PRZEGLĄD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH
ORGAN OGÓLNO
PAŃSTWOWEGO
ZWIĄZKU KAS
CHORYCH w POLSC
N° 1
P-25/II
P-46/III
inw. 2816
4.6.76

# Powiatowa Kasa Chorych

## W GRODNIE

**ogłasza konkurs na stanowisko Kierownika Gabinetu dentystycznego w Grodnie**

**pożądany jest lekarz stomatolog**

Podanie należy kierować do dnia 15-go kwietnia b. r. do Powiatowej Kasy Chorych w Grodnie.

Do podania należy dołączyć:

1) Dowód obywatelstwa polskiego,
2) Curriculum vitae,
3) Wiek możliwie nie wyższy nad 45 lat,
4) Dyplom lekarski,
5) Żądanie wysokości wynagrodzenia.

KOMISARZ KASY CHORYCH

**(—) Korzeniowski.**

## POWIATOWA KASA CHORYCH

**W OSTROWCU n/Kamienną**

ogłasza

# KONKURS

**na stanowisko lekarza rentgenologa.**

Oferty z dołączeniem curicuium vitae i odpisami dokumentow oraz podaniem warunków pracy i płacy należy nadsyłać do Powiatowej Kasy Chorych w Ostrowcu n/Kamienną do dnia 31-go marca 1929 r: włącznie.

**Wymagane jest:**

1) Obywatelstwo Polskie,
2) Prawo praktyki lekarskiej, przyznane przez Władze Państwowe Polskie,
3) Dłuższa praktyka rentgenologiczna,
4) Bardzo pożądane byłoby jednoczesne posiadanie przez reflektantów kwalifikacji chirurgicznych, ewentualnie laryngologicznych.

DYREKTOR: **A. Mrowiński**

PRZEWODNICZĄCY ZARZĄDU: **Z. Szmidt**

# WYSOWA

pierwszorzędnej jakości naturalna woda lecznicza

przeciw chorobom dróg oddechowych, nieżytom oskrzeli, astmie oskrzelowej, gruźlicy chronicznej, przeciw chorobom narządu pokarmowego i t p.,

**przewyższająca siłą leczniczą wody zagraniczne, jak Selters, Ems i t. p.**

**Do nabycia we wszystkich aptekach i drogerjach.**

## WSZELKIE REKLAMACJE

Z POWODU NIEREGULARNEGO DOSTARCZANIA

# „PRZEGLĄDU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH"

**Kierować należy pod adresem Administracji:**

**WARSZAWA LWOWSKA 13**

# PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Organ Ogólno-Państwowego Zw. Kas Chorych w Polsce

ROK IV | MIESIĘCZNIK | ZESZYT 1

WARSZAWA, 1 STYCZNIA 1929.



P-467/III

Nr 22.


Dnia 11 stycznia 1929 r. upływa 10 lat od chwili wydania dekretu o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby. Dwa miesiące po zdobyciu Niepodległości, w chwili gdy na granicach R. P. toczyła się wojna, gdy wojska okupacyjne zagrażały jeszcze Niepodległości, gdy choroby, bezrobocie masowe i głód dziesiątkowały ludność naszego kraju, pierwszy rząd Niepodległej Rzeczypospolitej wydał dekret o ubezpieczeniu na wypadek choroby.

Jest to ważny etap w rozwoju naszej polityki społecznej. Skutki dobroczynne tej ustawy ujawniły się natychmiast. Masy pracujące otrzymały prawo leczenia się i zasiłek w czasie choroby. Leczenie przestało być aktem dobrej woli i dobroczynności, a stało się prawem obywatela.

Chcąc uczcić ten ważny akt ustawodawczy, poświęcamy numer ten naszego pisma wyłącznie dekretowi.

REDAKCJA
PRZEGLĄDU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH


inw 2816
4.6.76

FELIKS TUROWICZ.

# GENEZA I PODSTAWY ZASADNICZE DEKRETU Z DNIA 11 STYCZNIA 1919 R.

Pierwszy Rząd Republiki Polskiej w niecałe dwa miesiące po swem powstaniu wydał dekret z dn. 11.1.1919 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby, który przedłożony do zatwierdzenia Sejmowi Ustawodawczemu, stał się pierwowzorem dla uchwalonej następnie przez Sejm i obowiązującej dotychczas ustawy z dnia 19.5.1920 r. o Kasach Chorych.

Pośpiech w wydaniu dekretu świadczy, że Rząd ówczesny doceniał wagę tej reformy społecznej i uznawał pilną potrzebę przyjścia z leczniczą i materjalną pomocą warstwom pracującym, zrujnowanym doszczętnie przez zawieruchę wojenną.

Geneza tego dekretu sięga dalej wstecz, bo najpierwszych chwil tworzenia się władz naczelnych w Polsce. Pierwszy Rząd Rz. P. zastał już projekt zupełnie gotowy i opracowany tak, że bez żadnych zmian, poza drobnemi formalnemi poprawkami, mógł go zaadoptować.

Prace przygotowawcze rozpoczął jeszcze Departament Pracy Rady Regencyjnej.

Dyrektor tego Departamentu, a następnie Minister Pracy niezapomnianej pamięci Ryszard Kunowski, zaproszony był, pod naciskiem „ulicy", do współudziału w tworzeniu władz naczelnych przez Radę Regencyjną, gdyż jasnem było, że bez ideowego przedstawiciela proletarjatu i bez kontaktu z Polską Partją Socjalistyczną żadne poczynania w odbudowie Państwa Polskiego odbyćby się nie mogły.

Kunowski, zdobywszy dzięki swym wysokim zaletom osobistym, duży wpływ na Radę Ministrów, poświęcił się przeważnie pracy politycznej, poruczając niżej podpisanemu, jako swemu zastępcy, organizację Departamentu Pracy. Za jedno z najpilniejszych zadań Departamentu Pracy uważaliśmy opracowanie podstaw prawnych dla ubezpieczenia społecznego, zwłaszcza na wypadek choroby, gdyż zupełny brak zorganizowanej pomocy w b. zaborze rosyjskim, a wadliwa i niedostateczna organizacja tej pomocy w zaborach austrjackim i niemieckim groziły wprost fizyczną degeneracją ludności.

Troską o poprawę zdrowia ludu pracującego chcieliśmy rozpocząć swe prace nad odrodzeniem Ojczyzny w przeświadczeniu, że główną podstawą społeczeństwa jest praca, a warunkami wydajnej pracy, są zdrowie i ochrona pracownika.

Przeświadczenie to znalazło później swój wyraz w zaprojektowanej przez Ministerstwo Pracy redakcji art. 102 Ustawy Konstytucyjnej z dnia 17 marca 1921 r.

Rozpoczęte przez Departament Pracy roboty przygotowawcze doznały przerwy z powodu złożenia przezemnie i ś. p. Kunowskiego dymisji, jako protestu przeciwko sprowadzeniu władz tymczasowych do roli parawanu okupantów.

Zaproszony ponownie przez Ministra Staniszewskiego do zorganizowania i prowadzenia Sekcji (nast. Departamentu) Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, nawiązałem nić rozpoczętych w Departamencie Pracy prac przygotowawczych.

Projekt dekretu został wykończony już w sierpniu 1918 r. i zaakceptowany przez Ministra Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy Dr. Chodzkę, lecz dopiero przy Ministrze Dr. Ziemięckim pod koniec 1918 r. uzyskałem możność zreferowania projektu na Radzie Ministrów Rządu Moraczewskiego. Po zaakceptowaniu przez Naczelnika Państwa 11.1.1919 r. Dekret uzyskał moc prawną i posłużył za podstawę do prac organizacyjnych.

W ten sposób pierwsza część zadania — opracowanie podstawy prawnej dla ubezpieczenia na wypadek choroby — została przez Departament Ubezpieczeń Społecznych dokonana.

Praca nasza nie była teoretyczną, przy zielonym biurku wymęczoną koncepcją biurokratyczną, ani też oderwaną od życia utopją o idealnych formach społecznych, była zaczerpnięta z życia i przeznaczona dla życia, oparta na najżywotniejszych wzorach obcych, nie będąc jednak ich ślepem naśladownictwem, ale samodzielnem i planowem ich opracowaniem.

Do współpracy udało mi się pozyskać wybitniejszych a nielicznych podówczas w Polsce specjalistów ubezpieczeniowców, zarówno teoretyków, jak praktyków z Wielko- i Małopolski, którzy dotychczas zajmują kierownicze w tej dziedzinie stanowiska.

Zasadnicze podstawy Dekretu po opracowaniu poszczególnych zagadnień przez referentów, poddawane były wielokrotnej i wszechstronnej krytyce przez komisje rzeczoznawców.

Objektywnie i bez uprzedzeń staraliśmy się wyjaśnić i rozstrzygnąć wszystkie sporne kwestje, począwszy od podstawowych, pod kątem widzenia celowości, wykonalności i zachowania planu konstrukcyjnego.

Pierwsze zagadnienie, które się nam nasunęło, było: **czy ubezpieczenie ma być dobrowolne, czy przymusowe, lub też mieć formę zabezpieczenia państwowego.** Każda z tych form miała swoich zwolenników, uzasadniających swą tezę i wzory w praktyce obcych społeczeństw, na które się powoływano. Przy bliższej krytyce odpadła przedewszystkiem, jako niewykonalna u nas w momencie tworzenia się Państwa, które samo nie posiadało jeszcze własnych środków ani organizacji, koncepcja państwowej czy komunalnej organizacji lecznictwa i zasiłków, wypłacanych niezdolnym do pracy z funduszów podatkowych. Przeciwko tej koncepcji przemawiała również uzasadniona obawa nadmiernego zbiurokratyzowania naszego życia zbiorowego.

Forma dobrowolnego ubezpieczenia społecznego, subsydjowanego przez gminę lub państwo, wydawała się wielu z nas, wychowanych w ideologji kooperatystycznej, najwyższą formą zrzeszenia, gdyż łączyła wolność z celową organizacją; ale brak wyczucia potrzeby ubezpieczenia wśród proletarjatu, słabo rozwinięte organizacje zawodowe, zarobki

utrzymywane poniżej minimum kosztów utrzymania i rozpaczliwy stan zdrowia publicznego, wymagający jak najsilniejszych środków zaradczych, skłoniły nas do przyjęcia koncepcji przymusu ubezpieczeniowego. Wybór był słuszny, gdyż pozwolił w krótkim czasie objąć Kraj cały siecią Kas Chorych, obsługujących miljony ubezpieczonych, a jak wiadomo, doświadczenia państw obcych skłoniły później do przyjęcia tej zasady nawet społeczeństwa, które już miały rozwinięte formy dobrowolnych ubezpieczeń.

Zdecydowawszy przyjęcie za podstawę przymusu czy **„obowiązkowości" ubezpieczenia** (parafraza, która miała na celu zaznaczenie, że leczenie się jest nietylko prawem jednostki, lecz i jej obowiązkiem społecznym) sięgnęliśmy do wzorów niemieckich i przyjęliśmy je jako punkt wyjścia do ustawy polskiej. Z pośród licznych form organizacyjnych niemieckich Kas Chorych, wybraliśmy **formę terytorjalną organizacji,** jako wykazującą największą żywotność i formę, która nadawała się jako szeroki fundament pod gmach ubezpieczeń społecznych w Polsce tak, aby mógł być jednolitą architektoniczną całością, a nie zlepkiem historycznie nawarstwawianych przybudówek. Żadna inna forma organizacyjna poza terytorjalną, jak np. organizacja zawodowa, fabryczna i t. p. nie daje tak szerokiej podstawy ubezpieczeniowej, nie umożliwia takiego wyrównania ryzyk, zabezpieczenia od kryzysów i łatwości w racjonalnem organizowaniu lecznictwa i profilaktyki.

Organizacja terytorjalna obejmując wszystkich podlegających ubezpieczeniu na danem terytorjum daje możność tworzenia silnych finansowo, dobrze zorganizowanych i oszczędnie gospodarujących instytucji.

Te względy zdecydowały również **o niedopuszczalności t. zw. instytucji zastępczych,** formy, w której się zwykle kryją tendencje opieki patrjarchalnej, opieki z łaski, lub antyspołeczne instynkta wyłączności grupowej, kastowej, nie poczuwającej się do obowiązku ponoszenia opłat na ubezpieczenie społeczne, nieodczuwających jego potrzeby, a przeoczającej ten pewnik że nie można być zdrowym w chorem i zakażonem środowisku, że ponoszenie nawet pewnych ofiar materjalnych poprostu kalkuluje się ze względów profilaktycznych.

Dopuszczalność instytucji „zastępczych" prowadzi w konsekwencji do zniekształcenia i takiego karykaturalnego sproszkowania organizacji ubezpieczeniowych, jak to np. miało miejsce przed wprowadzeniem ustawy polskiej w Poznaniu, gdzie istniało w jednem mieście około 30 Kas Chorych, liczących, jak niektóre z nich, po kilkudziesięciu członków, a wskutek tego wydatkujących na koszty administracyjne po 40 i więcej % sumy składek.

Następnem zagadnieniem, które należało rozstrzygnąć, był **zakres ubezpieczonych i zakres uprawnionych do świadczeń.** Wydało się nam koniecznem objęcie obowiązkiem ubezpieczenia wszystkich utrzymujących się z pracy najemnej bez względu na wysokość zarobku to jest wszystkich, którzy w czasie choroby i niezdolności do pracy pozbawieni są środków do życia i możności leczenia zarówno siebie jak i swoich rodzin.

Stąd też wynikała konieczność ustawowego uprawnienia do świadczeń i członków rodziny ubezpieczonego, będących na jego utrzymaniu.

Tak **szerokiego zakresu ubezpieczonych i uprawnionych do świadczeń** nie znało wówczas żadne ustawodawstwo, co jednak nie powstrzymało nas od zrobienia kroku, jak się zdawało wówczas ryzykownego, a obecnie już uświęconego przez praktykę zarówno naszą jak i obcą.

Na peryferjach najmitów pozostali nieobjęci ubezpieczeniem samodzielnie zarobkujący a materjalnie nie zabezpieczeni: drobni rzemieślnicy i kupcy, włościanie małorolni i ludzie wolnych zawodów, których choroba pozbawia również, acz naogół, w mniejszym niż najmitów stopniu, środków do życia. Ale przewidywane trudności organizacyjne, nieprzygotowany społecznie grunt i obawa przed zagwożdżeniem reformy, zmusiła nas **do wyrzeczenia się pierwotnego zamiaru objęcia przymusem ubezpieczeniowym samodzielnie zarobkujących biedaków.** Dekret umożliwił im tylko **dobrowolne przystąpienie** do ubezpieczenia.

Dziś, po 10 latach działalności Kas Chorych, opartych na ustawie polskiej, należałoby **poczynić kroki do dalszego rozszerzenia zakresu obowiązkowo ubezpieczonych.** Przemawiają za tem zarówno względy humanitarno - społeczne, profilaktyczne, gdyż niezabezpieczeni i nieleczeni obniżają poziom zdrowotności ogólnej, jak i bezpośredni interes materjalny Kas Chorych, gdyż nieuprawnieni do świadczeń, w chwili zachorowania coraz liczniej i częściej znajdują drogi nielegalnego wykorzystywania pomocy Kasy, nie przyczyniając się niczem do zwiększenia jej zasobów.

Kasy Chorych, w celu przygotowania gruntu mogłyby i powinny znacznie rozwinąć zupełnie zaniedbany dział dobrowolnego ubezpieczenia, wzorując się co do form propagandy i akwizycji na prywatnych towarzystwach ubezpieczeniowych, — członków dobrowolnych trzeba pozyskać a nie czekać aż się sami zgłoszą.

Zarówno Dekret jak i późniejsza ustawa **nie pominęły również sprawy** zabezpieczenia świadczeń dla niemających stałego pracodawcy **niestale zatrudnionych, dla chałupników i dla bezrobotnych** przynajmniej o tyle, o ile to wchodziło w zakres ubezpieczenia od choroby, inne i dalsze świadczenia pozostawiając Państwu względnie Zakładom Ubezpieczenia od bezrobocia.

Nie przesądzając również dalszej opieki Państwa, gminy, czy zakładów Opieki Społecznej nad matką i dzieckiem, **Dekret otoczył specjalną opieką położnice i matki karmiące** i to zarówno ubezpieczone jak i członkinie rodzin.

Wyręczając Państwo w niezorganizowanej wówczas funkcji opiekuńczej nad bezrobotnymi i położnicami, Kasy Chorych miały w myśl Dekretu otrzymywać **zwroty kosztów za ten poruczony zakres działania.**

Funkcje **leczenia poszkodowanych z wypadku** również poruczał Dekret Kasom Chorych, za zwrotem całkowitych kosztów od pracodawców, względnie od Zakładu ubezpieczeń od wypadków.

Terytorjalna konstrukcja Kas Chorych, szeroki zakres ubezpieczonych oraz poruczony zakres działania, miały utorować drogę do przekształcenia z czasem Kas Chorych na **zakłady ubezpieczenia**

**społecznego zunifikowanego, zcałkowanego,** jak całką jest jednostka ludzka ze wszystkiemi swemi potrzebami. Dlatego również art. 102 Konstytucji mówi o **ustawie** ubezpieczeniowej, a nie **o ustawach** ubezpieczeniowych.

Pod względem rodzaju, długotrwałości świadczeń, jak i zakresu osób uprawnionych do korzystania z nich, **Dekret i Ustawa znacznie przewyższyły istniejące** wówczas ustawodawstwa państw zaborczych.

Pomimo znacznego podwyższenia świadczeń wysokość składek dzięki przewidywanemu na skutek lepszej organizacji Kas, obniżeniu kosztów administracyjnych, **naogół nieznacznie tylko przekroczyła opłaty dotychczasowe,** a nawet jeśli chodzi **o część składek, przypadającą na ubezpieczonych,** to na skutek przerzucenia na pracodawców $^3/_5$ opłat, **została nietylko procentowo ale i absolutnie obniżoną.** Dekret przewidywał składki w wysokości 5%, ustawa przy dalszem rozszerzeniu świadczeń—6½%; obliczenia okazały się słuszne; opłaty te wystarczyły, a rezerwy Kas Chorych, po zastosowaniu ustawodawstwa polskiego, zaczęły się gromadzić w tempie dość szybkiem, umożliwiającem znaczne inwestycje.

Kasy Chorych miały w myśl Dekretu być **instytucjami samowystarczalnemi pod względem finansowym** — udział Państwa ograniczać się miał do zwrotu kosztów w poruczonym zakresie działania— udział gminy miał się wyrazić tylko w ponoszeniu części składek za niestale zatrudnionych i udostępnieniu za ½ kosztów korzystania ze szpitali publicznych, z których obecni członkowie Kas Chorych korzystali do czasu zorganizowania Kas — jako niezamożni członkowie gminy — bezpłatnie.

Z charakteru Kas Chorych jako instytucji ubezpieczeniowych wynikało, że ich dochody musiały być normowane tak, aby wystarczyły na pokrycie kosztów ustawowych świadczeń związanych z niemi wydatków oraz na tworzenie niezbędnych rezerw. Rezerwy miały za zadanie zabezpieczyć ciągłość pracy Kas w okresach kryzysowych oraz umożliwić inwestycje.

Zarówno składki jak i zasiłki pieniężne zostały **ustosunkowane do zarobków ubezpieczonego;** podnoszona w dyskusjach kwestja równości składek **i zasiłków** nie wytrzymała krytyki, gdyż albo składki musiałyby być nadmiernie uciążliwe dla mniej zarabiających, albo poziom świadczeń niezadawalający, utrzymywany na poziomie zasiłku dla ubogich. Ubezpieczenie chorobowe przestałoby nosić charakter częściowego chociażby ubezpieczenia zarobku utraconego wskutek choroby, a przybrałoby charakter jałmużniczy.

Pełne **stu procentowe ubezpieczenie** utraconego zarobku, byłoby zbyt kosztowne dla ubezpieczonych, a na zbyt wielkie ryzyko narażające Kasę. Pokusa do symulacji lub tylko przesadzania stopnia niezdolności do pracy byłaby dla przeciętnego ogółu olbrzymia; każde niedomaganie, wymagające do przezwyciężenia choćby tylko pewnego wysiłku psychicznego przy braku pobudki materjalnej byłoby, nawet bez złej woli uważane za niezdolność do pracy. Że ocena lekarska niezdolności do pracy byłaby w tym razie niewystarczającą tamą, dowodzi niepomierny wzrost liczby uznanych za niezdolnych do pracy przy każdej masowej przerwie roboty na fabrykach lub w przemyśle budowlanym. Odważyliśmy się dać 100%-towy zasiłek tylko na wypadek połogu, gdyż w tym wypadku nie zachodziła obawa symulacji. Pozatem Kasy są uprawnione w miarę możności do podnoszenia zasiłku chorobowego, zwłaszcza dla swych członków obarczonych liczną rodziną.

Obowiązek oszczędnego budżetowania wydatków Kas Chorych zmusił nas do utrzymania praktyki niemieckiej **nieprzyznawania zasiłku za pierwsze dwa dni niezdolności (R. V. O. 3 dni);** utrata 2-dniowego zarobku nie doprowadza jeszcze do ruiny przeciętnego pracownika, a krótkotrwałe parodniowe zachorowania są na tyle częste, że zasiłki za ten czas bardzo poważnie zaważyłyby na budżecie Kas i zmusiłyby do znacznego podrożenia ubezpieczenia; obliczenia nasze wykazały, że zasiłki za te pierwsze 2 dni przy dość powszechnej manji „poniedziałkowania", byłyby większym wydatkiem dla Kas, niż np. zasiłki dla położnic.

Daleko trudniej było się nam zdecydować na ograniczenie czasu świadczeń pieniężnych i leczniczych do określonego terminu. Zdawaliśmy sobie sprawę z całego tragizmu ludzi niewyleczonych jeszcze lub chronicznie chorych i na stałe niezdolnych do pracy, którzy już wyczerpali swe prawo do świadczeń Kasy, a wskutek tego pozbawionych wszelkiej pomocy. **Brak jednak prekluzyjnego terminu przekształciłby automatycznie Kasy Chorych w zakłady ubezpieczeń inwalidztwa, a zasiłki pieniężne w rentę inwalidzką,** na co nie pozwalały ograniczone zadania i środki Kas Chorych.

Musieliśmy to pozostawić przyszłemu ubezpieczeniu inwalidzkiemu, którego organami miały być również Kasy Chorych, ale wyposażone w specjalne na ten cel fundusze.

Dyskutowane również zwolnienie pracowników od opłat, a **przerzucenie całości składki na pracodawcę — nie wytrzymało krytyki,** gdyż przy większości głosów ubezpieczonych w Radzie i Zarządzie Kasy, doprowadzało do paradoksu organizacyjnego: „my uchwalimy — co wy macie płacić"; to musiałoby spowodować konflikty, a organizacja taka nie byłaby najlepszą szkołą oszczędnego i racjonalnego samorządu.

**Samorządność ubezpieczonych** w Kasach Chorych, uważaliśmy za ich bezsprzeczne prawo i **jedną z głównych podstaw organizacyjnych.**

Ubezpieczonych przedewszystkiem i bezpośrednio dotyczą sprawy załatwiane przez Kasę Chorych, gdyż chodzi o ich zdrowie i środki do życia, a pośrednio tylko: pracodawców obchodzi oszczędny i celowy sposób administrowania funduszami Kasy z tytułu opłat przez nich ponoszonych a Państwo z tytułu nadzoru nad praworządnością funkcjonowania instytucji użyteczności publicznej, jakiemi są zakłady społecznych ubezpieczeń. Z tego ujęcia sprawy wynika podział funkcji i udział w działalności Kas Chorych tych trzech czynników: **ubezpieczonym przysługuje** prawo decyzji **i większości głosów** w Zarządzie, **ubezpieczającym głos doradczy** mniejszość głosów w Zarządzie i udział w kontroli, a **Urzędom Państwowym nadzór** nie nad celowością jednak, a tylko **nad praworządnością działalności Zarządu Kasy.**

Zarządzanie Kasą, na skutek wielkiej ilości, bo dziesiątków a nawet setek tysięcy członków, nie mogło odbywać się przez nich bezpośrednio, musiał więc być przyjęty **system reprezentacyjny** ze wszystkiemi jego dobremi i złemi stronami: zamiast ogólnego zebrania członków, Rada ich przedstawicieli.

Rada miała być najwyższą władzą Kasy i wyrażać w ogólnej ale decydującej formie wolę członków. Organami wykonawczymi Rady miały być: Zarząd, Komisja Rewizyjna i Komisja Rozjemcza. W ten sposób w myśl Dekretu trzy niezależne od siebie organa wykonawcze Rady miały podzielić między sobą funkcje: zarządzenia, kontroli i orzecznictwa.

Przyjęto **zasadę proporcjonalności** przy wyborach do Rady i Zarządu, aby instytucja dobra publicznego nie stała się domeną jednej tylko grupy członków i aby mniejszość nie była usuwana od kontroli działalności Kasy i współudziału w Zarządzie.

Oczywiście samorząd jest trudną rzeczą i sztukę racjonalnego rządzenia nie zdobywa się odrazu, lecz żmudną i uciążliwą drogą doświadczenia, po przez barjery omyłek, nadużyć i prób nieudanych. Ale niema innej drogi rozwoju społecznego i nie sądzę, aby obrane przez Dekret formy organizacyjne należało zmieniać i zastępować formą „oświeconego absolutyzmu" biurokratycznego. Należałoby może raczej **dopilnować ścisłego podziału funkcyj** pomiędzy samorządem a nadzorem państwowym i **podnieść znaczenie czynnika fachowego,** jakim być winien powoływany przez Zarząd a zatwierdzany przez Władze Nadzorcze Dyrektor Kasy i sprawny, wyszkolony, z wyrobionem poczuciem obywatelskiem, a zabezpieczony od samowoli przez pragmatykę służbową — personel administracyjny i lekarski.

Rola tego czynnika fachowego — pracowników ubezpieczeniowych — została tylko zamarkowana w Dekrecie, a miała być rozwinięta w przepisach wykonawczych, instrukcjach i regulaminach służbowych.

Również organizacja urzędów nadzorczych nie została sprecyzowana ze względu na niemożność usunięcia trudności, wynikających z odmiennych w każdej dzielnicy podstaw prawnych i odmiennej konstrukcji władz ogólno-administracyjnych; zaznaczony tylko w Dekrecie został **udział czynnika obywatelskiego** w przyszłych urzędach ubezpieczeniowych.

Funkcje Sekcji Ubezpieczeń Społecznych Ministerstwa Pracy, jako tymczasowej władzy nadzorczej, zostały ograniczone do ściśle sformułowanych kompetencji, zaś **samorządowi pozostawiono** całą resztę, a więc **szerokie pole działania.**

Niechcąc zgóry przesądzać lub petryfikować istniejących form pomocy leczniczej w Kasach, Dekret nie narzucał form organizacyjnych, zastrzegł tylko dla uczestników Kasy prawo **„ograniczonego wolnego wyboru lekarza"**, t. j. prawo wyboru z pośród lekarzy, z którymi Kasa zawarła umowę. Zabezpieczone zostały w ten sposób zarówno prawa członków jak i możność racjonalnej organizacji lecznictwa.

o o o

Wyżej przytoczone podstawy Dekretu z dnia 11 stycznia 1919 roku wytrzymały próbę 15 miesięcznych debat Sejmowych i ostały się z niewielkiemi zmianami, pomimo iż były poddawane szczegółowej a niejednokrotnie namiętnej krytyce na 26 posiedzeniach komisyjnych i plenarnych.

Poczynione zmiany nie wszystkie były, mojem zdaniem, pomyślne jak np. wyłączenie z pod ubezpieczenia kolejarzy i urzędników państwowych, odebranie prawa do świadczeń rodzinom dobrowolnie ubezpieczonych i faktycznej choć nieślubnej żonie ubezpieczonego, zniesienie obowiązku dopłat $^3/_5$ składek ze strony gmin za ubezpieczonych niestale pracujących, t. j. niemających stałego pracodawcy, przekazanie orzecznictwa w I-ej instancji Zarządom, które wskutek tego same są stroną i instancją orzekającą (w Dekrecie te funkcje należały do Komisji Rozjemczej jako sądu polubownego) i t. p.

Zasadnicze jednak podstawy Dekretu zostały obronione i stały się jako Ustawa z dnia 19 maja 1920 roku, podstawą prawną dla ubezpieczeń społecznych na wypadek choroby w Polsce; wytrzymały próbę 10-letniej praktyki i stanowią dostatecznie szeroką a sharmonizowaną z duchem Konstytucji Polskiej — podstawą do dalszej rozbudowy ubezpieczeń społecznych.

**BRONISŁAW SIWIK.**

# ORGANIZACJA WŁADZ NADZORCZYCH KAS CHORYCH.

Pod względem organizacji władz nadzorczych Kas Chorych tak samo, jak i pod względem samej ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby, — projektodawcy polscy nie mieli całkowicie nieskrępowanego wyboru. Ustawa polska o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby musiała brać pod uwagę ważką okoliczność, że na ziemiach polskich dwóch b. zaborów: pruskiego i austrjackiego ubezpieczenie to istniało już od lat dziesiątków, a wraz z niem istniał pewien typ władz nadzorczych. Właściwie, jeżeli chodzi o ścisłość, istniały dwa typy tych władz: pruski i austrjacki. Pierwszy ustanawiał pewien specjalny rodzaj władz nadzorczych dla instytucyj ubezpieczeń społecznych w postaci trzech stopni urzędów: 1) powiatowych urzędów ubezpieczeń, 2) wyższych urzędów ubezpieczeń i 3) państwowego urzędu ubezpieczeń. Drugi, jak należało się spodziewać po najbardziej biurokratyczno-policyjnem państwie Europy, oddawał nadzór nad Kasami Chorych ogólnym władzom administracyjnym państwa, a więc w pierwszej instancji starostwom, w drugiej — namiestnictwom, a w trzeciej ministerstwu.

Projektodawcy polscy, licząc się z realnemi wa-

runkami, musieli przeto wybrać jeden z tych typów oraz wprowadzić do niego te poprawki, jakich wymagało dobro i rozwój instytucyj ubezpieczeń społecznych oraz zmienione stosunki powojenne.

Kwestji nie ulegało, że z 2 typów władz nadzorczych znacznie lepszy był system Niemiec, gdzie ubezpieczenia stały wyżej i były więcej rozwinięte, niż w Austrji. Bądź co bądź dla poważnych i nowych zadań państwowych ustanawiał ten typ specjalne urzędy. A zupełnie inaczej sprawy są traktowane przez urzędy, które są im wyłącznie poświęcone, niż przez takie, dla których stanowią piąte koło u wozu. Dotyczy to szczególnie spraw klas pracujących, a więc klas, które dotąd nie miały żadnego wpływu na bieg spraw państwa i które dopiero zdobywają ten wpływ z trudem i walką. Dla biurokracji dawnego typu sprawy klas pracujących to zawsze sprawy mniej ważne, drugorzędne, zwłaszcza w urzędach, posiadających stare i mocno zakorzenione tradycje ancien regime'u. I dlatego tak ważne dla proletarjatu jest istnienie odrębnego Ministerstwa Pracy, odrębnych inspekcyj pracy, odrębnych sądów pracy, wreszcie, odrębnych urzędów ubezpieczeń

Te urzędy mogą podlegać takim lub innym wpływom kierunków, panujących w rządzie, lecz bądź co bądź są urzędami ubezpieczeń społecznych i tylko ubezpieczeń społecznych. Do urzędów takich i garną się już specjalnego typu ludzie, o bardziej wyrobionym światopoglądzie społecznym, i panuje w nich nietylko biurokratyczna, lecz już specjalna społeczna atmosfera, która jedynie jest w stanie wzbudzić zaufanie szerokich mas społecznych. Są to względy tak poważne, że one same powinny były rozstrzygnąć i rozstrzygnęły na korzyść tego typu władz nadzorczych w Polsce. Boć względy oszczędności państwowych w żadnym razie nie mają poważniejszego znaczenia.

Ubezpieczenia społeczne stanowią tak poważny, trudny, wymagający specjalnego przygotowania i znajomości rzeczy dział instytucyj prawno-publicznych, że nie sposób traktować nadzoru w tej dziedzinie, jako dodatkowych funkcyj w szeregu innych. Przyłączenie nadzoru nad instytucjami ubezpieczeń społecznych do ogólnych władz administracyjnych, a więc województw i starostw wymagałoby znacznego powiększenia istniejącego personelu tych władz, wymagałoby pomieszczenia, opału, światła, wydatków kancelaryjnych i t. p.

Jeżeli zaś chodzi o jednolitość działania władz, o jednolitość polityki, to właśnie w tej dziedzinie jednolitość powinna być osiągana dopiero u góry przez pewne równoważenie i wogóle ważenie spraw poszczególnych. Ma tu bowiem miejsce ta okoliczność, o której była mowa wyżej przy omawianiu wyboru typu władz nadzorczych: pruskiego z poprawkami, czy austrjackiego.

Instytucje ubezpieczeń społecznych o typie obowiązkowym to — trzeba to jasno stwierdzić — instytucje interwencji świadomej i celowej państwa na rzecz proletarjatu, na rzecz klasy najmitów, a więc to odcinek wpływów tej klasy. Instytucje ubezpieczeń społecznych w Polsce są dopiero w okresie rozwoju, rozszerzania się na różne dziedziny potrzeb proletarjatu. Najdonioślejsze ubezpieczenie na wypadek stałej niezdolności do pracy, starości i śmierci nie obowiązuje dotąd ani w b. zaborze austrjackim, ani w b. zaborze rosyjskim w stosunku do szerokich mas robotników fizycznych. Te szerokie masy robotników fizycznych, nie zabezpieczone od przeciwności losowych, narażone na bezrobocie, wywołane kryzysami w przemyśle, na redukcję, spowodowaną przez utratę z powodu starości — zdolności do pracy, nie znają, co to zabezpieczenie jutra, co to pewność jutra. Ludzie zaś, niepewni jutra, nie mogą z natury rzeczy być zrównoważonym i spokojny elementem społecznym, bo nie znają spokoju wewnętrznego. Państwo, zainteresowane w równowadze i harmonji społecznej, musiało otoczyć opieką tę klasę obywateli, która jest najbardziej upośledzona społecznie. Stąd pochodzi idea ubezpieczeń społecznych. Stąd pochodzi też konieczność specjalnych urzędów do spraw ubezpieczeń społecznych, jako kategorii nowej i różnej w zestawieniu do dawniejszych. Boć wielka i złożona organizacja państwowa podlega wpływom społecznym. Ponieważ najbardziej wyrobionemi społecznie, silnemi i wpływowemi są klasy posiadające, machina państwowa w ogromnym stopniu i zakresie ulega wpływom tych klas. Tak jest i z tego zdaje sobie sprawę zarówno samo społeczeństwo, jak i rząd. Z tych więc względów, chcąc otoczyć istotną opieką klasy pracujące, trzeba było choćby pośrednio i częściowo uniezależnić instytucje, mające służyć interesom tych klas, przez stworzenie i utrzymywanie specjalnych urzędów, mających o nich pieczę.

**Takie są społeczno-polityczne podstawy** specjalnych urzędów ubezpieczeń, przewidzianych przez ustawę z dnia 19 maja 1920 roku o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby.

Do zakresu działania Okręgowych Urzędów Ubezpieczeń, jako władzy nadzorczej, w myśl § 6 Rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 27 marca 1922 roku w przedmiocie utworzenia i organizacji Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń dla b. zaboru pruskiego (Dz. U. R. P. Nr. 22, poz. 194), należy:

czuwanie nad przestrzeganiem przez Kasy Chorych przepisów ustawy z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. R. P. Nr. 44, poz. 272) oraz statutów poszczególnych Kas Chorych, a w szczególności:

1) zezwolenie na mocy art. 1 wymienionej ustawy na utworzenie oddzielnej Kasy Chorych w miastach, liczących ponad 50.000 ludności;

2) zezwalanie na mocy art. 21 na zmianę podziału na grupy zarobkowe oraz na rozszerzenie granic płacy ustawowej;

3) zezwalanie na mocy art. 23 ust. III na udzielanie świadczeń w gotówce, zamiast pomocy lekarskiej, oraz określanie sposobu wykazywania stanu zdrowia w myśl tegoż artykułu;

4) zezwalanie na mocy art. 46 ust. III i art. 59 na podniesienie składek;

5) ustalanie w myśl art. 19 ust. II oraz art. 47 ust. II wartości wynagrodzenia w naturze na podstawie cen miejscowych;

6) zatwierdzanie na mocy art. 60 i art. 66 lit. c statutów Kas Chorych oraz zmian tychże statutów;

7) zatwierdzanie na mocy art. 73 ust. II dyrektora Kasy, oraz zatwierdzanie na mocy ust. VI tegoż artykułu regulaminu dla chorych;

8) przyjmowanie do wiadomości w myśl art. 71 wyników wyborów do władz Kasy;

9) zatwierdzanie na mocy art. 73 ust. IV sprawozdań rocznych z działalności Kas i zamknięć rachunkowych;

10) rozstrzyganie zatargów pomiędzy władzami Kasy na mocy art. 82 ust. II, oraz art. 72 ust. III,

11) przyjmowanie do wiadomości w myśl art. 83 ust. I zażaleń komisji rewizyjnej i stawianie żądania zwołania posiedzenia rady na mocy tegoż postanowienia ustawy;

12) nakładanie kar za przekroczenia przepisów ustawy o zgłaszaniu na zasadzie art. 95;

13) wzywanie władz Kasy do pełnienia czynności oraz zwoływanie z własnej inicjatywy rad lub zarządów na posiedzenia nadzwyczajne, a także branie udziału w posiedzeniach władz Kasy w wypadkach, uznanych za właściwe; zawieszanie w czynnościach władz Kasy w razie stwierdzenia nadużyć i przestępstw, popełnionych przez te władze, oraz mianowania komisarzy dla uporządkowania spraw Kasy i przeprowadzenia nowych wyborów; mianowanie tymczasowych władz Kas, oraz rozstrzyganie skarg i protestów w myśl przepisów wyborczych, wydawanie przepisów lokalnych, potrzebnych dla stosowania ustawy; współdziałanie przy organizowaniu Kas, stawianie wniosków do Głównego Urzędu Ubezpieczeń w sprawie mianowania komisarzy, kontrolerów rządowych lub instruktorów oraz tymczasowych władz Kasy dla ich zorganizowania, bądź też mianowanie tych osób stosownie do poleceń Głównego Urzędu Ubezpieczeń, a to na mocy postanowień art. 100, ust. a;

14) wydawanie instrukcyj, niezbędnych do stosowania ustawy, w szczególności instrukcyj o prowadzeniu biurowości, statystyki i t. d. w ramach ogólnych przepisów, wydanych przez Główny Urząd Ubezpieczeń; pociąganie na mocy tegoż postanowienia ustawy władz samorządowych do współdziałania przy wykonywaniu ustawy, a to na mocy postanowień art. 100 lit. b;

15) czuwanie na mocy art. 100 lit. c. nad wykonywaniem czynności Kas w zakresie lecznictwa;

16) udzielanie informacyj w sprawie ubezpieczenia na wypadek choroby;

17) tworzenie na zasadzie art. 84 ust. I komisyj pojednawczych.

Jak z powyższego wykazu funkcyj Urzędów wynika, zakres działania ich jest bardzo rozległy i poważny. Do Urzędów tych bowiem należy czuwanie nad działalnością instytucyj publiczno - prawnych o charakterze gospodarczym, których na dzień 1 stycznia 1929 r. było w Rzeczypospolitej 243.

Urzędów Okręgowych obecnie jest 3; 1) w Warszawie, 2) w Poznaniu, 3) we Lwowie.

Pierwszy z nich w Warszawie obejmuje 8 województw: 1) Warszawa — miasto, 2) Warszawskie, 3) Łódzkie, 4) Białostockie, 5) Lubelskie, 6) Wileńskie, 7) Nowogródzkie i 8) Poleskie.

Okręgowy Urząd w Poznaniu obejmuje 2 województwa: Poznańskie i Pomorskie.

Okręgowy Urząd we Lwowie obejmuje 6 województw i część Śląskiego (Śląsk Cieszyński), a mianowicie: 1) Kieleckie, 2) Krakowskie, 3) Lwowskie, 4) Tarnopolskie, 5) Stanisławowskie, 6) Wołyńskie.

Podział, jak widzimy, z pewnemi odchyleniami, idzie wzdłuż granicy b. zaborów. Tłumaczyć należy to tem, że w każdym z zaborów inaczej kształtowały się warunki i do dnia dzisiejszego różny jest zakres samego ubezpieczenia.

W b. zaborze Pruskim Urząd obejmuje tylko 2 województwa, lecz Kasy Chorych są tam stosunkowo najbardziej liczne, bo ubezpieczenie obejmuje wszystkich robotników rolnych i leśnych, wtedy gdy w b. zaborze austrjackim — część tych robotników, a w b. zaborze rosyjskim — na wieś poza przedsiębiorstwa handlowo-przemysłowe nie sięga.

Co do czasu pierwszy powstał Okręgowy Urząd Ubezpieczeń w Poznaniu, kierowany od samego początku do chwili obecnej przez dyrektora, St. Barańskiego. Pierwiastkowo Urząd ten miał obejmować w myśl wspomnianego wyżej rozporządzenia tylko województwo Poznańskie, dla województwa Pomorskiego miał powstać odrębny Urząd w Toruniu. Lecz z czasem myśli tej zaniechano. Drugi powstał na podstawie Rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 6 grudnia 1922 r. w przedmiocie utworzenia i organizacji Okręgowych Urzędów Ubezpieczeń (Dz. U. R. P. Nr. 116, poz. 1059)— Okręgowy Urząd Ubezpieczeń w Warszawie, pod kierownictwem Bronisława Siwika. Urząd ten na razie obejmował województwa: Warszawa—miasto, Warszawskie, Łódzkie, Lubelskie, Białostockie i Ziemię Wileńską.

Na mocy tegoż rozporządzenia miały powstać jeszcze 2 Urzędy: 1) z siedzibą w Krakowie dla obszaru województw Krakowskiego i Kieleckiego oraz Cieszyńskiej części województwa Śląskiego;

2) z siedzibą we Lwowie dla obszaru województw Lwowskiego, Stanisławowskiego i Tarnopolskiego. Lecz powstał tylko Okręgowy Urzad we Lwowie pod kierownictwem Dyrektora, Dr. Franciszka Szkodzińskiego.

Ponieważ Okręgowy Urząd Ubezpieczeń w Krakowie nie został zorganizowany, terytorjum tego Okręgu zostało z czasem podzielone pomiędzy 2 Okręgi: Warszawski i Lwowski w ten sposób, że województwo Kieleckie zostało przydzielone do Warszawy, a Krakowskie wraz z Cieszyńską częścią Woj. Śląskiego — do Lwowa.

Pozatem 2 Województwa Wschodnie: Nowogródzkie i Poleskie zostały też przyłączone do Warszawy, a Wołyńskie — do Lwowa. Podział ten trwał do połowy 1926 roku, kiedy Woj. Kieleckie zostało odłączone od Warszawy i przyłączone do Lwowa.

Ustawa z dnia 19 maja 1920 roku, oddając ogólne kierownictwo sprawami ubezpieczenia na wypadek choroby Ministerstwu Pracy i Opieki Społecznej, nadzór państwowy nad działalnością Kas Chorych oddaje w myśl art. 97 Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej, a w granicach zasadniczej ustawy sanitarnej Ministrowi Zdrowia Publicznego (obecnie Ministrowi Spraw Wewnętrznych). Dalej zaś w myśl art. 99 tejże ustawy stanowi, że 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".

W myśl Rozporządzenia Ministra Zdrowia Publicznego i Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia

16.VI 1921 r. i 15.XII 1922 r. (Dz. U. R. P. Nr. 81, poz. 561 i Nr. 10, poz. 65). Delegatami tymi do Okręgowych Urzędów są Naczelnicy Wojewódzkich Urzędów Zdrowia, którzy współdziałają z niemi w wykonywaniu nadzoru nad lecznictwem. Mają oni prawo z upoważnienia Urzędów powierzać pewne czynności, dotyczące nadzoru nad lecznictwem Kas Chorych, poszczególnym podwładnym im urzędnikom, a mianowicie inspektorom lekarskim, farmaceutycznym i lekarzom powiatowym. Delegaci ci korzystają z wszelkich danych, dotyczących lecznictwa w Kasach Chorych, któremi rozporządzają Urzędy, a w wypadku dostrzeżonych usterek, lub nieprawidłowości w działaniu Kas Chorych w dziedzinie lecznictwa, spraw zdrowotnych i higjeny społecznej mają prawo w granicach zasadniczej ustawy państwowej stosować wnioski, które winny być uwzględnione w zarządzeniach Okręgowych Urzędów Ubezpieczeń w granicach ich kompetencyi.

Tak przedstawia się zakres pracy, odpowiedzialności i kompetencyj Okręgowych Urzędów Ubezpieczeń, podlegających bezpośrednio Głównemu Urzędowi Ubezpieczeń, powstałemu na podstawie Rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dn. 9 lipca 1924 r. (Dz. U. R. P. Nr. 63, poz. 619), uzupełnionego przez Rozporządzenie z dn. 22 kwietnia 1926 r. (Dz. U. R. P. Nr. 40, poz. 250), pod kierownictwem p. Adama Korskiego.

Do zakresu działania Głównego Urzędu Ubezpieczeń w Warszawie należy ogólne kierownictwo oraz nadzór w dziale ubezpieczenia na wypadek choroby, a w szczególności:

1) rozstrzyganie w ostatniej instancji zażaleń na decyzje Okręgowych Urzędów Ubezpieczeń;

2) organizowanie Okręgowych Urzędów Ubezpieczeń;

3) nadzór nad Okręgowemi Urzędami Ubezpieczeń oraz nadzór w ostatniej instancji nad Kasami Chorych podległemi tym urzędom;

4) organizacja Kas Chorych oraz Związków Kas Chorych, jako też mianowanie komisarzy lub instruktorów, wzgl. tymczasowych władz dla organizowania tych instytucji, jak również pociąganie na mocy art. 100 lit. b. ustawy z dnia 19 maja 1920 r. władz samorządowych do współdziałania przy tej organizacji;

5) kierownictwo i nadzór nad Związkami Kas Chorych;

6) wydawanie dla Kas Chorych oraz ich Związków ogólnych przepisów o prowadzeniu biurowości, księgowości, statystyki, lokowania funduszów, składaniu sprawozdań z działalności i zamknięć rachunkowych; układanie planów organizacji lecznictwa dla instytucyj ubezpieczenia na wypadek choroby, ustalanie wzorów formularzy dla zgłoszeń obowiązkowych, przewidzianych w ustawie z dnia 19 maja 1920 r.;

7) wydawanie instrukcyj, regulaminów i t. p. dla Okręgowych Urzędów Ubezpieczeń.

Poza funkcjami kierownictwa i nadzoru, dla których w myśl art. 98 ustawy z dn. 19.V 1920 r. zostały powołane Główny i Okręgowe Urzędy Ubezpieczeń, artykuł 100 ustawy wspomnianej, wyliczający funkcje tych Urzędów, w punkcie d) nakłada na nie obowiązek orzekania, jako instancji apelacyjnej i kasacyjnej w sprawach, przewidzianych w art. 76 i 84. Jest to obowiązek, zapożyczony z niemieckiego ustawodawstwa, lecz dla orzecznictwa tego ustawa polska przewiduje w art. 106 specjalne organy sądowe z udziałem przedstawicieli pracodawców i pracowników w jednakowej liczbie.

Do czasu powołania tych specjalnych organów sądowych orzecznictwo sprawuje tylko Okręgowy Urząd Ubezpieczeń w Poznaniu na mocy tegoż art. 106 ustawy. Na podstawie § 4 Rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dn. 27 marca 1922 r. (Dz. U. R. P. Nr. 22, poz. 194) Minister Pracy i Opieki Społecznej na wniosek Dyrektora Urzędu Ubezpieczeń mianuje 10 ławników, z których połowa ma być z grona ubezpieczonych, połowa zaś z grona pracodawców. Każdorazowo Kolegjum orzecznicze składa się z 4 członków, a to z dyrektora lub jego zastępcy, jako przewodniczącego, delegowanego urzędnika Urzędu Ubezpieczeń oraz z 2 ławników, a to jednego z grona ubezpieczonych, jednego z grona pracodawców.

Do zakresu działania tego Kolegjum należy w myśl § 7 tegoż rozporządzenia rozstrzyganie rekursów (odwołań) wniesionych przeciw orzeczeniom Kas Chorych, wydanym na mocy art. 76 ustawy z dn. 19 maja 1920 r.

W b. zaborze rosyjskim istancjami apelacyjnemi dla skarg przeciw orzeczeniom Zarządów Kas Chorych, wydanym w zakresie art. 76, i Komisyj pojednawczych są zwykle sądy. Zachowuje tu moc art. 1 ustawy postępowania cywilnego przy zastosowaniu w odnośnych wypadkach terminu wskazanego w art. 81 ustawy z dn. 19 maja 1920 r.

Na ziemiach b. zaboru austrjackiego orzecznictwo w sprawach ubezpieczenia na wypadek choroby w zakresie, przewidzianym ustawą o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby z dn. 19 maja 1920 r., wykonywane jest przez władze administracyjno-polityczne, a więc starostwa i województwa.

**Dr. HENRYK KŁUSZYŃSKI.**

# PO DZIESIĘCIU LATACH.

Zaledwie upłynęło kilka tygodni od wypędzenia najeźdźców z granic obecnego Państwa Polskiego, zaledwie stworzono pierwsze podwaliny pod budowę gmachu państwowości polskiej, jako najbardziej palącą potrzebę uznano umożliwienie długą wojną znękanej, wyczerpanej i schorowanej ludności pracowniczej otrzymania regularnej pomocy lekarskiej i świadczeń pieniężnych w razie niezdolności do pracy z powodu choroby.

Kiedy w prowincjach b. zaboru austrjackiego

i pruskiego oddawna działały Kasy Chorych, na terytorjum b. zaboru rosyjskiego nie było faktycznie ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby. To też najgorzej przedstawiał się stan zdrowotności w tej dzielnicy. Wystarczy wskazać choćby na cyfry umieralności na gruźlicę w dwóch największych miastach dawnego Królestwa, t. j. w Warszawie i w Łodzi, a wówczas w całej swej grozie wystąpi tragiczny obraz zdrowotności ludności tych miast. I tak w Warszawie w r. 1917 na 10.000 mieszkańców zmarło na gruźlicę 84.0, w Łodzi — 92.5 osób, w roku 1918 — w Łodzi 79. Te dwie cyfry są aż nazbyt wymowne i wskazują dość wyraźnie, jak naglące i palące było wprowadzenie ubezpieczenia na wypadek choroby drogą dekretu.

Ludność zubożała nie mogła sobie pozwolić na rzeczywistą pomoc lekarską w razie choroby; była dla niej niedostępną i jedynie możliwą przy najcięższych ofiarach materjalnych, sprowadzających w następstwie jeszcze większe zubożenie.

Na terenie innych zaborów Kasy Chorych — aczkolwiek w wąskim zakresie świadczeń — ucierpiały również wskutek działań wojennych. W b. dzielnicy austrjackiej prawie 40% kas było nieczynnych, inne były deficytowe, nie mogły rozwinąć żadnej poważnej działalności leczniczej. To też ludność pracująca z ulgą i radością powitała ukazanie się dekretu z dnia 11 stycznia 1919 r.

Ustawodawca, przystępując do opracowania projektu dekretu a później ustawy, miał dwa wzory przed sobą: ustawę o Kasach Chorych obowiązującą wówczas już przeszło 30 lat w Niemczech, i drugą— nieco krócej — w Austrji. Ustawodawca mógł przeto znać wszystkie dobre i ujemne strony tych ustaw, bilans długoletniego wpływu na zdrowotność ubezpieczonych i mógł stworzyć projekt, odpowiadający wymaganiom nowoczesnym w państwie powstałem po wojnie światowej, o ludności znękanej, wygłodzonej, wyczerpanej.

To też systemem zasadniczym projektu, nader korzystnie wyróżniającym się wśród istniejących i obowiązujących wówczas ustaw o ubezpieczeniu na wypadek choroby, o ogromnem znaczeniu dla zdrowotności ludności pracującej — było wciągnięcie w ubezpieczenie nietylko samego pracownika, stojącego w jakimkolwiek stosunku służbowym do pracodawcy, ale również całą jego rodzinę, mieszkającą z nim pod jednym dachem i żyjącą z dochodów jego pracy.

Aczkolwiek prawa, wynikające z dekretu a później z ustawy, określające zakres świadczeń dla członków rodziny ubezpieczonego, są znacznie mniejsze od świadczeń dla samego ubezpieczonego, — wywarły jednak ogromny wpływ na ukształtowanie się ustawodawstwa na wypadek choroby w tych państwach, które jeszcze tego ustawodawstwa nie posiadały, lub posiadały w znacznie ciaśniejszym zakresie.

W chwili ukazania się dekretu — członkowie rodzin, w myśl ustawodawstwa niemieckiego i austrjackiego, nie posiadali prawa do świadczeń, jedynie w kasach brackich mieli bardzo ograniczoną pomoc lekarską w razie choroby. W czasie wojny niektóre Kasy Chorych bardziej zasobne starały się wprowadzić warunkowe ubezpieczenie rodzinne na mocy uchwały Zarządu i Rady Kasy, lecz do dnia dzisiejszego w Niemczech nie istnieje jeszcze ustawowy obowiązek dostarczania pomocy lekarskiej członkom rodzin.

Międzynarodowe Biuro Pracy i Komitet Higjeny Ligi Narodów, opracowując z końcem roku 1928 program pracy dla komisji, złożonej z rzeczoznawców Kas Chorych i hygjeny publicznej, i uzasadniając swe wnioski — wskazują na konieczność rozszerzenia bezpłatnej pomocy lekarskiej na członków rodziny ubezpieczonego.

Tę konieczność zrozumiał już ustawodawca polski 10 lat temu i to mu przynosi zaszczyt i chlubę, że bystrym wzrokiem ujął głęboko zagadnienie ubezpieczenia na wypadek choroby i jego daleko sięgające znaczenie dla zdrowotności i hygjeny społecznej.

Jeżeli w zasadniczej koncepcji dekret ujął zagadnienie ubezpieczenia na wypadek choroby najszerzej ze wszystkich państw europejskich, to w niektórych jego przepisach znać pewne wahanie i kompromisowość. Chodzi głównie o dwa artykuły, które się stały źródłem nieustających walk i tarć, i w miesiącu 10-letniego jubileuszu Kasy Chorych dwa województwa: poznańskie i pomorskie stoją z ich powodu w ogniu walki o sam byt instytucji.

Art. 81 dekretu orzeka, że „członkowie Kasy mają prawo wolnego wyboru lekarza", zaś art. 83: „Kasa może urządzać własne ambulatorja, apteki, szpitale, domy dla ozdrowieńców, zakłady leczenia fizykalnego, instytuty diagnostyczne i t. p.".

W Niemczech istniał prawie we wszystkich kasach chorych, z wyjątkiem kas fabrycznych, wolny wybór lekarzy. W kasach fabrycznych czynny był jeden lub więcej lekarzy — zależnie od wielkości załogi fabrycznej — za miesięcznem stałem wynagrodzeniem. W austrjackich kasach chorych, a więc i w Małopolsce i Śląsku Cieszyńskim, nie było zupełnie wolnego wyboru lekarzy i do dnia dzisiejszego niema go w Austrji. Zarządy austrjackich kas bronią się ze wszystkich sił przed widmem zupełnie wolnego wyboru lekarzy.

Miał zatem ustawodawca przed sobą dwa systemy i zapewnie dobrze były mu znane wszystkie ujemne następstwa pierwszego, a korzystne — drugiego. Widocznie wpływy dzielnicy b. zaboru pruskiego, domagające się zupełnego wolnego wyboru lekarzy, były bardzo silne; stąd pochodzi kompromisowość w ustawowem ujęciu tego problemu.

Mamy w tym kierunku jeszcze ważne doświadczenie, bo 10-letnią działalność Kas Chorych, możemy zatem z całym spokojem i przedmiotowością wyrazić swą opinję o tem zagadnieniu — o czem zresztą jeszcze będzie mowa w niniejszym artykule.

Zagadnienie tworzenia przez Kasy Chorych własnych ambulatorjów, zakładów diagnostycznych itp. zostało bardzo ostrożnie ujęte w dekrecie. Brakło w tym kierunku większych doświadczeń. W Małopolsce, zwłaszcza w większych miastach, jak we Lwowie, w Krakowie, Drohobyczu itp. istniały już oddawna ambulatorja. Piszący te słowa pracował już w r. 1899 jako lekarz kasowy w ambulatorjum w Krakowie. Ale ambulatorja, jako podstawa organizacyjna lecznictwa kasowego, nie istniały jesz-

cze ani w Austrji, ani w Niemczech. Nieliczne ambulatorja fabryczne nie mogą wchodzić w rachubę.

Dlatego dekret mówi bardzo ostrożnie, że kasy mogą zakładać ambulatorja. Potrzebne jest doświadczenie, czy zasada ta jest racjonalna i jaką posiada wartość — i dopiero wówczas będzie ją można ująć w sankcję prawną. Brak stanowczości w dekrecie — ta zrozumiała zresztą ostrożność — wywarła niezawodnie bardzo ujemny wpływ na rozwój kas w dzielnicy b. zaboru pruskiego, gdzie były po wypędzeniu zaborcy nader korzystne warunki organizacji systemu ambulatoryjnego.

Ukazanie się dekretu o ubezpieczeniu na wypadek choroby wytworzył w pewnej grupie lekarzy atmosferę niepokoju i oporu przeciwko najważniejszym jego zasadom i przepisom.

Rozpoczęła się walka w prasie codziennej i zawodowej przeciwko czterem przepisom ustawowym: 1) przymusowość ubezpieczenia, 2) wciągnięcie do ubezpieczenia wszystkich pracujących bez względu na wysokość wynagrodzenia, 3) ograniczenie wolności wyboru lekarzy, 4) możliwości tworzenia ambulatorjów. A kiedy Departament Ubezpieczeń Ministerstwa Pracy postanowił polecić wyznaczonemu Komitetowi zorganizowanie pomocy lekarskiej w Kasie Chorych m. Warszawy systemem ambulatoryjnym — postanowiła ta grupa lekarzy uchylić się od wszelkiej współpracy.

Sprawozdanie Kasy Chorych m. Warszawy za czas od 1 sierpnia 1920 r. do 31 grudnia 1921 najdokładniej uwypukla nastrój tej grupy lekarzy w stosunku do zagadnienia lekarskiego w powstać mającej Kasie. Niechaj wyjątki z tego sprawozdania przemówią o tym trudzie, który kasy musiały w rozwoju swoim przełamać i mimo wszystko spełnić godnie swoje przeznaczenie:

„W kwietniu 1919 r. zaprosiło Ministerstwo Pracy najwybitniejszych lekarzy warszawskich, przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Uniwersytetu itd. w celu ustalenia warunków pracy i płacy lekarzy w Kasie Chorych.

Członkowie Komisji, wybrani przez lekarzy, bardzo nielicznie stawili się na obrady, a w końcu odmówili zawarcia jakichkolwiek umów.

Niezrażone tą wyraźną niechęcią, w listopadzie 1919 r. Ministerstwo ponownie wszczęło pertraktacje z wybraną na ten cel przez ogół lekarzy warszawskich komisją, i po długich konferencjach ustaliło sposób pracy i płacy. Gdy jednak chodziło o podpisanie tej umowy, oprócz przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia — nikt z członków Komisji się nie stawił.

Przy nominacji Naczelnego Lekarza Kasy Chorych zwrócił się Komisarz do stowarzyszeń lekarskich o przedstawienie swych kandydatów. Obie organizacje lekarskie: Związek Zawodowy Lekarzy Polskich i Stowarzyszenie Lekarzy zostawiły ten list bez odpowiedzi.

Po ogłoszeniu konkursu na naczelnego lekarza Kasy Chorych zwrócił się Zarząd Kasy do zrzeszeń lekarskich z propozycją wysyłania swych delegatów celem rozpatrzenia ofert i wydania swej opinji. Stowarzyszenie Lekarskie pismem z dn. 6 września 1919 r. oświadczyło, że nie może w myśl uchwały Zrzeszenia Lekarskiego współdziałać we wprowadzeniu w życie Kas Chorych.

Najważniejsze uchwały lekarzy, które zostały umieszczone w prasie, brzmią jak następuje:

„Zjazd przedstawicieli Zrzeszeń Lekarskich uchwalił w kwietniu 1919 r.:

a) zupełnie wolny wybór lekarza,

b) wypłacanie zasiłków pieniężnych członkom leczącym się — na pokrycie kosztów lekarskich,

c) uzależnienie obowiązku należenia do Kas Chorych od granicy zarobkowej,

d) zatwierdzenie umów między lekarzami a Kasą przez Izbę Lekarską,

e) przynależność Kasy Chorych do Ministerstwa Zdrowia".

Zrzeszenie lekarzy pisało dosłownie:

„Gdyby te minimalne żądania nie zostały uwzględnione, lekarze nie mogliby współdziałać we wprowadzeniu w życie tej reformy społecznej".

Uchwały wykonawczego zjazdu lekarzy polskich z dn. 8 grudnia 1919 r. nie różnią się od wyżej przytoczonych, są tylko dalej idące.

Znaczenia godne jest zdanie, wyrażone przez prezesa Związku Lekarzy, który wręcz nazywa ustawę o Kasie Chorych w teraźniejszej postaci „nierozumną i nieużyteczną".

Zgodnie z tem wrogiem od samego początku stanowiskiem świata lekarskiego względem nowej placówki społecznej, uchwała walnego zebrania warszawskiego Związku Lekarzy dn. 2 lutego 1920 roku żąda:

1) aby prawo korzystania z Kasy Chorych przysługiwało tylko niezamożnej warstwie ludności;

2) przyłączenia Kasy Chorych do Ministerstwa Zdrowia, a nie do Ministerstwa Pracy;

3) utworzenia Rady Sanitarnej przez lekarzy Kasy Chorych;

4) obsadzania posad w ścisłem porozumieniu ze Związkiem Lekarzy.

Opublikowana w Gazecie Lekarskiej w lipcu 1920 r. ocena ustawy zupełnie jednostronnie jest napisana, tendencje bowiem ujawniające się w tym artykule są jasne: nieprzychylne, co więcej — wrogie".

Ten krótki wyjątek ze sprawozdania najlepiej chyba świadczy, z jakiemi trudnościami musieli walczyć ci wszyscy, którym powierzono praktyczne zrealizowanie dekretu o ubezpieczeniu na wypadek choroby.

Z chwilą jego ukazania się rozpoczęła się zatem walka pewnych grup lekarzy zorganizowanych przeciw jego najważniejszym zasadom. Obecnie dobiega 10 lat i jesteśmy znowu świadkami ataku tego samego odłamu lekarzy w Wielkopolsce i na Pomorzu. Hasła po 10 latach nie uległy zmianie: utrzymanie zupełnie wolnego wyboru lekarzy, niedopuszczenie do systemu ambulatoryjnego w Kasach Chorych. Czas widocznie niczego nie nauczył; w zaślepieniu, w obronie egoistycznych interesów nie widzą, co się naokoło dzieje: że hasło wolnego wyboru lekarza staje się przeżytkiem i szybkiemi krokami zbliża się do niechybnego bankructwa. A zdąża ono do upadku w tym właśnie kraju, gdzieby się zdawało — najsilniejsze i najpewniejsze ma podstawy, gdzie organizacja lekarska jest najsilniejsza, t. j. w Niemczech.

Zagadnienie wartości wolnego wyboru lekarza już omówiliśmy w całym szeregu artykułów, umie-

szczonych w „Przeglądzie Ubezpieczeń Społecznych". Nie potrzebuję ich przeto powtarzać, ale powołać się muszę z okazji naszej 10-cio letniej uroczystości na działo bardzo pokaźnego kalibru — na lekarza, który jest gorącym obrońcą interesów lekarskich i był aż do ostatnich czasów niezachwianym obrońcą zupełnie wolnego wyboru lekarza. Jest nim dr. Lick, lekarz z Gdańska, człowiek — jak sam o sobie pisze — prawicowych przekonań, nieprzychylnie usposobiony do ubezpieczeń społecznych wogóle, a szczególnie do ubezpieczenia na wypadek choroby; swoją nieprzychylność ujawnił w II-ej części swej książki: „Die Sendung des Arztes" (Posłannictwo lekarza) i w książce, która się ukazała z końcem 1928 r.: „Die Schaden der sozialen Versicherungen und Wege zur Besserung" (Szkodliwy wpływ ubezpieczeń społecznych i drogi naprawy).

Otóż dr. Lick, który miał sposobność przyglądać się zgubnym skutkom wolnego wyboru lekarza, przyszedł do przekonania, że ideologja ta zupełnie zbankrutowała i że niema innego wyjścia, jak upaństwowienie lekarzy kasowych i stosownie do liczby ubezpieczonych — utworzenie okręgów pomocy lekarskiej.

Niechaj dr. Lick, obcy nam zupełnie człowiek, po drugiej strony barjery stojący, za nas przemawia i niechaj chwiejących się przekona o racjonalności polskiego systemu, tym, co stworzyli w polskich kasach system ograniczonego wyboru — niechaj jego słowa będą świadectwem, że dobrą wybrali drogę.

„Do kogoż napływają pacjenci kasowi? Czy do lekarza, który uważa swój zawód jako urząd wychowawczy, czy do tego, który z lekkiem sercem potwierdza chorobę i niezdolność do pracy?"

„Prawdziwie chory nie uzyskuje swego prawa. Znam lekarzy, którzy codziennie 50, 60 — ba, nawet 100 i 200 chorych przyjmują w swoich godzinach ordynacyjnych".

„Jak wygląda ordynacja przy 100 lub 200 chorych?"

„Znajomy mi lekarz zastępował lwa kasowego. Pierwszy chory, który się zgłosił, był leczony oddawna z powodu cierpienia płucnego.

— Niechaj się pan rozbiera — powiada lekarz.

— Co? — odpowiada zdumiony chory. — Nigdy tego jeszcze nie uczyniłem u doktora X".

Karykatura leczenia — powiada słusznie autor.

„Młody lekarz łatwiej jest skłonny nie uważać na głos sumienia, wystawia świadectwa z przeczności, potwierdza bardzo łatwo niezdolność do pracy znajduje zawsze więcej, niż faktycznie — jednem słowem — działa, jak geszefciarz, a nie jak lekarz".

„To, co wolny wybór lekarza ma stanowić — przez indywidualne leczenie chorego przez lekarza zaufania — stwarza coś wręcz odmiennego. Każdy z nas zna chorych kasowych, u których przeoczą się istniejące poważne cierpienie, nie występuje przeciw błędnym rozpoznaniom. Każdy lekarz to przechodzi. Potępiam tylko zaniechanie ścisłego zbadania chorego".

„Lekarz kasowy — przy wolnym wyborze — jest materjalnie zależny od swoich chorych: wie, że odprawienie rzekomego chorego prowadzi tylko do tego, że dana jednostka idzie do najbliższego lekarza, który chorobę i niezdolność do pracy bez skrupułów stwierdza".

„Nie wierzę, iż lepsza opłata lekarza usunie nadmierne przyjmowanie chorych. Jest to po ludzku zrozumiałe, że każdy lekarz — pomijając wyjątki— stara się z koryta kasowego jak najwięcej wyciągnąć".

„Bardzo często wielce zatrudniony lekarz kasowy, a więc mąż wielkiego zaufania, jest poszukiwany nie z powodu jego doskonałych wiadomości i jego troskliwości w leczeniu, tylko dlatego ma chory kasowy do niego zaufanie, że przy stwierdzeniu choroby i niezdolności do pracy nie będzie czynił wielkich trudności".

„Na wsi lub w małem miasteczku jest przeważnie jeden lekarz. Tu już niema żadnego wyboru, a przecie istnieje najlepszy stosunek między lekarzem a chorym".

„Czy zwiększyć kontrolę niezdolności do pracy, energiczniejszą kontrolę nad recepturą? Wszystkie te zarządzenia są bez wartości. Jeszcze więcej papieru i atramentu, jeszcze więcej biurokracji, jeszcze więcej wydziałów i komisyj. W wielkich kasach stosowanie tych środków jest bezskuteczne, należy się raczej obawiać jeszcze większego oszustwa".

„Lekarze ponoszą sami winę, że zaufanie do nich tak nisko upadło".

„W Anglii podnosi się coraz więcej głosów o nader ujemnych stronach ubezpieczenia na wypadek choroby. W Kasach Chorych — pisze Tygodnik Kliniczny — nastąpił stan beznadziejny: corocznie 47 miljonów ordynacyj, które kosztują 1 milionów funtów szterlingów. Minister musiał wkroczyć, gdyż nastąpiły trudności finansowe".

„Wielu lekarzy wchodzi do praktyki, nie posiadając kwalifikacyj na lekarza prywatnego ani kasowego. Choremu albo wcale, albo niewiele pomagają, a kasom szkodzą. Szkodnicy tacy nigdy się nie poprawia".

„Ile lekarstw zapisują chorym kasowym zupełnie bezcelowo? Zdumienie ogarnia, jakie ilości leżą w domu chorego niezużyte i psujące się. Doświadczonemu lekarzowi wystarczają nieliczne pojedyńcze środki. Zmniejszenie bezmyślnego zapisywania lekarstw wyjdzie na korzyść zdrowiu jednostki, jak też i ogółu".

W końcu ten-że sam autor w listopadowym zeszycie 1928 r. „Münchener Medizinische Wochenschrift" (Monachijski Tygodnik Lekarski), w artykule „Arzt und Kassenarzt" (Lekarz a Lekarz kasowy) podaje, że jeden z lekarzy kasowych chwalił się, że w dwóch godzinach przyjął 134 chorych, czyli na 1 chorego nie potrzebował nawet ani jednej minuty. Porównajmy ten fakt z polskiemi stosunkami: Zrzeszenie Lekarzy kasowych w Warszawie wydało polecenie lekarzom, leczącym choroby wewnętrzne, by na godzinę ordynacji nie przyjmowali więcej, niż 5 do 6 chorych.

Mamy zatem przed sobą dwie cyfry: przy wolnym wyborze lekarza można przyjąć nawet 67 chorych, przy systemie ambulatoryjnym — tylko 6-ciu. Kto zatem jest nieuprzedzony i zdrowym kieruje się rozsądkiem, nie będzie się wahał w ocenie wartości tych systemów dla zdrowia ubezpieczonego.

Przeto w zagadnieniu systemu lecznictwa nie może być kompromisów, od słusznej i racjonalnej zasady nie wolno ani na krok odstąpić i ani na chwilę się wahać. Dekret jest już wynikiem pewnych kompromisów, — o dalszych nie może być przeto mowy. Należy tylko system technicznie i administracyjnie poprawiać, uzupełniać, udoskonalać.

W końcu nasuwa się jeszcze jedna uwaga z powodu rozważania znaczenia dekretu. W prasie lekarskiej rozbrzmiewa niejednokrotnie skarga, że w dekrecie, a później w ustawie — znaczenie czynnika lekarskiego nie zostało dostatecznie uwzględnione, przyczem w okresie rozwoju stworzona została przegroda między czynnikiem lekarskim a administracyjnym.

Stoję na stanowisku, że czynnik lekarski odgrywa niezaprzeczenie ogromną rolę w rozwoju lecznictwa Kas Chorych i będzie on z natury rzeczy coraz większy w miarę postępującej ewolucji Kas Chorych, postawienia obok zasady lecznictwa — także zasady zapobiegania. Przeto czynnik lekarski powinien mieć poważne stanowisko w Kasach Chorych. Nie ulega jednak wątpliwości, że istnieje przegroda nieufności i niedowierzania między czynnikiem lekarskim i administracyjnym.

Cały szereg ostrych walk między organizacjami lekarskiemi a Kasami Chorych, przeważnie nieuzasadnionych ze strony tychże organizacyj, przyczyniły się niemało do powstania tej przegrody. Ponadto z konstrukcji Kas Chorych wynika, że lekarze kasowi obdarzeni są wielkim przywilejem i prawem samodzielnego dysponowania prawie 70 — 80% wpływów kasowych. Kto posiada tak wielkie prawo powinien mieć i poczucie odpowiedzialności w celowem i racjonalnem dysponowaniu temi funduszami.

Czy tak jest naprawdę w Kasach?

Problem ten stał się dziś kapitalnem zagadnieniem już nie samych polskich Kas Chorych, ale problemem międzynarodowym we wszystkich Kasach Ch. w Europie i Komitet Higjeny w Genewie bada ten problem ze względu na znaczenie Kas Chorych w zadaniach Higjeny społecznej.

W końcu — czyż walka, która rozgorzała w Wielkopolsce i na Pomorzu, przyczyni się do rozwalenia tej przegrody?

Dlatego, rozważając dziś znaczenie dekretu, należy się z troską zapytać: czy nowe dziesięciolecie przyniesie zmiany w tym kierunku?

# OPINJA PUBLICZNA WOBEC DEKRETU Z DN. 11 STYCZNIA 1919 R.

Dekret z dnia 11 stycznia 1919 r. nie odbił się głośnem echem w opinji publicznej.

Głucho o nim naogół — z małemi tylko wyjątkami — tak w prasie codziennej, jak i w perjodycznych pismach fachowych.

Sprawiedliwość nakazuje zresztą przyznać, że nie można się temu dziwić, należałoby się może nawet dziwić, gdyby było inaczej.

Dekret nie był bowiem owocem parlamentarnych walk ustawodawczych. U jego kołyski nie rozegrały się walki interesów i idei, które, jak to widzimy ostatnio np. we Francji lub Czechosłowacji, poprzedzają zazwyczaj wydanie w normalnej drodze parlamentarnej ustaw z zakresu ubezpieczenia na wypadek choroby, a po dojściu ich do skutku wyrażają się w obszernych komentarzach i omówieniach gazetowych i czasopiśmiennych.

Oktrojowanie ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby w formie dekretu Naczelnika Państwa nie mogło wywrzeć wpływu na stosunek do niej opinji publicznej.

Nie chodzi tu zresztą o różnice proceduralne w dojściu do skutku ustawy i dekretu, które z natury rzeczy odbijają się na większej czy mniejszej ich „publicité".

Istotna przyczyna względnie słabego oddźwięku dekretu w prasie, a co się z tem łączy i w społeczeństwie tkwi znacznie głębiej. Dekret był dziełem rządu socjalistycznego, jego łabędzim śpiewem na tydzień przed dymisją. Jest podpisany przez Moraczewskiego i Ziemięckiego. Może więc być słusznie uważany z punktu widzenia politycznego za ekskluzywne dzieło Polskiej Partji Socjalistycznej a więc głównego partyjnie-politycznego wykładnika tych szerokich warstw pracujących, których zabezpieczenie na wypadek chorobowego ryzyka miał za zadanie dekret z 11 stycznia 1919 r. Nie może również ulegać wątpliwości, że ubezpieczenia społeczne figurowały 10 lat temu w programie socjalistycznym. Manifest Związku P. P. S. wydany dokładnie w miesiąc po wyjściu dekretu stwierdza, że „wszechstronna ochrona pracy i zdrowia robotnika jest podstawą reform społecznych". Po wyliczeniu postulatów z zakresu ochrony pracy w ścisłem tego słowa znaczeniu przechodzi manifest do omówienia żądań z zakresu ubezpieczeń społecznych; nie zadawala się przy tem ogólnikowem stwierdzeniem, że „obok tych reform muszą powstać ustawy o ochronie robotnika od choroby, inwalidztwa, nieszczęśliwych wypadków i t. p.", lecz przechodząc do sedna rzeczy, wysuwa żądanie, by ustawy o tych organizacjach ochronnych zabezpieczyły „samorząd ubezpieczenych przy udziale Państwa w ciężarach ubezpieczenia". Podobnie doniosłe miejsce przeznacza w swych programach ubezpieczeniom społecznym Narodowy Związek Robotniczy i ugrupowania chrześcijańsko-społeczne. Wszystko to prawda. Trudno jednak nie zauważyć, że klasa robotnicza, zwłaszcza w b. Królestwie, gdzie rosyjska ustawa z lipca 1912 r. wprowadzoną została tylko częściowo, nie mogła zdawać sobie jeszcze 10 lat temu w pełni sprawy ze znaczenia, jakie przedstawiało dla niej wprowadzenie obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek choroby. Nie walczyła o nie, nie głosowała pod hasłem przeprowadzenia swych postulatów w tej dziedzinie, nie okazywała więc dla niego — m. in. i w prasie — tego zainteresowania, jakie towarzyszy zawsze ostatecznemu wprowadzeniu w życie dzieła, które stanowi rezultat walk długoletnich i stanowczych.

Nie można również przejść do porządku dzien-

nego nad okolicznością, że w dniach bezpośrednio poprzedzających ogłoszenie w Monitorze Polskim dekretu i następujących po niem rozegrały się w wewnętrznej i zewnętrznej polityce polskiej tak istotne ewenementy, że zajmując — szczupłe zresztą podówczas z powodu braku papieru — łamy prasy, musiały one zepchnąć na plan dalszy omówienie nowowprowadzonego ubezpieczenia na wypadek choroby. W dniu 5 stycznia 1919 r. odbyła się głośna próba prawicowego zamachu stanu. Już w dniu 16 stycznia dymisjonował rząd Moraczewskiego, ustępując miejsca gabinetowi Paderewskiego. Nie później jak w dniu 26 stycznia odbyły się wreszcie wybory do Sejmu, które wyprzedziła zaciekła agitacja partyjna, zapełniająca prasę przez kilka ostatnich tygodni przed tą walką. To wszystko działo się w polityce wewnętrznej. Równocześnie w dziedzinie polityki zewnętrznej wypada zarejestrować obok walk na Południu (Śląsk Cieszyński) i Wschodzie (Wschodnia Małopolska) rozgrywki polityczne poprzedzające oficjalne rozpoczęcie obrad paryskiej konferencji pokojowej.

Wreszcie zajęcie stanowiska wobec dekretu musiał w wysokim stopniu utrudniać prawie zupełny brak podówczas wybitniejszych fachowców asekuracyjno-socjalnych, zrozumiały wobec niskiego stanu ubezpieczeń społecznych w b. zaborze austrjackim, a ich braku w b. zaborze rosyjskim.

Wszystko to, jeżeli może niezupełnie usprawiedliwia, to w każdym razie wystarczająco tłumaczy naogół skąpe i rzadkie prasowe komentarze na marginesie dekretu, który zresztą nie miał faktycznie nigdy wejść bez zmian w życie w całej rozciągłości, pozostając dokumentem o charakterze właściwie programatycznym.

Zasługuje na szczególne zgóry podkreślenie okoliczność, że stosunkowo najobszerniejsze i najprzychylniejsze omówienie dekretu spotykamy w prasie socjalistycznej; również i pierwsze naukowe omówienie polskiego ubezpieczenia na wypadek choroby pochodzi ze strony lewicowej, bo wyszło z pod pióra p. Edwarda Lipińskiego na łamach „Ekonomisty". Ze strony prawicowej przyjęto natomiast dekret wprawdzie nie wrogo, lecz naogół obojętnie, przechodząc do porządku dziennego nad jego wydaniem — poza conajwyżej drobnemi notatkami informacyjnemi — prawie zupełnie; nie trudno wytłumaczyć tę taktykę charakterystycznie niezdecydowanem stanowiskiem obozu prawicowego w okresie przewrotowym w stosunku do programu reform społecznych.

Nie od rzeczy będzie również, jeżeli stwierdzimy, że chociaż względnie mało rzeczowych uwag nasunęło wydanie dekretu, to jednak należy przyznać, że prawie wszystkie okazały się słusznemi i prawie bez wyjątku odpowiadają tendencjom późniejszego rozwoju polskiego ustawodawstwa ubezpieczeniowego.

Z gazet stołecznych poświęca najwięcej miejsca dekretowi „Robotnik".

W dłuższym artykule (podpisanym: dr. St. Z.) zamieszczonym w odcinku N-ru 54 (431) z 3 lutego 1919 r. nie ogranicza się bowiem do streszczenia głównych postanowień dekretu, lecz zaopatruje je na początku i końcu ogólnemi uwagami z punktu widzenia interesów klasy robotniczej. Trudno oprzeć się wrażeniu, że dziś po 10 latach nie można do nich nic dodać, ani nic od nich ująć, tak zdają się odpowiadać rzeczywistemu stanowi rzeczy. „Dekret o Kasach Chorych" — stwierdza autor — „jest jednym z czynów, którym rząd Moraczewskiego zaskarbił sobie wdzięczność klas pracujących". Dr. St. Z., zdaje sobie w pełni sprawę z postępowych zasad dekretu, bo dowodzi, że „nietylko sam fakt dojścia do skutku tego dekretu, ale też głośne jego zasady są przejawem ducha nawskroś demokratycznego i socjalnego i wyrazem reform najnowszych w tej dziedzinie ustawodawstwa społecznego".

Po omówieniu obowiązkowego charakteru ubezpieczenia na wypadek choroby, jego świadczeń, podstaw finansowych i organów administracji ubezpieczeniowej autor zastanawia się nad zadaniami, jakie dekret stawia przed rządem socjalistycznym, socjalistyczną reprezentacją parlamentarną i klasą robotniczą. „Zadaniem obecnego rządu będzie wprowadzić ustawę jak najprędzej w życie, rzeczą zaś posłów robotniczych w Sejmie będzie czuwanie nad tem, aby nietylko Kasy Chorych zostały urzeczywistnione, ale nadto, aby postulaty, które z praktyki kasowej się wyłonią, znalazły wyraz w udoskonaleniu przepisów. Zadaniem wreszcie robotników będzie dopilnować pracodawców, aby wszyscy zostali do Kasy wpisani i aby nie było ani jednego robotnika w Polsce, któryby był poza Kasą Chorych. Tylko w ten sposób bowiem mogą Kasy wzróść w taką siłę, że możliwem im będzie spełniać owe szczytne zadania, które na ich barki spadną". Jeżeli rola klasy robotniczej przy wykonaniu dekretu nie jest może ujęta dość wszechstronnie i wyczerpująco, to jednak określenie przez p. dr. St. Z. zadań rządu, a zwłaszcza parlamentarnego przedstawicielstwa robotniczego zasługuje na podkreślenie i uznanie. Szczególnie zwraca uwagę fakt, że podkreślając słusznie zalety dekretu z 11 stycznia 1919 r. nie wpada autor artykułu w ekstrem i nie zapomina o tem, że praktyka kasowa nasunąć musi nowe postulaty, których urzeczywistnienie przyczyniłoby się do „udoskonalenia przepisów" z zakresu ubezpieczenia na wypadek choroby.

Napróżno wertujemy pożółkłe roczniki prasy mieszczańskiej prawicowej, czy centrowej w poszukiwaniu za artykułami, czy obszerniejszemi notatkami redakcyjnemi na temat dekretu z 11 stycznia 1919 r.

Nie spotykamy ich ani na łamach „Kurjera Porannego", który ogranicza się do podania w d. 19 stycznia w N-rze 17 suchej notatki kronikarskiej o dekrecie.

Prawie zupełnie przemilcza dekret prasa obozu prawicowego, a więc „Gazeta Warszawska", „Gazeta Poranna", „Kurjer Warszawski" i inne. Jeżeli społeczne zagadnienia pracy stanowią dla tego odłamu prasy przedmiot zainteresowań, to tylko pod kątem widzenia organizacji i intensyfikacji produkcji, którym to zagadnieniom poświęca „Gazeta Warszawska" nawet wstępny artykuł p. t.: „Organizacja i wydajność pracy" (Nr. 47 z 17 lutego 1919 r.).

Rzecz ciekawa, że nie wyrażając swej opinji o wprowadzeniu w Polsce ubezpieczenia na wypadek choroby, „Gazeta Warszawska" w artykule

pióra Jana Ignacego Wieniawity, poświęconym krytyce ideologji obozu socjalistycznego p. t. „Socjalizm w stosunku do ideału ludzkości" (część II Nr. 10 z 11 stycznia 1919 r.) opowiada się za ubezpieczeniem na wypadek choroby. „Oczywiście, że całe gospodarstwo narodowe — rozumuje — musi być tak formowane, by starość, choroba i niedołęstwo klasy pracującej były najzupełniej zabezpieczone, by praca wogóle miała oficjalną opiekę w rządzie"... „Ale — dodaje p. Wieniawita — to wszystko dziać się może, musi i już w niektórych państwach zostało wprowadzone poza socjalizmem, bo to wynika z prawa komplikacji, wynika z coraz większego i coraz rozumniejszego organizowania się narodów, wynika wprost ze stałego doskonalenia się ducha". Nie wchodząc w zapatrywania p. Wieniawity co do podstaw ubezpieczeń społecznych (tajemnicze „prawo komplikacji" i nieco metafizyczne „doskonalenie się ducha") i nie zamierzając rozpatrywać uwag p. Wieniawity na temat stosunku między socjalizmem, a ubezpieczeniami społecznemi, wypada stwierdzić akademicki charakter nic nie mówiących tych deklaracyj za ubezpieczeniami społecznemi, które jakżeż daleko pozostają w tyle za pełnem i stanowczem opowiedzeniem się za niemi klas posiadających niemieckich za czasów Bismarcka, a więc przed 50 blisko laty.

„Gazeta Warszawska" nie mogła jednak nie interesować się sprawą faktycznego wejścia w życie dekretu; to też zamieszczę na ten temat dłuższą notatkę, zaczerpniętą najwidoczniej ze źródeł urzędowych. Notatka ta interesuje jako wyraz pierwotnych — zresztą niezupełnie zrealizowanych — zamierzeń sekcji ubezpieczeń społecznych Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej około wprowadzenia w życie dekretu. „Wydział Kas Chorych przystępuje obecnie do wprowadzenia w życie i uzgodnienia organizacji Kas Chorych na terenie całej Polski. Wobec całkowitego braku instytucyj kas chorych w Królestwie, oraz wobec różnorodności typów kas w Galicji i Poznańskiem praca podzielona być musi na szereg okresów. Wpierw zorganizowana zostanie, jako wzorowa kasa chorych w Warszawie. Ma ona ruszyć 1 kwietnia" (zapowiedź ta okazała się zresztą prawdziwie prima - aprilisową, bo warszawska kasa chorych uruchomioną została znacznie później w pierwszym rzędzie z powodu zupełnego braku odpowiednich pomieszczeń). „Wydział kas chorych wszedł w porozumienie z magistratem m. Warszawy, jako zatrudniającym największą ilość robotników, podlegających ubezpieczeniu. Po ukończeniu prac organizacyjnych i ustaleniu organizacji kasy wydział przeprowadzi wybory, termin których wydział projektuje na 1 lipca".

Brak naukowych opracowań pierwszego polskiego unormowania ubezpieczenia na wypadek choroby, wydanego bezpośrednio po ogłoszeniu dekretu.

Za krytyczne jego omówienie może być natomiast niewątpliwie uważana praca p. Edwarda Lipińskiego, p. t. „Projekt prawa o Kasach Chorych, która ukazała się bezpośrednio przed wydaniem dekretu, bo w III zeszycie „Ekonomisty" za r. 1918; zawiera ona mianowicie analizę projektu ustawy Ministerstwa Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy, który po projekcie Departamentu Pracy tymczasowej Rady Stanu z r. 1917 stanowi drugi etap polskiej myśli ubezpieczeniowej w drodze ku wydaniu dekretu i przygotował bezpośrednio ostateczne sformułowanie dekretu, pokrywającego się w istotnych swych punktach z postanowieniami projektu ustawy prawie najzupełniej [1].

P. Edward Lipiński przyznaje projektowi Ministerstwa wyższość nad projektem Departamentu, który — jak stwierdza — „odznacza się brakiem gruntowności, sumarycznością (całą ustawę zawarto w 48 artykułach) i brakiem precyzji. Jest to — dodaje — raczej materjał do dyskusji, a nie wykończony projekt ustawy". Natomiast projekt Ministerstwa Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy „odznacza się już większą precyzją i opanowaniem szczegółów choć również wykazuje luki i braki".

Autor nie poprzestaje na ogólnikach, ciekawie konkretyzując swe zarzuty z punktu widzenia techniki legislacyjnej przeciw unormowaniu w Polsce ubezpieczenia na wypadek choroby; zarzuty te niepozbawione są aktualności jeszcze dzisiaj w świetle postanowień ustawy z 19 maja 1920 r. Stwierdza mianowicie, że „zauważyć można unikanie regulowania drobniejszych szczegółów. Ustawa raczej zajmuje się kwestjami zasadniczemi. Nie ulega wątpliwości, że pożądanem byłoby ujęcie już w ustawie szczegółów możliwie najdrobniejszych. Stosunkowo dość drobiazgowo opracowane prawo niemieckie nastręcza mimo to w praktyce mnóstwo niejasności i kwestyj spornych. Gromadzą się do nieskończoności wyroki wyższych instancyj ubezpieczeniowych i wyjaśnienia rządu, ustawa staje się mało przejrzysta. To utrudnia jej poznanie, szczególniej dla robotników". Nie wchodząc w meritum krytyki p. Lipińskiego, nie zamierzając wypowiadać się w tem miejscu ani co do słuszności rozumowania za przyjęciem niemieckiej techniki kodyfikacji ubezpieczeniowej, ani też co do trafności argumentu opartego na notorycznie obfitej judykaturze niemieckiej (która okazała się konieczną właśnie w Niemczech, gdzie księga II Ordynacji Ubezpieczeniowej Rzeszy tak szczegółowo normuje ubezpieczenie na wypadek choroby) należy przyznać, że trudno odmówić p. Lipińskiemu poruszenia tu bardzo poważnego i w praktyce niepozbawionego znaczenia problematu ustawodawczej natury.

Znacznie głębiej w samą istotę rzeczy wnikają jednak uwagi autora co do stosunku między ubezpieczeniem na wypadek choroby, a innemi działami ubezpieczeń społecznych. Zasługują one na tem baczniejszą uwagę, że kulminują w — wysuniętym w Polsce bodaj po raz pierwszy! — postulacie scalenia z sobą organizacyjnego i rzeczowego poszczególnych działów ubezpieczeń społecznych, którego urzeczywistnienie stawia sobie dopiero za zadanie rządowy projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznem, opracowany ostatnio przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej. Wydaje się, że nie będzie

[1]) Streszczając wywody p. Lipińskiego, będziemy możliwie unikali przytoczenia tych, nielicznych, zresztą jego uwag, które wobec pewnej, dokonanej w r. 1918 i 1919 przez Ministerstwo rewizji pierwotnych postanowień projektu ustawy — nie są już aktualne w świetle sformułowania dekretu.

zbędnem przytoczenie wywodów p. Lipińskiego za scaleniem ubezpieczeń społecznych. Sądzić należy, że oddzielne traktowanie różnych kategoryj ubezpieczeń nie jest celowe. Istnieje między niemi ścisły związek i raczej należałoby je ująć w jednolite prawo, powiązać organicznie i organizacyjnie. Cały gmach ubezpieczeń stanie się wtedy bardziej przejrzysty, administracja łatwiejsza i tańsza... Sądzimy, że i ubezpieczenie od wypadków przy pracy dałoby się organizacyjnie związać z kasami chorych. Utrzymanie jednolitych organów dla różnych kategoryj ubezpieczeń umożliwia rozporządzanie większemi środkami. Praktycznych trudności przy takiej jednolitości się nie napotyka, gdyż, jak przewiduje projekt, będzie się u nas tworzyło wielkie kasy terytorjalne, co umożliwi im całkowicie wypłatę rent inwalidności i z wypadku. Zresztą, uwzględniwszy nawet, że w różnych okolicach kraju, ze względu na charakter przemysłu, istnieją różnice co do liczby wypadków przy pracy i inwalidności, czyli, że zdolność płatnicza kas nie wszędzie byłaby jednakowa, to przecież możnaby zapewnić wypłacanie rent przez tworzenie specjalnego krajowego funduszu regulacyjnego. Kasy o ryzykach gorszych, otrzymywałyby odpowiednie subsydja z tego funduszu.

Dodajemy jeszcze, że przy jednolitej organizacji funkcje lecznicze różnych organów ubezpieczeniowych byłyby scentralizowane, co niewątpliwie na lepsze postawienie sprawy leczniczej wpłynąćby musiało. Przy istnieniu niezależnych od siebie organizacji ubezpieczeń od choroby, wypadku i inwalidności, wszystkie one odrębnie akcję leczniczą i profilaktyczną prowadzą, co wytwarza zbyteczne wydatki energji i pieniędzy".

Nie lekceważąc różnic między scaleniem proponowanem przez p. Lipińskiego (które m. in. idzie organizacyjnie tak daleko, że, jak się zdaje, powierza administrację ubezpieczenia chorobowego, inwalidzkiego i wypadkowego tym samym jednostkom), a scaleniem, które realizuje ostatni projekt rządowy, trudno jednak zaprzeczyć, że duża część motywów mogłaby znaleźć się bez zmiany w uzasadnieniu nowego projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznem, tak nic nie straciły na aktualności trafnie dobrane choć nie wyczerpujące argumenty.

P. Lipiński stwierdza w polskiem ubezpieczeniu na wypadek choroby wpływy społecznego ustawodawstwa niemieckiego, zaznacza jednak wyraźnie, iż „widać, że twórcy projektu starali się możliwie wzór obcy udoskonalić, szczególniej w dziedzinie świadczeń oraz samorządności kas chorych".

Niemniej od opinji o zasadniczych podstawach i wytycznych polskiego ubezpieczenia na wypadek choroby interesować nas dziś muszą uwagi znakomitego ubezpieczeniowca o poszczególnych jego działach i częściach składowych.

Rozwiązanie przez polskie ministerstwo zagadnienia zakresu ubezpieczenia znajduje pełne uznanie u p. Lipińskiego; uważa za rzecz godną zaznaczenia, „że pominięto przytem ograniczenie ze względu na wysokość zarobku". „Postawienie kwestji tej w projekcie polskim jest najzupełniej trafne" — dodaje mianowicie autor ze swej strony, solidaryzując się w ten sposób z zasadą konsekwentnie przeprowadzoną w polskiej polityce ubezpieczeniowej w przeciągu całych lat dziesięciu. Wyłączanie wyższych kategoryj, a tembardziej lepiej płatnych robotników od obowiązku ubezpieczenia, gdy np. wyższe kategorje urzędników państwowych lub komunalnych są na przypadek choroby zabezpieczone,—słusznem nie jest"—dodaje, argumentując przeciw górnej granicy zarobkowej, jako kryterjum przynależności do zakresu osób obowiązkowo ubezpieczonych.

Przechodząc do omówienia warunków dobrowolnego ubezpieczania się w Kasach Chorych, autor wyliczając bez komentarzy ograniczenia ustawy niemieckiej, dotyczące maksymalnego zarobku stwierdza, że natomiast wydaje mu się wątpliwem przewidziane w projekcie ograniczenie wieku dobrowolnie się ubezpieczających do 35 lat. „O ile żądanie świadectwa o stanie zdrowia może być usprawiedliwione" — rozumuje autor — o tyle przy ubezpieczeniach od choroby wiek gra stosunkowo małą rolę. Wiek 35 lat jest granicą stanowczo za niską. Czyżby czterdziesto-letni robotnik — zapytuje autor — przedstawiał większe ryzyko zapadnięcia na chorobę, niż 35-letni?" Wreszcie daje wyraz przekonaniu, że „w dziedzinie ubezpieczania się dobrowolnego powinno być możliwie mało ograniczeń, aby uczynić w ten sposób ubezpieczenia społeczne instytucjami ogólno - ludowemi". Rzecz charakterystyczna, że w zakresie — pozbawionego zresztą w praktyce większego znaczenia — ubezpieczenia dobrowolnego rozwój ustawodawstwa poszedł dokładnie w tym kierunku, który wskazuje p. Lipiński. Artykuł 8 ustawy z 19 maja 1920 r. wprowadza bowiem z jednej strony warunek co do wysokości dochodu rocznego, z drugiej strony jednak podnosi granicę wieku z 35 do 45 roku życia.

Nie może być bez znaczenia fakt, że p. Lipiński był jednym z pierwszych, którzy bez ograniczeń i bez zastrzeżeń opowiedzieli się za przyjętą przez polskie ustawodawstwo zasadą administracji zunifikowanej i scentralizowanej, bo opartej na wielkich kasach chorych o charakterze terytorjalnym. „Stanowisko to jest — wywodzi — wysoce słuszne. Jedynie scentralizowane kasy terytorjalne, obejmujące wielką liczbę członków mogą rozporządzać odpowiednio wielkiemi środkami, aby rozszerzyć świadczenia, właściwie postawić akcję profilaktyczną, budować sanatorja, szpitale, słowem roztoczyć nad zdrowiem klas pracujących możliwie najbardziej intensywną opiekę i stać się czynnikiem jego fizycznego odrodzenia". Jak wiadomo, ostatni projekt rządowy idzie jeszcze dalej w kierunku zalecanym przez p. Lipińskiego, domagając się, by liczba obowiązkowo ubezpieczonych w okręgu każdej Kasy Ubezpieczeń Społecznych wynosiła conajmniej 5000 członków.

Autor zauważa, że kasy mają obejmować zarówno wieś, jak i miasto. „Należy oczywiście powitać takie rozwiązanie — stwierdza — jako postęp socjalno - polityczny. Niema żadnej racji tworzenia oddzielnych kas dla robotników rolnych. Chcieliśmy atoli zwrócić uwagę — dodaje jednak od siebie — na specyficzne położenie już nie robotników wyłącznie rolnych, lecz prowincjonalnych wogóle. Przewidzieć tu mianowicie można duże trudności z powodu oddalenia wsi od miast powiatowych, małej liczby lekarzy prowincjonalnych oraz trudności

komunikowania się z kasą. Tych trudności projekt nie uwzględnia i nie omawia. Rzecz oczywista, z trudności tych nie wynika bynajmniej konieczność tworzenia odrębnych kas dla robotników rolnych".

Ale p. Lipiński nie zapomina o remedium na bolączki ubezpieczenia na wsi. „Czyżby np. nie należało — zapytuje ostrożnie — kasom pozwolić na wypłacanie większych zasiłków w tym wypadku, jeżeliby ze względów lokalnych kasa nie mogła udzielać pomocy lekarskiej danym członkom, ażeby pomoc taką zdobyli oni sobie na własną rękę. Oczywiście jest to paljatyw, ale często będzie konieczne". I na to pytanie udziela odpowiedzi — i to znowu pozytywnej! — art. 23 p. III ustawy z dn. 19-go maja 1920 r., który przewiduje (zużytkowywane potem również w wypadku strajków lekarskich) zastępowanie świadczeń w naturze świadczeniami pieniężnemi, „jeżeli kasa chorych nie jest w stanie zapewnić swym członkom pomocy lekarskiej". W jeszcze ostrożniejszej i oględniejszej formie porusza autor i inne lekarstwo obok poprzedniego; „pozostaje nadto zagadnie do rozstrzygnięcia w jakiej mierze organy władz gminnych mogłyby być wyzyskane w celach realizacji ubezpieczenia na wsi, np. jeżeli chodzi o wpłacanie składek, wypłatę zapomóg i t. p." Jeżeli ustawa o ubezpieczeniu na wypadek choroby nie poszła w tym ostatnim kierunku, to jednak wyraźne ślady idei współdziałania organów gminnych ubezpieczenia na wsi spotykamy w znacznie późniejszych czasowo ustawowych próbach przystosowania ubezpieczenia od wypadków do szczególnych warunków i potrzeb wsi (art. 9 ustawy z 30 stycznia 1924 r.).

Zastanawiając się nad świadczeniami ubezpieczeniowemi w ustawodawstwie polskiem i porównując je ze świadczeniami ustawodawstwa niemieckiego, autor co się tyczy świadczeń pieniężnych podkreśla w pierwszym rzędzie okoliczność, że ustawa polska wprowadza słusznie socjalno - polityczne punkty widzenia, uzależniając wysokość świadczeń od stanu rodzinnego ubezpieczonego. Autor ma tu na myśli postanowienie dekretu, że zasiłek pieniężny wynosi 60% płacy ustawowej, jeśli chory utrzymuje kogoś ze swego zarobku i 40% jeżeli nie utrzymuje nikogo; podkreśla jednak, że wątpliwości pewne nastręcza fakt jednolitości (bez względu na ilość osób utrzymywanych) stawek zasiłkowych, przysługujących ubezpieczonym, posiadającym rodziny. Wątpliwość tę uwzględnia późniejszy rozwój ustawodawstwa, który, z jednej strony podwyższa zasiłek chorobowy, należny wszystkim ubezpieczonym do 60%, z drugiej strony pozostawia jednak poszczególnym kasom możność podwyższania zasiłków pieniężnych dla członków, mających na utrzymaniu więcej, niż dwoje dzieci, po 5% na każde, w sumie jednak nie więcej, niż 75% płacy ustawowej; zmienione nieco upoważnienie w tym ostatnim kierunku zawiera również projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznem.

Autor krytykuje pozatem: 1) postanowienie o pozbawieniu zasiłków praktykantów i terminatorów oraz 2) wysokość zasiłku domowego, dodając widocznie omyłkowo — wobec postanowień o zasiłku 10%-wym (p. II par. 18 projektu ustawy i art. 61 dekretu), — że „niewypłacanie żadnego zasiłku pieniężnego kawalerowi, jeżeli on jest leczony w szpitalu nie wydaje się celowe". P. Lipiński wysuwa również, z całym naciskiem, postulat ustalenia minimum świadczeń zasiłkowych, broniąc go w sposób następujący: „Dolna granica zasiłku pieniężnego (jak zresztą i zasiłku pogrzebowego) powinna być ściśle określona. Przy bardzo małych zarobkach zasiłek pieniężny szczególniej gdy chodzi o robotników dorosłych, a przedewszystkiem rodzinnych, może być tak mały, że nie wystarczy na opędzenie najminimalniejszych potrzeb. Współczesna polityka socjalna stoi na tem stanowisku, że zarobek powinien przynajmniej umożliwić robotnikowi utrzymanie na pewnym niskim poziomie życiowym. Toż samo, oczywiście, dotyczy zasiłku pieniężnego, owego surogatu płacy roboczej".

Poważne wątpliwości interpretacyjne nasuwa autorowi określenie członków rodziny, zakresu uprawnionych do korzystania z świadczeń ubezpieczeniowych. Artykuł ten zgodnie z punktem widzenia p. Lipińskiego przeszedł też ewolucję w kierunku bliższego sprecyzowania jego zakresu, co zresztą przyczyniło się w pewnym stopniu do zacieśnienia ich zakresu. Gdy projekt ustawy (par. 22) mówi ogólnikowo o „osobach mieszkających wspólnie z ubezpieczonym i utrzymywanych wyłącznie lub przeważnie z jego zarobku", wspomina już dekret (art. 67) o „ślubnych i nieślubnych członkach rodziny ubezpieczonego (wstępnych i zstępnych, braciach i siostrach, małżonku i wychowańcach), mieszkających stale u ubezpieczonego, utrzymywanych wyłącznie lub przeważnie z jego zarobku", a ustawa (art. 33) jeszcze ściślej i dokładniej przyznaje prawo do korzystania z świadczeń „zamieszkującym razem z obowiązkowo ubezpieczonym, utrzymywanym wyłącznie z jego zarobku członkom rodziny obowiązkowo ubezpieczonego (małżonkowi lub małżonce oraz wstępnym i zstępnym), braciom, siostrom i wychowańcom oraz nieślubnym jego dzieciom, a także nie zamieszkującym razem z ubezpieczonym, lecz otrzymującym alimenty żonie i dzieciom ubezpieczonego, o ile zamieszkują w obrębie działalności kasy".

Szczególnie baczną uwagę poświęca p. Lipiński świadczeniom ubezpieczeniowym w razie macierzyństwa, porównując normy polskie z niemieckiemi i stwierdzając wyższość pierwszych nad drugiemi.

Wyrażając się w zasadzie bardzo pochlebnie i korzystnie o ogólnym poziomie świadczeń połogowych, podkreśla jednak autor wątpliwości, które budzi postanowienie, że „na polecenie lekarza kasa udziela zasiłku w naturze przy karmieniu niemowlęcia do upływu 12 tygodnia po porodzie", dowodząc, że charakter świadczenia tego jako pomocy ekskluzywnie uwzględnia objekcje p. Lipińskiego, przewidując zasiłek dla karmiących niekoniecznie w naturze, lecz „w nataurze lub w gotówce".

Pozatem ocenia autor krytycznie zupełny brak świadczeń pieniężnych w razie połogu członków rodziny ubezpieczonych; lukę tę w pewnej mierze wypełnia zgodnie z życzeniem autora p. c., art. 33 ustawy z 19 maja 1920 r., dotyczący zasiłku dla karmiących.

Niezależnie od powyższych uwag szczegółowych nasuwa się p. Lipińskiemu na marginesie krytyki świadczeń połogowych idea ogólniejszej natury. Wychodząc mianowicie z założenia że „zrealizowanie wszechstronnej opieki nad matką i niemowlętami, nie może być zadaniem kas chorych", dochodzi autor do postawienia pytania „czy nie należałoby kwestji ubezpieczenia macierzyństwa postawić odrębnie, upowszechnić je na kobiety niezamożne wogóle, nietylko pracujące na zasadzie najmu, objąć przedewszystkiem wieś (nietylko robotników rolnych), gdyż tam sprawa matki i dziecka wymaga najpilniejszego uregulowania, przytem pociągnąć do pomocy państwo i gminę i w ten sposób zrealizować program opieki nad matką i dzieckiem w możliwie najszerszym zakresie".

Wreszcie p. Lipiński wysuwa zgodnie z uchwałami Warszawskiego Zjazdu higjenistów — postulat obowiązkowej pomocy zakładowej w razie połogu, co łączyłoby się z przymusowem rozwiązaniem w tych zakładach.

Poważne objekcje nasuwają p. Lipińskiemu podstawy finansowe ubezpieczenia na wypadek choroby.

W świetle postanowień dekretu nie są już aktualne zarzuty p. Lipińskiego przeciw zamierzonemu w projekcie ustawy podziałowi składki ubezpieczeniowej między ubezpieczonego a pracodawcę (ubezpieczony 3/5, pracodawca 2/5). Niemniej wypada zwrócić uwagę na uzasadnienie zrealizowanego już w dekrecie i pozostawionego bez zmiany w ustawie z 19 maja 1920 r. postulatu, zmierzającego ku odwróceniu stosunku między składką ubezpieczonego a pracodawcy. „Organizm ludzki przy pracy zużywa się, staje się podatnym na choroby. Z punktu widzenia ogólno - społecznego jest rzeczą konieczną, aby zabezpieczyć pracę gospodarczą na przypadek zmniejszenia się zdolności do pracy z powodu choroby i umożliwić restytucję siły roboczej, dla społeczeństwa niezbędnej. Ubezpieczenie od choroby jest przedewszystkiem zagadnieniem ogólno-społecznem. W tej dziedzinie przedsiębiorstwo prywatne uważać należy za instytucję społeczną, korzystającą z rezerwuaru pracy społecznej, a zatem odpowiedzialną za utrzymanie i restytucję pracy zużywanej".

Z przytoczonem powyżej rozumowaniem łączy się ściśle i wiążę argumentacja p. Lipińskiego za — urzeczywistnionym zresztą potem w pewnym zakresie — udziałem Skarbu Państwa w podstawach finansowych ubezpieczenia. „Nieuwzględnienie pomocy państwowej" — stwierdza autor — „wydaje się być zasadniczym błędem całego projektu. Praca jest wspólnem dobrem całego społeczeństwa, a zatem całe społeczeństwo winno przyczyniać się do jej zabezpieczenia". P. Lipiński idzie nawet tak daleko, że broni zapatrywania, że „z socjalno-politycznego punktu widzenia pomoc Państwa wydaje się konieczna, nietylko w dziedzinie ubezpieczeń osób, obowiązanych do ubezpieczenia, ale i dobrowolnie się ubezpieczających, przynajmniej do pewnej granicy zarobków".

Wreszcie p. Lipiński wysuwa żądanie, ażeby w miejsce stałego stosunku między składką ubezpieczonego a pracodawcy wprowadzić stosunek zmienny zależny od wysokości zarobku ubezpieczonego. „Byłoby pożądane — dowodzi — aby pracodawcy opłacali składki stosunkowo wyższe, za gorzej płatnych i niższe za lepiej płatnych". Zasada ta, która nie została zrealizowana w zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby doczekała się, jak wiadomo, urzeczywistnienia w dziedzinie ubezpieczenia pracowników umysłowych.

Omawiając administrację ubezpieczenia na wypadek choroby, wita autor z uznaniem, przenikającą cały tekst ustawy „troskę o samorządną gospodarkę" oraz „dążenie do zmniejszenia wpływu biurokracji", podkreślając, że „wszystko to może wpłynąć na przyrost w kraju samodzielnych sił twórczych, których tak mało posiadamy".

Nie wchodząc w szczegóły organizacji władz występuje jednak p. Lipiński przeciwko proporcjonalności w kasach chorych: „Wybory na delegatów są proporcjonalne. Prawdopodobnie wyznaczono to w tym celu, aby nie oddać kas w ręce jednej partji politycznej. Wydaje się jednak, że wybory proporcjonalne wprowadzą rozłam i walki w samym zarządzie i radzie. A przytem proporcjonalne wybory zwiększenie przedstawicielstwa tych grup pracowniczych, które zależne są gospodarczo od pracodawców".

Projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznem, znosząc proporcjonalne wybory do zarządu Kasy Ubezpieczeń Społecznych, uwzględnia w istotnej mierze wątpliwości wysunięte tu tak wymownie przeciw systemowi wyborów stosunkowych.

W świetle doświadczeń wydaje się również słuszną końcowa krytyka p. Lipińskiego, skierowana przeciw ogólnikowym postanowieniom o państwowych władzach nadzorczych nad kasami chorych. Trudno nie przyznać słuszności autorowi, kiedy daje wyraz przekonaniuż iż „tak ważna sprawa, jak skład i organizacja urzędów ubezpieczeniowych powinna być uregulowana w samej ustawie".

**S. F.**

# TREŚĆ:


Od Redakcji.

**Feliks Turowicz.** — Geneza i podstawy zasadnicze dekretu z dnia 11 stycznia 1919 r.

**Bronisław Siwik.** — Organizacja władz nadzorczych Kas Chorych.

**Dr. Henryk Kłuszyński.** — Po dwudziestu latach.

— Opinja publiczna wobec dekretu z dn. 11-go stycznia 1919 r.

**Szybkie uśmierzanie i usuwanie bólów bez użycia alkaloidów odurzających**

# CIBALGINA „CIBA"

**Wielka rozległość terapeutyczna. — Nie powoduje nawykania. Nie daje szkodliwych następstw.**

**W S K A Z A N I A:**

**Terapja ogólna**
**Gynekologja**

**Chirurgja, dentystyka**
**Radjoterapja.**

Nerwobóle. Bóle głowy. Bóle stawów i mięśni.
Cierpienia pooperacyjne. poporodowe i poporonne. Bolesne miesiączkowanie i zaburzenia nerwowe towarzyszące im. Bóle u tabetyków. Niedyspozycje w następstwie rentgenizacji, leczenie morfinizmu itp.

**Kołaczyki.** **Krople.** **Ampułki.**

**Próby i literatura na żądanie.**

**Pabjanickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego.**

# INSULIN "A.B."

**Brand**

**Pierwsza Insulina, która została wyprodukowana w Europie.**

**Zalety Insuliny „A. B."**

1. **Niezawodne i stałe działanie,** wywołujące przy racjonalnem użyciu Insuliny zniknięcie cukru w moczu oraz nadmiaru cukru we krwi.
2. **Bezwzględna czystość,** dzięki której Insulina nie powoduje lokalnej reakcji, nawet o ile jest stosowana w ciągu kilku miesięcy.
3. **Stałe działanie,** które jest zapewnione na przeciąg conajmniej 12 miesięcy.

Najpoważniejsi specjaliści i prywatna klinika dla chorych na cukrzycę prof. C. v. Noorden we Frankfurcie n/M. używają wyłącznie Insuliny angielskiej „A. B."

Do nabycia we wszystkich aptekach w ampułkach:
à 5 cc. = 100 międzynarodowym jednostkom
à 25 cc. = 500 „ „
à 5 cc. = 200 „ „

Żądajcie książeczki, objaśniającej najnowsze metody leczenia cukrzycy.

**Allen & Hanburys Ltd. & The British Drug Houses Ltd., London.**

Przedstawicielstwo na Rzpl. Polską: Dom Handlowo-Komisowy „SAIR", Warszawa, Pl. Żelaznej Bramy Nr. 2. Telefon 526-01.



Prenumerata:

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

Cena ogłoszeń:

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

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

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

Odbito w drukarni „Robotnik", Warecka 7.

## Powiatowa Kasa Chorych
**W CHEŁMIE-LUB.**

ogłasza

# KONKURS

**na dwa stanowiska lekarzy kasowych:**

1) Lekarza-chirurga ze znajomością laryngologji,
2) lekarza-internisty ze znajomością pedjatrji.

Wymagane kwalifikacje:

1) obywatelstwo polskie,
2) dyplom lekarski z prawem praktyki,
3) świadectwo z odbytej praktyki szpitalnej.

Wynagrodzenie według umowy za pracę w stosunku od 4 do 6 godzin dziennie.

Oferty należy kierować do Zarządu Powiatowej Kasy Chorych w Chełmie - Lubelskim do dnia 20 lutego 1929 r.

ZARZĄD
Powiatowej Kasy Chorych
w Chełmie-Lub.

# KONKURS
**na posady**
**LEKARZY KASOWYCH**

Powiatowa Kasa Chorych w Mogilnie (Wielkopolska) poszukuje **5 lekarzy** na praktykę w Kasie Chorych na długoterminową umowę i bardzo korzystne warunki.

Zgłoszenia z dołączeniem życiorysu etc. uprasza się nadesłać pod adresem

**ZARZĄD**
**Powiatowej Kasy Chorych**
**w Mogilnie (Wielkopolska).**

**Zarząd Powiatowej Kasy Chorych w Rawie Ruskiej** podaje do wiadomości, że posiada parcelę w Niemirowie Zdroju, na której możnaby zbudować sanatorjum. Kasy Chorych, które chiałyby przystąpić do budowy, zechcą zwrócić się do Zarządu Kasy Chorych w Rawie Ruskiej.

DYREKTOR:
**Słoniowska**

PRZEWODNICZĄCY:
Inż. **Tomasz Chołoniewski.**

**Powiatowa Kasa Chorych w Lidzie** (Województwo Nowogródzkie) podaje do wiadomości, iż z dniem 1 Marca b. r. będzie wakowała posada Lekarza-internisty-akuszera w Oddziale Kasy w **Niemnie.**

Warunki następujące:

Uposażenie 700 Zł. miesięcznie i mieszkanie składające się z 3-ch pokoi i kuchni.

Praca ambulatoryjna dziennie do 4 godzin. Frekwencja chorych do 20 osób, do pomocy: felczer pielęgniarz i akuszerka. Praktyka prywatna obejmuje z braku lekarzy w promieniu 30 klm. Komunikacja dogodna. Okolica nad Niemnem bardzo malownicza.

Termin składania ofert upływa z dniem 20.II.1929 r.

Komisarz rządowy
**Eugenjusz Gołębiowski.**