglja).
5) Rozbudowa ubezpieczeń na wypadek choroby: a) ubezpieczenie rodzin — referent p. Jauniaux (Belgja), b) równouprawnienie ubezpieczeń rolnych z ubezpieczeniem przemysłowem na wypadek choroby — referent p. Lehman (Niemcy). c) ubezpieczenie na wypadek choroby i higjena społeczna — eferent p. Eldersch (Austrja).
6) Uregulowanie ubezpieczeń na wypadek choroby na obszarach pogranicznych — ref. p. Petit (Francja).
7) Wybór Zarządu.

Zarząd Związku Państwowego wysyła na Zjazd delegację złożoną z 6-ciu osób, a mianowicie pp.: Leśniewskiego, Szczyrka Kałużyńskiego, Klemensiewicza, Lengę i Kriegera. P. dyr. Osiowski, jako członek Zarządu Międz. Związku Kas Chorych, ma mandat z urzędu.

XI MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA PRACY.

Od 30-go maja do 16 czerwca b. r. obradowała w Genewie XI Międzynarodowa Konferencja Pracy; w obradach jej wzięło udział 46 państw, co tembardziej świadczy o zainteresowaniu, które wzbudza działalność Międzynarodowej Organizacji Pracy w całym świecie, że porządek dzienny tegorocznej Konferencji był ściśle ograniczony. Porządek ten obejmował dwa zagadnienia: sprawę zapobiegania nieszczęśliwym wypadkom przy pracy oraz sprawę płac minimalnych.

W myśl obowiązującej obecnie procedury, według której każda sprawa stanowić musi przedmiot obrad dwóch czytań przeprowadzono w roku bieżącym nad pierwszem zagadnieniem ogólną dyskusję i ustalono tekst kwestjonarjusza, który ma być rozesłany do poszczególnych państw. Członkowie Konferencji mieli w czasie jej trwania okazję zaznajomić się z całokształtem tego zagadnienia oraz z różnemi środkami, zapomocą których dąży się do zmniejszenia liczby nieszczęśliwych wypadków, która dziś jeszcze jest zastraszająca. Przypuszczać należy, że w wyniku obrad tegorocznych przyjęte będzie w roku przyszłym zalecenie wskazujące drogi zwalczania tego pod każdym względem wyjątkowo szkodliwego zjawiska. Konferencja przedyskutowała w szczególności środki, zapomocą których możnaby zmniejszyć ilość nieszczęśliwych wypadków kolejarzy i robotników zajętych przy ładowaniu statków (automatyczne sprzęganie wagonów, ustanowienie maksymalnej granicy dla ciężarów przenoszonych przez tragarzy i t. p.).

W zakresie płac minimalnych przeprowadziła Konferencja w drugiem czytaniu dalszy ciąg dyskusji poświęconej już w zeszłym roku temu zagadnieniu i uchwaliła projekt konwencji, który postanawia co następuje:

Wszystkie państwa ratyfikujące konwencję są zobowiązane do ustanowienia płac minimalnych w przemysłach, w których stawki płac są szczególnie niskie (zwłaszcza w przemysłach chałupniczych) i nie są ustanawiane zapomocą umów zbiorowych. Spis tych przemysłów ma być ustalony przez poszczególne rządy po zasięgnięciu opinji zainteresowanych organizacji pracodawców i pracowników. Stawki minimalne ustalane również przy równomiernem spółudziale organizacji pracodawców i pracobiorców mają być obowiązkowe i pracownicy mają korzystać z prawa domagania się podwyżki płac, gdyby były one niższe od ustalonego minimum.

Projekt konwencji postanawia wreszcie, że każde państwo ratyfikujące winno co rok przedkładać Międzynarodowemu Biuru Pracy prawozdanie o wynikach stosowania konwencji. Konferencja przyjęła ponadto zalecenie, które w kilku szczegółach uzupełnia przepisy projektu konwencji.

Tegoroczna Konferencja przeprowadziła ponadto wybory członków do Rady Administracyjnej Międzynarodowego Biura Pracy. Wiadomo, że Rada ta składa się z 12 przedstawicieli rządowych, 6 przedstawicieli pracodawców i 6 przedstawicieli pracowników. Wśród przedstawicieli rządowych 8 delegują państwa uznane za najbardziej uprzemysłowione, — pozostali czterej wybierani są przez Konferencję. Przy wyborach tegorocznych otrzymała Polska reprezentowana w Radzie od r. 1919 przez p. min. Sokala, po raz czwarty na okres trzyletni jedno miejsce z wyboru.

TAK ZWANE KASY WYRÓWNAWCZE WE FRANCJI.

Istnieje bardzo stare zagadnienie, czy robotnik samotny ma mieć taką samą płacę, jak robotnik żonaty i posiadający rodzinę. Polityka płacy zawsze zajmowała się tem zagadnieniem, które da się sformułować w sposób następujący: „Wynagrodzenie zależne od pracy" lub też „wynagrodzenie zależne od potrzeb". Po wojnie zagadnienie to nabrało charakteru praktycznego w jego całej rozciągłości. W niektórych gałęziach przemysłu (na całym świecie) rozpoczęto wypłacać robotnikom t. zw. dodatki rodzinne. Powstało wówczas nowe niebezpieczeństwo dla robotników starszych, mających liczną rodzinę. Pracodawcy, zmuszeni do wypłacania tej grupie robotników wyższych płac, zwalniali ch. przyjmując na ich miejsce robotników młodszych lub nieżonatych.

W sposób bardzo oryginalny uregulowano tę sprawę we Francji, stwarzając instytucję t. zw. Kas wyrównawczych. Instytucja ta polega na tem, że członkowie Kasy (pracodawcy) zawiadamiają w pewnych terminach określonych, jakie kwoty wypłacili tytułem dodatków rodzinnych, podając jednocześnie sumę zapłaconych zarobków. Instytucja dodaje te dwie kwoty i oblicza ile wynosi przeciętnie dodatek rodzinny na jedną osobę, pracującą w danym zakładzie. Stosunek procentowy między ogólną sumą płac a wypłacanym dodatkiem rodzinnym staje się odtąd składką wypłacaną do Kasy wyrównawczej. Jeżeli kwota, wypłacona przez przedsiębiorcę, jest wyższa, aniżeli wypłacone przez niego dodatki rodzinne, otrzymuje on różnicę z powrotem, jeżeli jest niższa, musi dopłacić różnicę. Kasy te nietylko wypłacają dodatki rodzinne, lecz spełniają w wielu wypadkach funkcję opieki społecznej. Wiele z nich współpracuje w zwalczaniu chorób zakaźnych, wysyła dzieci na kolonję i t. d.

Rozwój tych Kas jest bardzo szybki. W r. 1918 istniały we Francji dwie Kasy, w r. 1927 — 210, członkami ich było 16.200 przedsiębiorstw. Suma, wypłacona przez te Kasy, tytułem dodatków rodzinnych, wynosiła w r. 1927 — 230 miljonów franków. Jeżeli doliczy się ponadto odrębne Kasy kolejowe tego typu, wówczas suma ta podnosi się do 13 miljardów fr., obejmuje zaś ogółem 3.700 tysięcy pracowników wszelkiego rodzaju.

Kwota, wypłacona, jako dodatek rodzinny, jest w poszczególnych Kasach rozmaita. Wynosi ona przeciętnie 27 fr. za dziecko miesięcznie, na pięcioro dzieci 250 fr., a 321 fr. na 6 dzieci. Progresja świadczy, że instytucja ta ma duże znaczenie także w dziedzinie popularyzacyjnej, alb wiem dodatki są tem większe, im większa jest liczba dzieci.

KSIĄŻKI I CZASOPISMA.

„WIADOMOŚCI LEKARSKIE". Ukazał się nr. 4 (lipiec) tego pisma. Po wydaniu czterech numerów, możemy dzisiaj spokojnie ustalić nasz pogląd na „Wiad. Lek." A więc stwierdzamy wysoki poziom naukowy i co najważniejsza, bardzo serdeczny i objektywny stosunek do ubezpieczeń społecznych, do Kas Chorych w szczególności.

„Wiadomości Lekarskie" umieszczają jednocześnie artykuły z dziedziny wiedzy lekarskiej i ubezpieczeń społecznych. Dzięki tej szczęśliwie pomyślanej metodzie, może pismo poinformować ogół lekarski o aktualnych zagadnieniach z dziedziny teorji i praktyki ubezpieczeń społecznych w kraju i za granicą. Niektóre z tych artykułów w sprawach, obchodzących ogół naszych czytelników, omówimy dokładnie na łamach naszego pisma.

„Wiadomości Lekarskie" polecamy uwadze naszych czytelników, w szczególności lekarzy.

Wydawanie organu lekarskiego w tym duchu dowodzi, iż inny nastrój zwycięża wśród ogółu lekarskiego.

„NOWINY SPOŁECZNO - LEKARSKIE" ogłosiły artykuł (w Nr. — 8 i 9) p. prof. *D-ra. Henryka Nussbauma* p. t. ‚O zadaniach i stanowisku społecznem zawodu lekarskiego". Artykuł został ogłoszony jeszcze przed 4 miesiącami. Nie referowaliśmy go w piśmie naszem, czekając czy też znajdzie się choćby jeden lekarz, który zaprotestuje przeciw tym wywodom a przynajmniej przeciw wnioskom uczonego pana profesora.

Pan prof. Nussbaum zajmuje się „filozofją medycyny". Pomijamy zagadnienie czy tego rodzaju wiedza wogóle istnieje. Ale o to mniejsza. Mimo naszej skromności stwierdzić musimy, iż to co pisze prof. Nussbaum nie jest bynajmniej filozofją.

Zagadnienia poruszone w tym artykule, omówił autor już w broszurze*) wydanej w r. 1924. W pracy tej ujął autor w pięciu punktach „zadania rzeczowe" zawodu lekarskiego. Artykuł ten jest w istocie potwierdzeniem poglądów broszury na temat — mówiąc słowami jej — troski „o nieuszczuplenie się konkretnej jaźni danego narodu". Rzecz oczywiście bardzo wzniosła i pouczająca, niestety, dodamy nawiasem, pisana tak okropnym językiem, pseudoanarchaicznym i pełnym patosu, w sprawach gdzie chodzi o rzeczy dość codzienne. Pan profesor ma przytem dość ciekawą „filozofję". W artykule swym pisze on: *„Jeżeli libertynizm jest grzechem nie-*

*) Prof. Henryk Nussbaum: Pogląd ogólny na zadania i stanowisko społ. zawodu zarząd. lek. Warszawa 1924.

ważkim na szali wartości aktorki utalentowanej, staje się on zbrodnią bardzo ciężką u przewodniczki szkoły dziewcząt". A zatem w „filozofji medycyny" dopuszczalna jest, zdaniem pana profesora Nussbauma, „podwójna moralność". A czy to jest „najracjonalniejszy na prawa życia, a więc i współżycia pogląd" zawodu lekarskiego?

Pan profesor „filozofji medycyny" jest i przeciwnikiem 8 godzin. dnia pracy. Pisze on bowiem: „ale i ta cnota doprowadzona do przesady, do chorobliwego niejako sentymentalizmu, która cechę nabiera fanatyzmu — przestaje być cnotą, ale krzywdę raczej wyrządza obu warstwom inteligencji i klasie robotniczej. Jeżeli Ojczyzna w danym momencie dziejowym, jest materjalnie wysoce podupadła, jeżeli jedynym ratunkiem jest wysokie wzmożenie produkcji krajowej, aby moc towaru po umiarkowanej cenie wywożoną być mogła poza granice i otworzyła napływ do kraju kapitału z zagranicy, to oni sercem miłujący robotników stwierdzają pożytek, konieczność nawet tych kroków, ale zastrzegają niemniej, iż prawa ośmiogodzinnego dnia pracy, absolutnie dotknąć nie wolno, choćby o pół godziny przedłużyć pracy dziennej robotnikowi nie wolno. Więc lepiej aby fabryki stanęły, aby namnożyły się krocie bezrobotnych, lepiej narazić robotnika na upokarzającą jałmużnę, aniżeli pozwoli, żeby nieco więcej pracował. A czyliż nauka higjeny stwierdziła stanowczo — że człowiek od lat młodych pracujący fizycznie, nie może w sile wieku pracować dłużej w ciągu doby nad 8 godzin? Że praca 10-cio a nawet 9-cio godzinna szkodliwie na organizm oddziaływa? Wszakże nawet w kwestji higjeny odżywiania wskazania jej, że człowiek dorosły winien dziennie przyjmować w pokarmach 150 gr. białka, 500 gr. węglowodanów, 60 gr. tłuszczu, nie jest bynajmniej dogmatem — ale wynikiem przeciętnych z obserwacji różnic pracujących i zbudowanych osobników".

Pogląd ten dyktuje panu profesorowi oczywiście troska o higjenę, obawa „by rozporządzenia odnośne i ich kontrola dalekiemi były od nazbyt surowych rygorów, aby nie stały się konsekwentnie czynnikiem antyhigjenicznym". Zapamiętajmy sobie to zdanie, że 8 godzinny dzień pracy może stać się „konsekwentnie czynnikiem antyhigjenicznym". Dla ścisłości stwierdzamy, iż redakcja Nowin społ. - lek. zamieszcza jak pisze „wzniosłe myśli" pana profesora „choć niezupełnie podziela niektóre zapatrywania Szan. Autora".

„DIE ARBEITER - VERSORGUNG" ogłasza artykuł p. **Karola Mayera** p. t. **„Kogo należy wysyłać do sanatorjów gruźliczych?"**.

Autor w dłuższym artykule stwierdza, że wielokrotnie wysyła się chorych do sanatorjów gruźliczych, którzy tego leczenia wcale nie potrzebują. I tak podaje, że w jednem sanatorjum na 503 leczonych chorych znajdowało się 220 niepotrzebujących wcale leczenia sanatoryjnego. Byli to chorzy z błędnem rozpoznaniem.: „katar szczytów płuc", którzy mieli chroniczny nieżyt górnych dróg oddechowych. Również rozpoznania rentgenologiczne zwapniałych ognisk w płucach dały asumpt do wysyłania chorych do sanatorjów, aczkolwiek nie było do tego uzasadnienia. Autor stwierdza, że wszystkie niemieckie zakłady lecznicze dla gruźlicy są obciążone większą liczbą niegruźliczych osób wskutek błędnego rozpoznania lekarzy ordynujących.

Nadto w zakładach tych przebywają przeważnie osoby młode między 15—30 rokiem życia, u których przeważnie prawdziwe rozpoznanie i skierowanie do sanatorjów nastąpiło zapóźno, przez co okres uleczalności albo znacznej poprawy, został stracony.

Autor poleca w poszukiwaniu środków zaradczych obsadzenie poradni przeciwgruźliczych fachowcami i, o ile to możliwe, ze stacjami obserwacyjnemi. Dla instytucyj ubezpieczeń społecznych poleca autor stworzenie stanowisk lekarzy—mężów zaufania — z wybitnym autorytetem w sprawach rozpoznania i leczenia gruźlicy. Fachowe zbadanie wszystkich gruźlików i podejrzanych na gruźlicę w odpowiednim okresie chorobowym daje gwarancję, że chory oddany zostanie we właściwej porze do leczenia, a Kasy zaoszczędzą poważne sumy, gdyż uniknie się niepotrzebnych zasiłków pieniężnych, kosztów zbytecznych szpitalnych i niepotrzebnego leczenia. Za to wskazane leczenie winno być natychmiast przeprowadzone.

Wirtembergja stworzyła taki system badania wszystkich chorych i podejrzanych na gruźlicę przez lekarzy specjalistów, mężów zaufania i system ten przyniósł bardzo wielkie korzyści. Zbadano w ten sposób 3082 osób, uznanych przez lekarzy ordynujących jako chorych na gruźlicę i stwierdzono tylko w 1572 przypadkach (50%) gruźlicę, a w 15510 przypadkach nie było wcale gruźlicy. Zdolność do pracy stwierdzono w 1144 przypadkach (37%).

Cyfry te są chyba dość wymowne i wskazują, jakie korzyści z takich badań odnoszą nietylko instytucje ubezpieczeń społecznych, ale i sami chorzy, u których rozpoznanie gruźlicy wywołuje częstokroć psychiczną depresję i pociąga za sobą bardzo poważne szkody społeczne.

TREŚĆ:

Dr. Henryk Kłuszyński. — Skoordynowanie organów państwowych i t. d.

Dr. Józef Pasternak. — Organizacja Zakładów ubezpieczeń prac. umysłowych na tle postanowień statutu wzorowego.

Stanisław Benkel, adw. — Orzecznictwo sądowe i interpelacja ust. z 19.V.20.

Dr. E. Birsowski. — Opieka nad zdrowiem kobiety pracującej a Kasy Chorych.

Dr. Stefan Luksemburg. — Refleksje z powodu artykułu „Związki Kas Chorych i Urzędy".

Dr. med. Edward Wajs. — Kilka uwag o wolnym wyborze lekarza.

Oswald Einfeld. — Lecznictwo w ubezpieczeniu inwalidowym Niemiec.

Samuel Klaczko. — O systemie statystyki w Kasach Chorych.

Kronika.

Książki i Czasopisma.

Prenumerata:

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

Cena ogłoszeń:

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

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

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

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