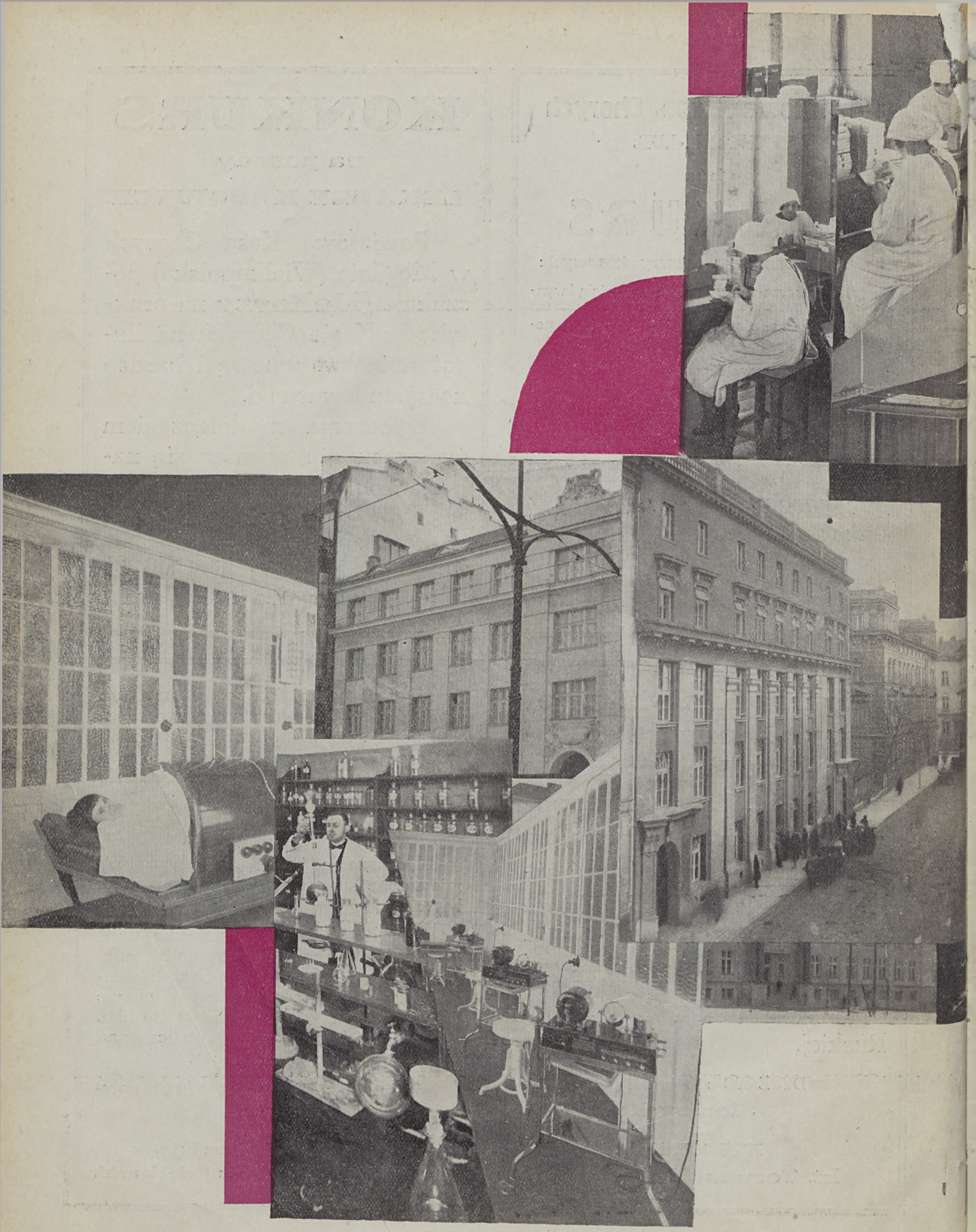

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN OGÓLNO
PAŃSTWOWEGO
ZWIĄZKU KAS
CHORYCH. POLSC

Nº 2.

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 curiculum 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 2

WARSZAWA, 1 LUTEGO 1929.

KS. PROF. AL. WÓYCICKI.

NOWE ORJENTACJE W POSTĘPIE SPOŁECZNYM.

Szybki rozwój życia społecznego, wzrastające z dniem każdym znaczenie świata pracy, coraz mocniejsze przesiąkanie do sumień ludzkich poczucia sprawiedliwości społecznej, pcha narody cywilizowane ku wprowadzaniu coraz nowych i coraz doskonalszych reform dla warstw pracujących. Wojna światowa dała temu prądowi potężny impuls. Gdy też porównamy choćby tylko spis rzeczy przedwojennego podręcznika polityki społecznej z powojennym, odrazu spostrzeżemy, jak znacznie wszerz i wgłąb postąpił ruch reform społecznych po wojnie.

I nic w tem dziwnego. Wszelkie reformy, zwłaszcza społeczne mają to do siebie, że nieustannie wymagają uzupełnień, poprawek, coraz nowych ogniw w długim łańcuchu zazębiających się instytucyj, zaspakajających potrzeby szerokich mas ludności pracującej.

Klasy robotnicze krajów cywilizowanych zdobyły po wojnie potężne narzędzie postępu społecznego w Międzynarodowem Biurze Pracy przy Lidze Narodów, które dąży do zapewnienia robotnikom lepszego jutra i do możliwego ujednostajnienia warunków pracy oraz dobrobytu.

Dla ziszczenia celów tak szczytnych stanęła do pracy obok Biura genewskiego wolna organizacja polityków społecznych p. n. Międzynarodowego Stowarzyszenia Postępu Społecznego (z siedzibą w Bazylei), której zadaniem jest badać same podstawy nowych reform społecznych i potrzebę doskonalenia już istniejących. W chwili obecnej wielkie to zrzeszenie ma na warsztacie pracy trzy ważne sprawy, jakich badaniem zajmują się jego sekcje narodowe w poszczególnych krajach (sekcją polską jest T-wo Polityki Społecznej w Warszawie): ochrona rodziny robotniczej, przedłużenie obowiązku szkolnego w związku z bezrobociem i ochrona prawna robotnika obcokrajowego.

***

Sprawę ochrony rodziny robotniczej po raz pierwszy poruszono w r. 1926 na zjeździe w Montrenz, uczyniono to pod ciasnym kątem widzenia: ubezpieczenia macierzyństwa, rozciągnięcia świadczeń ubezpieczenia od choroby na członków rodziny ubezpieczonego. Był to tylko pierwszy krok na drodze do rozwiązania ważnej sprawy ochrony rodziny robotniczej i zainicjowanie t. zw. polityki rodzinnej.

W jesieni 1927 r. na zjeździe w Wiedniu sprawę poddano dyskusji zasadniczej. Świetny referat p. Fustera, profesora w „College de France" w sposób naukowy, pozytywny, na podstawie badanych faktów z życia rodzin proletarjackich w Paryżu, ustalił dowolnie istnienie t. zw. ryzyka rodzinnego, a temsamem uzasadnił potrzebę nowego rodzaju ubezpieczenia rodzinnego, jak i zainicjowania polityki rodzinnej.

Drugi referat prof. Zahna z Monachjum wykazał, na czem polegać winna nowoczesna racjonalna ochrona rodziny. Oba te referaty, jak i ciekawa dyskusja nad niemi, rozszerzyły samą podstawę zagadnienia. Zjazd uchwalił polecenie sekcjom narodowym zbadać w poszczególnym odnośnym kraju konieczności społeczne i możliwości gospodarcze, któreby pozwoliły nie tylko rozszerzyć ubezpieczenia społeczne na pomoc położniczą i chorobową dla członków rodziny ubezpieczonego, ale nadto ustanowić świadczenia dla tych, którzy sami nie mogą jeszcze zarabiać.

W tak postawionem zagadnieniu dadzą się uchwalić cztery punkty istotne. Pierwszy punkt zagadnienia — to rozciągnięcie ochrony zorganizowanej dla pracownika na członków jego rodziny, a więc na żonę, dzieci małoletnie, gdy żona i dzieci chorują lub gdy żona zostaje matką, gdy macierzyństwo podobne jest do choroby. Jeżeli pod tym kątem widzenia spojrzymy na społeczne ustawodawstwo polskie, to zobaczymy, że czyni ono zadość temu postulatowi polityki rodzinnej.

Drugi punkt zagadnienia zawiera się w poniższem: pracownik jest ubezpieczony od różnych wypadków, na jakie jest narażany przez swój zawód,

stąd cały system ubezpieczeń społecznych; jeśli ten pracownik ma ciężary rodzinne, to czyż społeczeństwo i państwo nie powinno liczyć się z niemi?

Na to pytanie ustawodawstwa społeczne głównych krajów cywilizowanych odpowiadają twierdząco; to też na wypadek choroby, niezdolności do pracy, bezrobocia przewidziały one dodatki dla ubezpieczonego, jeśli ma ciężary rodzinne. Ale trzeba stwierdzić tu z całą stanowczością, że dodatki te są *niedostateczne*. Chodzi więc o ich podniesienie stosownie do potrzeb rzeczywistych. Np. chory robotnik prawie wszędzie dostaje tylko część płacy, gdy tymczasem jego ciężary rodzinne z powodu jego choroby bynajmniej się nie zmniejszają, lecz co najmniej pozostają jednakie. To samo dzieje się, gdy robotnik staje się niezdolnym do pracy i gdy wówczas otrzymuje np. tylko 40% zarobku jako odszkodowanie. Podobny stan rzeczy widzimy u robotnika i na wypadek jego starości. Wszystkie ustawodawstwa europejskie są pod tym względem krzycząco niesprawiedliwe.

Trzeci punkt zagadnienia to hypoteza: robotnik umiera. Tak zwane pensje wdowie, sieroce są poprostu nędznem „odczepnem", nie zaś minimalnym choćby środkiem utrzymania. Sama ich zasada jest bardzo piękna, ale skala tych pensyj śmiesznie szczupła. I tu również stan rzeczy we wszystkich krajach cywilizowanych głośno woła o naprawę krzywdy, wyrządzanej rodzinie.

Wreszcie czwarty punkt sprawy to hypoteza następująca: robotnik nie jest chory, nie jest nawet niezdolny do pracy, owszem pracuje i zarabia, ale przytem ma duże ciężary rodzinne, ponieważ jest obarczony kilkorgiem dzieci, które musi karmić, chować, kształcić i dlatego znajduje się w bardzo ciężkiem położeniu materjalnem. I to właśnie ciężkie położenie materjalne profesor Fuster nazwał ryzykiem rodzinnem, jakie spada na robotnika, gdy zawiera on związek małżeński.

Zarówno na zjeździe delegatów w Genewie (wrzesień, 1928 r.), jak i w łonie sekcyj krajowych krytykowano sam wyraz „ryzyko rodzinne". Ci i owi mówili: „ryzyko to ewentualność nieszczęśliwa, a tymczasem urodzenie dziecka nie jest przecie nieszczęściem". Inni dodawali, że ryzyko jest czemś przypadkowem, czego się wcale nie chciało, tymczasem rodzina i dziecko jest właśnie tem, czego się pragnęło i chciało. Zamiast tedy wyrazu „ryzyko rodzinne" proponują np. „pokrycie kosztów na wydatki rodzinne" (propozycja niemiecka). Z tego już widać, że światły ogół współczesny zdaje sobie sprawę z tego, że rodzinie proletarjackiej trzeba dać pomoc rychłą i skuteczną, jeśli nie chce się sprowadzić na społeczeństwo nieszczęść nieobliczalnych.

Co uczyniło społeczeństwo i państwo w tym czwartym punkcie zagadnienia? Coś niecoś zrobiono to tu, to owdzie, ale tylko dla niektórych kategoryj obywateli. Państwo przedsięwzięło środki zaradcze względem rodzin swych urzędników, wojskowych i służby niższej, przyznając im t. zw. zasiłki rodzinne, zorganizowane i rozszerzane w głównych krajach europejskich od lat piętnastu czyli od początku wielkiej wojny. Zaś ogół obywateli został zaniedbany całkowicie, i tylko pojedyńcze przedsiębiorstwa wprowadziły dobrowolne zasiłki rodzinne. Szczególnie we Francji i Belglji, przedsiębiorcy zorganizowali t. zw. „les allocations familiales" i służący im organ t. zw. „les caisses de compensation", ale uczyniono to nie z pobudki sprawiedliwości społecznej, lecz z patrjotyzmu: celem zachęcenia rodzin robotniczych do posiadania większej liczby dzieci (à titre d'encouragement à la natalite"). W innych krajach zasiłki rodzinne wprowadzono z powodu drożyzny i szalejącej inflacji pieniądza. I rzecz znamienna: gdy we Francji i w Belgji zasiłki rodzinne utrzymują się, a nawet się rozszerzają, to w innych krajach (Anglja, Niemcy, Polska) zasiłki te po dokonanej stabilizacji pieniądza zanikają, a nawet zwalczane są przez organizacje rojalistyczne (Niemcy), ponieważ ponoć wpływają na obniżenie płac robotników nieżonatych.

Jak tedy skutecznie zabezpieczyć rodzinę od niewątpliwie istniejącego ryzyka rodzinnego? Na to pytanie przedstawiciele różnych krajów dają różne odpowiedzi. Zapewne wszyscy teoretycy polityki społecznej zgadzają się na to, że tylko ubezpieczenie społeczne skutecznie pokryje ryzyko rodzinne. Zaś praktyczni politycy społeczni liczyć się muszą z możliwościami gospodarczemi swego kraju. W świetle tej zasady delegaci poszczególnych krajów na zjeździe 1928 roku w Genewie wypowiedzieli się, jak następuje: Francuzi, że nowe ich prawo o ubezpieczeniu społecznem zmierza wprawdzie do ubezpieczenia rodzinnego, ale większość członków sekcji francuskiej stoi na stanowisku nie ubezpieczenia, lecz **obowiązkowych** zasiłków rodzinnych (allocations familiales obligatoires); Hiszpanie od r. 1926 posiadają ubezpieczenie rodzinne jednak ostrzegają, że jest ono zbyt wielkim ciężarem dla skarbu państwa; Anglicy, zaznaczywszy, że ostatni kongres trade - unionów bezwzględnie wypowiedział się przeciw dobrowolnym zasiłkom rodzinnym, nie dali ścisłej odpowiedzi na postawione wyżej pytanie, natomiast zrobili uwagę, że istotnem dla robotnika jest dziś to, aby miał pracę, a wtedy będzie miał co jeść wraz ze swą rodziną; Niemcy i niżej podpisany przedstawiciel Polski wypowiedzieli się za systemem ubezpieczenia rodzinnego, niezbędnego zwłaszcza tam, gdzie płace są niskie; Belgowie twierdzili, że trzeba wprowadzić coś praktycznego dla rzeczywistej ochrony rodziny; a czy to będzie ubezpieczenie czy obowiązkowy zasiłek rodzinny, niech o tem zadecyduje narodowy duch prawodawcy. Zamykając tę ciekawą dyskusję przewodniczący dr. Grieser (Berlin) wypowiedział pogląd, że każdy kraj najlepiej zna pod tym względem swe potrzeby i możności gospodarcze stosownie do których otoczy rodzinę robotniczą odpowiednią ochroną, dał wszakże wyraz przekonaniu, że zasiłki rodzinne mogą dobrze rozwijać się w ramach instytucji patronalnych, gdy ubezpieczenie rodzinne musi w bliższej czy dalszej przyszłości stać się faktem.

o o o

Drugiem wielkiem zagadnieniem, będącem na porządku dziennym postępu społecznego, jest sprawa przedłużenia obowiązku szkolnego. Przedstawiciele sekcji angielskiej przed dwoma laty zażądali, iżby najbliższe walne zgromadzenie delegatów zajęło się sprawą przedłużenia czasu trwania nauczania szkol-

nego w związku z bezrobociem. Anglję bowiem nęka okropna plaga bezrobocia, obejmując 1½ miljona ludzi. To też angielscy politycy społeczni w poszukiwaniu środków zaradczych przeciw bezrobociu patrzą na obowiązkowe przedłużenie obowiązku szkolnego jako na sposób odciążenia rynku pracy od napływających nowych fal bezrobotnych młodocianych, których należy zatrzymać przez dwa jeszcze lata w szkole.

Ale sprawa ta, w takiej formie poruszona przez Anglików przybiera zgoła odmienną szatę w poszczególnych krajach, gdy ją poddano zasadniczej dyskusji w sekcjach narodowych: szatę zracjonalizowania nauczania w szkole powszechnej. Zwrócono uwagę, zwłaszcza we Francji na fakt przeciążenia dzieci zbyt wielkim programem nauki, na konieczną potrzebę osłonecznienia lokali szkolnych tudzież częstego ich przewietrzania, na konieczność zwiększenia wolnych chwil dziecka. Zdaniem znawców rozwoju fizjologicznego młodzieży chłopiec między 12 a 15 rokiem życia dziewczynka zaś między 11 a 14 rokiem przechodzą t. zw. okres przeddojrzałościowy (periode prepubere), kiedy w organizmie dziecka odbywa się bardzo intensywna praca fizjologiczna. Wtedy to właśnie dzieci nie powinny być dopuszczane do zakładów pracy, lecz zostawać w szkole. Przymusowe tedy zatrzymanie dziecka w szkole do lat 15 włącznie wskazane jest przez naukę i dobro rasy, nie tylko dla innych względów. Przemawia zatem również i społeczny interes chwili i zmniejszenie bezrobotnym współzawodnictwa na rynku pracy.

Ale tu zaraz powstaje pytanie: czem zająć dziecko w ciągu tych dwu lat dodatkowych? Pytanie to wiąże się ściśle ze sprawą nauczania pozaszkolnego tudzież poradnictwa zawodowego (orientation professionnelle). Gdy chodzi o nauczanie pozaszkolne, to jest to zagadnienie trudne do rozwiązania. Według zdania ogólnego szkoła powszechna nie przynosi należytego pożytku, o ile dziecko po 13 latach skończonych usuwa się z pod jej wpływu. Znawcy wychowania pozaszkolnego twierdzą, że młodzież do lat 18 winna znajdować się pod wpływem nauczyciela, a wtedy dopiero szkoła wyda swe owoce, społeczeństwo zaś otrzyma zapłatę za koszt poniesiony na szkolnictwo powszechne. I tu dopiero specjaliści podają różne programy, oparte na doświadczeniu z prób poczynionych w różnych krajach. Jeśli chodzi o poradnictwo zawodowe, jako uzupełnienie nauczania w dzisiejszej szkole powszechnej i zajęcie niem dziecka od 13 do 15 lat wieku to sprawa ta jest bardziej jeszcze skomplikowaną. Dotąd nie uzgodniono poglądu na samo określenie poradnictwa zawodowego: jedni rozumieją przez to początki szkoły zawodowej w ostatnim roku szkoły powszechnej, inni t. zw. wstępne terminowanie (le preapprentissage), zorganizowane przez szkołę w miejscowych zakładach pracy: inni jeszcze — wypróbowanie zdolności upodobań i skłonności zawodowych dziecka przy warsztatach szkolnych albo w miejscowych zakładach przemysłowych. Tę ostatnią koncepcję wskazuje sekcja francuska na mocy doświadczeń, poczynionych w szkołach utrzymywanych przez paryską izbę handlową.

Poza Anglją wszędzie nie przywiązują większego znaczenia do przedłużenia obowiązku szkolnego jako środka pomocniczego w walce z bezrobociem.

Ale takie rozwiązanie zagadnienia napotyka trudności finansowo-budżetowe (podnosi wydatki na szkołę do 15%) tudzież na brak przygotowanego należycie personelu nauczycielskiego; przytem, o ile dałoby się przeprowadzić w miastach, w osadach robotniczych, o tyle jest prawie nie do urzeczywistnienia na wsi, gdzie małoletni od 10 do 15 lat jest nieocenionym pomocnikiem w pracy na roli.

Wszakże wszystkie sekcje narodowe postępu społecznego wypowiedziały się za przedłużeniem czasu trwania nauczania powszechnego do lat 14 włącznie.

***

Wreszcie trzeciem zagadnieniem w wielkiem stowarzyszeniu międzynarodowem polityki społecznej jest „wychodźtwo jako zagadnienie międzynarodowe". Zostało ono wniesione na porządek dzienny na usilne żądanie sekcji polskiej, jaką jest nasze Towarzystwo Polityki Społecznej (Warszawa, Jasna 19). Sekcja polska patrzy na to palące zagadnienie, jako na ochronę prawną wychodźcy, którą przygotować i przeprowadzić winno genewskie Międzynarodowe Biuro Pracy. Wytyka ono już od dłuższego czasu nieszczerość pewnych czynników międzynarodowych, gdy chodzi o sprawy wychodźtwa. Wiadomo przecie, że kryzys gospodarczy po wojnie stanowi główny przedmiot zainteresowania Ligi Narodów, tudzież innych organizmów międzynarodowych, które jako drogi zaradcze wskazują uregulowanie taryf celnych, wolną wymianę towarów i t. p., ale starannie przemilczają swobodę poszukiwania pracy i należytą ochronę prawną obcokrajowego wytwórcy towarów, o których wolną wymianę tak zawzięcie gardłują w Lidze Narodów.

Tymczasem jest faktem niezaprzeczonym, że w wielu krajach robotnik obcokrajowy stał się niezbędnym czynnikiem produkcji (Francja, kraje zamorskie), ale nie posiada on prawie żadnej ochrony prawnej, ani dla swej osoby, ani dla pracy, ani dla płacy. Wielki już czas, aby tę ochronę robotnik obcokrajowy otrzymał. Jak wewnątrz kraju zdobył on swój narodowy kodeks pracy, czyli serję ustaw ochronnych, dotyczących jego osoby, zdrowia i zarobku, podobnie na wychodźtwie, na obczyźnie musi posiąść swój „statut prawny" zagwarantowany mu przez konwencje międzynarodowe. Tego domaga się nietylko sprawiedliwość społeczna, ale i gospodarczy interes świata powojennego, który bez udziału robotnika obcokrajowego nie wydźwignie się z kryzysu.

Tymczasem co widzimy w praktyce? Oto rządy i ustawy poszczególnych krajów ograniczają samą wolność poszukiwania pracy, nie dopuszczają robotników obcych lub wprost zabraniają wychodźtwa (Włochy). Do tych bied robotnika wychodźcy dochodzi jedna stała, mianowicie, że sam już jego charakter, jako obcokrajowca, jest stałem źródłem jego nierówności prawnej, w każdej chwili może on być usunięty z kraju, w którym pracuje i stracić środki do życia.

Pozytywne prawo międzynarodowe dotąd tylko platonicznie zajmowało się dolą wychodźcy. Traktat wersalski w art. 427, konferencja waszyngtońska w r. 1919 zalecają, aby każde państwo za-

pewniło równomierne traktowanie robotnika obcego z krajowym; a siódma międzynarodowa konferencja pracy w Genewie 1925 r. uchwaliła konwencję, zapewniającą naprawienie skutków nieszczęśliwych wypadków przy pracy w takich samych rozmiarach, jak dla robotników krajowych. Bądź cobądź jest to już punkt wyjścia dla dalszej ochrony prawnej wychodźcy. Trzeba tedy wszystkiemi siłami dążyć, aby ten początek rozwinął się rychło w serje konwencyj międzynarodowych, któreby skutecznie ochroniły pracę robotnika wychodźcy.

Kto ma prowadzić to wielkie dzieło ochrony prawnej robotnika obcego? Tylko Międzynarodowe Biuro Pracy w Genewie, którego racją bytu jest rozwijanie ustawodawstwa robotniczego i które uposażono w należyte środki po temu. Trzeba więc zmuszać je do pójścia w tym kierunku; trzeba na zjazdach międzynarodowych domagać się zainicjowania ochrony prawnej wychodźtwa, bo to leży nie tylko w bezpośrednim interesie wychodźtwa polskiego, ale i międzynarodowego.

Usiłowania polskiego Towarzystwa Polityki Społecznej dopięło swego: sprawę postawiono na porządku dziennym przyszłych debat jesiennych, w czasie których potrzeby wychodźtwa krajów emigracyjnych przedstawi prezes Simon, interesy zaś krajów emigracyjnych zreferuje przedstawiciel Stanów Zjednoczonych.

ALFRED KRIEGER.

OKÓLNIK NR. 516 CZYLI BURZA W SZKLANCE WODY.

Od pewnego czasu w stosunkach między K. Ch. a lekarzami nastąpiło pewne uspokojenie. Nawet tak groźnie zapowiadany „stan bezkontraktowy" w Kasach województwa poznańskiego i pomorskiego wyrządził tym Kasom minimalne szkody. Pomijając więc incydent poznańsko-pomorski, wyczuwaliśmy pewne osłabienie nastroju, jaki mogliśmy zaobserwować przed kilku laty. Sądziliśmy, iż lekarze zrozumieli sytuację, że pogodzili się z instytucją ubezpieczeń na wypadek choroby i z ambulatoryjnym systemem lecznictwa. Nie zauważyliśmy bowiem w ostatnich czasach tej orgji bezmyślności w walce z nami, jak np. przed kilku laty, gdy słyszeliśmy, iż ustawa o Kasach Chorych jest sprzeczna z Konstytucją itd. Zdawało się, iż obejdziemy się bez tych tomów przepisów o najrozmaitszych „schiedsgerichtach", jak to uczynili Niemcy, że z czasem staniemy się wzorem dla Europy w dziedzinie współpracy wzajemnej Kas Chorych i lekarzy.

Nagle wybuchła bomba — okólnik Nr. 516 wydany przez Komisarza Kasy Chorych m. Warszawy. Zawrzało w warszawskim światku lekarskim. Osiem organizacyj ruszyło do boju przeciw okólnikowi Nr. 516. W walce tej połączyły się organizacje, które wczoraj jeszcze w czasie wyborów do Izby Lekarskiej warszawsko-białostockiej toczyły boje wewnętrzne (polityczne, zawodowe i religijne). Lekarze „przeżarci jadem partyjnictwa" połączyli się z lekarzami, którzy nienawidzą tej „przestarzałej" formy życia politycznego we współczesnem społeczeństwie jako jedna partia polityczna i wszystko ruszyło na bój przeciw okólnikowi Nr. 516. Ba, nawet sam Zarząd Gł. Związku Lekarzy P. P. mimo lokalny charakter sprawy, (rozchodzi się o organizację służby leczniczej w K. Ch. m. Warszawy), przyłączył się do akcji, a obok niego, dla większego splendoru zapewne, organizacja obwodowa i okręgowa tegoż Związku. Ruszyło do boju najcięższe działo — Nowiny społeczno-lekarskie (Nr. 4/1929). Zabrał głos p. Dr. M. W-icz, zapewne nowy pseudonim znanego działacza lekarskiego. Maluczko, a wszystkie kurjerki zaczną walczyć z okólnikiem Nr. 516, by jeszcze raz udowodnić, jakie szkody wyrządzają ludności Kasy Chorych. Należałoby właściwie napisać satyrę. Jednak z obowiązku publicystycznego musimy oświetlić ten mało poważny bój poważnie i — krytycznie. Komisarz K. Ch. m. Warszawy wydał w dn. 14. 1. 1929 r. okólnik Nr. 516, w którym zarządził:

„I) Istniejące obecnie Sekretarjaty Lekarskie, jak również Biura Zapisów Ambulatorjów Fabrycznych, Dentystycznych i innych zakładów Kasy Chorych m. Warszawy, przylegające terytorjalnie do odnośnego Oddziału, stanowić będą z Biurami Oddziałów jedną całość organizacyjną i łącznie z sekretarjatami Lekarskiemi, jako Referatami świadczeń Leczniczych, podlegać będą bezpośrednio Kierownictwu właściwego Oddziału.

Wszystkie sprawy w obrębie Oddziału o charakterze administracyjno-leczniczym załatwiane będą przez kierownika Oddziału, wszystkie zaś o charakterze wyłącznie leczniczym podlegać będą kompetencji Lekarza Dzielnicowego".

Przydzielono zatem w Kasie Chorych m. Warszawy t. zw. sekretarjaty lekarskie na „dzielnicach" i biura zapisów (zgłoszeń) do ogólnej administracji dzielnicy, rozdzielając i określając ściśle zakres działania administracji ogólnej i lekarskiej w sposób następujący:

„A. W myśl powyższego w zakres czynności podlegających kompetencji kierownika Oddziału wchodzić będą następujące sprawy:

1) Kierownictwo całym personelem biurowym w obrębie Oddziału. Służbowe kierownictwo personelem sanitarnym pomocniczym w obrębie Oddziału, który to personel pod względem fachowym podlegać będzie Lekarzowi Dzielnicowemu. Nadzór nad całokształtem spraw bieżących, przydział pracy podległemu personelowi i wogóle sprawy personalne.

2). Nadzór nad inwentarzem i majątkiem Kasy Chorych, znajdującym się w obrębie Oddziału.

3) Sprawy związane z należytem utrzymaniem stanu higjenicznego Oddziału i gospodarczem wyposażeniem tegoż.

4) Wszystkie inne czynności, wykonywane dotychczas przez Biuro Oddziałów, biura Zapisów i Sekretarjaty Lekarskie.

B. W zakres czynności podlegających kompetencji Lekarza Dzielnicowego wchodzić będą następujące sprawy:

1) Wszystkie sprawy lecznictwa w ambulator-

jach, będących w ścisłym związku z ordynującymi lekarzami i chorymi.

2) Kontrola i fachowe opinjowanie w sprawach zaopatrzenia poszczególnych gabinetów w instrumenty, środki farmaceutyczne i materjał opatrunkowy.

3) Fachowe opiniowanie Naczelnemu Lekarzowi Kasy Chorych, wzgl. jego zastępcy — Lekarzowi spraw personelu lekarskiego i pomocniczo-sanitarnego.

4) Udzielanie wyjaśnień pacjentom Kasy w sprawach leczniczych i przekazywanie chorych innemu lekarzowi.

5) Akceptacja świadczeń rzeczowych większej wagi, a mianowicie: pasy brzuszne, pończochy gumowe, aparaty słuchowe, aparaty i gorsety ortopedyczne.

6) Piecza nad stanem higjeny w ambulatorjum".

Jaki był stan organizacyjny „dzielnic" Kasy Chorych m. Warszawy przed wydaniem okólnika? Administracja podzielona była na dwie części, z których jedna podlegała t. zw. kierownikom dzielnic, druga zaś lekarzom dzielnicowym. Do zakresu działania lekarza dzielnicowego należały: 1) sprawy wezwań do obłożnie chorych, 2) udzielanie świadczeń w naturze, 3) sprawy personalne lekarzy i personelu leczniczego. 4) leczenie specjalne.

Administracja służby lekarskiej w Kasie Chorych m. Warszawy, o której w tej chwili mówiliśmy, to jest przed wydaniem okólnika Nr. 516 została zorganizowana w jej linjach zasadniczych w r. 1920, to jest w chwili założenia Kasy Warszawskiej, gdy liczba ubezpieczonych wynosiła 30 — 40.000 osób. Od tej chwili — w ciągu 10 lat — nie zmieniło się właściwie nic w tym dziale pracy Kasy. Natomiast zmieniło się wogóle wszystko. Liczba ubezpieczonych wzrosła do 220.000 osób. Obecnie w Kasie Warszawskiej niektóre dzielnice mają więcej członków aniżeli w r. 1920, tj. w chwili otwarcia, Kasa wogóle posiadała.

Najważniejszym zaś dla nas argumentem jest fakt, że w ciągu 10-ciu lat zdobyliśmy doświadczenie, poznaliśmy zagadnienie, pracując praktycznie, mogliśmy ocenić wartość danej organizacji. Wobec rozwoju Kasy Warszawskiej i 10-ciu lat od czasu zbudowania podstaw organizacyjnych tej Kasy, oparcie jej działalności na nowych zasadach staje się koniecznością niezbędną, której w tej chwili lekarze przeciwstawiają się.

Inicjatorzy akcji „antyokólnikowej" i p. Dr. W-icz w „Nowinach Społecznych" jako ich rzecznik publicystyczny zapominają, że po zbadaniu spokojnem treści okólnika okazuje się, że w organizacji pracy w Kasie Chorych m. Warszawy, nie wiele się zmieniło. Może nawet nie zapominają, a nie chcą wiedzieć, że tak jest, w przeciwnym wypadku nie pisałby p. Dr. M. W-icz, iż „okólnik przeobraża lecznictwo Kasowe", ba nawet „cały świat lekarski jest do żywego poruszony treścią i zasadami okólnika".

Oczywiście, że każdy z nas może spokojnie napisać, że reprezentuje „świat". Jeden lekarski, inny np. kasowy. I my w tym miejscu moglibyśmy twierdzić, iż „cały świat kasowy" jest do żywego „poruszony" akcją lekarską lub artykułem p. Dr. M. W-icza. Skoro się jednak twierdzi, że okólnik ten **„przeobraża lecznictwo"**, to na to trzeba podać argumenty, a jeżeli się tego nie czyni, wówczas narzuca się wniosek logiczny, iż jest to tylko albo niechęć do reform, albo konserwatyzm ludzi, którzy przywiązali się do danej formy organizacyjnej i protestują przeciw wszelkim zmianom, które burzą ich dotychczasowe przyzwyczajenia. Możemy uznać przywiązanie, a więc kategorję uczuciową w naszem życiu indywidualnem, jako czynnik motoryczny naszego działania. Zdarza się przecież tak często, iż jednostka przywiązuje się do rzeczy i do ludzi tak, że stają się jej drogie i bliskie. Oczywiście, że trudno wówczas pogodzić się z myślą, że człowiek te rzeczy mu bliskie traci lub utraci w najbliższej przyszłości, a człowiek zżył się z tem, że stan ten będzie trwały, ba nawet węzły się zacieśnią. I nagle dowiaduje się, że się mylił albo że mierzył swe siły na zamiary. Wówczas zrozumiały jest ten stan psychiczny. Jednak to są kategorje dopuszczalne i uznane w życiu jednostki, a nie w pracy społecznej.

Organizacje lekarskie nie operują w akcji przeciw okólnikowi argumentami, lecz jak zwykle się to u nich dzieje, jest to tylko rozdzieranie szat, oczywiście z zapewnieniem obowiązkowem, iż czynią to w imię dobra instytucji. W walce o realizację swych żądań wszelakiego rodzaju słyszymy bardzo często, iż praca w Kasie „zbiurokratyzowała" ich, że bronią się w imię wolności zawodu, przeciw tego rodzaju zamierzeniom zarządów Kas Chorych. To „zbiurokratyzowanie" polega na obarczeniu lekarzy pracą administracyjną, której nie chcą wykonywać i przeciw której się bronią. Otóż właśnie okólnik Nr. 516 ma to na celu: t. j. określenie zakresu działania i odpowiedzialności za dwie odrębne czynności, t. j. za administrację i za lecznictwo. Lekarz leczy, urzędnik kieruje administracją. Gdyby organizacje inicjujące ową akcję chciały logicznie postępować, to raczej powinnyby były przyklasnąć idei okólnika, aniżeli go zwalczać. Okólnik mówi bowiem jasno i w krótkich słowach (punkt I. B 1) iż do zakresu działania lekarza dzielnicowego należą „wszystkie sprawy lecznictwa w ambulatorjach". W tej dziedzinie nie uszczuplono uprawnień lekarza dzielnicowego, ba polepszono stan prawny, określając ściśle jego zakres działania. Trudno było organizacjom lek. oponować w konkretnej formie przeciw temu systemowi organizacyjnemu. Wobec tego słowo musi zastąpić argument. I dlatego twierdzą w memorjale, złożonym Panu Ministrowi Pracy, iż niemożliwem jest, by dzielnicowy lekarz został „zepchnięty do roli opinjodawcy — fachowca, zaś nadzór nad całokształtem spraw bieżących, których sprawy lecznicze są najistotniejszą częścią, podlegał urzędnikowi". Te argumenty wydawały się, zdaje się, nawet p. Dr. M. W-iczowi zbyt przesadne i dlatego w artykule swym w „Nowinach Społeczno - Lekarskich" dyskretnie je pomija. Pan Dr. M. W-icz pisze już znacznie ostrożniej o „podporządkowaniu stanu lekarskiego stanowi urzędniczemu". Jednak ani memorjał, ani Dr. M. W-icz nie podają ani jednego argumentu na poparcie swych twierdzeń, iż lekarz dzielnicowy będzie „zepchnięty" lub choćby, jak się obawia Dr. W-icz „podporządkowany" urzędnikom. Twierdzi memorjał, iż jest niemożliwem, by „nadzór nad całokształtem spraw bieżących, w których sprawy lecznicze są najistot-

niejszą częścią, podlegał urzędnikowi". Co to jest „całokształt spraw bieżących" w Kasie? Mówiąc najogólniej — organizacja i administracja jej, jako jednostki ubezpieczeniowej plus lecznictwo. Więc tym „całokształtem" chcą się lekarze zajmować? Takie twierdzenie jest już zupełną rewelacją. Ileż uwag słyszymy od lat 10-ciu na temat działalności „buchalteryjno - biurokratycznej" Kas Chorych? Przecież lecznictwo ma — zdaniem lekarzy — prymat nad ową „buchalterją". Ileż docinków usłyszał, w czasie dyskusji publicznej, jeden z naszych najpoważniejszych ubezpieczeniowców, gdy ośmielił się stwierdzić, iż Kasy Chorych są przedewszystkiem instytucją ubezpieczeniową? I nagle ex re okólnika Nr. 516 lekarze zainteresowali się „buchalterją" choćby na dzielnicy i kierownictwem nad „całokształtem spraw bieżących".

Innemi nieco sposobami walczy w tych sprawach p. Dr. W-icz, twierdząc, iż przychodnie Kas Chorych są zakładami leczniczemi „a więc w myśl ustawy o zakładach leczniczych i zgodnie z rozporządzeniem Pana Prezydenta na czele ich winni stać lekarze". Z tych słów wynikałoby, iż mamy ustawę o zakładach leczniczych, a ponadto istnieje rozporządzenie Prezydenta w tej materji. Tak jednak nie jest. Istnieje bowiem tylko Rozporządzenie Prezydenta R. P. z dnia 22.III.1928 r. o zakładach leczniczych Dz. U. R. P. Nr. 38 poz. 382. Nie wątpimy, iż jest to tylko drobny lapsus Szan. Autora i konstatujemy to zupełnie nawiasowo dla ścisłości. Gdyby nawet uznać np. przychodnię Kas Chorych za „zakład leczniczy" to i w tym wypadku p. Dr. M. W-icz nie miałby racji, albowiem artykuł 76 tego rozporządzenia głosi, iż „organizacje i zasady prowadzenia... zakładów leczniczych instytucyj ubezpieczeń społecznych, określą rozporządzenia właściwych ministrów, wydane łącznie z Ministrem Spraw Wewnętrznych". W tym wypadku powołanie się na rozporządzenie o zakładach leczniczych jest bezcelowe, albowiem nie obowiązuje ono jeszcze na terenie Kas Chorych.

„Personel pomocniczo - sanitarny winien podlegać lekarzowi dzielnicowemu" — powiada memorjał. Twierdzenie to jest nie ścisłe, jako argument przeciw okólnikowi, albowiem kierownictwu oddziałów zastrzeżono **kierownictwo służbowe** (punkt I. A 1) natomiast **pod względem fachowym** służba ta podlegać będzie Lekarzowi Dzielnicowemu. Wskutek tego lekarz dzielnicowy nie będzie marnował swego drogiego czasu na załatwienie szeregu formalności służbowych o charakterze personalnym, jakie siłą rzeczy w tak wielkiej instytucji, jak Kasa Chorych m. Warszawy, istnieć muszą, a poświęci się całkowicie fachowemu nadzorowi personelu pomocniczego. Dzięki tej organizacji lecznictwo zyska raczej, aniżeli straci cokolwiek w Kasie. Lekarz może bowiem skoncentrować całą uwagę na tych sprawach.

Memorjał napisany jest tak ogólnikowo, że w pewnych ustępach jest nawet niezrozumiały. Powiada się bowiem w memorjale, iż „lekarz dzielnicowy winien być również odpowiedzialny za stan higjeniczny podległego mu ambulatorjum; on również decydować winien o zaopatrzeniu gabinetów lekarskich i być za to odpowiedzialnym". W okólniku stwierdzono aż nadto jasno, iż w zakres czynności lekarza dzielnicy wchodzić będzie (punkt B/6) „piecza nad stanem higjeny w ambulatorjum", zaś w punkcie B/2 „kontrola i fachowe opinjowanie w sprawach zaopatrzenia poszczególnych gabinetów w instrumenty lekarskie, środki farmaceutyczne i materjał opatrunkowy". Nie przypuszczamy by te organizacje domagały się rozszerzenia zakresu działania lekarzy dzielnicy w punkcie I B/2. Jakie oburzenie powstałoby wśród „stanu lekarskiego" gdyby do zakresu działania lekarza należałyby sprawy, związane z należytem **utrzymaniem stanu higjenicznego** oddziału i **gospodarczem wyposażeniem tegoż,** które oddano kierownikowi dzielnicy (punkt I A/3). Przypuszczamy, że lekarze dzielnicowi podziękowaliby za rozszerzenie zakresu działania w takiej dziedzinie, jak kontrola stała sprzątaczek lub troska o mydło lub ścierki.

Nic więc dziwnego, że organizacje lekarskie pesymistycznie oceniają rolę lekarzy dzielnicowych skoro tak dowolnie interpretują okólnik. Memorjał stwierdza bowiem „iż lekarz naczelny będzie jedynie opinjodawcą w sprawach urządzenia gabinetów i decyzja zależeć będzie od osoby niekompetentnej — urzędnika".

Natomiast p. Dr. M. W-icz i w tym wypadku jest bardziej ostrożny i zadawala się nic niemówiącymi ogólnikami.

Druga część memorjału i artykułu p. Dr. W-icza poświęcona jest sprawom t. zw. „biura administracyjno - leczniczego". Okólnik Komisarza Kasy Chorych m. Warszawy rozwiązuje tę sprawę w sposób następujący:

„II. Wydział Kierownictwa Oddziałów łączy się z Sekretarjatem Lekarskim w jeden organ pod nazwą „Biuro Administracyjno - Lecznicze", które obejmować będzie dwie Sekcje: Administracyjną i Leczniczą. Na czele Sekcji Administracyjnej stać będzie Zastępca Administracyjny Naczelnego Lekarza, na czele Sekcji Leczniczej — Zastępca Naczelnego Lekarza — lekarz.

A. W zakres czynności, podlegających kompetencji Sekcji Administracyjnej wchodzić będą następujące sprawy:

1. Wszystkie sprawy, wypływające z kompetencji Kierowników Oddziałów, załatwianych w toku drugiej instancji.

2. Sprawy Administracyjno - Finansowo-Lecznicze, a mianowicie: a) wszelkie zwroty pieniężne, b) zasiłki pieniężne, c) umieszczanie chorych w sanatorjach i specjalnych zakładach leczniczych, d) protezy zębowe, e) organizacja kolonji letnich i pół-kolonji, f) umowy z sanatorjami, specjalnemi zakładami leczniczemi, Związkami Kas Chorych i osobami prywatnemi w sprawie organizacji różnych urządzeń leczniczych.

Wymienione w tym punkcie sprawy w wypadkach nasuwających się wątpliwości ze strony leczniczej, załatwiane będą na podstawie opinji wyrażonej przez Sekcję Leczniczą.

3. Kontrola spraw, wynikających ze stosunków z sanatorjami, szpitalami i specjalnemi zakładami leczniczemi.

4. Wszystkie inne czynności nieobjęte niniejszem, załatwiane dotychczas przez Kierownictwo Oddziałów.

B. W zakres czynności podlegających kompe-

tencji Sekcji Leczniczej wchodzić będą następujące sprawy:

1. Wszystkie sprawy, wypływające z kompetencji Lekarzy Dzielnicowych załatwiane w toku drugiej instancji.

2. Opinjowanie w sprawach urządzeń i wszelkich inwestycyj leczniczych na terenie Kasy.

3. Fachowe opinjowanie Naczelnemu Lekarzowi Kasy Chorych w sprawach personalnych lekarzy, lekarzy dentystów i pomocniczego personelu sanitarnego.

4. Opinjowanie w wypadkach, wymagających tego przy załatwianiu spraw przez Sekcję Administracyjną, wyszczególnionych w rozdz. II, cz. A, p. 2 niniejszego zarządzenia.

5. Ogólna piecza nad stanem higjeny w zakładach i ambulatorjach Kasy.

III. Kierownictwa poszczególnych Oddziałów i Lekarze Dzielnicowi zależeć będą służbowo od Biura Administracyjno - Leczniczego, przyczem lekarze Dzielnicowi w sprawach fachowo - lekarskich zależeć będą od Sekcji Leczniczej.

Specjalne Zakłady lecznicze, a mianowicie: Zakłady Przyrodolecznicze, Roentgenowskie, Laboratorjum Analityczno-bakterjologiczne, Szpital i Pogotowie również zależeć będą bezpośrednio od Biura Administracyjno - Leczniczego, przyczem lekarze kierownicy tychże zakładów w sprawach fachowo-lekarskich zależeć będą od Sekcji Leczniczej.

Biuro Administracyjno - Lecznicze w zakresie administracyjnym podlegać będzie bezpośrednio Dyrektorowi Kasy; w zakresie zaś spraw leczniczych Naczelnemu Lekarzowi, który służbowo w myśl statutu Kasy ze swej strony podlega również Dyrektorowi Kasy".

Organizacje lekarskie protestują przedewszystkiem przeciw temu, by zastępcą lekarza naczelnego był urzędnik, a nie lekarz. A więc kwestja prestige'u? Obalenie tego rodzaju argumentu jest bardzo trudne, wszelkie bowiem wojny powstałe na tle prestige'u są zawsze dla strony obrażonej bardzo niebezpieczne, bo oparte na kategorjach uczuciowych, a z temi walka najtrudniejsza. My użyjemy jednak innej metody i rozpatrzymy pozytywnie pytanie czy nie lekarz może zastępować lekarza naczelnego **w sprawach administracyjnych.** Organizacje lekarskie mówią kategorycznie **nie,** nie badając nawet, jakie czynności będzie spełniał ten urzędnik, jako zastępca lekarza naczelnego. Nie przypuszczamy bowiem, by organizacje lekarskie występowały przeciw tej zasadzie wogóle, bez względu na rodzaj spełnianych czynności. Punkt okólnika w sprawie nadzoru nad kierownictwem dzielnic (to jest p. II A/1) nie wzbudzi zapewne żadnych wątpliwości, albowiem nie jest to tylko zmiana o charakterze organizacyjnym. Ten stan istniał przedtem w formie tak zwanej inspekcji oddziałów. Organizacje lekarskie myślą zapewne o punkcie IIA/2. Otóż badając uprawnienia zastępcy admin. lekarza naczelnego stwierdzamy, iż są to wyłącznie czynności administracyjne także i dotychczas załatwiane nie przez lekarzy, a przez urzędników (t. zw. sekretarjat lekarski).

Okólnik wyraźnie stwierdza, iż „w wypadkach nasuwających się wątpliwości ze strony leczniczej... (sprawy te) załatwiane będą na podstawie opinji wyrażonej przez Sekcję Leczniczą". W memorjale ze sprawą tą załatwiono się niesłychanie zręcznie stwierdzając, że „organizacje lekarskie przeciwstawiają się kategorycznie, aby zastępcą naczelnego lekarza mógł być nielekarz". Dlaczego? Niestety, zapomnieli autorowie memorjału umotywować, to „przeciwstawienie się".

Pan Dr. M. W-icz zajął faktycznie inne stanowisko w tej sprawie. On się nie „przeciwstawia", lecz twierdzi, iż tytuł ten jest niewłaściwy, gdyż „nielekarz nie może mieć tytułu zastępcy lekarza naczelnego". To twierdzenie zakrawa już na humorystykę. Walka o tytuły skończyła się już nawet w kraju najstarszej biurokracji na świecie — w Chinach. Powstaje wobec tego dość ciekawy spór: „Nowiny Społeczno - Lekarskie" są oficjalnym organem Związku Lekarzy P. P., który „kategorycznie się przeciwstawia", zaś jeden z pisarzów tego pisma protestuje tylko przeciw tytułowi „zastępcy administracyjnego Lekarza Naczelnego". Kto spór ten rozstrzygnie to nas mało obchodzi, ale jakie w takim razie jest oficjalne stanowisko Związku Lekarzy P. P.?

W memorjale protestują lekarze przeciw podziałowi służby lekarskiej na dwa działy odrębne. „Zarządzenie to — czytamy w memorjale — z punktu widzenia organizacyjnego jest błędne, zaś z punktu widzenia leczniczego — szkodliwe, albowiem dziedziny administracyjno - leczniczej nie da się oddzielić od czysto leczniczej". Podpisane organizacje uważają, że „wszystko to, co w Kasach łączy się z lecznictwem lub z niego wypływa, winno podlegać Naczelnemu Lekarzowi Kasy". Z tych krótkich słów memorjału wynikałoby właściwie, że kierownictwo Kasy, a może wogóle instytucyj ubezpieczeń społecznych, powinno się znaleźć w rękach lekarzy. Ostatecznie „wszystko" się w Kasach „łączy" z lecznictwem i wszystko z niego „wypływa". Każda Kasa jest organicznie pomyślaną całością i wszystko z niej tam „wypływa" lub z nią „łączy" się, to jest opieka nad człowiekiem pracy, u którego istnieje prawdopodobieństwo, że w ciągu swego żywota będzie chorował. Oczywiście są i takie poglądy, że lekarze powinni kierować pracą Kas. Tylko pytanie czy zgodziliby się na to pracodawcy lub ubezpieczeni. Byłaby to i dla jednych i drugich zbyt kosztowna przyjemność. Najlepszym dowodem są żądania prof. Cieszyńskiego, wysunięte na zjeździe lekarzy w Krakowie, ogłoszone w książce, którą omawiamy jednocześnie w „Przeglądzie". Memorjał zajmuje się sprawą bądź co bądź błahą—okólnikiem, a kończy się na całkowitym programie. Nie będziemy, oczywiście zakreślali dyskusji na tak szeroką skalę, a ograniczymy ją do ram nieco skromniejszych, rozpatrując tylko zagadnienie podziału administracji leczniczej. Przedewszystkiem skonstatować musimy, iż ten podział na administrację i lecznictwo (w ścisłym tego słowa znaczeniu) istniał zawsze, gdyż administracja lecznictwa jest zadaniem tak wielkiem, że nie potrafi jej objąć jeden człowiek — lekarz naczelny. A pozatem „administracja" przerasta w Kasach w bardzo znaczny sposób ramy tego pojęcia. Przytoczony przez nas punkt II A/2 okólnika dowodzi jak szeroki jest zakres działania administracji. Współpracować będzie na tym polu i inżynier i prawnik i urzędnik administracyjny i oczywiście lekarz. Trudno bowiem żądać

od lekarza, by zawierał umowy z sanatorjami, lub opanował tak ustawę, by decydował o wypłacie zasiłków pieniężnych. Owszem on decydował o tem i dotychczas, lecz tylko w znaczeniu formalnem, to znaczy podpisywał „kawałki", których zapewne w wielu wypadkach nie czytał. Jaki cel ma obciążenie lekarza odpowiedzialnością za sprawy, które załatwiali inni, na to tylko by umieszczał swój podpis pod listem? Przecież w praktyce tak się rzecz przedstawiała. Zagadnienie to o charakterze praktycznem, wiąże się z zagadnieniem zasadniczem—z kwestją ubezpieczeniowego charakteru Kas Chorych. Wszelkie świadczenia, od litra mleka po najkosztowniejszy zabieg lekarski udzielane przez Kasy Chorych, są tytułem prawno-publicznym, a nie dobrą wolą lub filantropją. Wobec tego, nie może lekarz badać słuszności tego tytułu, lecz człowiek, który jest fachowcem w tej materji, a więc urzędnik administracyjny. Lekarz spełnia tylko rolę eksperta fachowego, którego głos jest punktem wyjścia do szeregu aktów prawnych Kasy, t. j. do udzielania świadczeń. I dlatego Kasy Chorych są przedewszystkiem instytucją ubezpieczeniową, w której lekarz jest cenionym i koniecznym fachowcem. Może w jeszcze bardziej dosadny sposób odczuwamy to na terenie ubezpieczeń od wypadku. Tam już lekarz ma niejako „monopol na fachowość". On faktycznie decyduje o wysokości renty wypadkowej i jego opinja jest podstawą wymiaru świadczeń, a jednak dotychczas nie słyszeliśmy ani jednego głosu domagającego się oddania lekarzom kierownictwa tych instytucji.

Pan Dr. M. W-icz w tym wypadku idzie dalej aniżeli memorjał, nie jest już tak ostrożny. Z zarządzeń Komisarza Kasy Warszawskiej wyciąga wnioski bardziej konkretne aniżeli memorjał. Tam ogólniki co z czego „wypływa" lub z czem się „łączy", u niego zaś konkretne twierdzenie: 1) że dział administracyjno-leczniczy uzależnia się wprost od dyrektora, 2) zaś dział leczniczy czyni tylko do pewnego stopnia zależnym od naczelnego lekarza. W pierwszym punkcie Szan. Autor ma tylko częściowo rację, albowiem ostatni ustęp okólnika wyraźnie głosi, iż biuro administracyjno - lekarskie w **zakresie administracyjnym** podlegać będzie bezpośrednio Dyrektorowi Kasy, **w zakresie spraw leczniczych** Naczelnemu Lekarzowi. Oczywiście jest to bardzo wielka różnica, gdyż gdyby czytelnik czytał tylko artykuł p. Dr. W-icza, nie znając okólnika, mógłby wysnuć wniosek, iż Dyrektor Kasy jest bezpośrednim zwierzchnikiem biura w sprawach lekarskich. Sugerowanie czytelnikowi tego rodzaju twierdzeń nie licuje z powagą tematu, a w każdym razie nie ułatwia walki o zmianę treści okólnika. Czy w praktyce nie było tak dotychczas w każdej Kasie? Przecież ów „zakres administracyjny" jest bardzo ściśle związany z finansami Kasy, niektóre z tych spraw winien właściwie uchwalać Zarząd Kasy, wobec czego Lekarz Naczelny faktycznie nigdy tych spraw i dotychczas nie załatwiał. W drugim punkcie twierdzi p. Dr. W-icz, że dział ściśle leczniczy jest tylko „do pewnego stopnia" zależny od lekarza naczelnego. Do „jakiego stopnia" — powstaje pytanie? P. Dr. M. W-icz milczy. A szkoda, jako czytelnicy mamy prawo dowiedzieć się szczegółów, co myśli o sprawie o której pisze. Oczywiście, że stosując taką metodę, jak nasz autor w tym wypadku i memorjał w całości, łatwo zmobilizować 8 organizacyj przeciw okólnikowi. Trudno znaleźć argument, skoro okólnik w ustępie końcowym głosi, iż „biuro administracyjno - lecznicze... w zakresie zaś spraw leczniczych... (podlegać będzie) naczelnemu lekarzowi".

Koroną zaś dzieła są wnioski memorjału, który twierdzi, iż „zarządzenie (to jest okólnik Nr. 516)... może wywołać opłakane skutki dla stanu lecznictwa społecznego w całym kraju". Oczywiście poparciem tego twierdzenia są zapewne argumenty przytoczone w memorjale. Ich wartość oceniliśmy już w naszym artykule. Możemy uspokoić autorów memorjału. Analogiczna organizacja działu administracyjno - leczniczego istnieje już od 8-miu lat w Kasach Ch. m. Łodzi i mimo zmiany personalne, do dzisiaj zasady jej nie zostały zmienione. Kasa rozwija się i nietylko ubezpieczeni, lecz nawet i lekarze nie protestują przeciw niej i nie piszą sążnistych memorjałów.

OSWALD EINFELD.

LEKARZ SPOŁECZNY.

Tytuł ten wyda się może na pierwszy rzut oka niezrozumiały i obudzi w czytelniku przypuszczenie, że jest tylko niewłaściwem określeniem tego, co dotąd nazywaliśmy lekarzem-społecznikiem. Ale tak nie jest. Chodzi tu o pojęcie nowe, nie ustalone może jeszcze w swej ostatecznej treści, bo kształtujące się w naszych oczach, ale przecież dość wyraźne, aby je można było już obecnie zdefinjować i nazwać.

Lekarzem-społecznikiem nazywa się zazwyczaj lekarza, który swój stosunek do zadań i obowiązków zawodowych ujmuje pod kątem widzenia interesów społecznych, objawia większe zainteresowanie dla społecznych źródeł chorób i niedomagań fizycznych ludzkości i przyczynia się, w miarę sił swoich, do ich zwalczania na drodze zorganizowanej akcji społecznej. Poza praktyką prywatną, w której góruje u niego również wzgląd na interes publiczny, lekarz-społecznik poświęca się często także pracy lekarskiej w instytucjach społecznych o charakterze bądź samopomocowym bądź filantropijnym, oddając im swoją pracę bezinteresownie lub za minimalnem wynagrodzeniem.

Pojęcie **lekarza społecznego** jest może nieco ciaśniejsze, ale w treści swej i w możliwościach urzeczywistnienia istotnego posłannictwa lekarzy bez porównania głębsze i donioślejsze. Lekarzem społecznym nazywamy **lekarza zbiorowości ludzkiej** o zupełnie swoistej strukturze, mianowicie zbiorowości zespolonej wspólnym interesem i współodpowiedzialnością. Przykładem takiej zbiorowości jest instytucja ubezpieczeń społecznych,

jest Kasa Chorych, obejmująca określoną zbiorowość ludzi, zrzeszonych dla społecznego unormowania i zaspokojenia pewnych potrzeb, wśród których potrzeby zdrowia stoją na pierwszym planie.

Mógłby ktoś powiedzieć, że każdy lekarz praktykujący jest właściwie lekarzem określonej zbiorowości, tego kręgu ludzi, którzy go darzą swojem zaufaniem lub są lokalnemi warunkami zniewoleni do korzystania z jego usług. Lekarz małego miasteczka, dłużej osiadły lekarz pewnej dzielnicy większego miasta, wreszcie lekarz pracujący np. w przychodni samorządowej lub filantropijnej, wszyscy oni są w pewnym sensie lekarzami określonych i mało się zmieniających zbiorowości ludzkich. Ale takie ujęcie sprawy zapoznaje różnice między wspomnianemi zbiorowościami. W praktyce prywatnej, a nawet w praktyce publicznej, w przychodni czy w lecznicy, zawsze lekarz ma do czynienia ze zbiorowością — że tak powiem — heterogeniczną, w tym sensie, że każdy członek tej zbiorowości występuje jako izolowana jednostka, której leczenie nie pozostaje w żadnym widocznym związku z leczeniem reszty zbiorowości, jest od niego niezależne i ograniczone jedynie indywidualnemi możliwościami i chęciami danej jednostki.

Najdoskonalsze metody lekarza i jego najlepsze rady mogą się okazać bezcelowe, jeśli się im przeciwstawi absolutny brak środków materjalnych, uniemożliwiający nietylko stosowne leczenie, ale nawet właściwe rozpoznanie choroby.

Inaczej rzecz się ma z tą nową zbiorowością, z którą ma do czynienia lekarz Kasy Chorych. Nie jest to bowiem przypadkowe zbiorowisko chorych, z których każdy tylko swojej pilnuje skóry, ale potężny odłam społeczeństwa, w którym i **zdrowi i chorzy stają solidarnie jako całość do walki z chorobą i jej następstwami.** Tutaj leczenie chorego dokonywuje się nietylko pod kątem widzenia jego własnego dobra i w granicach jego osobistych zasobów, ale pod kątem widzenia zbiorowości i w szerokich ramach jej wspólnych środków i możliwości. Tutaj dopiero znajduje praktyczne konsekwencje hasło, że trzeba leczyć chorych, aby ochronić zdrowych.

Z tego nowego ustosunkowania między lekarzem a zbiorowością, której ma służyć, wynika konieczność przekształcenia dotychczasowego stosunku między lekarzem i chorym. Pod tym względem dokonać się musi w umysłowości, w psychice i w etyce lekarza przewartościowanie pojęć i ocen, przystosowanie do nowych potrzeb i ideałów. Tkwiący w naturze ludzkiej konserwatyzm i niezrozumienie przemian, jakie się w organizacji lecznictwa społecznego już dokonały i jeszcze dokonywują, a zapewne także niedoskonałość form tego nowego współdziałania dwóch odrębnych i dotąd jeszcze nie sharmonizowanych stron są źródłem wszelkich sporów i tarć między lekarzami i Kasami Chorych, sporów, które mają już swoją historję i swoją literaturę, a które kiedyś wydawać się będą przyszłym pokoleniom drobnem nieporozumieniem wobec wielkości stworzonego dzieła.

Nie mogę się pokusić o pobieżne nawet wyliczenie wszystkich zasadniczych problematów, jakie współpraca lekarzy z Kasami Chorych nasuwa,, a tem mniej o ich rozważenie lub rozwiązanie, ale niech mi wolno będzie niektóre z nich pokrótce poruszyć i prześwietlić tem zasadniczem poznaniem, które powyżej ujęliśmy w definicji lekarza społecznego. Najbardziej jednak nawet przekonywujący wywód, opierający się na sformułowaniu nowych zadań i funkcyj lekarza społecznego, nie będzie miał wartości praktycznej, jeśli u jego podstaw nie położymy rozwiązania najważniejszego pytania: czy lekarz społeczny jest koniecznością rozwojową, czy stworzenie instytucji Kas Chorych jest postępem, leżącym w interesie społeczeństwa, jako całości?

Można bez przesady twierdzić, że rzesze osób, które na te pytania odpowiadały dawniej przecząco, zmalały w Polsce w ostatnich latach bardzo wyraźnie. Wolno, ale bezustannie wzrasta zaufanie do Kas Chorych i umacnia się ich byt w świadomości społeczeństwa. I to jest już częściowo odpowiedzią na postawione pytanie, gdyż niema tak silnego rządu, ani tak silnego stronnictwa, któreby mogły utrzymać tak poważną i tak głęboko w stosunki społeczne i gospodarcze sięgającą instytucję, przeciwko której występowały bardzo silne i wpływowe sfery i stronnictwa, gdyby jej istnienia nie wymagały, żywotne interesy publiczne.

Konieczność stworzenia instytucji Kas Chorych była dla każdego oczywistą, kto umiał patrzeć i rozumiał rozwój stosunków leczniczych przed i po wojnie. Szukanie porady lekarskiej w prywatnym gabinecie lekarza praktykującego stało się już dawno dla szerokich mas pracujących nieosiągalnym zbytkiem, na który sobie nawet lepiej zarobkujący pracownik mógł tylko w ostatecznej konieczności pozwolić. Wszyscy inni musieli się zadawalniać poradami w ambulatorjach szpitalnych i innych lub w t. zw. „lecznicach". Porady w ambulatorjach filantropijnych, choć ich kierownicy byli ożywieni jaknajlepszemi względem chorych intencjami, mogły przecież dla niejednego zgłaszającego się chorego mieć posmak łaski i budzić uczucie poniżenia.

Pomoc lekarska, ograniczona jedynie do porady, była w bardzo wielu wypadkach zupełnie pozbawiona wartości, zwłaszcza, gdy chory nie miał środków na najprymitywniejsze lekarstwo lub nawet na odżywianie. W takich sytuacjach każdy prawdziwy lekarz — a prawdziwym lekarzem jest tylko ten, którego wewnętrzną potrzebą jest pomóc, a nie tylko poradzić — czuć się musiał równie nieszczęśliwym, jak jego pacjent. Ciężkie i beznadziejnie smutne było też położenie lekarza, gdy na głuchej prowincji musiał bezradnie patrzeć na spustoszenia, dokonywane przez choroby lub nieszczęśliwe wypadki jedynie z braku w bliskości szpitala, chirurga, lub innej specjalnej pomocy.

Na te wszystkie braki i niedomagania nie można było w naszych warunkach inaczej ani lepiej odpowiedzieć, jak przez powołanie społeczeństwa do samopomocy w najpełniejszem tego słowa znaczeniu. Stworzono Kasy Chorych, ustalając przymus należenie do nich i łożenia na wspólne potrzeby odpowiednich opłat, zapewniając pomoc nietylko dla samych ubezpieczonych, ale także dla ich rodzin i dając zainteresowanym możność zarządzania instytucją przez własnych przedstawicieli. Przyszły rozwój instytucji jak i rezultaty jej działalności

zależą z jednej strony od dojrzałości czynników, powołanych do jej samorządu, a z drugiej strony od ustosunkowania się do niej lekarzy jako jednego z najważniejszych organów tej działalności.

Na spaczenie tego ustosunkowania, a w każdym razie na opóźnienie owocnego ułożenia się stosunków między lekarzami i Kasami Chorych wpłynęło wiele czynników, wśród których ogólny kryzys powojenny, tak ciężki zwłaszcza dla stanu średniego i inteligencji, nie ostatnie zajmuje miejsce, ale można mieć nadzieję, że wraz z ogólną poprawą gospodarczą i z liczebnym wzrostem zastępu działaczy samorządowych, zdolnych do społecznego myślenia i działania, nastąpi rychło odprężenie stosunków i oczyszczenie pola dla szeroko zakrojonej wspólnej akcji wszystkich zainteresowanych w pomyślnym rozwoju ubezpieczeń społecznych czynników.

Wśród problematów, które najgłośniejszem echem odbiły się w dyskusji dotychczasowej nad sprawą Kas Chorych, nietylko u nas, ale i zagranicą, wymienić można na pierwszem miejscu zagadnienie: **wolny wybór lekarza czy system ambulatoryjny?**

Już sam rozwój stosunków gospodarczych i społecznych narzucił społecznej organizacji lecznictwa konieczność ekonomicznego gospodarowania, wprowadził system ambulatoryjny — jeszcze przed Kasami Chorych — do wszystkich instytucyj państwowej, samorządowej, społecznej czy filantropijnej pomocy lekarskiej dla niezamożnych. Z drugiej strony ogromna większość osób, ubezpieczonych w Kasach Chorych, nigdy właściwie nie korzystała z **wolnego** wyboru lekarza, zawsze była w tym wyborze skrępowana materjalnemi lub terytorjalnemi warunkami, które niemal w zupełności eliminowały z jej pobudek **moment zaufania** do danego lekarza, o którym tak dziś wiele się mówi przy obronie hasła wolnego wyboru. Moment zaufania jest chyba równie ważny przy udaniu się chorego do szpitala lub kliniki, zwłaszcza pod nóż chirurga, a czy możnaby stąd wysnuć wniosek, że system leczenia szpitalnego powinien być oparty na wolnym wyborze lekarza przez pacjentów?

Odpowie może ktoś na to, że chory udaje się właśnie do tego szpitala, którego lekarze posiadają jego zaufanie. Ale taką swobodę wyboru szpitala ma przecież tylko minimalny odsetek chorych i to w zupełnie ograniczonym zakresie.

Z samej natury społecznej pomocy lekarskiej wypływa nieuchronnie konieczność zastąpienia zaufania chorej jednostki dla lekarza własnego wyboru przez zaufanie zbiorowości, reprezentowanej przez odpowiedzialne organy tej zbiorowości. **Ogół** zrzeszonych musi mieć zaufanie do danego lekarza, że swoim zadaniom jaknajlepiej odpowie, gdyż ogół jest zainteresowany w pomyślnem i skutecznem leczeniu swoich chorych.

Drugim bardzo ważnym problematem jest sprawa uzależnienia organizacji pomocy lekarskiej od zarządów Kas Chorych. Jest to kwestja trudna i drażliwa, niezawsze bowiem zarządy stoją na wysokości zadania, ale zasadniczo musi być rozstrzygnięta bez względu na chwilowy układ stosunków w Zarządach. Zarząd Kasy jest odpowiedzialny za całość gospodarki instytucji, która oprócz udzielania pomocy lekarskiej ma jeszcze inne obowiązki. On jest w pewnym sensie gospodarzem całości, który musi mieć także możność ustalenia granic pomocy lekarskiej, na jaką sobie całość — bez uszczerbku dla innych zadań Kasy — może pozwolić. W stosunku do prywatnego pacjenta lekarz udziela rady według najlepszej swej wiedzy, a od pacjenta zależy czy chce zrobić odpowiedni wydatek na lekarstwa, zabiegi specjalne, czy wyjazd do sanatorjum. W Kasie Chorych ta decyzja nie może być oczywiście pozostawiona choremu, lecz musi być powzięta przez organ, rządzący w imieniu i w zastępstwie zbiorowości, a opinja i rada lekarza mają tu bez porównania większą wagę i skuteczność niż w praktyce prywatnej. Już przy samem badaniu chorego zastosowanie analizy wydzielin, badania krwi lub prześwietlenia zależy w praktyce prywatnej bardziej od pacjenta, niż od lekarza. Tu zależy niemal wyłącznie od lekarza.

Zastosowanie środków leczniczych, leczenia klimatycznego lub szpitalnego, — o ile tylko może się pomieścić w granicach budżetowych — zależy tu również w zupełności od decyzji lekarza. Funkcje lekarza są tu więc — jak widzimy — zasadniczo różne od jego funkcyj w praktyce prywatnej: nietylko radzi i zaleca, ale bezpośrednio dysponuje środkami zbiorowości. Czy przy tak przemożnym wpływie na gospodarkę instytucji może jeszcze lekarz żądać zupełnego uniezależnienia od Zarządu Kasy, od tego gospodarza, który odpowiedzialny jest wobec zbiorowości?

Niektórzy lekarze stoją na stanowisku, że organizacja pomocy lekarskiej powinna być w Kasie Chorych zupełnie wyłączona z pod kompetencji „laików", zasiadających w zarządach, i powinna być w zupełności oddana w ręce fachowców, t. zn. lekarzy. Taka zasada przeczy wszelkiej logice. Tak, jak pacjent prywatny ma możność dobierania sobie wśród lekarzy, stosujących różne środki djagnostyczne i terapeutyczne, tego, który mu najlepiej dogadza i najbardziej odpowiada pod względem kosztów, tak i zbiorowość musi mieć możność ustalenia rodzaju i zakresu tych środków, jakie uważa za najlepsze dla siebie. Rozumie się, że „laicy" z zarządów nie będą w tej dziedzinie czynili żadnych poważnych kroków bez wysłuchania rady i opinji lekarzy, że będą w znacznej mierze tylko formalnymi wykonawcami ich postanowień, ale z tego nie wynika jeszcze konieczność wyłączenia organizacji pomocy lekarskiej z pod kompetencji zarządów, tych jedynych reprezentantów potrzeb i interesów samych ubezpieczonych.

Wreszcie, jako trzeci problemat, poruszany często w dyskusjach nad stosunkiem lekarza do Kas Chorych, chciałbym jeszcze dotknąć sprawy **orzekania o niezdolności do pracy.** Lekarze czują się „nie w swej roli", gdy mają odmawiać uznania niezdolności do pracy choremu, któremuby w praktyce prywatnej zawsze radzili położyć się do łóżka. Ale jest wielka różnica między taką radą w praktyce prywatnej, a orzeczeniem niezdolności w praktyce kasowej. Tam oznacza ono: „połóż się do łóżka, jeśli możesz sobie na to pozwolić", a tu oznacza „połóż się do łóżka, koszty poniesie ogół ubezpieczonych". Z tego wynika konieczność liczenia się w pewnych granicach z możliwościami tego ogółu, t. zn. z możliwościami finansowemi Kasy. Tu leka-

nie muszą się wyzbyć „dobrego serca", które w praktyce prywatnej może się bez ograniczenia wyładować w takich objawach pieczołowitości i dbałości o chorego, tu muszą nieco inne kryterja zastosować przy orzekaniu o stanie chorego.

Nie przeczę, że musi to dla wielu lekarzy być obowiązek ciężki i niemiły, ale bez pomocy ze strony lekarza nie może zbiorowość pilnować sprawiedliwego zużycia środków, przeznaczonych na zasiłki pieniężne. Sprawiedliwość w orzekaniu o niezdolności do pracy oraz zwrócenie uwagi chorych na moment społecznej odpowiedzialności lekarzy przyczynią się do stępienia ostrza niezadowolenia, jakie się ze strony pacjentów często zwraca przeciw lekarzom i Kasom. Można też liczyć na to, że w miarę postępu w dziedzinie organizacji kasowej pomocy lekarskiej, w miarę rozbudowania lecznic i szpitali, oraz w miarę poprawy gospodarczej zmniejszać się będzie dysproporcja między potrzebami chorych, a możliwościami Kas i zmniejszą się tarcia wewnętrzne na tle orzekania o niezdolności do pracy.

Rozpatrując całokształt działalności Kas Chorych i oceniając trzeźwo perspektywy na przyszłość, można śmiało powiedzieć, że otwierają one przed lekarzami społecznymi nieograniczone pole do wielkiej i zaszczytnej służby. Trzeba sobie zdać sprawę, że te dziesiątki miljonów złotych, jakie rok rocznie płyną przez Kasy Chorych na lecznictwo, przyczyniają się walnie do rozszerzenia warsztatu pracy lekarskiej w Polsce, jakiego dziesiątki lat rozdrobnionego wysiłku jednostek nie stworzyłyby. **Z ciasnego kręgu służby prywatnej wychodzi lekarz w Polsce na szeroki teren służby publicznej**, na którym ma możność pokazania, że i tu potrafi działać i tworzyć zgodnie ze swą szczytną tradycją i na pożytek całego narodu i ludzkości.

STANISŁAW BENKIEL.

CZY T. ZW. „ŻONOM NIEŚLUBNYM" PRZYSŁUGUJE PRAWO DO ŚWIADCZEŃ ZE STRONY KAS CHORYCH.

Ustawa z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby nie wspomina ani jednem słowem o t. zw. żonach nieślubnych. Przepisy ustawy nie mogą być jednakże interpretowane — jeśli chodzi nawet już tylko o wykładnię ściśle prawną — zarówno w oderwaniu od celu społecznego Ustawy jak i od całokształtu przepisów prawa obowiązującego i normującego stosunki społeczne pomiędzy obywatelami i to w zakresie zarówno przepisów prawa publicznego, do kategorji których należy powołana wyżej Ustawa jak nawet i prawa prywatnego; przyczem jeśli chodzi o prawo prywatne — ustalenia jego w zakresie fundamentalnych praw i obowiązków wzajemnych obywateli stanowią normę obowiązującą, normę iuris cogentis, którym bez ich wyraźnego uchylenia — uchybiać nie wolno nawet w przepisach o charakterze porządku publicznego.

Pojęcie „żony nieślubnej" jest obce naszemu prawodawstwu; zresztą inaczej być nie może, gdyż pojęcie to, gramatycznie biorąc, zawiera w sobie głęboką sprzeczność prawną: żoną w znaczeniu prawnem jest i może być tylko osoba płci żeńskiej związana z osobą płci męskiej takim aktem prawnym, któremu prawo nadaje sankcję węzła małżeńskiego. Niedopełnienie pomiędzy dwiema osobami różnych płci owego aktu, opatrzonego sankcją prawa, odejmuje w obliczu prawa obywatelom charakter męża i żony. Dlatego też pojęcie żony nieślubnej jest pojęciem wyłącznie faktycznem, życiowem, pozbawionem sankcji i ustalenia prawnego.

Obowiązujące na terenie b. zaboru rosyjskiego Prawo Cywilne zgodnie z nowelą z dn. 26 maja 1913 r. o polepszeniu bytu dzieci nieślubnych zabezpiecza żonom nieślubnym z pewnemi restrykcjami pomoc alimentarną ze strony męża nieślubnego w uzależnieniu od tego, czy owocem stosunku pozamałżeńskiego było dziecko i o ile opieka i wychowanie dziecka uniemożliwia matce zdobywanie środków, niezbędnych do utrzymania.

Rzecz prosta obowiązek alimentarny w znaczeniu perjodycznych wsparć pieniężnych zastąpiony być może przez fakt wspólnego z konkubinem zamieszkania i korzystania z jego środków utrzymania w warunkach wspólnego gospodarstwa domowego.

Jeśli chodzi o uprawnienie wynikające z art. 33 Ustawy, to może być mowa tylko o takich „żonach nieślubnych", które zamieszkują wspólnie i prowadzą wspólne gospodarstwo ze swym „nieślubnym mężem" i w tym trybie korzystają z jego źródeł zarobkowych. O „żonach nieślubnych" oddzielnie od „nieślubnego" męża zamieszkałych, alimentowanych przez tego ostatniego nie może być mowy, gdyż w tym wypadku uprawnienia z art. 33 przysługują tylko żonie i dzieciom, jak to stwierdza wyraźnie Ustawa i która w tym ustępie, jako ustępie o charakterze wyjątkowym — niestety nie może być rozszerzająco interpretowana.

Prawodawca Ustawy o obowiązkowem ubezpieczenia na wypadek choroby, zmuszony do operowania pojęciami i instytucjami, posiadającemi określone znaczenie i sankcje prawne — ustalając w art. 33 kategorje osób, uprawnionych do korzystania ze świadczeń Kas Chorych z tytułu ubezpieczenia przymusowego jednego z członków rodziny, nie mógł werbalnie wymienić żon nieślubnych jako uprawnionych do korzystania ze świadczeń Kas Chorych. Prawodawca uzależnia świadczenia Kasy 1) od faktu łącznego zamieszkiwania z ubezpieczonym, 2) utrzymania z zarobków ubezpieczonego; przyczem prawodawca wylicza kategorje osób, uprawnione do korzystania ze świadczeń: a więc rodzina w ścisłem tego słowa znaczeniu, do której

prawodawca zalicza — małżonka, wstępnych oraz zstępnych; następnie z uprawnień korzystają — bracia, siostry, wychowańcy oraz dzieci nieślubne (dziecko nieślubne jest pojęciem prawnem, ustawowo określonem). Prawodawca czyni jeden wyjątek co do zasady wspólnego zamieszkiwania, a mianowicie zezwala na korzystanie ze świadczeń Kasy żonie i dzieciom ubezpieczonego, oddzielnie od niego zamieszkałym i przez ubezpieczonego alimentowanym. Przepis ten, jak było powiedziane wyżej, ulegać musi zupełnie ścisłej wykładni. Zaznaczyć należy, że Minister Pracy i Opieki Społecznej, któremu w myśl art. 102 Ustawy przysługuje prawo autentycznej i obowiązującej wykładni przepisów ustawy w reskrypcie z dn. 28 lipca 1922 r. Nr. 1823/VII stwierdził, że wyliczenie osób, uprawnionych do świadczeń, w art. 33 jest limitatywne i „że tylko wyraźnie wymienieni w tym artykule członkowie rodzin mają prawo do świadczeń". Ów reskrypt Ministra zamykałby drogę, zdawałoby się, wszelkiej rozszerzającej interpretacji powołanego przepisu Ustawy i zamykałby w sensie negatywnym wszelką dyskusję co do uprawnienia do świadczeń nawet tych osób płci żeńskiej, które stale zamieszkują z ubezpieczonym — a tem samem odpowiadają postawionym przez pracodawcę kryterjum wspólnego zamieszkiwania i korzystania z zarobków ubezpieczonego, jednakże nie są złączone z nim żadnym węzłem, opatrzonym sankcją przepisów prawa familijnego. Jednakże tenże Minister Pracy przekreślił swoją interpretację, gdyż w reskrypcie z dn. 10/VI 1924 r. Nr. 2619/VII rozszerzył prawo do korzystania ze świadczeń Kasy na ojczymów i macochy. I postąpił Minister zupełnie słusznie, czyniąc tem samem wyłom w zasadzie interpretacji ograniczającej przepisów art. 33 Ustawy.

Jedną z zasad ubezpieczenia społecznego, w szczególności Ustawy z dn. 19 maja 1920 r. jest zabezpieczenie stałości bytu gospodarczego osobom, podlegającym przymusowi ubezpieczenia, czyli członkom Kasy w okresie choroby oraz tej różnorodnej kategorji osób, zespolonych z członkiem Kasy węzłami wspólnoty gospodarczej w jedną całość w znaczeniu organizacyjno-społecznem. Cechami ustalającemi osoby uprawnione do korzystania ze świadczeń Kasy, są między innemi, fakt stałego i dobrowolnego współzamieszkiwania z członkiem Kasy i czerpania środków utrzymania z jego źródeł zarobkowych.

Byłoby niezgodnem zarówno z intencjami prawodawcy i istotą społecznego ubezpieczenia od gospodarczych skutków choroby, jak i całokształtem uprawnień, wynikających dla członka Kasy z faktu jego przymusowej przynależności do Kasy, uzależnienia li tylko obowiązku świadczeń instytucji od dowodów formalnego pokrewieństwa czy powinowactwa i pozbawienia korzyści świadczeń osób zespolonych z członkiem Kasy najściślejszym węzłem indywidualnej i gospodarczej zależności i wspólnoty.

Wobec faktu bowiem wszechstronnego korzystania przez te kategorje osób ze środków zarobkowych ubezpieczonego, Kasa zapewnić im winna całokształt uprawnień w znaczeniu środków leczniczych i innych (art. 33 Ustawy), przeciwne bowiem stanowisko spowodowałoby obciążenie ubezpieczonego kosztami kuracji tych osób, co byłoby sprzeczne z istotą ubezpieczenia społecznego na wypadek choroby.

Z powyższych względów osoba płci żeńskiej, pozostająca w stałem, w znaczeniu faktycznem, współżyciu z ubezpieczonym w sensie wspólnego zamieszkiwania i utrzymująca się z jego środków zarobkowych, — uprawnioną być winna do świadczeń Kasy Chorych.

W naszem głębokiem przekonaniu, wzgląd ten jest słuszny i jedynie powyżej ustalone kryterja są zgodne z intencją prawodawcy i zasadą celowości w prawodawstwie ubezpieczeniowem. Przepisy naszego prawa małżeńskiego i familijnego ujęte w ciężkie kluby klerykalnych tendencyj i mieszczańskich przesądów nie mogą stanowić dostatecznego i właściwego kryterjum w sensie stwarzania lub upadku prawa do świadczeń, przewidzianych w art. 33 Ustawy. Zresztą i sam prawodawca czyni w tej zasadzie pewien wyłom, który tem bardziej wzmacnia słuszność naszej interpretacji i podważa zasadność kryterjum formalnego pokrewieństwa: a to przez przyznanie prawa do świadczeń dzieciom nieślubnym, którym prawo odmawia wszelkich uprawnień w zakresie prawa familijnego czyli odmawia im praw i stanowiska członków rodziny, a nawet w wypadku nieuznania przez ojca nieślubnego nadaje im tylko uprawnienia alimentarne; a takie same przecież uprawnienia posiada — z pewnemi wprawdzie restrykcjami — i żona nieślubna (art. 8 Prawa z dn. 26 maja 1913 r. o polepszeniu bytu dzieci nieślubnych). A te uprawnienia alimentarne prawodawca uznaje za dostateczny objektywny sprawdzian, gdyż przyznaje wszystkim bez rozróżnienia kategorjom dzieci nieślubnych prawo do świadczeń z art. 33 Ustawy. I skoro pozbawione z woli prawodawcy Kodeksu Cywilnego wszelkich praw familijnych dziecko nieślubne, a nawet w razie nieuznania przez ojca — a uznanie jest przecież wykładnikiem li tylko zupełnie subjektywnej i niezależnej woli tego ojca — ograniczone tylko do alimentów i to tylko „odpowiednio do stanowiska społecznego matki" posiada uprawnienia do świadczeń instytucji postępu społecznego, jaką jest Kasa Chorych, to od uprawnień tych żadną miarą matka tego dziecka wyłączona być nie może. I jeśli prawodawca rosyjski noweli z r. 1913 przyznaje ograniczone prawo alimentarne „żonie nieślubnej" — fizycznie od „męża nieślubnego" odseparowanej — nie wolno w interpretacji Ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby i to w stosunku do „żon nieślubnych", znajdujących się w stanie fizycznej i gospodarczej spólnoty z „nieślubnym mężem" przekreślać na płaszczyźnie społecznego ustawodawstwa drobnych zresztą dobrodziejstw, na jakie w zakresie praw i obowiązków cywilnych zdobył się reakcyjny i nie posiadający zrozumienia i wyczucia potrzeb nowoczesnego życia społecznego prawodawca carski.

Dr. HENRYK KŁUSZYŃSKI.

ORGANIZACJA LECZNICTWA CHORÓB ZAWODOWYCH W KASACH CHORYCH.

Z chwilą ukazania się przepisów wykonawczych do rozporządzenia Pana Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej o chorobach zawodowych—Kasy Chorych będą z natury rzeczy zmuszone zająć się mało dotychczas znaną dziedziną chorób i zorganizować odpowiednie w stosunku do ważności tego zagadnienia, warsztaty badania ich i leczenia. Niezależnie jednak od przyjętej listy chorób zawodowych zrównanych z nieszczęśliwemi przypadkami przy pracy, jest ogromna ilość chorób zawodowych, listą jeszcze nie objętych, których szybkie rozpoznanie i stwierdzenie zależności cierpienia od pracy zawodowej jest konieczne ze względu na potrzebę zastosowania racjonalnego lecznictwa i zapobiegania. W związku z tem zagadnieniem, niezmiernie ważnem, nie tylko z powodu obowiązków, ciążących na Kasie Chorych z tytułu ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby, ale również ze względu na znaczenie finansowe tego problemu wyłania się konieczność specjalnej organizacji badań i leczenia tych chorób zwłaszcza w Kasach dużych i średnich. Muszę z całym naciskiem zaznaczyć, że najrealniejszym warsztatem dla badań i rozpoznania chorób zawodowych występujących w pewnych gałęziach produkcji może być tylko ambulatorjum fabryczne, a nie dzielnicowe ambulatorja. Mam naturalnie na myśli większe fabryki, skupiające większą liczbę robotników. W małych Kasach, gdzie istnieje jedno ambulatorjum centralne, można zrezygnować z ambulatorjum fabrycznego ,aczkolwiek i w tym wypadku ambulatorjum fabryczne prowadzone przez Kasę Chorych oddałoby wielką usługę, jeżeli w danej miejscowości istnieje taka gałąź produkcji, skupiająca większą liczbę robotników i robotnic i szczególnie niebezpieczna dla zdrowia pracowników.

Wyższość organizacji ambulatorjów fabrycznych dla badań i leczenia chorób zawodowych nad ambulatorjami dzielnicowemi wynika z istoty tego zagadnienia.

Ażeby to zagadnienie było racjonalnie postawione i rozwiązane muszą być sharmonizowane 4 czynniki lecznicze:

1) Lekarz fabryczny. 2) Lekarz referent dla spraw lecznictwa w ambulatorjach fabrycznych. 3) Oddział szpitalny dla chorób zawodowych. 4) Oddział badawczy.

1) *Lekarz fabryczny:* Ambulatorjum fabryczne winno tak być postawione i zorganizowane tak, by robotnik w czasie swej pracy, lub bezpośrednio po niej, mógł otrzymać doskonałą pomoc lekarską przedewszystkiem w zakresie chorób wewnętrznych i chorób, które jeszcze nie wymagają specjalistycznego leczenia. A więc powinien chory obok interny otrzymać prawdziwie fachową pomoc w zakresie chirurgji małej, nieznacznych schorzeń w oku, uchu i gardle. Wykluczone są z leczenia neuropatologja, choroby weneryczne, kobiece i te wszystkie działy chorobowe, które wymagają już pomocy specjalisty; typem lekarza fabrycznego winien być lekarz t. zw. powszechnie „omnibus", ale w najszlachetniejszym tego słowa znaczeniu, o wysokich kwalifikacjach jako internista i umiejący również udzielać pomocy lekarskiej w tych gałęziach i rodzajach chorób, które specjalistycznego leczenia jeszcze nie wymagają. Nie ma najmniejszego powodu, by chory ze zwykłem zapaleniem spojówki z drobnym pyłkiem na rogówce lub na spojówce, ze stępionym słuchem z powodu wypełnienia wewnętrznego przewodu usznego woskiem, lub zwykłem zapaleniem gardła szedł odrazu do specjalisty do ambulatorjum dzielnicowego. Specjalność zostaje w ten sposób poniżona i ośmieszona. Tam, gdzie warunki fabryczne na to pozwalają, jeśli istnieje poważniejsze skupienie robotników można i w ambulatorjach fabrycznych zaprowadzić leczenie specjalistyczne pewnych rodzajów chorób, jak to uczyniła Kasa Chorych m. Łodzi w fabryce Scheiblera i Grohmana, Geyera i Poznańskich. Ale zasadą powinno być, je lekarz fabryczny winien być nietylko dobrym internistą, ale doskonale obznajmiony z innymi działami medycyny. Ambulatorja fabryczne odciążą w ten sposób ambulatorja dzielnicowe. Lekarz fabryczny winien mieć do pomocy pielęgniarkę fachowo wyszkoloną, przedewszystkiem w chirurgji, a pielęgniarka taka pracowałaby przez cały czas pracy w fabryce, by mogła natychmiast udzielać pomocy fachowej, zwłaszcza w zakresie chirurgji. W wolnych chwilach zajmować się będzie pracą kancelaryjną, statystyczną i wielu jeszcze innymi czynnościami, które się wyłonią. Obecność jej przez cały czas pracy w fabryce jest dlatego konieczna, że od natychmiastowej pomocy fachowej zależy nieraz dłuższa lub krótsza niezdolność do pracy, np. skaleczony palec aseptycznie i fachowo opatrzony może przejść w kilkudniową niezdolność do pracy, a nie fachowo może wywołać ropienie i ewentualnie kilkutygodniową niezdolność. Dla profilaktyki i dla celów ekonomicznych Kasy jest konieczna stała obecność w ambulatorjum fabrycznem wykwalifikowanej siły pomocniczej.

Działalność lekarza fabrycznego nie może się ograniczyć do wyżej zakreślonych czynności, ale musi być połączona z natury rzeczy z rozpoznawaniem chorób zawodowych. Tylko lekarz fabryczny, mający możność poznania i zbadania wszystkich robotników danej fabryki może poznać dokładnie stan zdrowia robotników danego zawodu. Zaznaczyć muszę, że dla rozpoznania zawodowych chorób potrzebne jest specjalne wyszkolenie i doświadczenie kliniczne. Badania takie muszą być przeprowadzone według zasad klinicznych i muszą być nader ścisłe i dokładne. Albowiem lekarz musi rozstrzygnąć czy badany jest zdrów, chory lub podejrzany na chorobę zawodową. Trudności, jakie się wyłaniają przy takich badaniach nie wypływają z właściwości chorób zawodowych, lecz raczej z braku sposobności wyszkolenia się w tym kierunku i z braku doświadczenia. Tem większe wy-

łaniają się trudności w ocenie przez lekarza choroby zawodowej, że wpływy szkodliwe danego zawodu ujawniają się w regule dopiero po tygodniach, miesiącach lub latach. Nadto ocena istnienia choroby wodowej jest i z tego powodu nieraz trudna, ponieważ stosunki w danym zawodzie krzyżują się z położeniem społecznem. A przecież wczesne rozpoznanie przy chronicznych zatruciach ma dla higjeny pracy wielkie znaczenie, albowiem zapobiega u jednostek poważniejszemu zachorowaniu nadto przez udzielenie wskazówek o konieczności wprowadzenia zarządzeń higjeniczno-technicznych, można zapobiegać zachorowaniu innych robotników, co ma dla finansów Kasy wielkie znaczenie. Przeto dla wcześniejszego rozpoznania chorób zawodowych, nie wystarczają badania przeprowadzone u zgłaszających się dobrowolnie do lekarza, ale winny być przeprowadzane badania perjodyczne i tu wchodzimy w wielki problem profilaktyki perjodycznych badań wszystkich ubezpieczonych w Kasach Ch. Rozumiem trudności całkowitego zrealizowania (w chwili obecnej) tego problemu, nie prędko ten problem da się zrealizować, ale prowadzenie tej metody profilaktycznej wśród małej grupy ubezpieczonych w ambulatorjach fabrycznych pewnych określonych grup zawodowych, narażonych na szczególne niebezpieczeństwo, będzie wielkim i poważnym krokiem naprzód.

Wprawdzie z jednego badania nawet całych grup robotników możemy otrzymać bardzo wartościowy obraz, ale dla uzyskania rzeczywistego sądu o stosunkach zdrowotnych i wpływie na zdrowie jest jeszcze konieczna dla celów profilaktycznych stała obserwacja, która zarazem daje wskazówki o konieczności ulepszeń higjeniczno-technicznych w fabryce. A stałą obserwację może mieć tylko jeden lekarz, obserwujący całe grupy robotników danej fabryki, i na tem polega wyższość ambulatorjum fabrycznego. Te badania perjodyczne wszystkich robotników danej fabryki dają wskazówki, która grupa robotników jest narażona na największe niebezpieczeństwo, które miejsca pracy są najbardziej niebezpieczne. Przy tych badaniach perjodycznych robotników fabrycznych ma lekarz sposobność pouczyć każdego robotnika o środkach osobistej profilaktyki. Pouczenia takie są nader ważne, ale muszą być prawdziwe. Lekarzowi nie wolno niczego upiększać ani niczego osłaniać, ma on obowiązek wskazywania na wartość stosowania środków profilaktycznych, a szczególnie osobistej profilaktyki. Zatrzymałem się dość długo przy pierwszym punkcie odnośnie do lekarza fabrycznego. Jeżeli bowiem organizacja taka ma być urzeczywistniona i przynieść rzeczywistą korzyść choremu, Kasie Chorych i nauce polskiej, lekarz fabryczny musi mieć pierwszorzędne kwalifikacje fachowe według wymagań wyżej wyłuszczonych, nadto posiadać umiejętność obchodzenia się z robotnikami zwłaszcza wobec konieczności ustalenia istnienia lub nieistnienia choroby zawodowej i w końcu posiadać umiejętność współdziałania z pracodawcą, którego współpraca jest nieodzowna. Należy sobie uprzytomnić z całą świadomością, że z lekarzem fabrycznym stoi i upada cała ta, tak ważna akcja Kasy Chorych.

Wprawdzie na tem polu nie posiadamy jeszcze wielu lekarzy doświadczonych. Istnieje jednak bogata literatura fachowa zagraniczna i w ten sposób lekarze fabryczni mogą się do tego nowego zadania teoretycznie przygotować, a doświadczenia nabędą już w samej pracy. Musi istnieć tylko zapał do tej nowej gałęzi pracy i jej zrozumienie społeczne. Ostatecznie lekarze fabryczni mogą być przeszkoleni na kursach z higjeny przemysłowej, urządzanych w Państwowej Szkole Higjeny i nadto na specjalnych oddziałach Klinik zagranicznych.

2) *Lekarz referent dla spraw lecznictwa w ambulatorjach fabrycznych.*

Ponieważ projekt mój przewiduje utworzenie w większych Kasach większej liczby ambulatorjów fabrycznych nowego typu, przeto dla skoordynowania działania we wszystkich ambulatorjach, wprowadzenia jednolitych metod badania i postępowania, uporządkowania otrzymanego materjału chorobowego i t. d., potrzebny jest specjalny referent dla tych spraw, jeżeli lekarz naczelny nie może sam zająć się tem zagadnieniem. Referent taki odbywałby perjodyczne konferencje z lekarzami fabrycznymi, szczególnie w sprawach chorób zawodowych, nadto inspekcje w sprawie metod i sposobu badań lekarzy fabrycznych. Razem z lekarzem fabrycznym przy współudziale Inspekcji pracy badałby większe fabryki podczas pracy, by obserwować mechanizm pracy i warunków, wśród których praca się odbywa. Referent składałby z zebranych spostrzeżeń sprawozdanie Zarządowi Kasy Chorych, przedstawiając odpowiednie wnioski. Najidealniejszem rozwiązaniem osoby referenta tej gałęzi pracy lekarskiej byłoby połączenie jej osobowo z pracą ordynatora.

3) *Odział szpitalny dla chorób zawodowych.*

Dotychczasowe szpitale ani kliniki nie posiadają specjalnych odziałów dla chorób zawodowych. Jeżeli trafiają się chorzy z zawodową chorobą, potrzebujący leczenia szpitalnego, nie mogą być koncentrowani w jednym szpitalu, wówczas tylko wysyła się ich do rozmaitych szpitali większych miast. Żaden lekarz nie może w ten sposób nabrać koniecznego doświadczenia z zakresu chorób zawodowych, cierpi na tem i chory i polska nauka lekarska. Stworzenie zatem oddziału chorób zawodowych choćby o 10 łóżkach, staje się koniecznością, jeżeli poruszony przezemnie problem ma być rozwiązany. Krakowska Kasa Chorych buduje obecnie szpital i według moich informacji ma być tamże stworzony odział dla chorób zawodowych. W Warszawie, Łodzi, Krakowie, Lwowie należy się porozumieć z miejscowemi szpitalami lub klinikami, celem stworzenia choćby skromnego oddziału. Kasy Ch. mogłyby nawet opłacać ordynatorów, jeżeli w budżecie nie ma etatu na takie stanowisko. Stworzenie takiego oddziału choćby na razie w 2 lub 3 większych miastach jest nieodzownie konieczne

4) *Ośrodek badawczy.*

Nie wystarcza dla całości naszego zagadnienia stwierdzenie przez lekarza fabrycznego lub oddział szpitalny istnienia choroby, zmian patologicznych. Należy jeszcze stwierdzić względnie zbadać warunki pracy w tym zawodzie lub fabryce z uwzględnieniem wszystkich momentów, które mogą wpływać na stan zdrowia. Musi być zbadany związek przyczynowy choroby z zawodem, wyświetlona dokładnie przyczyna powstania choroby. Stwierdzenie tych faktów nie

należy do lekarza ordynującego wzgl. fabrycznego, przeciwnie lekarz fabryczny musi się wystrzegać, by nie wchodzić na teren, którego nie zna i o którym ma za mało fachowych wiadomości. Do takich badań i wydania orzeczenia potrzeba już specjalnych wiadomości w dziedzinie technologji, toxylogji i t. d. Szczególnie konieczne są badania powietrza, celem stwierdzenia szkodliwości jego dla zdrowia robotnika, temperatury i jej wahań, badania jakości pyłu, pary wodnej, gazu ilości pyłu zwykłego i trującego i t. d. Dla tych badań potrzebna jest specjalna aparatura. Tylko lekarz fachowiec obznajmiony z tą metodą badawczą, mający do dyspozycji odpowiednią aparaturę, może stwierdzić łączność otrzymanych wyników badań ordynatora z wynikami fizykalnych, chemicznych i toksykologicznych badań i łączność tę ustalić. Badania takie w fabryce mogą być przeprowadzone przy współudziale Inspekcji pracy. Wyliczone wyżej 3 względnie 4 czynniki tworzą razem jedną całość w tym komplecie chorób zawodowych. Każda inna organizacja lecznictwa chorób zawodowych będzie spaczona i nie przyniesie dodatniego rezultatu. Niestety, że cała ta kosztowna aparatura badań wymienionych w ostatnim punkcie, znajduje się jedynie w Państwowym Zakładzie Higjeny w Warszawie, a inne miasta nie posiadają jeszcze, niestety zakładu Higjeny pracy. Przeto na razie tylko Kasa Chorych m. Warszawy mogłaby korzystać z urządzeń badawczych oddziału Higjeny pracy przy Państwowej Szkole Higjeny. Inne Kasy Chorych musiałyby taki oddział stworzyć po przygotowaniu uprzedniem, odpowiedniej liczby lekarzy. Stworzenie tej formy organizacji lecznictwa chorób zawodowych w większych ośrodkach fabrycznych Kas Chorych w Polsce wyprzedzi wszystkie prawie Kasy Chorych w Europie, gdyż takie placówki istnieją (b. nieliczne), jedynie w kilku Kasach fabrycznych w Niemczech (np. u Kruppa), ale bardzo liczne zato są w Ameryce. Pozatem Kasy Chorych stworzą w ten sposób podwaliny organizacji katedry patologji przemysłu i zapiszą się chlubnie w historji polskiej nauki lekarskiej.

PATRYCY DZIURZYŃSKI.

Z DZIAŁALNOŚCI FUNDUSZU BEZROBOCIA ZA ROK 1924—1927

Państwowa akcja pomocy doraźnej dla bezrobotnych robotników.

Art. 13 Ustawy z dnia 18 lipca 1924 r. określa, że bezrobotny ma prawo do zasiłku przez 13 tygodni w ciągu jednego roku od chwili pobrania pierwszego zasiłku tygodniowego, oczywiście, o ile odpowiada innym ustawowym warunkom. Minister Pracy i Opieki Społecznej, może okres ten przedłużyć do 17 tygodni. Wobec rozpoczęcia przez Fundusz Bezrobocia akcji zasiłkowej w początkach m. października 1924 roku, cały szereg bezrobotnych, mimo wykorzystania przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej odpowiednich uprawnień miał w początkach lutego 1925 roku wyczerpać prawa do zasiłków. Chcąc temu zapobiec Ustawa z dnia 28 stycznia 1925 r. upoważniła do przedłużenia okresu zasiłkowego w pierwszym roku działania Ustawy z dnia 18 lipca 1924 r. do 26 tygodni. Jednak wiosna 1925 r. nie przyniosła poprawy na rynku pracy i ilość bezrobotnych nie zmniejszyła się, rząd więc Uchwałą z dnia 25 marca 1925 r. zapoczątkował państwową Akcję Pomocy Doraźnej dla bezrobotnych robotników, którzy wyczerpali prawa do zasiłków z Funduszu Bezrobocia, powierzając prowadzenie tej akcji Funduszowi Bezrobocia za zwrotem kosztów administracyjnych w wysokości 5% wypłaconych zapomóg.

Powyższe zapomogi mogli otrzymać ci bezrobotni, którzy nie posiadali własnego majątku lub innych stałych lub niestałych dochodów. Instrukcja Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 19 sierpnia 1926 r. określiła bliżej, jaki majątek lub dochód pozbawia prawa do zapomóg, a Instrukcja z dnia 13 grudnia 1926 r. podwyższyła wysokość majątku, który nie pozbawia praw do zapomóg.

Początkowy termin (do 1.VI.1925 r.) trwania tej akcji musiał być z powodu trwania kryzysu gospodarczego z miesiąca na miesiąc przedłużany na podstawie odpowiednich uchwał Rady Ministrów, a od sierpnia 1926 r. zarządzeń Ministra Pracy i Opieki Społecznej.

Porównanie ilości bezrobotnych robotników, pobierających zasiłki ustawowe i państwowe zapomogi doraźne daje nam poniższe zestawienie:

MIESIĄC	Rok 1924	Rok 1925		Rok 1926		Rok 1927	
		A k c j a					
	Ustawowa	Ustawowa	Państwowa	Ustawowa	Państwowa	Ustawowa	Państwowa
Styczeń		74.700	—	72.853	82.478	31.375	65.430
Luty		78.166	—	72.317	90.527	37.642	65.829
Marzec		83.346	—	70.395	96.807	37.775	65.111
Kwiecień		54.669	26.264	54.416	101.873	33.775	62.546
Maj		31.634	41.601	35.552	104.106	28.767	57.737
Czerwiec		22.127	43.755	25.278	105.514	24.145	54.047
Lipiec		22 768	44.194	22.202	99.095	18.928	53.844
Sierpień		23.607	45.613	21.912	87.796	15.827	39.362
Wrzesień		28.414	46.883	17.437	76.660	13.146	36.433
Październik	50.654	35.057	53.428	15.454	67.708	13.441	34 210
Listopad	71.001	45.815	62.454	17.259	62.544	17.405	33.205
Grudzień	70.693	62.983	72.979	20.699	62.428	31.295	34.714
		46.949	48.575	37.147	86.462	25.293	50 206

Od chwili rozpoczęcia akcji doraźnej, ilość korzystających z niej stale wzrasta w miarę wyczerpywania przez bezrobotnych praw do zasiłków z Funduszu Bezrobocia. W miesiącu czerwcu 1926 roku, następuje punkt kulminacyjny, od którego ilość pobierających zapomogi maleje w miarę dalszego spadku bezrobocia. Sezonowe zimowe bezro-

bocie powoduje pewien wzrost w m. styczniu i lutym 1927 r., od m. kwietnia następuje dalszy spadek, który w większym stopniu zaznaczył się w m. sierpniu 1927 r., a to skutkiem wprowadzenia pewnych ograniczeń. W m. grudniu 1927 r. następuje znów zwiększenie się ilości pobierających zapomogi, zgodnie zresztą ze wzrostem w akcji ustawowej. Ilość pobierających zapomogi wzrosła w r. 1926 o 78%, gdy tymczasem w akcji ustawowej spadła, co jest dowodem długotrwałości kryzysu gospodarczego. Zmniejszenie się ilości pobierających zasiłki i zapomogi w r. 1927, świadczy o poprawie gospodarczej.

Państwowej Akcji Pomocy Doraźnej nie prowadzono na całym terenie państwa, lecz w miejscowościach z miesiąca na miesiąc w zarządzeniach wyszczególnionych, przyczem niejednokrotnie akcje te ograniczano do poszczególnych kategoryj bezrobotnych. Porównanie akcji ustawowej i doraźnej w rozbiciu na poszczególne województwa jest następujące:

WOJEWÓDZTWO	Rok 1925		Rok 1926		Rok 1927	
	A k c j a					
	Ustawowa	Państwowa	Ustawowa	Państwowa	Ustawowa	Państwowa
1. m. st. Warszawa	762	—	3.176	1.116	1.134	2.495
2. Warszawskie	651	—	2.728	123	1.465	2.010
3. Łódzkie	15.158	21.217	9 477	36,260	4.767	14.301
4. Kieleckie	7.954	6 552	4.948	11.867	4.070	4.993
5. Lubelskie	140	—	515	212	430	280
6. Białostockie	2.099	1.755	1.052	2.555	905	865
7 Wileńskie i Nowogródzkie	376	23	503	667	313	834
8. Poleskie	37	—	122	—	62	—
9. Wołyńskie	52	—	82	13	93	33
10 Poznańskie	1.441	31	3.315	759	2.016	666
11. Pomorskie	206	—	749	3	941	24
12. Krakowskie	2.126	1.055	3.325	3.330	1.991	2.004
13. Lwowskie	2.147	1.492	1.658	2.812	1.104	1.707
14. Stanisławowskie i Tarnopolskie	245	—	306	—	250	—
15. Śląskie	13.555	16.450	5.188	26.745	5.752	19.992
	46.949	48.575	37.147	86.462	25.293	50.206

Zasadniczo państwową akcję pomocy doraźnej prowadzono w tych miejscowościach, gdzie było większe skupienie bezrobotnych, a więc na terenach uprzemysłowionych: w pierwszym rzędzie w Łodzi i miastach okolicznych, w woj. śląskiem, Zagłębiu Dąbrowskiem, Białymstoku, w powiecie drohobyckim i okręgu sądowym Krosno w odniesieniu tylko do bezrobotnych b. robotników przemysłu naftowego. W roku 1925 akcja ta obejmowała mniejszy teren, bo zresztą akcję ustawową wprowadzano kolejno na coraz dalsze okręgi.

Uchwała Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 1926 r. wprowadziła pierwsze ograniczenia, wynikające ze stanu rodzinnego bezrobotnego. Paragraf 4 tej uchwały ogłosił, że jeżeli w rodzinie prowadzącej wspólne gospodarstwo jest kilku bezrobotnych, to zapomogi otrzymuje tylko jeden członek rodziny o zarobku najwyższym. Ograniczenie to było uchylane niejednokrotnie w stosunku do poszczególnych okręgów. O wiele ważniejsze znaczenie miały ograniczenia od dnia 1 sierpnia 1927, na podstawie których pozbawiono zapomóg na wielu terenach — samotnych, którzy pobierali przez 26 tygodni zapomogi, lub zapomogi i zasiłki łącznie, żonatych bezdzietnych, którzy korzystali z zapomóg przez 52 tygodnie, robotników sezonowych w sezonie pracy i t. p. Po raz pierwszy występują tutaj ograniczenia okresu zapomogowego, na skutek czego pozbawiono zapomóg wielu bezrobotnych, którzy nie mogli znaleść pracy z powodu zmniejszonej zdolności zarobkowej, lub też nie chcieli jej znaleść.

Na długość okresu pozostawanie bez pracy ma wpływ i płeć bezrobotnego, co dowodzi następujące zestawienie, wskazujące ilu na 100 bezrobotnych, korzystających z danej akcji było mężczyzn, a ile kobiet:

Na terenie	Od 1.IV—31.XII 1926 r.				Rok 1927			
	A k c j a							
	Ustawowa		Państwowa		Ustawowa		Państwowa	
	Mężcz.	Kobiet	Mężcz.	Kobiet	Mężcz.	Kobiet	Mężcz.	Kobiet
Woj. Łódzkiego	61	39	43	57	66	34	44	56
Reszty Woj.	80	20	80	20	85	15	77	23
Razem	77	23	64	36	82	18	68	32

Porównywując stosunek ubezpieczonych mężczyzn i kobiet w Kasach Chorych i korzystających z zasiłków ustawowych z Funduszu Bezrobocia w woj. łódzkiem, otrzymujemy w obu wypadkach stosunek 61 do 39, uwzględniając, że Kasy Chorych obejmują szerszy zakres ubezpieczonych, a zwłaszcza służbę domową, a więc z reguły kobiety, można wyprowadzić wniosek, że kobiety są bardziej narażone na utratę pracy niż mężczyźni, przynajmniej w przemyśle włókienniczym. Porównanie takie z danemi Kas Chorych nie może być dla całego państwa miarodajne, gdyż ilości ubezpieczonych w Funduszu Bezrobocia wynosiły w tym czasie około 30% ubezpieczonych w Kasach Chorych, w województwie łódzkiem zaś 63%. W woj. łódzkiem udział kobiet w pobieraniu zasiłków jest znacznie wyższy, niż w innych województwach (chwilami tylko z wyjątkiem woj. warszawskiego ze względu na wpływ Żyrardowskich Zakładów), co jest dowodem, że przemysł włókienniczy zatrudnia więcej kobiet, niż inne przemysły. Naogół w r. 1927 udział kobiet w akcji ustawowej obniża się, w akcji państwowej zwiększa się. Udział kobiet w akcji państwowej jest znacznie wyższy, niż w akcji ustawowej; stosunek ten jest jednak na terenie całego państwa po wyłączeniu woj. łódzkiego w obu akcjach jednakowy w r. 1926, a to skutkiem tego, że bezrobotni b. robotnicy Żyrardowskich zakładów, gdzie procent kobiet jest bardzo duży, korzystali w tym roku z zasiłków ustawowych i dopiero w m. grudniu zaczęli przechodzić na akcję państwową. Biorąc więc pod uwagę, że z zapomóg korzystają bezrobotni już po skończeniu 13 względnie 17 tygodniowego okresu zasiłkowego, dochodzi się do wniosku, że czas pozostawania kobiet bez pracy jest dłuższy niż mężczyzn. Zaprowadzenie od dnia 1.8. 1927 r. ograniczeń w pobieraniu zapomóg, dotknęło w wyższym stopniu kobiety, jako przeważnie samotne, zwłaszcza na terenie woj. łódzkiego, i tak otrzymało zapomogi:

Miesiąc	Na całym terenie		w Woj. łódzkiem	
	Mężcz.	Kobiet	Mężcz.	Kobiet
Lipiec 1927 r.	34.730	19.114	6.018	10.615
Sierpień 1927 r.	29 384	9.978	3.326	2.274
Spadek więc wynosił	5.346	9.136	2.692	8.341

Jaki procent samotnych i rodzinnych korzystało z zasiłków, czy zapomóg w r. 1927 wskazuje nam poniższe zestawienie:

Na terenie	Akcja			
	Ustawowa		Państwowa	
	Samotn.	Rodzin.	Samotn.	Rodzin.
Woj. łódzkiego	54	46	62	38
Reszty województw	41	59	39	61
Razem	43	57	46	54

Udział samotnych w korzystaniu z zapomóg z akcji państwowej w stosunku do akcji ustawowej zwiększa się w woj. łódzkiem, a to na skutek udziału w 56% kobiet, przeważnie samotnych. W innych województwach udział ten zmniejsza się. Uwzględniając więc wpływ na te cyfry udziału kobiet w korzystaniu z zapomóg, dochodzi się do wniosku, że czas pozostawania bez pracy rodzinnych jest dłuższy, niż samotnych, co potwierdzają dane z woj. śląskiego, gdzie nie było żadnych ograniczeń ze względu na stan rodzinny. Wniosek ten potwierdzają również teoretyczne przesłanki, gdyż samotny, będąc z reguły młodszy i nie mając obowiązków, może podjąć się pracy o niższem wynagrodzeniu i łatwiej zmienić miejsce pobytu. Oczywiście ograniczenia od 1.VIII.27 r. w większym stopniu dotknęły samotnych, niż rodzinnych, zwłaszcza na terenie woj. łódzkiego: ilości pobierających zapomogi przedstawiały się następująco:

Miesiąc	Na całym terenie		W woj. łódzkiem	
	Samotni	Rodzinni	Samotni	Rodzinni
Lipiec 1927 r.	27.195	26.649	12.073	4.560
Sierpień 1927 r.	14.915	24.447	1.575	4.025
Spadek o:	12.280	2.202	10.498	535

Państwowa akcja pomocy doraźnej dla bezrobotnych robotników obejmowała zasadniczo tych, którzy wyczerpali prawo do zasiłków z Funduszu Bezrobocia. Oprócz tego prowadzono specjalne akcje, a mianowicie:

1) dla bezrobotnych b. robotników Dyrekcji Państwowego Monopolu Tytuniowego od m. maja 1926 r., głównie na terenie m. st. Warszawy i Białegostoku,

2) dla bezrobotnych b. robotników przedsiębiorstw państwowych od m. sierpnia 1926 r., głównie na terenie Warszawy,

3) dla przeniesionych do rezerwy, względnie stale urlopowanych szeregowych, pozbawionych pracy od maja 1926 r., głównie na górnośląskiej części woj. śląskiego.

4) dla częściowo bezrobotnych i urlopowanych robotników hutników od czerwca 1926 r. na terenie górnośląskiej części woj. śląskiego.

Przeciętna ilość pobierających zapomogi z trzech pierwszych akcji wynosiła w roku 1926 — 762, a w r. 1927 — 748 bezrobotnych. Czwarta akcja obejmowała w r. 1926 przeciętnie 1042 bezrobotnych, w r. 1927 została ograniczona do urlopowanych (t. j. z powodu unieruchomienia przedsiębiorstwa, będących na bezpłatnym urlopie, lecz pozostających w stosunku najmu) hutników huty „Falva" (do dn. 1 maja 1927 r.) i huty „Bismarcka" (do dnia 13 grudnia 1927 r.) i obejmowała przeciętnie 153 bezrobotnych. Cyfry powyższe mieszczą się w ogólnych zestawieniach.

Ogólna ilość korzystających z akcji ustawowej i państwowej w stosunku do ilości zarejestrowanych w P. U. P. P. była następująca:

ROK	Akcja ustawowa	Akcja państwowa	Razem
1925	31	24	55
1926	13	40	53
1927	17	34	51

Przeciętna roczna wysokość wypłaconych zapomóg jednemu bezrobotnemu, korzystającemu z akcji państwowej, stosunkowo nieznacznie różniła się od danych akcji ustawowej i wynosiła:

w r. 1925 — zł. 497.54
w r. 1926 — „ 498.23
w r. 1927 — „ 529.81

Oczywiście akcja doraźna obejmowała tych bezrobotnych, którzy dawniej utracili pracę, ostatnie ich więc zarobki, a więc i wysokość zapomóg, były niższe od zarobków otrzymujących zasiłki ustawowe, a to na skutek ogólnej zwyżki płac.

Wydatki Skarbu Państwa na Państwową Akcję Pomocy doraźnej dla bezrobotnych robotników wynosiły:

ROK	Wysokość wypłacanych zapomóg	Wysokość kosztów administracyjnych zwróconych F. B.
1925	18.129.824,47	906.491.22
1926	43.076.893,07	2.153.844.65
1927	26.599.510.91	1.329.975,54

Jak więc widzieliśmy akcja ustawowa Funduszu Bezrobocia była niedostateczna w zapobieganiu skutkom braku pracy i państwo zmuszone było prowadzić państwową akcję pomocy doraźnej, obejmującą znacznie większą ilość bezrobotnych, niż akcja ustawowa. Taki jednak stosunek jest niepożądany, bo akcja państwowa ma zawsze charakter opieki społecznej i uzależniona jest od stanu majątkowego pozostającego bez pracy. Aczkolwiek po-

bieranie zapomóg nie uszczupla bezrobotnym ich praw obywatelskich, jednak trudno wyzbyć się wrażenia, że jest to „zapomoga", a nie wzajemne świadczenie, do którego bezrobotny ma prawo na zasadzie uiszczonych składek. Ponadto akcja ta nie będąc zasadniczo określona co do czasu trwania, stwarzała kadry zawodowych bezrobotnych, którzy nie chcieli, czy nie mogli, znaleźć pracy, zdając się na zapośredniczenie przez Państwowe Urzędy Pośrednictwa Pracy. Wprawdzie właściwym celem ubezpieczenia na wypadek braku pracy jest danie bezrobotnym odpowiedniej pracy, wypłata bowiem zasiłków jest skutkiem urzeczywistnienia postulatu warstw pracujących, że każdy ma prawo do pracy odpowiedniej, a w wypadku niemożności dostarczenia jej przez P. U. P. P.—do zasiłków wystarczających na utrzymanie, obecnie jednak P. U. P. P. nie obejmuje całego zapośredniczenia i trudno tego wymagać, gdyż konsekwencją musiałaby być wypłata zasiłków, czy zapomóg, przez cały czas pozostawania bez pracy. Uzyskanie więc pracy zależy też w pewnym stopniu od starań bezrobotnych, ubezpieczenie na wypadek braku pracy może zapewnić normalnie zasiłki w pewnym określonym terminie pozostawania bez pracy. Zapośredniczenie więc pracy odbywa się za pośrednictwem P. U. P. P., innych biur społecznych i zarobkowych pośrednictwa pracy, oraz samorzutnie. I tak P. U. P. P. dały w ciągu m. lipca 1928 r. pracę 18.162 bezrobotnym podczas gdy skreśliły z ewidencji 24.480 bezrobotnych (Wiadomości Statystyczne Nr. 18), oczywiście przeważnie na skutek samorzutnego otrzymania przez nich pracy. Obecnie Minister Pracy i Opieki Społecznej dążąc do likwidacji państwowej akcji doraźnej wprowadza w dalszym ciągu ograniczenia, między innemi co do okresu zapomogowego.

Jak nam praktyka ubiegłych lat wykazała, 13 względnie 17 tygodniowy okres zasiłkowy nie jest wystarczający nawet w czasie pomyślnej konjunktury gospodarczej i w innych państwach, które wprowadziły przymus ubezpieczenia na wypadek braku pracy, jest dłuższy. I tak wynosi w Anglji, Irlandji i Niemczech — 26 tygodni, przyczem w Anglji może być przedłużony w razie potrzeby, w Niemczech może być zaś wprowadzona specjalna akcja doraźna do 39 tygodni, w Australji 15 tygodni z możnością dalszego przedłużenia, we Włoszech 90 względnie 120 dni zależnie od ilości uiszczonych składek, w Austrji 12 tygodni z możnością przedłużania do 30 tygodni. We wszystkich więc tych państwach okres zasiłkowy jest dłuższy, niż w Polsce, za wyjątkiem Włoch, gdzie jest taki sam. W Polsce okres ten został już przedłużony w stosunku do pracowników umysłowych do 26 tygodni (a nawet 39 tygodni) na podstawie Rozporządzenia Prezydenta z dnia 24 listopada 1927 r. Obecnie winno być to urzeczywistnione w odniesieniu do robotników w opracowywanej obecnie przez M. P. i O. Sp. Ustawie o pośrednictwie pracy i ubezpieczeniu na wypadek bezrobocia, tembardziej, że dotychczasowe wyniki finansowe Funduszu Bezrobocia w zupełności na to pozwalają. Wydanie tej Ustawy zmniejszy znacznie ilości korzystających dotychczas z państwowej akcji doraźnej.

Przedłużenie jednak okresu zasiłkowego nie rozwiązuje jeszcze kwestji ubezpieczenia na wypadek braku pracy w dostateczny sposób. Trzeba jeszcze wziąć pod uwagę wiek bezrobotnych i długość pozostawania bez pracy. Możemy tutaj posłużyć się statystyką zagranicy. Szwecja przeprowadziła w dn. 5 maja 1927 jednorazowy spis bezrobotnych, na podstawie którego na 100 bezrobotnych wypadało: (Reichsarbeitsblatt Nr. 18 z r. 1928):

w wieku 14 — 20 lat	19.6
„ 21 — 30 „	36
„ 31 — 40 „	16.8
„ 41 — 50 „	11.9
„ 51 — 60 „	9.2
ponad 60 „	6
bez określenia wieku	0.50
Razem	100.00

Przeciętny czas pozostawania bez pracy wynosił 15½ miesięcy, przyczem zależny był od wieku bezrobotnych i wynosił:

w wieku 14 — 20 lat	7.8 miesięcy
„ 21 — 30 „	14.8 „
„ 31 — 40 „	15.7 „
„ 41 — 50 „	18.6 „
„ 51 — 60 „	20.9 „
„ 61 — 70 „	25 „
Ponad 70 „	24.7 „

W Niemczech na podstawie spisu w dn. 15 lipca 1928 r. otrzymywało zasiłki (Reichsarbeitsblatt Nr. 28):

	do 13 tygodni	od 13—26 tyg.
w wieku do 18 lat	4.5	2.2
„ od 18 — 21 lat	13.9	10.8
„ „ 21 — 45 „	60.5	59.9
„ „ 45 — 60 „	16.4	20.9
Ponad 60 „	4.7	6.2
Razem	100.—	100.—

W akcji doraźnej (Krisenunterstützung), z której korzystali nie mający pełnych praw do akcji ustawowej, lub po wyczerpaniu 26 tygodniowego okresu zasiłkowego, przesunięcie wieku w miarę czasu korzystania z zasiłków było jeszcze większe:

W wieku	do 13 tyg.	od 13-26 tyg.	od 26-39 tyg.
do 18 lat	0.7	0.6	0.1
od 18 — 21 lat	7.1	6.1	0.6
„ 21 — 45 „	60.4	58.3	46.8
„ 45 — 60	24.1	26.6	40.1
Ponad 60 „	7.7	5.4	12.4
	100.—	100.—	100.—

W miarę więc wieku długość czasu pozostawania bez pracy, względnie pobierania zasiłków wzrasta. Powodem tego jest, że pracodawcy chętniej biorą do pracy robotników w pełni sił, młodszych, którzy ponadto mniejsze mając obowiązki mogą taniej pracę sprzedać. U nas stosunek ten jest zapewne jeszcze bardziej niekorzystny, gdyż z powodu braku ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa niezdolni nawet w dużym stopniu do pracy zmuszeni są w dalszym ciągu pracować. Tak więc zlikwidowanie akcji pomocy doraźnej winno pociągnąć wprowadzenie ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa. Nadto należy wydać zarządzenie, mające ułatwić bezrobot-

nym w starszym wieku, zwłaszcza rodzinnym, uzyskanie pracy.

Powyższe zestawienia dowodzą też, że obawy pogorszenia ryzyka ubezpieczenia na wypadek objęcia robotników małoletnich nie są uzasadnione. Wprawdzie może małoletni tracą pracę częściej, jednak czas ich pozostawania bez pracy jest stosunkowo najkrótszy.

Sfery gospodarcze twierdzą, że ubezpieczenia społeczne zrealizowano w Polsce w możliwie szerokim zakresie, a świadczenia ich są wysokie. Dlatego też warto zapoznać się, ile wynosi wysokość zasiłków na wypadek braku pracy zagranicą. I tak w Niemczech wynosiła: (Przegląd Gospodarczy Nr. 9 z r. 1928):

w r. 1925 — zł. 1.515
„ 1926 — „ 1.563
„ 1927 — „ 1.712

W Anglji wysokość zasiłku zależna jest tylko od wieku i płci bezrobotnego i wynosi:

dla mężczyzny powyżej lat 18 tygodniowo sh 18 d 6 czyli rocznie zł. 2.069.60;

dla kobiety powyż. lat 18 sh 18 do 15—czyli rocznie zł. 1.674.40;

przyczem ustanowione są dodatki rodzinne W Irlandji wysokość zasiłków jest o 20% niższa niż w Anglji, w Australji wynosi od 15 do 35 sh zależnie od stanu rodzinnego i miejsca zamieszkania, we Włoszech 1,25, 2,50 i 3,75 lirów dziennie zależnie od zarobków w Austrji od 2 — 3.10 sh dziennie zależnie od stanu rodzinnego, w Rosji od 7.50 — 10 rubli miesięcznie. Widzimy więc, że w Polsce wysokość zasiłków wynosi trzecią część zasiłków w Niemczech, czy Anglji, aczkolwiek stosunek zarobków wykazuje znacznie mniejsze różnice. Tylko we Włoszech zasiłki są mniejsze, niż w Polsce.

Liczby te we właściwym świetle ukazują poglądy naszych sfer gospodarczych, które nie mogą uchylić ubezpieczenia na wypadek braku pracy, starają się przynajmniej zmniejszyć wysokość składek, motywując, że rezerwy Funduszu Bezrobocia wyniosły na 1.I.28 r. 50% rocznych składek i że art. 9 ust. końcowy ma to w powyższym wypadku zezwala, a stan gospodarczy domaga się zmniejszenia istniejących obciążeń wytwórczości (Przegląd Gospodarczy Nr. 15 z r. 1928). Postulaty te jednak nie powinny być zrealizowane, bo art. 9 przewiduje w tym wypadku również możność podwyższenia świadczeń dla bezrobotnych, co chyba wobec powyższych cyfr jest dostatecznie uzasadnione. Należy więc mieć nadzieję, że Zarząd Główny F. B. wystąpi do Ministra Pracy i Opieki Społecznej z odpowiednim wnioskiem w najbliższym czasie.

Z KAS I ZWIĄZKÓW.

PORADNIE DLA MATEK I NIEMOWLĄT.

(Okólnik Okr. Zw. K. Ch. w Warszawie).

Art. 88 Ustawy z dn. 19.V.1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. R. P. Nr. 44, poz. 272) zezwala Kasom na używanie swych dochodów między innemi, „na ogólne cele pomocy lekarskiej i zapobiegania chorobom". Jednym ze skuteczniejszych czynników zapobiegania chorobom jest roztaczanie należytej opieki nad matką i niemowlęciem.

Okręgowy Związek Kas Chorych w Warszawie zaleca więc Kasom, by, korzystając z wyżej podanych uprawnień ustawowych, przystąpiły, gdzie tylko na to warunki pozwolą, do zorganizowania poradni dla matek i niemowląt. Poradnie te możnaby zorganizować łącznie z miejscowemi organami samorządowemi, a ewentualnie i innemi instytucjami społecznemi. Podział ciężarów w tych wypadkach, związanych z uruchomieniem i prowadzeniem takich poradni, tudzież zakres osób z poradni tych mogących korzystać, określić należy zgodnie z miejscowemi warunkami.

Pokrycie kraju siecią takich poradni odegra wielką rolę w akcji zapobiegania chorobom, i dlatego jaknajsilniej zalecamy Kasom przystąpienie do pracy w tym zakresie.

Art. 30 p. c. i 33 p. c. Ustawy nakłada na Kasy obowiązek udzielania karmiącym ubezpieczonym lub członkom rodzin zasiłku na karmienie. Ustawa powiada wyraźne, że zasiłek ten może być gotówkowy lub w naturze. Praktyka Kas idzie wyłącznie w kierunku udzielania zasiłku na karmienie w gotówce. Ma to tą złą stronę, że Kasa niema żadnej kontroli nad zużyciem tego gotówkowego zasiłku rzeczywiście na karmienie niemowląt. Ponieważ ustawa zezwala na świadczenie zasiłku w naturze Okr. Związek Kas Chorych uważa za wskazane, by Kasy w tym właśnie poszły kierunku, dostarczając karmiącym zamiast 50 czy 25 groszy odpowiednią ilość mleka, naturalnie zadawalniającego pod względem hygjenicznym. Zmiany te tylko tam można wprowadzać, gdzie Kasa będzie w stanie, w sposób należyty i właściwy, zorganizować dostarczanie owego mleka karmiącym. Tam gdzie to jednakże okaże się możliwe, należy tę zmianę wprowadzić, uzyskując w ten sposób pewność, że zasiłek na karmienie nie będzie przeznaczony na inne cele.

WSPÓŁDZIAŁANIE KAS CHORYCH Z INSPEKCJĄ PRACY.

Z inicjatywy Okręgowego Związku Kas Chorych w Warszawie odbyła się dnia 14 grudnia 1928 r. w sali konferencyjnej Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej konferencja z Okręgowymi Inspektorami Pracy m. st. Warszawy, województwa Warszawskiego, Lubelskiego i Białostockiego pod przewodnictwem Głównego Inspektora Pracy.

Przedmiotem obrad tej konferencji były sprawy współdziałania Inspekcji Pracy z Kasami Chorych w zakresie hygjeny i ochrony zdrowia robotników, w szczególności zaś pracowników młodocianych.

Wynikiem wspomnianej konferencji są następujące zasady postępowania:

1. Badanie robotników młodocianych przed przystąpieniem ich do pracy w myśl art. 6, Ustawy z dn. 2.VII.1924 (Dz. Ust. Nr. 65, poz. 636), — tudzież perjodyczne badania robotników fabrycznych, — mają pierwszorzędne znaczenie dla walki z chorobami zawodowemi oraz zapobiegania masowym zachorowaniom i zabezpieczenia przed przeciążaniem fizycznem.

2. Inspekcje Pracy wydadzą zakaz przyjmowania młodocianych do pracy bez świadectwa lekarskiego o stanie zdrowia i zdolności młodocianego do danej pracy. Przy badaniu młodocianych należy się strzec, ażeby do pracy nie zakwalifikowano nieletnich. W wyjątkowych wypadkach co do wieku można żądać dokumentów w postaci metryki urodzenia lub zaświadczenia Inspekcji Pracy.

3. Badanie młodocianych przypada organom Kas Chorych, przyczem koszty badania przed przystąpieniem młodocianego do pracy pokryte będą z budżetu Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, natomiast perjodyczne badania zatrudnionych już robotników odbywać się będą na koszt samych Kas Chorych.

4. Inspekcja Pracy i Kasy Chorych będą wzajemnie sobie komunikowały o wypadkach zatrudnienia młodocianych bez uprzedniego zbadania lekarskiego, oraz o wszystkich wypadkach zachorowań masowych i zawodowych.

Kasy Chorych dołączą do kartoteki zgłoszonego robotnika młodocianego świadectwo lekarskie o odbytem badaniu przed przystąpieniem do pracy.

5. Inspekcje Pracy zażądają od zakładów fabrycznych, zatrudniających ponad 100 robotników, założenia podręcznych apteczek dla niesienia doraźnej pomocy w nagłych wypadkach przy pracy. Organizacją takich apteczek zajmą się Kasy Chorych, przyczem do pokrycia kosztu akcesorjów aptecznych wezwany będzie pracodawca, zaś koszt własny materjałów opatrunkowych oraz doraźnych środków leczniczych ponoszą Kasy Chorych na rachunek Zakładu Ubezpieczeń od Wypadków.

6. Kasy Chorych zorganizują badanie młodocianych w ten sposób, że powierzą te czynności zgóry desygnowanym do tego lekarzom i nazwiska tych lekarzy podadzą do wiadomości właściwych Inspektorów Pracy.

Inspekcje Pracy wskażą Kasom Chorych większe skupienia młodocianych.

7. Kasy Chorych wyznaczą specjalnie do badania młodocianych następującą liczbę lekarzy: w Warszawie — 2, we Włocławku, Lublinie i Białymstoku po jednym lekarzu.

Pozatem wyznaczą Kasy Chorych punkty ambulatoryjne, gdzieby ordynujący lekarze zajmowali się badaniem młodocianych, a mianowicie: w Warszawie w 5 miejscach, we Włocławku, Kutnie, Płocku, Żyrardowie, Łowiczu, Lublinie, Chełmie, Białymstoku, Białej-Podlaskiej, Siedlcach, Łomży, Suwałkach, Grodnie i Hajnówce — po jednem miejscu.

8. Regulamin, zawierający szczegółowe instrukcje, obowiązujące zarówno Kasy Chorych jak i Inspekcje Pracy z ustaleniem norm wynagrodzenia lekarzy, — opracuje w najbliższym czasie Główny Inspektor Pracy wspólnie z Okręgowym Związkiem Kas Chorych w Warszawie.

O UMOWĘ RAMOWĄ Z LEKARZAMI W KASACH MAŁOPOLSKICH.

W dniu 4-tym grudnia 1928 r. odbyła się w Okręgowym Związku Kas Chorych w Krakowie pod przewodnictwem prezesa Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych p. posła Żuławskiego konferencja w sprawie ustalenia warunków umowy ramowej, jaką mają zawrzeć Okręgowe Związki Kas Chorych ze Związkiem Lekarzy Kas Chorych. W konferencji wzięli udział przedstawiciele Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych, Okręgowych Związków we Lwowie i Krakowie, Związku Lekarzy Kas Chorych we Lwowie i Krakowie oraz przedstawiciele Głównego i Okręgowego Urzędów Ubezpieczeń. W wyczerpującej dyskusji ustalono, iż pomiędzy związkami okręgowymi a związkiem lekarzy Kas Chorych zostaną zawarte umowy ramowe, określające zasadnicze warunki pracy i wynagrodzenia lekarzy w Kasach Chorych, na których podstawie będą zawierane umowy specjalne z poszczególnemi Kasami. Uchwalono następujące rezolucje:

1) konferencja przyjmuje zasadę zawarcia ramowej umowy pomiędzy Okręgowymi Związkami Kas Chorych a Związkiem Lekarzy Kas Chorych; w obrębie takiej umowy Kasy mają zawierać szczegółowe umowy lokalne;

2) konferencja przyjmuje—po przeprowadzonej dyskusji i udzielonych wyjaśnieniach — zasady, wyrażone w przedłożonym przez Związek Lekarzy Kas Chorych projekcie umowy i powierza Ogólno-Państwowemu Związkowi Kas Chorych opracowanie gotowego tekstu umowy ramowej, który po zaaprobowaniu go przez Związek Lekarzy Kas Chorych zostanie przedłożony Okręgowym Związkom do przyjęcia;

3) Konferencja wyraża życzenie, by ostateczne załatwienie nastąpiło w ciągu 3-ch miesięcy.

KRONIKA.

O UBEZPIECZENIE ROBOTNIKÓW ROLNYCH.

W Nr. 11 naszego pisma zdaliśmy sprawę z przebiegu obrad Międzynarodowego Zjazdu Kas Chorych w Wiedniu. Obecnie drukujemy część referatu p. Lehmana o ubezpieczeniu robotników rolnych, albowiem zagadnienie to szczególnie nas interesuje. — Red.

Przyznać musimy, iż zdolność do świadczeń instytucji ubezpieczeń społecznych i możliwość realizacji tych świadczeń nie jest całkowicie niezależna od położenia gospodarczego. Składki ubezpieczeniowe są częścią płacy roboczej, której wysokość zależna jest od dochodów danego przedsiębiorstwa.

W zasadzie położenie rolnictwa jest cięższe w krajach bardziej uprzemysłowionych, aniżeli w krajach czysto rolniczych. Właściciele ziemscy w krajach przemysłowych z przyjemnością udawadniają, że wobec ciężkiego położenia rolnictwa nie mogą ponosić kosztów ubezpieczeń społecznych. Wobec tego, iż skargi te słyszymy także z krajów, w których ubezpieczenia społeczne robotników rolnych faktycznie i od dłuższego czasu zrealizowano, dowodzi to, iż zarzuty te są wynikiem braku zrozumienia potrzeb społecznych a nie niemożliwości opłacania przez rolnictwo wydatków na ubezpieczenia na wypadek choroby. Jeżeli położenie rolnictwa w krajach tych jest cięższe, to powodem tego stanu jest, iż rolnictwo nie dostosowało się w odpowiednim czasie do zmienionych stosunków gospodarczych i nie wyciągnęło odpowiednich wniosków ze zmiany struktury gospodarczej swego kraju.

Dalszym argumentem przeciw wprowadzeniu ubezpieczenia na wypadek choroby robotników rolnych jest twierdzenie, iż istota stosunku roboczego w rolnictwie jest odmienna od stosunku tego w przemyśle, że robotnik rolny nigdy nie jest narażony na te same niedole społeczne, jakie odczuwa robotnik przemysłowy. Robotnik rolny otrzymuje od swego pracodawcy mieszkanie i utrzymanie, on również troszczy się o niego w czasie choroby. Na to można odpowiedzieć w miarę postępu w uprzemysłowieniu kraju, położenie robotników rolnych dostosowuje się do położenia robotników przemysłowych, a w każdym razie dla wielu kategoryj robotników rolnych niezdolność do pracy jest jednoznaczna z brakiem wszelkich środków utrzymania.

Te same argumenty podnosi się przeciw zrównaniu położenia prawnego robotników rolnych z położeniem robotników przemysłowych w dziedzinie ubezpieczenia na wypadek choroby. Argumenty te wzmacnia się nawet wskazując na fakt, iż robotnik rolny zawiera w zasadzie umowę długoterminową, wskutek czego nie naraża się go zupełnie lub nie w takiej mierze na klęskę bezrobocia lub bezdomności. Również tego argu-

mentu nie można uznać za słuszny. Znaczenie ubezpieczenia na wypadek choroby nie polega tylko na ochronie przed nędzą materjalną, lecz także w dużej mierze na polepszeniu warunków zdrowotnych przez działalność zapobiekawczą ubezpieczeń przymusowych. Być może, iż ryzyko chorobowe robotników rolnych kształtuje się inaczej w wielu kierunkach aniżeli robotników przemysłowych, jednak mniejszą chorobowość robotników rolnych równoważą większe koszty udzielania pomocy w czasie choroby.

Nie wyczerpaliśmy wszystkich argumentów podnoszonych w rozmaitych państwach i w rozmaitej formie przeciw ubezpieczeniu robotników rolnych na wypadek choroby. Musimy jednak zająć się i pozytywną stroną zagadnienia, a mianowicie: jakie argumenty przemawiają za ubezpieczeniem robotników rolnych.

Skutkiem przewrotów politycznych ostatnich dziesięciu lat, jest reforma rolna w tych krajach. Ma ona za zadanie zapobiec wzmagającej się proletaryzacji w rolnictwie, a nadto stworzenie gospodarstw chłopskich przez rozbicie wielkiej własności ziemskiej. Brak nam dotychczas danych w jakiej mierze reforma rolna potrafiła faktycznie zapobiec proletaryzacji wsi, jest jednak rzeczą pewną, że w interesie nietylko rolnictwa, lecz także i całego życia gospodarczego leży utrzymanie przy zdrowiu nietylko mas chłopskich, lecz także proletarjatu rolnego. Może się to stać tylko dzięki wprowadzeniu ubezpieczeń społecznych, których podstawą naturalną jest przymusowe ubezpieczenie na wypadek choroby.

Realizacja ubezpieczenia robotników rolnych na wypadek choroby jest rzeczą pilną albowiem we wszystkich krajach europejskich odbywa się proces mechanizacji rolnictwa, z wyjątkiem krajów zacofanych gospodarczo. Wprowadzenie zdobyczy technicznych wywołało w rolnictwie tak wielkie zmiany, jak używanie na wielką skalę nawozów sztucznych. Liczba przedsiębiorstw w Niemczech, używających pługów mechanicznych, wzrosła z 2239 w r. 1907 do 8913, w r. 1925. W tym samym okresie wzrosła liczba siewników z 178,000 do 543,000. Liczba centryfug mleczarskich wynosiła w Niemczech w r. 1907 — 304,000, zaś w r. 1925 — 1,419.000. Wynikiem zwiększonego zastosowania sił motorycznych jest nietylko zwiększenie się liczby wypadków przy pracy, lecz także intensyfikacja pracy na roli, której skutki muszą oddziałać na zdrowie robotnika rolnego.

Stosunki zdrowotne na wsi nie są o wiele lepsze aniżeli w miastach. Wieś odczuwa także skutki wojny światowej. Liczba alkoholików, chorych wenerycznie, reumatyków, ba nawet gruźlików wzrosła bardzo na wsi wśród ludności wiejskiej. Stosunki mieszkaniowe robotników rolnych były zawsze smutnym rozdziałem. Nędza mieszkaniowa we wszystkich krajach europejskich jako skutek wojny, pogorszyła jeszcze ten stan na wsi. Z tych powodów praca w rolnictwie nie daje już tej ochrony przeciw chorobom społecznym, w szczególności przeciw gruźlicy jak to było dawniej.

Te wszystkie okoliczności zmuszają do realizacji zadania opieki gospodarczej i higjenicznej w tych samych rozmiarach, jak to wprowadzono dla robotników przemysłowych. Stąd wypływa konieczność zasadniczego zrównania ubezpieczenia robotników rolnych z ubezpieczeniem robotników przemysłowych.

Nie ulega wątpliwości, że realizacja na wsi ubezpieczenia na wypadek choroby napotka na pewne trudności wskutek czego trzeba będzie wprowadzić pewne zmiany w systemie stosowanym w mieście. Trudności te polegają przedewszystkiem na tem, że powiaty rolne nie rozporządzają w dostatecznej mierze odpowiednią liczbą lekarzy, aptek, akuszerek i szpitali. Do wprowadzenia ubezpieczenia na wypadek choroby na wsi wymagać się będzie nietylko wiele czasu lecz także i wiele pieniędzy. Wskutek czego ubezpieczenie to będzie na wsi droższe aniżeli w mieście, nie należy jednak zapominać, że świadczenia pieniężne będą mniejsze. Wobec tego iż robotnicy rolni otrzymują w znacznej części wynagrodzenie w naturze („ordynarja"), który należy im się także i w czasie niezdolności do pracy, można ewentualnie zgodzić się, na niepłacenie świadczeń pieniężnych jeżeli pracodawca obowiązany jest w okresie niezdolności do pracy do płacenia wynagrodzenia.

Jeżeli robotnik rolny żyje z pracodawcą we wspólnem gospodarstwie normalną opiekę lekarską zastąpić można opieką szpitalną, co nie jest rzeczą łatwą wobec braku szpitali na wsi. Wszystkie te trudności dadzą się jednak przełamać i muszą być przełamane, jeżeli chcemy utrzymać zdrowie proletarjatu rolnego na odpowiednim poziomie.

Ubezpieczenie robotników rolnych w Niemczech udowodniło, że fundusze ubezpieczeniowe mogą być zużyte na polepszenie warunków zdrowotnych wsi. Kasy Chorych mogą zorganizować na wsi transport chorych. Mogą one także ulepszyć środki komunikacyjne lekarzy, przez odpowiednie umowy wprowadzić ordynację lekarzy w miejscowościach rozrzuconych. W poszczególnych wypadkach niemieckie Kasy Chorych dopomagają w urządzeniu szpitali a nawet same je zakładają. Wskutek tego fundusze ubezpieczeń społecznych przynoszą korzyść nietylko robotnikom rolnym lecz także i samodzielnym chłopom, dzięki czemu będzie można doprowadzić do ogólnego podniesienia zdrowotności na wsi.

Realizacja ubezpieczenia robotników rolnych na wypadek choroby na wzór ubezpieczenia robotników przemysłowych jest koniecznością społeczną, mającą duże znaczenie dla życia gospodarczego i zdrowia ludności.

KOMISJA MIESZANA HIGJENY SPOŁECZNEJ I UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CHOROBY.

Podkomisja medycyny społecznej w Genewie.

Podkomisja medycyny społecznej składająca się z rzeczoznawców lekarskich organizacyj higjeny społecznej wyznaczonych przez Lekarskiego Dyrektora Komitetu Higjeny przy Lidze Narodów w Genewie oraz rzeczoznawców lekarskich instytucyj ubezpieczeń na wypadek choroby wyznaczonych przez Dyrektora Międzynarodowego Biura Pracy zebrała się w Genewie w Sekretarjacie Ligi Narodów w dn. 17, 18 i 19 grudnia 1928 r. celem przestudjowania następującego programu:

„Współpraca urzędów i organizacyj higjeny z instytucjami ubezpieczeń społecznych w sprawach rozwoju medycyny społecznej oraz skierowania praktyki lekarskiej na drogę higjeny i profilaktyki w instytucjach ubezpieczeń społecznych"

Przewodniczącym obrad był D-r J. Heijermans, jego zastępcą D-r Pryll.

Sekretarzami byli: D-r Rajchman — Kierownik Medyczny Organizacji Higjeny w M. B. P., M. Tixier — Kierownik Wydziału Ubezpieczeń Społecznych w Międzynarodowym Biurze Pracy oraz D-r Stein —pracownik tegoż Wydziału.

Podkomisja postanowiła przystąpić przedewszystkiem do ogólnej dyskusji nad potrzebą i ważnością skierowania medycyny na tory społeczne a następnie rozpatrzyć trzy następujące zagadnienia:

1. Dane medyczno-społeczne i dane statystyczne o chorobowości i umieralności.

2. Wykształcenie lekarzy w dziedzinie medycyny społecznej.

3. Instytucje niezbędne dla celów medycyny społecznej.

Podkomisja powzięła następujące uchwały:

I.

Społeczno-Medyczne wykształcenie lekarzy.

1. Medycyna społeczna wymaga specjalnego teoretycznego i praktycznego wykształcenia, którego się żądać powinno od wszystkich lekarzy, znajdujących się w służbie publicznej i prywatnej opieki nad zdrowiem jakoteż w instytucjach ubezpieczeń społecznych.

2. Medycyna społeczna winna być na wszystkich wydziałach lekarskich obowiązkowem przedmiotem wykładów i obowiązkowego egzaminu. Należy dążyć by nauka kliniczna była społecznie nastawiona.

3. Kursy dokształcające w zakresie medycyny społecznej po opuszczeniu uniwersytetu winny być prowadzone dla wszystkich lekarzy praktykujących łącznie ze społecznemi instytucjami w tem zainteresowanemi.

4. Podkomisja dla medycyny społecznej uprasza Komisje dla nauki higjeny o wypracowanie programu nauki medycyny społecznej na wydziałach lekarskich i w szkołach lekarskich.

II.

Statystyka chorobowości i umieralności.

1. Statystyka chorobowości i umieralności jest nieodzownym warunkiem skutecznej pracy społeczno-medycznej.

2. Statystyki chorobowe, dotychczas opracowane, nie są wystarczające dla prac społeczno-medycznych, lecz wymagają rozszerzenia szczególnie w kierunku zbadania i ustalenia stosunków personalnych, społecznych i zawodowych.

3. Określenie przyczyn chorobowych należy dostosować do potrzeb rozmaitych instytucyj społeczno-medycznych. Podkomisja uprasza Komitet Higjeny o zwrócenie się do Komisji Rzeczoznawców Statystycznych, by zechciała zbadać jakie zadania praktyczne wynikają ze stosowanego dotychczas spisu chorób w tych instytucjach.

4. Jest koniecznem, by lekarze ordynujący dawali instytucjom ubezpieczeń społecznych i władzom publicznym służby zdrowia ścisłe określenia choroby, celem zestawienia statystyki chorobowości i umieralności.

5. Z tego obowiązku wypływa konieczność dostosowania zasady tajemnicy lekarskiej do potrzeb społecznej medycyny dla wyższych interesów ogółu.

III.

Konieczność oparcia medycyny na zasadach społecznych.

1. Oparcie medycyny na zasadach społecznych jest niezbędne dla ochrony i poprawy stanu zdrowia publicznego przez racjonalną organizację profilaktyki i lecznictwa.

2. Administracja higjeny publicznych instytucyj ubezpieczeń społecznych i publiczne organizacje pomocy lekarskiej muszą współdziałać w ustaleniu zasad i stworzeniu metod pracy medycyny społecznej.

IV.

Konieczność organizowania zakładów specjalnych i instytucyj djagnostyczno-terapeutycznych.

Publiczne organizacje zdrowia i instytucje ubezpieczeń społecznych winny dążyć, by wszystkie metody stworzone przez naukę i technikę lekarską, konieczne dla stwierdzenia choroby zorganizować w instytucjach specjalnych, zakładach i organizacjach i by lekarze społeczni i ordynujący mogli z nich korzystać celem zapobiegania, rozpoznania i racjonalnego leczenia.

W konferencji tej brał udział lek. nacz. Og.-Państw. Zw. Kas Chorych, p. D-r Henryk Kłuszyński, zaproszony przez M. B. P.

NOWOCZESNA SPÓŁDZIELCZA PLACÓWKA OŚWIATOWA

Pierwsze dni stycznia są odpowiednim terminem do rozpoczęcia nauki na Spółdzielczych Kursach Korespondencyjnych.

2 lata istnieją Spółdzielcze Kursy Korespondencyjne, prowadzone przez Wydział Społeczno - Wychowaczy Związku Spółdzielni Spożywców. (Warszawa, ul. Grażyny Nr. 13). Stale zwiększająca się ilość uczestników na Kursach naiwymowniej świadczy, iż forma dokształcania się zawodowego zapomocą Kursów Korespondencyjnych jest w naszych warunkach jednie dostępną, a przedewszystkiem dogodną formą nauczania.

Program Kursów obejmuje zagadnienia zarówno teoretyczne, jak i praktyczne z spółdzielczości spożywców. Kursy prowadzą 3 grupy: 1-sza grupa dla pracowników sklepowych i magazynowych, II-go grupa dla buchalterów i pracowników biurowych, III-cia grupa dla kierowników spółdzielni. Osoby życzące otrzymać świadectwa kwalifikacyjne obowiązywać będzie całkowicie program danej grupy.

Rok szkolny na Kursach podzielony jest na trymestry: I-szy od 1.X do 15.XII, II-gi od 1.I do 15.III i III-ci od 1.VI do 16.VI. Na początku każdego trymestru można zacząć naukę. Uczestnicy zaczynający naukę w powyższych terminach, rozpoczynają ją od początku, to zn. wykłady przerabiają od pierwszego. Opłata wynosi 1 zł. od wykładu. Na żądanie Sekretarjat Kursów wysyła broszurkę, zawierającą szczegółowe informacje i program. Zgłoszenia należy nadsyłać możliwie natychmiast o ile się chce naukę rozpocząć jeszcze w 2-im trymestrze.

Spółdzielcze Kursy Korespondencyjne, jak każda szkoła korespondencyjna, nie krępuje uczestnika ani co do czasu, ani co do miejsca, gdyż nauka polega na tem, że uczestnik otrzymuje w odbitce maszynowej wykład, który służy do wyjaśnienia materjału zawartego w poleconym podręczniku, lub uzupełnia go. Wyznaczone zadania lub ćwiczenia, które musi przerobić i przesłać wykładowcy do sprawdzenia i oceny, dają możność przekonania się o tem, czy dany materjał został dobrze opracowany i zrozumiany przez uczestnika. Tak więc Spółdzielcze Kursy Korespondencyjne wytrwałym, chętnym i pracowitym ludziom mogą zastąpić całkowicie szkołę ustną.

PRACOWNICY BUDOWLANI W ŚWIETLE STATYSTYKI KASY CHORYCH M. ST. WARSZAWY.

Nowiny Społeczno-Lekarskie (Nr. 2 z 1929 r.) drukują interesujące dane, tyczące się statystyki robotników budowlanych w K. Ch. m. Warszawy.

Pracownicy budowlani stanowią 4,2%, czyli około $^1/_{25}$ ogólnej liczby członków Kasy Chorych m. st. Warszawy. Przeważnie są to mężczyźni w sile wieku (20 — 49 lat), sporo jednakże jest między nimi osób starszych (10% osób w wieku od 50 — 59 lat i 4% w wieku 60-ciu i więcej lat).

Do przychodni pracownicy budowlani zwracają się nieco rzadziej, niż inni członkowie Kasy Chorych; mianowicie pracownicy budowlani stanowią 4,2% ogólnej liczby członków Kasy a zachorowań u pracowników budowlanych odnotowano 3,6% wszystkich zachorowań. Natomiast pracownicy budowlani 2 razy więcej od innych członków Kasy korzystają z zasiłków przy niezdolności do pracy, mianowicie: zachorowalność ich z niezdolnością do pracy w ciągu roku wyraża się cyfrą 318.6‰ podczas gdy przeciętna zachorowalność z niezdolnością do pracy wszystkich członków Kasy wynosiła 158‰. Przeciętna liczba dni niezdolności do pracy jednego członka Kasy w ciągu roku = 5,2 dni; natomiast przeciętna liczba dni niezdolności do pracy jednego pracownika budowlanego = 10,2 dni.

Co się tyczy chorób, które powodują niezdolność do pracy, to w porównaniu z pracownikami innych zawodów pracownicy budowlani najczęściej chorują na następujące choroby:

Na gruźlicę 2 razy częściej od inych pracowników;

Na choroby narządów oddechowych 2½ razy częściej od innych pracowników;

Na choroby skóry i tkanki łącznej 2 razy częściej od innych pracowników;

Na choroby kości i narz. ruchu 3½ razy częściej od innych pracowników;

Na choroby wywołane przez urazy 3 razy częściej od innych pracowników;

Także częściej chorują na choroby zakaźne. narządów trawienia i niektóre inne.

PROGRAM WYKŁADÓW POLSKIEGO TOWARZYSTWA EUGENICZNEGO.

Polskie Towarzystwo Eugeniczne w Warszawie (Nowy Świat 1 m. 5) organizuje kurs dla lekarzy na temat „Syfilis a dziecko".

1. Prof. Dr. F. Krzyształowicz. — „Zagadnienia przenoszenia kiły na potomstwo w rozwoju historycznym i w świetle najnowszych badań".
2. Prof. Dr. A. Czyżewicz. — „Ciąża i poród a zakażenie kiłowe".
3. Dr. E. Bernhardt. — „Kiła wrodzona skóry i błon śluzowych".
4. Prof. Dr. M. Michałowicz. — „Kiła wrodzona narządów wewnętrznych u dzieci".
5. Prof. Dr. Orłowski. — „Gruczoły dokrewne a kiła wrodzona".
6. Prof. Dr. Orzechowski — „Schorzenia układu nerwowego a kila wrodzona".
7. Dr. Handelsman. — „Choroby umysłowe i kiła wrodzona" (Demonstr. chorych w Tworkach).
8. Doc. Dr. Melanowski. — „Schorzenie narządu wzroku w kile wrodzonej".
9. Dr. Grocholski. — „Schorzenie narządu słuchu w kile wrodzonej".
10. Dyr. Dr. Wł. Jarecki. — „Zaburzenia mowy i słuchu w kile wrodzonej".
11. Doc. Dr. Łapiński. — „Schorzenie kości i stawów w kilę wrodzonej".
12. Prof. Meisner. — „Zniekształcenie zębów w kile wrodzonej".
13. Dr. Straszyński. — „Serologia kiły wrodzonej".
14. Dr. T. Trzciński. — „Przebieg i rokowanie w kile wrodzonej".
15. Dr. L. Wernic. — „Leczenie kiły wrodzonej".
16. Vacat. — „Opieka nad dzieckiem i matką kiłową u nas i zagranicą".
17. Dr. L. Wernic. — „Ruch eugeniczny a walka z kiłą wrodzoną".

KURS ALKOHOLOGJI.

Z inicjatywy Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i w porozumieniu w Wydziałem Zdrowia magistratu m. st. Warszawy Państwowa Szkoła Higjeny organizuje trzymiesięczny kurs alkohologji i walki społecznej z alkoholizmem.

Kurs rozpocznie się dnia 18 lutego r. 1929 i jest przeznaczony dla lekarzy - kandydatów na stanowisko kierowników Przychodni Przeciwalkoholowych. Dla ograniczonej liczby słuchaczy będą przyznane stypendja w wysokości 1200 zł. płatne w ratach miesięcznych po 400 zł. Warunkiem zasadniczym dla ubiegających się o stypendjum jest całkowita abstynencja. Wpisowe wynosi 25 zł.

Zapisy na kurs i podania o stypendjum przyjmuje Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny (Chocimska 24 — telefon 104-81) do dnia 1-go lutego r. 1929 za złożeniem:

1. Odpisu dyplomu lekarskiego.
2. Krótkiego curriculum vitae.

NAJBLIŻSZA MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA PRACY

30 maja rozpocznie się w Genewie XII Międzynarodowa Konferencja Pracy, której porządek dzienny obejmować będzie zgodnie z decyzją Rady Administracyjnej Międzynarodowego Biura Pracy następujące zagadnienia:

1. Zapobieganie nieszczęśliwym wypadkom przy pracy (II czytanie).
2. Ochrona przed nieszczęśliwemi wypadkami robotników, zatrudnionych przy ładowaniu i wyładowywaniu statków (II czytanie).
3. Sprawa pracy przymusowej (I czytanie).
4. Długość dnia roboczego pracowników (I czytanie).

Dwa pierwsze zagadnienia dyskutowane były w I czytaniu podczas zeszłorocznej konferencji, która postanowiła wstawić je na porządek dzienny tegorocznej konferencji dla powzięcia ostatecznej uchwały, t. j. przyjęcia projektu konwencji, lub też zalecenia.

Pozostałe dwa zagadnienia omawiane będą poraz pierwszy na tegorocznej konferencji, skutkiem czego w tych sprawach ostateczne decyzje nie zapadną jeszcze w roku bieżącym.

Dla ułatwienia dyskusji przygotowało Międzynarodowe Biuro Pracy sprawozdanie omawiające stan prawny i faktyczny obydwóch tych zagadnień w poszczególnych państwach.

Niezależnie od tego przedłożony będzie Konferencji Międzynarodowego Biura Pracy raport o obecnym stanie bezrobocia, gdyż Rada Administracyjna uznała, że zbadanie całokształtu tego zagadnienia posiadać może w chwili obecnej poważne znaczenie społeczne.

Zauważyć wreszcie potrzeba, że niezależnie od XII-tej Konferencji, zbierze się w październiku XIII Konferencja poświęcona wyłącznie sprawom związanym z pracą marynarzy.

BEZROBOCIE PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH.

Podczas swej pierwszej sesji, która odbyła się w dn. 22—23 października z r. wezwała Komisja Doradcza dla spraw pracowników umysłowych Międzynarodowe Biuro Pracy do opracowania w porozumieniu z Międzynarodowym Instytutem Współpracy Umysłowej raportu na temat: „Bezrobocie pracowników umysłowych". Plan tego raportu przygotowany przez Biuro i przyjęty już przez Komisję przewiduje następujące działy:

a. Zbiór dokładnych danych o rozmiarach bezrobocia pracowników umysłowych oraz jego następstwach społecznych.
b. Analizę przyczyn bezrobocia.
c. Analizę środków zaradczych.

Aby zebrać możliwie dokładny materjał informacyjny zwróciło się Międzynarodowe Biuro Pracy do głównych organizacyj pracowników umysłowych z prośbą o przesłanie wszelkich wiadomości oświetlających powyższe problematy.

SPRAWA PRACY PRZYMUSOWEJ.

Międzynarodowe Biuro Pracy interesuje się w szczególności sprawą pracy przymusowej, która istnieje jeszcze w różnych postaciach w niektórych krajach. Sprawa ta staje się obecnie tem aktualniejszą, że stanowić będzie przedmiot obrad najbliższej konferencji pracy.

Wracając z Japonji zatrzyma się Dyrektor Międzynarodowego Biura Pracy, p. Thomas, w Batawji, żeby się zapoznać z warunkami pracy robotników tubylczych. Ponieważ jednak powrót jego do Europy nastąpić musi najpóźniej w ciągu lutego, więc dokładniejszych badań nie będzie mógł przeprowadzić, powierzy je natomiast jednemu ze swych współpracowników, p. Grimshaw. P. Grimshaw, który zajmuje w Międzynarodowem Biurze Pracy stanowisko szefa jednego z wydziałów, przebywać będzie w Indjach Holenderskich przez kilka tygodni, przyczem rząd holenderski zobowiązał się nie tylko pokryć koszty jego pobytu i podróży, lecz również dostarczyć mu wszelkich materjałów i informacyj potrzebnych dla jego badań.

UCHWAŁY MIĘDZYNAR. STOW. LEKARZY.

„**Polska Gazeta Lekarska**", Nr. 46 przynosi (jak i cała prasa lekarska) komunikat p Dr. Przyborowskiego o dorocznem zebraniu ogólnem. Międzynarodowego Stowarzyszenia zawodowo-lekarskiego (A. P. I. M.), w którym autor pisze: „Międzynarodowy Zjazd Dyrektorów Kas Chorych i Towarzystw Wzajemnej Pomocy odbył się świeżo w Wiedniu. Nie znamy jeszcze szczegółów powziętej rezolucji. Tembardziej nie wiemy, w jakim duchu zapatrują się (?) kierownicze sfery tej organizacji Międzynarodowej na przyszłe stosunki z ciałem lekarskiem wogóle. W interesie samym dobrego funkcjonowania Kas, a zatem zapewnienia chorym najlepszej opieki lekarskiej, — oczywistem jest, że harmonijna współpraca administracji kas z ciałem lekarskiem jest niezbędna". Nie wiemy, czy autorowi zdarzył się „lapsus" gdy mówi o „współpracy administracji kas z ciałem lekarskiem", czy też wyrażenie użyte jest świadomie. Nam się wydaje, że winno być raczej odwrotnie, należy bowiem mówić o współpracy lekarzy z kasami, gdyż one reprezentują sprawę społeczną, a więc wyższego rzędu. Kwestja protokułu dyplomatycznego nie będzie jednak dla nas kwestją zasadniczą. Chodzi bowiem o istotę sprawy. P. Dr. Przyborowski oświadcza dalej: „Członkowie Rady A. P. I. M. na trzecim Zjeździe uchwalili, że taką współpracę uważają za naturalną, że jej sobie życzą w interesie wszystkich i że są gotowi do układów... To stanowisko szczere i otwarte powinno być znane: wynika ono z opinji publicznej poszczególnych krajów; ona też w następstwie oceni rezulataty". Nie znamy treści uchwał w tej materji powziętych. Stwierdzić jednak musimy, że Kasy nasze (polskie) zawsze do wszystkich układów były gotowe. Warunkiem powodzenia tego rodzaju rozmów jest uznanie nietylko w deklaracjach uroczystych i w uchwałach zjazdowych instytucyj Kas Chorych i ich organizacji, unormowanej ustawą, za celową i konieczną placówkę społeczno-leczniczą.

Szan. autor ogłosi zapewne i uchwały zjazdu, wówczas nadarzy się sposobność omówienia ich bardziej szczegółowo.

TREŚĆ:

Ks. Prof. Al. Wóycicki. — Nowe orjentacje w postępie społecznym.

Alfred Krieger. — Okólnik Nr. 516, czyli burza w szklance wody.

Oswald Einfeld. — Lekarz Społeczny.

Stanisław Benkiel. — Czy t. zw. „żonom nieślubnym" przysługuje prawo do świadczeń ze strony Kas Chorych.

Dr. Henryk Kłuszyński. — Organizacja lecznictwa chorób zawodowych w Kasach Chorych.

Patrycy Dziurzyński. — Z działalności funduszu bezrobocia za rok 1924 — 27.

— **Z Kas i Związków.** — Poradnie dla matek i niemowląt. — Współdziałanie Kas Chorych z Inspekcją Pracy. — O umowę ramową z lekarzami w Kasach małopolskich.

— Kronika.

ZARZĄD POWIATOWEJ KASY CHORYCH
W RAWIE RUSKIEJ

PODAJE DO WIADOMOŚCI

że posiada parcelę w Niemirowie Zdroju, na której możnaby zbudować sanatorjum. Kasy Chorych, które chciałyby przystąpić do budowy, zechcą zwrócić się do Zarządu Kasy Chorych w Rawie Ruskiej

DYREKTOR
SŁONIOWSKA

PRZEWODNICZĄCY
Inż. TOMASZ CHOŁONIEWSKI

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.