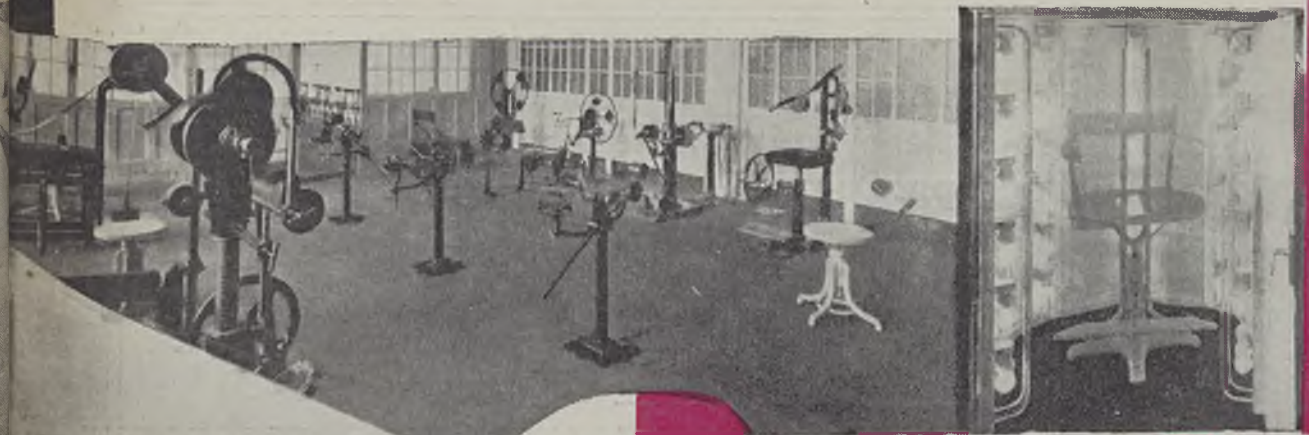
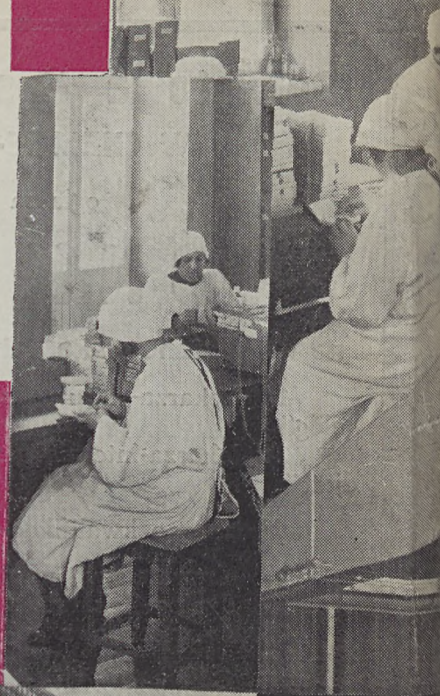


KONKURS

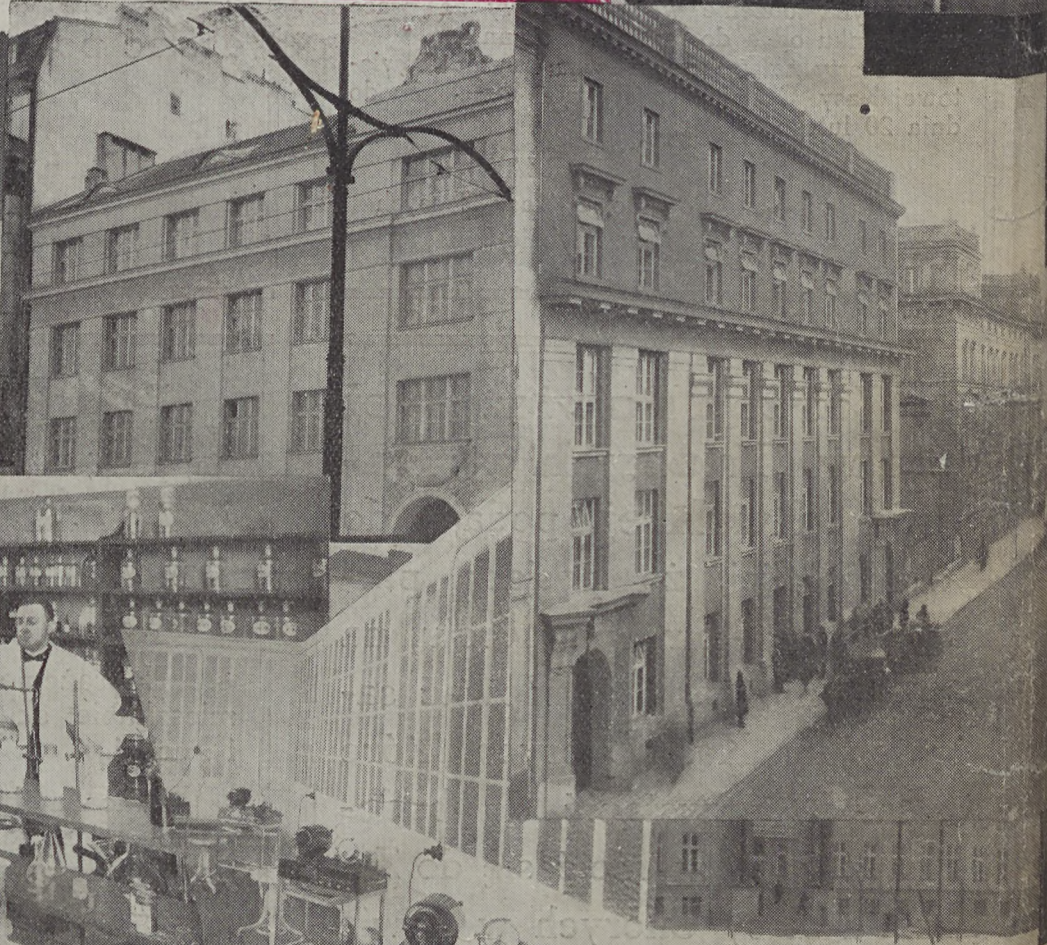
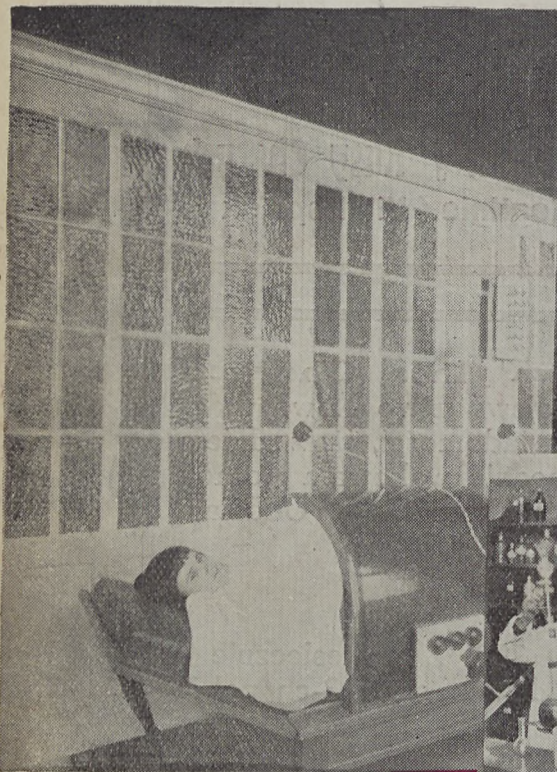
na pozycy
LEKARNY KASOWYCH

Powiatowa Klasa Chirurgów
w Łodzi (Wielkopolska) po-
czynając z klasą Chirurgów na die-
gocześnie i starannie i bardzo
rozrywkowo. Wymiarowy
organizacji i delegacji
na...



PRZEGLĄD Ubezpieczeń SPOŁECZNYCH

ORGAN OGÓLNO
PAŃSTWOWEGO
ZWIĄZKU KAS
CHORYCH, POLSKI



N° 3

Kiedy serce słabnie,
Kiedy tętno staje się nitkowatym i
Przy wielkich przełomach oddechowych

CORAMINA

wprowadza w zdumienie przez swój szybki, silny i trwały skutek

Skrzepia serce, pobudza krwiobieg, na ośrodkowy układ nerwowy i na ośrodek oddechowy

CORAMINA

wywiera tensam wpływ co kamfora, będąc pozbawiona wad oleju kamforowego. Dzięki rozpuszczalności w wodzie i wyjątkowo małej jadowitości Coramina zadawaną bywa w tychsamych dawkach wewnętrznych jak pozaustnie.

KROPLE AMPUŁKI

Próby i literatura na żądanie.

PABJANICKIE TOWARZYSTWO AKCYJNE PRZEMYSŁU CHEMICZNEGO.

Adrenalin Chloride Solution 1/1000

(ROZTWÓR CHLORKU ADRENALINY P., D. & C.).

ADRENALIN P. D. & Co. jest produktem nadnercza, zwężającym naczynia krwionośne i podnoszącym ciśnienie krwi. Wprowadzony do lecznictwa przez Parke, Davis & Co. w roku 1901-ym, okazał się środkiem bezcennej wartości dla różnorodnych celów lekarskich, szczególnie w chirurgji.

ADRENALIN P., D. & Co. jest prawdopodobnie najbardziej silnym i szybko działającym środkiem, pobudzającym serce; wywołuje on prawie natychmiastowy skutek po dożylnym wstrzyknięciu, działa nieco wolniej, umieszczony na lub pod językiem.

ADRENALIN CHLORIDE SOLUTION P., D. & Co., 1/1000 jest dostarczany we flakonach po 10 i 30 g i w ampułkach po 0,5 cm³ w pudełkach po 6 ampułek.

PARKE, DAVIS & CO., LONDYN

GŁÓWNY SKŁAD NA RZECZPOSPOLITĘ POLSKĄ:

Dom Handlowo-Komisowy „SAIR” Sp. Akc.
WARSAWA, Plac Żelaznej Bramy Nr. 2.

Telefony: 526-01, 526-02, 526-03, 526-04, 526-05.

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Organ Ogólno-Państwowego Zw. Kas Chorych w Polsce

ROK IV

MIESIĘCZNIK

ZESZYT 3

WARSZAWA, 1 MARCA 1929.

Ir.

STAN BEZKONTRAKTOWY W KASACH CHORYCH WOJ. POZNAŃSKIEGO I POMORSKIEGO,

W życiu Kas Chorych w Polsce zaszedł dnia 1 stycznia b. r. fakt dotąd niebywały. Z dniem tym Związek Lekarzy Zachodniej Polski w Poznaniu proklamował we wszystkich 55 Kasach województw: Poznańskiego i Pomorskiego t. zw. „stan bezkontraktowy“, co w gruncie rzeczy jest niczem innym, jak strajkiem lekarzy. „Stan bezkontraktowy“ czy „strajk“ lekarzy nie jest zjawiskiem nowym w życiu naszych Kas Chorych. Cały szereg Kas miewał zatargi ze Związkami Lekarzy, które niejednokrotnie kończyły się strajkiem. Były to jednak wypadki sporadyczne, odosobnione, spowodowane bądź przyczynami tkwiącymi w lokalnych stosunkach, bądź specjalnie nieprzejednanym stanowiskiem grupy miejscowych lekarzy. Po raz pierwszy jednak mamy do czynienia z odmową pracy ze strony lekarzy w kilkudziesięciu Kasach równocześnie na terenie dwóch województw, gdzie ubezpieczenie na wypadek choroby istnieje najdłużej i obejmuje wszystkie warstwy ludności, obowiązanej do ubezpieczenia w myśl ustawy z dn. 19.V.1920 r. bez żadnych wyjątków (ubezpieczenie robotników rolnych w całości).

Walka, jaką przeżyły Kasy Chorych w Poznańskim i na Pomorzu, ma doniosłe znaczenie nie tylko dla tych Kas, ale dla wszystkich Kas Chorych całej Polski, po pierwsze z tego względu, że walkę tę wypowiedziała Kasom największa i najsilniejsza organizacja lekarska, która, korzystając z zupełnej niezależności na swoim własnym terenie działalności, była dotychczas najsilniejszą podwaliną i ideową przewodniczką Związku Lekarzy Państwa Polskiego, powtóre zaś dlatego, że celem walki były najbardziej zasadnicze, a zarazem najbardziej maksymalistyczne postulaty Związku Lekarzy.

Była to więc pierwsza próba sił, pierwsza próba narzucenia Kasom Chorych zasadniczych haseł

Związku Lekarzy, haseł ujętych jednostronnie z czysto egoistycznego punktu widzenia interesów stanu lekarskiego w stosunku do Kas Chorych.

Nie jest przytem dziełem przypadku, że właśnie najsilniejszej organizacji lekarskiej przypadła rola wypowiedzenia walki Kasom Chorych, jak również nie wydaje się przypadkową i ta okoliczność, że walkę rozpoczęto w przededniu uchwalenia przez Radę Ministrów i wniesienia do Sejmu projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznym, opierającej organizację tego ubezpieczenia na Kasach Chorych.

Związek Lekarzy Zach. Pol. miał pierwszy dowiedzieć, że jego hasła nie są mrzonką i że Kasy Chorych nie są zdolne stawić czoła silnej organizacji lekarskiej, że w walce lekarzy z Kasami społeczeństwo stanie przeciw Kasom i pomoże do zmuszenia Zarządów Kas do uległości, a wtedy będzie już jasno wytknięta droga, którą winny pójść inne organizacje lekarskie, podporządkowane Związkowi Lekarzy Państwa Polskiego. Być może, że opinia Zarządu Głównego Związku Lekarzy P. P. w obecnym jego składzie nie była jednogodną co do form walki, prowadzonej z Kasami Chorych przez Związek Lekarzy Zachodniej Polski. Nie ulega jednak wątpliwości, że Zarząd Główny Związku Lekarzy P. P. aprobował wystąpienie Związku Lekarzy Zach. Pol., że znane mu były postulaty tego Związku oraz że czynniki kierownicze Związku Lekarzy P. P. wyczekiwały z wielkim zainteresowaniem rezultatów akcji wszczętej w Wielkopolsce i na Pomorzu, **upatrując w umowie zbiorowej wywalczonej przez Związek Lekarzy Zach. Pol. wzór dla innych okręgów.**

Stan bezkontraktowy w województwach Poznańskim i Pomorskim był ostatnim etapem akcji Związku Lekarzy Zachodniej Polski, przygotowanej od dłuższego czasu. Przed 1 października 1928 r. or-

ganizacje obwodowe Związku Lekarzy wypowiedziały wszystkim Kasom Chorych obowiązujące wówczas umowy z dniem 31 grudnia 1928 r. Dopiero w październiku, a więc po wypowiedzeniu umów Związek Lekarzy zwrócił się do Okręgowego Związku Kas Chorych w Poznaniu z prośbą o rozpoczęcie pertraktacji w sprawie zawarcia umowy zbiorowej. Pertraktacje te rozpoczęły się jednak dopiero 9 listopada r. zeszłego, gdyż Okręgowy Związek Kas Chorych w Poznaniu nie uważał za możliwe i celowe prowadzenie pertraktacji w sprawie umowy zbiorowej, mającej zobowiązywać wszystkie Kasy Chorych obu województw dopóki nie otrzyma odpowiednich pełnomocnictw od tych Kas i dopiero po uzyskaniu tych pełnomocnictw — przystąpił do pertraktacji. Jednakowoż i w dn. 9.XI przedstawiciele Związku Lekarzy poza zasadniczym żądaniem zawarcia umowy zbiorowej nie sprecyzowali ściśle swych postulatów, wypowiadając tylko ogólnikowo w dyskusji swe życzenia i dezyderaty. Dokładnie sformułowane postulaty swe, ujęte w formę projektu umowy zbiorowej, Związek Lekarzy Zachodniej Polski przedstawił dopiero na konferencji w dn. 7.XII 1928 r. a więc na 3 tygodnie przed upływem terminu wypowiedzenia umowy.

Najważniejsze ustępy tego projektu umowy przytaczam w dosłownym brzmieniu:

„Prawo praktyki w Kasach wyżej wymienionych na podstawie niniejszej umowy mają **tylko członkowie Związku Lekarzy Z. P.**, których Związek Lekarzy Z. P. danej Kasie do praktyki podaje. Liczbę lekarzy praktykujących w danej Kasie normuje się w ten sposób, **że jeden lekarz przypada na 750 członków ubezpieczonych**“.

„...Prawo praktyki w Kasie traci lekarz, który **przestaje być członkiem Związku Lekarzy Z. P.** Lekarz zawieszony w prawach członka Związku Lekarzy Z. P. traci prawo praktyki kasowej na czas zawieszenia“.

„...Umową niniejszą nie są objęci lekarze, którzy w poszczególnych Kasach leczą, a do Związku Lekarzy Z. P. nie należą. **Umowy ich kończą się w terminie najbliższym, kontraktem ich przewidzianym i nie mogą być przedłużone**“.

„...lekarzem naczelnym, członkiem Komisji Kontrolującej lub innej Komisji Lekarskiej, jakoteż lekarzem pracującym w gabinecie fizykalnym i stacji sanitarnej może **być tylko członek Związku Lekarzy Z. P.**“.

„...Leczenie nieobłożnie chorych dokonuje się **systemem gabinetowym**. W tych miejscowościach, w których już istnieje leczenie ambulatoryjne, dopuszcza się równocześnie system gabinetowy“.

„...Kasa oddaje Związkowi Lekarzy Z. P. danego powiatu tytułem wynagrodzenia za pracę jego członków przy składkach wynoszących 6,5% płacy ustawowej, 25% przypisanych składek“.

„W ryczałcie nie mieści się wynagrodzenie:

- 1) dla lekarzy szpitalnych za ich pracę w szpitalu;
- 2) dla lekarzy naczelnych;
- 3) dla członków Komisji Kontrolującej;

4) dla wszystkich lekarzy pracujących w Kasie za stałą pensję;

5) za leczenie chorych przekazanych z Kasy Chorych terenu nieobjętego niniejszą umową (1,75 zł. za punkt według taryfy wojewódzkiej);

6) lekarzy za trudniejsze badania chemiczne i bakteriologiczne wyszczególnione w taryfie wojewódzkiej od § 35 — 62;

7) za leczenie fizykalne wyszczególnione w taryfie wojewódzkiej od § 241 — 252;

8) za koszty przejazdów“.

„...Kasy Chorych obliczają i uiszczają się ze swoich powyżej wyszczególnionych ryczałtów w następujący sposób: 22 dnia każdego miesiąca Kasy Chorych przysyłać będą Związkowi Lekarzy Z. P. danego powiatu do wiadomości surowy bilans za miesiąc poprzedni. Od sumy przypisu składek za ubiegły miesiąc Kasy Chorych wpłacają 25 dnia każdego miesiąca całkowity ryczałt jako należność lekarza za miesiąc ubiegły do Związku Lekarzy Z. P. danego powiatu“.

„...Związek Lekarzy Z. P. **ma prawo wglądu w te księgi i dokumenty kasowe**, które określają wysokość przypisu składek“.

Podstawowemi więc postulatami Związku Lekarzy Z. P., nad którymi toczyły się dalsze pertraktacje, były następujące żądania:

1) Aby lekarzem Kasy Chorych, czy to praktykującym, czy też lekarzem naczelnym, lekarzem zaufania lub innym lekarzem ze stałą płacą — mógł być tylko lekarz należący do Związku Lekarzy Z. P. Żądanie to było tak rygorystycznie postawione, że nawet ci nieliczni lekarze, nienależący do Związku, którzy przed kilku laty otrzymali posady w 2 czy 3 Kasach Chorych w czasie stanu bezkontraktowego — mieli być zwolnieni po upływie terminu zawartych z nimi umów.

2) Aby wszystkie Kasy Chorych województw Poznańskiego i Pomorskiego, które dotychczas opłacały Związkowi Lekarzy tytułem wynagrodzenia za leczenie swych członków ryczałt, wynoszący od 15 do 19%, a więc przeciętnie około 17½%, od przypisu składek, zobowiązały się do płacenia 25% przypisu składek, przyczem poza tym ryczałtem Kasy Chorych miałyby opłacać pracę lekarzy w komisjach lekarskich, płacę lekarzy naczelnych i innych lekarzy ze stałą pensją, za leczenie fizykalne, badania chemiczno-bakteriologiczne oraz ponosić koszty przejazdu lekarzy do chorych.

3) Aby Okręgowy Związek Kas Chorych w imieniu wszystkich Kas Chorych obu województw, w umowie zbiorowej stwierdził raz na zawsze, że jedynym systemem lecznictwa w Kasach Chorych tych województw jest system gabinetowy, z czego w konsekwencji wynikałoby, że żadnej Kasie Chorych nie wolno założyć i prowadzić ambulatorjum dla swych członków.

To żądanie Związek Lekarzy stawiał również bardzo kategorycznie, nie godząc się nawet na otwarcie ambulatorjów w tych kilku Kasach, w których budowa gmachów ambulatoryjnych jest na ukończeniu, jak w Toruniu, Mogilnie i poniekąd w Strzelnie (budynek pod dachem).

W tych 3 punktach mimo pewnych, dość daleko

posuniętych ustępstw ze strony Okręgowego Związku Kas Chorych w Poznaniu, na kilku konferencjach następnych nie zdołano osiągnąć porozumienia. Związek Lekarzy trwał przy swych zasadniczych postulatach, nawet ostatnie 2 konferencje, odbyte w województwie pod przewodnictwem p. Wojewody Poznańskiego, nie doprowadziły do uzgodnienia stanowiska i Pan Wojewoda na ostatniej już konferencji, odbytej w dn. 30.XII.28 r., zmuszony był stwierdzić, iż pertraktacje ostatecznie się rozbiły.

Należy podkreślić, że nawet propozycja p. Wojewody o odroczenie ogłoszenia stanu bezkontraktowego na jeden miesiąc, nie uzyskała zgody przedstawicieli Związku Lekarzy Z. P., wobec czego nazajutrz po rozbiciu się rokowań przygotowane już od 20.XII.28 r. odezwy, proklamujące stan bezkontraktowy, zostały przez Związek Lekarzy rozesełane wszystkim lekarzom, należącym do Związku.

Walka, jaka się następnie rozpoczęła w formie t. zw. stanu bezkontraktowego, prowadzona była odrazu przez Związek Lekarzy z całą energią i bezwzględnością, przy uruchomieniu w całej pełni istotnie sprawnego aparatu organizacyjnego, z zastosowaniem wszelkich możliwych środków. Nietylko straty materialne, jakie Kasy Chorych miały ponosić w czasie stanu bezkontraktowego przez opłacanie kilkakrotnie podwyższonych stawek honorarjów lekarskich, nietylko spodziewany chaos i dezorganizacja w niesieniu pomocy lekarskiej — miały być tem uderzeniem, które zmusi Kasy do przyjęcia żądań Związku Lekarzy. Związek Lekarzy rozwinął nadto b. żywą i na szeroką skalę zakrojoną propagandę w prasie poznańskiej, wydawał odezwy, informujące społeczeństwo o słuszności stanowiska Związku Lekarzy, zwoływał wiece publiczne i wysyłał swych referentów dla urobienia opinii członków Kas przeciw najbardziej stanowczym Zarządom Kas Chorych, piętnował publicznie tych kolegów, którzy nie porzucili pracy w Kasach Chorych oraz tych, którzy przyjęli stanowiska lekarzy kasowych w czasie stanu bezkontraktowego, a równocześnie stał do władz centralnych w Warszawie delegacje, które wykazywały, jak to źle się w Kasach dzieje i żądały w imię dobra społecznego interwencji władz w celu połączenia kresu temu gorszemu stanowi rzeczy.

Okręgowy Związek Kas Chorych w Poznaniu, objąwszy kierownictwo akcji obronnej Kas Chorych w tej walce, zorganizował ze swej strony akcję informacyjno-prasową, korzystając z łamów tej prasy, która nie odmawiała przyjmowania artykułów, wyjaśniających istotny stan rzeczy, złożył sprawozdanie z odbytych pertraktacji ze Związkiem Lekarzy przedstawicielom Kas Chorych na zjeździe odbytym 7.I b. r., a uzyskawszy jednomyślną aprobatę swego stanowiska ze strony Kas Chorych — zwrócił udzielone mu pełnomocnictwa do zawarcia umowy ramowej ze Związkiem Lekarzy, zalecając Kasom rozpoczęcie pertraktacji na własną rękę z miejscowymi organizacjami lekarskimi. Na skutek ogłoszenia, zamieszczonego przez Okręgowy Związek Kas Chorych w Poznaniu w kilku dziennikach, wychodzących w Warszawie, Poznaniu, Lwowie i Krakowie, oraz ogłoszeń poszczególnych Kas Chorych o wolnych stanowiskach lekarskich w Kasach Chorych, do Kas tych zaczęły napływać — mimo kontr-

akcji ze strony Związku Lekarzy — dość liczne stosunkowo oferty lekarzy z różnych stron Polski, tak, że Kasy te w ciągu 3 tygodni, t. j. 7.I do 28.I zaangażowały około 30 nowych lekarzy. Związek Lekarzy ze zrozumiałych względów zajął wobec tych lekarzy stanowisko wrogie, nazywając ich łamistrąkami i odmawiając im wszelkich kwalifikacji do leczenia członków Kas Chorych. Walka przybierała formy coraz ostrzejsze, tu i owdzie nawiązane pertraktacje poszczególnych Kas nie doprowadziły do pożądanego wyniku, gdyż Związek Lekarzy uzależniał powrót do pracy lekarzy związkowych w każdej Kasie Chorych od zawarcia umów z wszystkimi Kasami obu województw. Stosunki między lekarzami miejscowymi a Kasami zaoğniały się coraz więcej.

W tej sytuacji Ogólno-Państwowy Związek Kas Chorych wydelegował do Poznania Dyr. Związku p. K. Osiewskiego, któremu p. Minister Pracy i Opieki Społecznej udzielił dn. 26.I b. r. ze swej strony mandatu do zbadania na miejscu warunków, któreby mogły stanowić podstawę do porozumienia obu stron — i ewentualnego podjęcia próby likwidacji stanu bezkontraktowego. P. Osiewski rozpoczął swoją pracę medjatorską dn. 28.I b. r. konferując naprzemian to z jedną to z drugą stroną i starając się znaleźć kompromis, któryby bez jakiegokolwiek szkody dla Kas Chorych — mógł stanowić podstawę porozumienia i położyć kres walce, przynoszącej niewątpliwie znaczne straty zarówno jednej, jak i drugiej stronie. Już w pierwszym tygodniu pertraktacji z obu stronami stało się jasnym, że główną przeszkodą do likwidacji stanu bezkontraktowego będą nie sprawy, które były przedmiotem sporu, a których nieuzgodnienie doprowadziło do stanu bezkontraktowego, **lecz sprawa nowoprzyjętych 30-tu lekarzy**, od których zwolnienia Związek uzależniał przystąpienie lekarzy związkowych do pracy. Trudność polegała na tem, że o ile w sprawach, objętych zasadniczymi postulatami Związku Lekarzy można było szukać i znaleźć jakieś wyjście kompromisowe, to żądanie Związku Lekarzy zwolnienia choćby nawet kilku lekarzy, którzy przejęli pracę w Kasach w czasie stanu bezkontraktowego, nie mogło być przez Kasy Chorych uznane jako nadające się do jakiegokolwiek kompromisów, przede wszystkim dlatego, że uwzględnienie tego żądania godziłoby w nabyte w dobrej wierze prawa osób trzecich, t. j. tych lekarzy, z którymi Kasy zawarły kilkuletnie umowy, a powtórnie byłoby nieetycznym postąpieniem w stosunku do tych ludzi, którzy w tej ciężkiej sytuacji przyszli Kasom z pomocą, oraz pozbawiłoby na przyszłość Kasy Chorych w całej Polsce jedynej drogi obrony swych praw w walce, narzuconej przez Związek Lekarzy.

Z drugiej znowu strony położenie komplikowało się przez to, że 4 Kasy Chorych zaangażowały na 3 do 5 lat po kilku lekarzy nowych z gwarantowanym zarobkiem 750 — 1500 zł. miesięcznie, wskutek czego po likwidacji stanu bezkontraktowego w Kasach tych pozostanie nadmierna liczba lekarzy ze szkodą głównie dla lekarzy związkowych, którzy już poprzednio w Kasach pracowali, zarobki ich bowiem po odliczeniu z ryczałtu sum, należnych na podstawie kontraktów nowoprzyjętym lekarzom — ulegną znacznemu obniżeniu.

Te trudności sprawiły, że sprawa nowoprzyjętych lekarzy stała się osią dalszych pertraktacji i wysiłków, zmierzających do likwidacji stanu bezkontraktowego i przeciagnęła te pertraktacje o przeszło 2 tygodnie. Wreszcie dn. 2 marca b. r. udało się na wspólnej konferencji przedstawicieli Okręgowego Związku Kas Chorych w Poznaniu i Związku Lekarzy Zachodniej Polski osiągnąć porozumienie co do wszystkich zasadniczych spraw będących przedmiotem sporu. Po podpisaniu przez obie strony deklaracji, stwierdzającej osiągnięcie porozumienia, Związek Lekarzy Zach. Polski rozesłał do wszystkich swych członków polecenie podjęcia z dniem 4 marca pracy lekarskiej w Kasach Chorych na warunkach umów, które będą zawarte. Lekarze podjęli pracę warunkowo z tem, że jeżeli w ciągu 14 dni, t. j. do 17 marca Związek Okręgowy Kas Chorych w Poznaniu nie podpisze w imieniu Kas Chorych woj. Poznańskiego i Pomorskiego umowy definitywnej, ustalającej zasady, co do których osiągnięte zostało porozumienie — stan bezkontraktowy rozpocznie się ponownie od dn. 18 marca począwszy.

Dnia 12 marca odbył się w Poznaniu zjazd przedstawicieli wszystkich Kas Chorych woj. Poznańskiego i Pomorskiego, który uchwalił jednomyślnie:

„Reprezentanci Kas Chorych województw Poznańskiego i Pomorskiego, zebrani w dniu dzisiejszym na Zjeździe w Poznaniu, upoważnieni przez Zarząd Kas Chorych do podejmowania ważnych czynności, po wysłuchaniu przemówienia Pana Delegata Ministra w osobie Dyrektora Osiewskiego i referatu Dyrektora Związku Dr. Rudkowskiego, uchwalają jednomyślnie:

„udzielić Okręgowemu Związkowi Kas Chorych w Poznaniu pełnomocnictw do:

a) przyjęcia w całości zasad, uzgodnionych ze Związkiem Lekarzy Z. P. w Poznaniu, a mających stanowić podstawę do zawierania lokalnych umów z lekarzami w sprawie wykonywania praktyki lekarskiej w Kasach Chorych;

b) podpisania protokołu w sprawie likwidacji stanu bezkontraktowego;

c) skierowania i podpisania w imieniu Kas listu do Związku Lekarzy Z. P. w sprawie systemu lecznictwa w Kasach tut. okręgu”.

Ostatecznym formalnym zakończeniem zatargu między Kasami Chorych woj. Poznańskiego i Pomorskiego a Związkiem Lekarzy Z. P. było podpisanie przez ten Związek oraz przez Okręgowy Związek Kas Chorych w Poznaniu protokołu następującej treści:

„Na podstawie porozumienia obydwu stron ustala się co następuje:

1) Podstawą stosunków między Kasami Chorych woj. Poznańskiego i Pomorskiego a lekarzami, wykonującymi praktykę lekarską w wymienionych Kasach stanowią:

a) zasady, uzgodnione między Okręgowym Związkiem Kas Chorych w Poznaniu a Związkiem Lekarzy Zach. Polski, przyjęte przez Związek Kas Chorych dnia 12.III.29, a stanowiące podstawę do zawarcia umów między Kasami a organizacjami lekarskimi;

b) umowy indywidualne z lekarzami, nienależącymi do Związku Lekarzy Zach. Polski;

c) pismo O. Z. K. Ch. w Poznaniu z dnia 12.III.29 r. oraz odpowiedź Związku Lekarzy Zach. Polski;

d) niniejszy protokół.

2) Celem stworzenia normalnych warunków pracy, usunięcia nieporozumień i wzajemnej nieufności, wytworzonych w czasie stanu bezkontraktowego, O. Z. K. Ch. w Poznaniu w imieniu własnym i reprezentowanych przez siebie Kas Chorych z jednej strony, zaś Związek Lekarzy Z. P. w imieniu wszystkich lekarzy należących do tegoż Związku, a wykonujących praktykę lekarską w Kasach tut. okręgu z drugiej strony — stwierdzają, że dołożą wszelkich starań, aby w czasie jak najkrótszym doprowadzić do harmonijnego i szczerego współdziałania.

Obydwie strony rozumieją bowiem, że jak każda walka tak i ostatni zatarg pozostawia osad nieporozumień, których usunięcie leży w interesie instytucji Kas Chorych”.

Zasady, uzgodnione między Okręgowym Związkiem Kas Chorych w Poznaniu a Związkiem Lekarzy Zach. Polski, ujęte w formę umowy ogólnej, oraz pismo Okręgowego Związku Kas Chorych do Związku Lekarzy Zach. Polski (wymienione w p. c wyżej przytoczonego protokołu) w sprawie systemu lecznictwa podamy w następnym Nr-ze „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych”. Obecnie ograniczymy się tylko do uwag ogólnych o warunkach, na jakich doszło do porozumienia między Kasami Chorych a Związkiem Lekarzy Zach. Polski.

Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że stan bezkontraktowy został zlikwidowany na podstawie kompromisu, a nie jednostronnie, przez narzucenie jednej ze stron warunków strony drugiej. Należy też pamiętać, że stroną, która wypowiedziała umowę i przystąpiła do walki o swoje postulaty, był Związek Lekarzy; Kasy Chorych zaś były tą stroną, która wypowiedzianą jej walkę przyjęła i prowadziła ją jedynie dla obrony swych słusznych praw, zagrożonych akcją Związku Lekarzy.

Wreszcie, dla należytego zrozumienia istoty zawartego kompromisu i jego oceny z punktu widzenia interesów Kas Chorych — trzeba wziąć pod uwagę stan rzeczy istniejący od szeregu lat przed 1-m stycznia 1929 r., który w różnych Kasach był rozmaity, lecz zasadniczo przedstawiał się w ten sposób, że Związek Lekarzy Zach. Polski miał niejako monopol na udzielanie pomocy lekarskiej przez swych lekarzy członkom Kasy Chorych za ryczałtem procentowym, pobieranym z funduszków Kas Chorych, a nawet stanowiska lekarzy naczelnych zajmowali niemal wyłącznie lekarze proponowani przez ten Związek. Z tego punktu widzenia można stwierdzić, że w układzie zawartym ze Związkiem Lekarzy — Kasy Chorych woj. Poznańskiego i Pomorskiego nie tylko w niczem nie pogorszyły stanu istniejącego przed wybuchem strajku lekarzy, nie tylko odparły wszelkie zbyt daleko idące uroszczenia Związku Lekarzy, lecz osiągnęły dość poważną poprawę w stosunkach między lekarzami a Kasami, czyniąc wyłom w nie naruszalnych dotychczas zasadach wyłączności

Związku Lekarzy Z. P., zwłaszcza pod względem dopuszczania lekarzy do praktyki w Kasach Chorych i zwalniania ich z pracy w Kasach.

Porozumienie osiągnięto na następujących warunkach:

1) Wszyscy lekarze niezwiązkowi — zarówno ci, którzy pracowali przed 1.1.29 r. jak i ci, którzy zostali przyjęci w czasie stanu bezkontraktowego — pracują nadal w Kasach na warunkach zagwarantowanych im zawartymi z nimi umowami indywidualnymi.

2) Stosunki między lekarzami a Kasami Chorych będą normowane nadal umowami lokalnymi, zawieranymi między poszczególnymi Kasami Chorych a obwodowymi organizacjami Związku Lekarzy Z. P. Umowy te muszą być zgodne z zasadami ustalonymi w umowie ogólnej, zawartej między Okręgowym Związkiem Kas Chorych w Poznaniu a Związkiem Lekarzy Zach. Polski, która to umowa normuje sposób przyjmowania lekarzy do praktyki w Kasach Chorych i ich zwalniania, sposób wynagradzania lekarzy za ich pracę (nie określając wysokości ryczałtu) oraz zastrzega dla Kas Chorych prawo kontroli przez swych lekarzy naczelnych względnie swych lekarzy zaufania — poczekalni i gabinetów poszczególnych lekarzy praktykujących.

3) Sprawę przyjmowania lekarzy unormowano w ten sposób, że:

a) lekarzy naczelnych, lekarzy zaufania i lekarzy zakładowych mianuje Zarząd Kasy Chorych, po uprzednim zasięgnięciu opinii Związku Lekarzy Zach. Polski, o ile kandydatem na jedno z tych stanowisk jest członek Związku Lekarzy Z. P.;

b) lekarza praktykującego przyjmuje Zarząd Kasy albo z pośród kandydatów przedstawionych przez Związek Lekarzy, albo na podstawie rozpisane go konkursu. W razie rozpisania konkursu, o wyborze lekarza (czy to związkowego czy poza związkowego) stanowi stała lekarska komisja kwalifikacyjna urzędująca w Poznaniu, w skład której wchodzi jeden lekarz wydelegowany przez Okręgowy Związek Kas Chorych w Poznaniu, jeden lekarz wydelegowany przez Związek Lekarzy Zach. Polski, i wybrany przez nich przewodniczący. Komisja ta ma przy wyborze lekarza wziąć pod uwagę zarówno kwalifikacje fachowe, jak i etyczne kandydatów, „z uwzględnieniem przy równych kwalifikacjach na dane stanowisko, w miarę możliwości, w pierwszym rzędzie kandydatów, zaproponowanych przez Związek Lekarzy Zach. Pol., względnie praktykujących w obrębie woj. Poznańskiego i Pomorskiego”. Do tejże komisji kwalifikacyjnej lekarskiej na żądanie Zarządu Kasy Chorych należeć będzie również rozpatrywanie zarzutów, dotyczących wykonywania praktyki lekarskiej przez lekarzy kasowych i wydawanie decyzji o słuszności tych zarzutów. Decyzja komisji kwalifikacyjnej będzie podstawą do zwalniania lekarzy z praktyki w Kasie Chorych.

4) Podstawę obliczania ryczałtu procentowego, przeznaczonego na wynagrodzenie lekarzy praktykujących, zmieniono zgodnie z żądaniem Kas Chorych w ten sposób, że na przyszłość ryczałt ten obliczany będzie nie jak dotychczas — od sum przypisu składek, lecz od rzeczywistego wpływu składek.

Oznaczenie wysokości ryczałtu pozostawiono umowom lokalnym, które mają być zawarte pomiędzy poszczególnymi Kasami Chorych a organizacjami obwodowymi Związku Lekarzy Zach. Pol. W razie zaś niedojścia do porozumienia, wysokość ryczałtu oznaczona zostanie przez komisję arbitrażową, parytatywnie złożoną, z superarbitrem, wybranym w drodze wspólnego porozumienia obu stron, a w razie braku porozumienia — z pośród dwóch osób zaproponowanych przez Okręgowy Związek Kas Chorych w Poznaniu, a to albo p. Bolesława Wybieralskiego, Dyr. Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu, albo p. Dr. Czaśza, radcę Magistratu w Poznaniu. Umowa przewiduje, że punktem wyjścia dla oznaczenia wysokości ryczałtu ma być dążenie do utrzymania wydatków Kasy Chorych na lekarzy, objętych ryczałtem, na dotychczasowej wysokości, według stanu przed 1.1.29 oraz że „od tej zasady rzeczywistego status quo ante mogą obie strony w drodze wzajemnego porozumienia odstąpić na korzyść jednej ze stron — tylko z ważnych przyczyn, uzasadniających konieczność względnie słuszność takich zmian”.

5) W sprawie systemu lecznictwa zawarto kompromis tego rodzaju, że umowa nie zawiera o tej sprawie żadnej wzmianki, natomiast Okręgowy Związek Kas Chorych w osobnym piśmie, zaadresowanym do Związku Lekarzy Z. P., zawiadamia Związek Lekarzy, jakiego rodzaju przychodnie profilaktyczne i lecznicze będą w okresie umownym przez Kasy Chorych obu województw zakładane. Pismo to zredagowane w formie odpowiedzi na zgłoszone przez Związek Lekarzy propozycje, dotyczące unormowania drogą umowy systemu lecznictwa w Kasach Chorych, podkreśla swobodę Kas Chorych w wyborze systemu lecznictwa, a w szczególności prawo zakładania własnych ambulatorjów i innych zakładów leczniczych, przyznane Kasom Chorych ustawą z dn. 19.V.20 r. oraz niedopuszczalność zrzeczenia się tego prawa przez Kasy Chorych. Pismo to wystosował Okręgowy Związek Kas Chorych w Poznaniu w imieniu Kas Chorych woj. Poznańskiego i Pomorskiego, z wyłączeniem Kasy Chorych m. Torunia i Powiatowej Kasy Chorych w Mogilnie, które w najbliższym czasie uruchamiają w całości lecznictwo systemem ambulatoryjnym, oraz z wyłączeniem m. Gdyni, gdzie Kasa Chorych ma zamiar już w okresie umownym wybudować gmach na ambulatorja i urządzić lecznictwo systemem ambulatoryjnym.

Wreszcie okres, na jaki umowa ma być zawarta, stanowi dla Związku Lekarzy ważny postulat i z tego powodu stanowi również przedmiot sporu. Związkowi Lekarzy chodziło o to, aby umowa była zawarta na okres około 5 lat i kończyła się pierwszego stycznia; Związek ten uznał bowiem (widocznie na podstawie doświadczenia z świeżo przeprowadzonej walki) że okres zimowy, a zwłaszcza styczeń i luty, jest okresem najodpowiedniejszym dla strajku ze względu na mrozy i epidemie grypy. W drodze kompromisu oznaczono okres obowiązywania umowy na 2½ lata z tem, że termin upływa dnia 31 sierpnia 1931 r.

Tak w ogólnych zarysach przedstawia się przebieg pierwszej walki Związku Lekarzy z Kasami Chorych w Polsce.

(c. d. n.).

NOWELIZACJA USTAWY CZECHOSŁOWACKIEJ O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM.

W Nr. 5 „Przeglądu“ z dnia 1 maja 1928 r. wyliczyłem powody, jakimi kierował się czechosłowacki rząd burżuazyjny w republice czechosłowackiej przy opracowaniu noweli do ustawy o ubezpieczeniu społecznym oraz jak miała w myśl tego projektu nowela ta wyglądać. Nadmieniałem, co zarzucają projektowi rządowemu fachowcy i sfery robotnicze oraz wspominałem, że mówi się już o tem, że projekt rządowy będzie zasadniczo przerobiony.

W rzeczywistości doszło do tego, tak, że ustawa z dnia 8 listopada 1928 r. różni się pod wielu względami od projektu rządowego.

Również w ustawie można zauważyć dążność do tego, aby ubezpieczenie było tańsze oraz, aby pracodawcy nie musieli tak dużo na nie wydawać. Ustawa użyła do tego tych samych metod, które były podane w projekcie rządowym. Jedynie zachodzi ta różnica, że musiano zmienić zasadniczo środki.

a) W wyżej wymienionym artykule zaznaczyłem, że projekt rządowy wyłączał z ubezpieczenia osoby, które nie ukończyły jeszcze 16 roku życia, chałupników oraz robotników, zatrudnionych przy robotach, nie trwających zazwyczaj dłużej niż 90 dni.

Ustawa nie wyklucza z ubezpieczenia nikogo z pośród tych osób, jeżeli już zostały ubezpieczone.

Od 1 stycznia 1929 r. będą podlegali ubezpieczeniu tylko robotnicy, którzy ukończyli 16 rok życia. W stosunku do osób nowowstępujących do ubezpieczenia, jest przyjęty pod tym względem pierwotny projekt rządowy.

W przeciwieństwie do tego, ustawa nie wyłącza chałupników wprost z ubezpieczenia. Owszem, daje rządowi prawo, w drodze rozporządzenia wyłączenia ich z ubezpieczenia, jeżeli nie są jeszcze objęci ubezpieczeniem, a ich zarobek nie osiągnie pewnego minimum tygodniowego; mówiło się o 60 k. cz. tygodniowo. Nawet przy niskich zarobkach chałupników nie objęłaby cyfra ta przecież nadto wielkiej liczby tych osób, jeśliby podobne rozporządzenie było należycie przeprowadzone. Obawa nieodpowiedniego stosowania leży właśnie w tem, że można łatwo go nadużywać, gdyż w pracy domowej (chałupniczej) kontrola jest trudna. Postanowienie ustawy jest więc w zasadzie nielogiczne. Wyłączenie chałupników z ubezpieczenia argumentowano stale tem, że trudno będzie objąć ich ubezpieczeniem, oraz tem, że z tak niskich zarobków ciężko opłacać składki ubezpieczeniowe. Jeżeliby powyższe powody były prawdziwe, wtenczas byłoby logiczne wogóle wyłączenie chałupników z ubezpieczenia. Taka była logika projektu rządowego. Ustawa jednak pozostawia obowiązek ubezpieczenia chałupników, którzy zostali objęci ubezpieczeniem do końca roku 1928, a umożliwia wyłączenie tylko tych, którzy później staną się chałupnikami. Nie zwraca się przytem uwagi na trudności, które naturalnie są większe na początku wejścia w życie ustawy — przeciwnie, zwraca się na nie uwagę w dobie późniejszej, kiedy trudności będą znacznie mniejsze. W czasie kiedy będą

już łatwiej przekonywani samym faktem wypłacania rent ubezpieczeniowych z powodu inwalidztwa i starości, znaczenie ubezpieczenia będzie przez samych chałupników inaczej oceniane.

Również robotników sezonowych ustawa z ubezpieczenia nie wyłącza. I w tym wypadku jedynie upoważnia rząd do wyłączenia ich z ubezpieczenia w drodze rozporządzenia, o ile mieliby zostać objęci ubezpieczeniem dopiero od początku 1929 r. Jednak ustawa w przeciwieństwie do projektu rządowego stwarza dwa znaczne ograniczenia w określeniu sezonowego robotnika. Z jednej strony należy wliczyć wszystkie sezonowe prace w roku tak, aby wszystkie zliczone razem prace nie przekraczały 90 dni w roku; z drugiej strony pracownik musi mieć dla pozostałej części roku inne źródło utrzymania, nie pochodzące z pracy najemnej.

Ministerstwo opieki społecznej otrzymało upoważnienie do opracowania podobnego rozporządzenia. Dotychczas niewiadomo jakby rozporządzenie to miało wyglądać. Należy oczekiwać, że powyższe postanowienie ustawy obciąży urzędy więcej, niż którekolwiek inne.

b) W artykule wyżej wspomnianym była wzmianka, że projekt rządowy postanawiał, iż wynagrodzenia w naturze, chociażby były nawet znaczniejsze, mogą spowodować zaszeregowanie pracownika w ubezpieczeniu na wypadek choroby, tylko o jedną klasę wyżej od klasy, do której byłby zaszeregowany na podstawie swego wynagrodzenia w gotówce. Ustawa przyjmuje postanowienie powyższe w stosunku do uczniów, gospodarskiej czeladzi oraz pomocnic w gospodarstwie domowym. Wynagrodzenie w naturze może spowodować dla osób pobierających wynagrodzenie w formie ordynarji, zaszeregowanie o dwie klasy wyżej, przy reszcie ubezpieczonych, (w szczególności dla osób w służbie hotelowej i restauracyjnej) o trzy klasy.

c) Nowa najniższa klasa w ubezpieczeniu na wypadek inwalidztwa i starości została ustalona z tygodniową składką wynoszącą k. cz. 2.60; w klasie tej są wymiary w stosunku do dotychczasowych znacznie niższe, jednakże nie w równym stosunku do niższych wkładek, gdyż zasadniczą wysokość renty k. cz. 550 rocznie i dodatek państwowy k. cz. 500 pozostawiono we wszystkich klasach.

Owszem ta nowa klasa, która obejmie prawie ogół robotników rolnych, według wyliczeń fachowców, nietylko nie pokryje rent, ale nawet kosztów administracji tak, że klasy wyższe będą opłacać jej niedobory.

d) Również składki niższe w porównaniu do składek poprzednio obowiązujących, a mianowicie w klasie:

A	z tygodniowych	kc. 4.30	na	kc. 3.60
B	"	" 5.70	"	" 5.10
C	"	" 7.10	"	" 6.60
D	"	" 8.80	"	" 8.40

Jak widać, obecne obniżenie składek daleko odbiega od proponowanego obniżenia w projekcie rządowym, a ubezpieczonym nie robi różnicy. Podobne obniżenie umożliwione było tem, że ustawa przyjęta stanęła na stanowisku projektu rządowego i przyjęła do obliczeń ubezpieczeniowych spodziewaną 4,5% stopę procentową pomimo, że żaden fachowiec nie popierał tego projektu.

II. W sferach robotniczych okoliczność ta wywołała dążność, by tego hazardowego podwyższenia stopy procentowej nie użyto wyłącznie na obniżenie wkładek, ale użyto również na poprawę wymiarów przewidzianych w ustawie. Dążność powyższa wprowadzić nie znalazła zrozumienia w rządzie, ale znalazła oparcie w społeczeństwie, w szczególności w Centralnej Ubezpieczalni Społecznej. W tym to zakładzie specjalna komisja, opracowała nowelę do ustawy o ubezpieczeniu społecznym, zużytkowując podwyższenie stopy procentowej na polepszenie wymiarów.

a) Czas wyczekiwania został mianowicie skrócony z 150 tygodni na 100 tygodni, tak, że od 1 stycznia 1929 r. już będą wypłacane renty. To pociąga za sobą jeszcze dalsze następstwa. Już od szeregu lat obiecywano, że osoby, które z powodu starszego wieku nie zostały objęte ubezpieczeniem, dostaną zaopatrzenia ze środków państwowych, jak tylko zostaną wypłacone pierwsze renty na podstawie ustawy o ubezpieczeniu społecznym. Skrócenie czasu wyczekiwania w ubezpieczeniu, przyspieszyłoby również wypłatę wspomnianych zaopatrzeń.

b) Dla rencistów, znajdujących się w takim stanie bezradności, że potrzebują stale opieki i obsługi trzeciej osoby, podwyższono renty o połowę.

c) Renta wdowia przyznana została nie tylko wdowie inwalidce, lecz także każdej wdowie, która ma na utrzymaniu dwoje lub więcej dzieci, które nie przekroczyły 17 roku życia.

d) Ubezpieczonej, która wyszła za mąż po ukończeniu czasu wyczekiwania, przyznano odprawę w wysokości 400 do 600 kcz.

e) W ubezpieczeniu na wypadek choroby skrócono czas wyczekiwania z trzech na dwa dni oraz uchylono postanowienie dotychczasowej ustawy, że zasiłek chorobowy za pierwsze dwie niedziele choroby, nie jest wypłacany.

Nowela po tych i innych ulepszeniach ma inny wygląd, niż miała według projektu rządowego. Wszystkie jednak ulepszenia obowiązującej ustawy zostały przeprowadzone wbrew woli rządu.

III. Dążenie obecnego ministra opieki społecznej do rozszerzenia nadzoru nad kasami chorych w ten sposób, że ministerstwo wykonywałoby nadzór obok nadzoru Centralnej Ubezpieczalni Społecznej, wywołało w społeczeństwie żywy sprzeciw. Nasze społeczeństwo ciężko odczuwa skomplikowaną administrację i nie chce pocieszać się tem, że zagranicą nie jest ona lepsza. I dlatego, żywo reaguje przeciw usiłowaniom, zmierzającym do dalszej biurokratyzacji. Dlatego społeczeństwo wystąpiło przeciw podobnemu usiłowaniu ministerjalnej biurokracji i odrzuciło je. W ustawie pozostały tylko szczupłe resztki pierwotnego projektu w tej dziedzinie.

IV. Dążenia rządu celem zmiany organizacji kas chorych wypadły jednak odmiennie. Jak wiadomo zagranicznym sferom fachowym, czechosłowackie ubez-

pieczalnie są administrowane przez zarząd i przez radę.

W zarządzie w myśl postanowień pierwotnej ustawy, osiem mandatów mieli ubezpieczeni oraz dwa mandaty pracodawcy, w radzie nadzorczej natomiast był stosunek odwrotny.

Burżuazja domagała się stanowczo zmiany i żądała w obydwóch organach „parytetu”. Żądaniu temu czynił zadość projekt rządowy. Ustawa jednak wprowadziła zmianę o tyle, że powiększyła każdą grupę o jednego członka (dziewięć i trzy). W ten sposób stosunek 4 : 1 przesunięto na 3 : 1. Ważniejszą zmianę wprowadziła ustawa przez to, że zarządziła nowe wspólne posiedzenia zarządu i rady nadzorczej, na których mają być załatwiane pewne ważniejsze sprawy. Chodziło mianowicie o sprawy, co do których, w myśl pierwotnej ustawy, rada mogła zawiesić uchwałę zarządu i przedłożyć ją do rozstrzygnięcia Centralnej Ubezpieczalni Społecznej. Aby Ubezpieczalnia nie była zbyt często obciążana miejscowymi sporami, oddano sprawy te do rozstrzygnięcia tych organów na wspólnym posiedzeniu. Nowela obciążyła Centralną Ubezpieczalnię Społeczną w inny sposób, a mianowicie, że do kompetencji wspólnego posiedzenia dodano prawo przyjmowania i zwalniania pracowników Ubezpieczalni. Pod tym względem pracodawcy dotychczas nie mieli decydującego wpływu i uporczywie się go domagali. Nowela przyznała rządowi prawo wniosku; wspólne posiedzenie może wniosek albo przyjąć w całości, albo może go odrzucić, nie może go jednak zmienić. Jeżeli go nie przyjmie, rozstrzygnięcie należy do Centralnej Ubezpieczalni Społecznej. Nie można sobie przedstawić, aby postanowienie powyższe utrzymało się przez czas dłuższy, gdyż wskutek tego najwięcej ucierpiałaby Centralna Ubezpieczalnia Społeczna oraz zadania jej wykonaniu powierzone.

Rządowi obecnemu zależało również na tem, aby móc mianować organa w tych ubezpieczalniach, w których nie chce przeprowadzić wyborów. Udało się to tylko w części. Urząd polityczny jest związany przy przejściowym mianowaniu wnioskiem Centralnej Ubezpieczalni Społecznej, która starała się dotychczas w podobnych przypadkach postąpić obiektywnie.

V. W republice czechosłowackiej nie udało się osiągnąć jednolitej organizacji kas chorych; w stosunku do innych państw byłej Austrii jest jednak organizacja ta w znaczniejszym stopniu scalona.

Nowelizację starali się wykorzystać fabrykanci w ten sposób, aby im ponownie pozwolono na tworzenie zawodowych kas chorych. Spotkali się jednak z oporem czynników politycznych i dlatego też im się to nie powiodło. Silniejszy nacisk czynili przemysłowcy i mieli już obiecanie od większości rządowej, że będą mogli zakładać ubezpieczalnie w miejscowościach, gdzie będą mieli 1000 ubezpieczonych robotników (nie fabrycznych). Jeśli podobny projekt byłby został przeprowadzony, oznaczałoby to rozbicie ubezpieczenia, ześrodkowanego po przewrocie — w roku 1919 rozwiązano blisko 1700 kas chorych — oraz znaczne osłabienie czynności tegoż w dziedzinie opieki lekarskiej.

Niebezpieczeństwo to zauważyła w końcu i rządowa większość sejmowa, tak, że pozwoliła z politycznych motywów przemysłowcom na utworzenie

tylko 8 nowych ubezpieczalni, które jednak nie mogą mieć więcej jak po 3000 członków, aby w ten sposób nie osłabić powiatowych kas chorych.

Organizacja ubezpieczenia wyszła więc z tych niebezpiecznych zapasów bez szkody.

VI. Pozostaje mi jeszcze wspomnieć o tak zwanej sanacji kas chorych.

W Nr. 10 „Przeglądu“ był cytowany z pisma „Wiadomości lekarskie“ artykuł p. Dr. Salamandra o ciężkim finansowym kryzysie kas chorych w Czechosłowacji, w którym autor wskazał na niebezpieczne następstwa tego kryzysu. Użyliśmy naporu na rząd przy nowelizacji, wysuwając żądanie pomocy dla kas chorych. Uzyskaliśmy to postanowieniem, że składki należy liczyć przy tygodniowym zatrudnieniu za siedem dni oraz, że Centralna Ubezpieczalnia Społeczna została upoważniona tem do zezwolenia na pobieranie składek w wysokości do 4.82% średniej dziennej płacy ubezpieczonego.

Nie można przewidzieć, jaki wpływ na sytuację finansową ubezpieczalni będzie miało nowe uregulowanie sposobu szacowania wynagrodzenia w naturze,

o czym była wyżej wzmianka; przypuszczać jednak można, że kasy chorych będą miały w przyszłości ochronione mniejsze niedobory, aniżeli miały w ostatnich czasach oraz, że będą mogły ponownie zwrócić większą uwagę na pomoc lekarską, w rozmiarach jakich udzielały po przewrocie.

**

Nowela wprawdzie pogorszyła ubezpieczenie społeczne robotników, nie mogła jednak pogorszyć go tak, jak rząd zamierzał. Pogorszenie w przeważnej części wynagrodzono polepszeniem wymiarów.

Jedno niebezpieczeństwo kryje w sobie nowela, mianowicie, że każda zmiana konstelacji rządowej większości wywoła dążność do zmiany ubezpieczenia społecznego, że w związku z postanowieniem ustawy tej, będą odgrywać się walki społeczne i klasowe w republice czechosłowackiej oraz, że ubezpieczenie społeczne nie zazna spokoju, którego potrzebuje dla swego rozwoju. Tego z pewnością żałować będą wszyscy przyjaciele ubezpieczenia.

DR. MICHAŁ ZAJĄC.

WSPÓLDZIAŁANIE KAS CHORYCH Z ZAKŁADAMI UBEZPIECZEŃ PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH W ZAKRESIE WYKONANIA ROZPORZĄDZENIA PREZYDENTA RZECZYPOSPOLITEJ Z 24.XI 1927 O UBEZPIECZENIU PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH.

Jak już w numerze 10/1927 „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych“ przedstawiono, rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych normuje stosunek Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych do Kas Chorych w art. 99, 100, 123, 125 i 128, które zawierają postanowienia, w jakim zakresie Kasy winny współdziałać z Zakładami w przeprowadzaniu ubezpieczenia pracowników umysłowych na wypadek braku pracy, na wypadek niezdolności do wykonywania zawodu, na starość i na wypadek śmierci.

Czynności, które Kasy Chorych są obowiązane wykonywać w zakresie wspomnianego ubezpieczenia, dzieli się na dwie główne grupy, t. j.:

a) czynności, które Kasy spełniają tylko w miarę żądania właściwych Z. U. P. U., czyli w których zakresie Zakład ma tylko prawo (nie obowiązek) korzystać z pomocy Kasy Chorych, a Kasy żądaniu Zakładu nie mogą odmówić i

b) czynności, które muszą być wykonywane tylko przez Kasy Chorych i to niezależnie od wyraźnego żądania Z. U. P. U., czyli ten ostatni nie może wykonywać tych czynności sam bezpośrednio, tylko za pośrednictwem Kas Chorych.

Do czynności pod a) wymienionych należą w w. myśl art. 99 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej:

1) dostarczanie właściwym Z. U. P. U. materiału, potrzebnego dla zarejestrowania wszystkich osób, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia pra-

owników umysłowych, oraz kontrolowanie uskuteczniionych zgłoszeń;

2) ściąganie zaległych składek na podstawie otrzymanych z właściwego Z. U. P. U. wykazów zaległości premijowych;

3) przeprowadzanie badania stanu zdrowia osób, co do których ma być zastosowane leczenie profilaktyczne z art. 61 rozporządzenia, jak również tych osób, których roszczenie uzależnione jest od niezdolności do wykonywania zawodu;

4) kontrolowanie uprawnień osób, otrzymujących świadczenia;

5) wypłacanie świadczeń, należnych z powodu braku pracy.

Czynności, o których mowa pod b), są wymienione w art. 123, 125 i 128 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej, a nadto są one szczegółowo rozwinięte w §§ 31 — 62 rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z 22.XII.1927 Dz. U. R. P. Nr. 118 poz. 911. Do tych czynności należą:

1) przyjmowanie roszczeń o świadczenia z powodu braku pracy (t. j. o zasiłek i zapomogę na podróż),

2) przyjmowanie roszczeń o świadczenia uzależnione od niezdolności wykonywania zawodu (t. j. o rentę inwalidzką, — rentę starczą, gdy uprawniony rości sobie równocześnie pretensję do dodatku dla osób potrzebujących stałej opieki i pomocy innych osób (art. 40 ust. 1), — o pomoc leczniczą z art. 25, — o rentę wdowca, — o rentę sierocą dla sierot niezdolnych do zarobkowania wskutek ułomności

cielesnej lub umysłowej (art. 28 ust. 3), — o jedno-razową odprawę dla ubezpieczonego, dla wdowca, względnie dla sieroty niezdolnej do zarobkowania, — o zaopatrzenie z art. 160 i 161 dla pracowników umysłowych, oraz takich sierot otrzymujących to zaopatrzenie, których roszczenie opiera się na niezdolności do zarobkowania).

3) zawiadamianie właściwych Z. U. P. U. o każdym nieszczęśliwym wypadku, który może spowodować niezdolność pracownika do wykonywania zawodu na przeciąg czasu przekraczający okres pomocy leczniczej w Kasie Chorych, lub którego następstwem jest śmierć pracownika.

4) wszystkie te czynności, bądź to ściśle łączą się z czynnościami pod 1 — 3 wymienionymi, bądź też z natury rzeczy z nich wypływają.

Przystępując do wykonania postanowień rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej Z. U. P. U. musiały siłą faktu zająć się również kwestją ustalenia swego stosunku do Kas Chorych, a w szczególności tem, które z czynności, wyżej wyliczonych, mają być powierzone do wykonania Kasom Chorych, aby z jednej strony stało się zadość postanowieniom rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej, a z drugiej znów strony by Kasy bez potrzeby wprowadzania zmian w swojej biurowości mogły od razu przystąpić do wykonania nałożonych na nie ustawowych obowiązków. Co do zakresu czynności, które Z. U. P. U. muszą w myśl rozporządzenia powierzyć do wykonania Kasom Chorych, nie mogła być dopuszczona żadna dyskusja, która miałaby na celu ich ograniczenie. Tu należało się tylko zastanowić, w jaki możliwie najprostszy sposób te czynności mają być wykonywane, aby intencja ustawodawcy i cel tych postanowień mógł być osiągnięty. Natomiast do dyskusji nadawała się tylko kwestja zakresu i sposobu wykonania tych czynności, które Z. U. P. U. mogą, a nie muszą poruczyć Kasom Chorych. Rozwiązanie tej kwestji nie nasuwałoby zapewne wiele trudności, gdyby nie wchodził tu w grę obowiązek Z. U. P. U. do zwrotu kosztów, związanych z wykonaniem poruczonych Kasom czynności. Ten moment musiał w decyzji Zakładów zaważyć na szali tembardziej, że koszty administracyjne Zakładów w myśl kalkulacji asekuracyjno - technicznych nie powinny przekraczać 5% przepisanych składek ubezpieczeniowych. Poza tem przy rozpatrywaniu tej sprawy musiano wziąć pod uwagę również i ten fakt, że okres organizacyjny Kas Chorych na całym terytorjum Państwa Polskiego nie został jeszcze w zupełności ukończony. Wprawdzie przeważająca ilość Kas Chorych mogłaby w każdej chwili przy pomocy swego wyszkolonego personelu przystąpić do wykonywania poruczonych jej czynności bez specjalnych regulaminów, ale jest jeszcze wiele organizujących się Kas, którym trudno byłoby bez odpowiedniego przygotowania wywiązać się należycie z nałożonych na nie obowiązków w zakresie ubezpieczenia im poruczonego.

Przed przystąpieniem do porozumienia się z Kasami Chorych Z. U. P. U. musiały najpierw zastanowić się wspólnie, jak należałoby sprawę pokierować, aby bez niepotrzebnej zwłoki stosunek ich do Kas został jednolicie uregulowany, — a to tak ze względów praktycznych, jak i ze względu na przepisy rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospo-

litej, które przewidują jednolite zasady administracji i biurowości Zakładów, oraz jednolite postępowanie przy przyznawaniu świadczeń. Na zwołanej w tym celu konferencji Komitetu Porozumiewawczego Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych przy współdziałaniu Delegata Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, która odbyła się we Lwowie w dniach 20 i 21 stycznia 1928, postanowiono, aby Kasy Chorych wykonywały **na razie** te czynności, które im już samo rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej kategorycznie do wykonania powierza i które z temi czynnościami ściśle są związane, a z czynności zależnych od żądania Zakładu powierzyć Kasom ewentualną wypłatę zasiłków dla pozostających bez pracy i obowiązków dostarczania posiadanego materiału, potrzebnego dla zgłoszenia do ubezpieczenia pracowników umysłowych i kontroli skutecznych zgłoszeń. Dla ułatwienia zaś porozumienia się z Kasami Chorych postanowiono równocześnie opracować oparty na powyższych zasadach projekt regulaminu czynności Kas Chorych, któryby stanowił podstawę do potrzebnych w tej sprawie pertraktacji z władzami Kas Chorych względnie z ich Związkami. Pertraktacji zaś w tej sprawie między Z. U. P. U., a poszczególnymi Kasami Chorych postanowiono zaniechać ze względu na trudności techniczne i — jak wyżej już wspomniano — ze względu na konieczność jednolitego unormowania tej sprawy na terenie całej Polski.

Nad ustalonymi wyżej zasadami i opracowanym projektem regulaminu czynności Kas Chorych odbył się szereg konferencji w Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej między przedstawicielami Z. U. P. U., a przedstawicielami Głównego Urzędu Ubezpieczeń i Ogólno Państwowego Związku Kas Chorych, na których po dłuższej i intensywnej pracy uzgodniono ostatecznie treść wspomnianego regulaminu, który następnie został przez Główny Urząd Ubezpieczeń rozesłany wszystkim Kasom Chorych, jako instrukcja co do zakresu działania Kas, jak i sposobu praktycznego wykonania powierzonych im czynności w zakresie ubezpieczenia pracowników umysłowych.

Wedle tego regulaminu Kasy Chorych mają **na razie** z pośród wymienionych wyżej czynności spełniać następujące:

1) Przyjmowanie roszczeń o świadczenia z powodu braku pracy i o świadczenia, uzależnione od niezdolności do wykonywania zawodu.

2) Spełnianie wszystkich czynności, które mają na celu ułatwienie Zakładom wydania decyzji w sprawie świadczeń przez należyte przygotowanie aktu, a więc: badanie prawdziwości danych, zawartych w zgłoszeniu, zarządzanie w razie potrzeby badania lekarskiego co do zdolności do pracy względnie do wykonywania zawodu zgłaszających roszczenia o świadczenia, informowanie Z. U. P. U. o przebiegu choroby ubiegających się o świadczenia, oraz o przyszłych im prawach do zasiłku i pomocy leczniczej z tytułu ubezpieczenia w Kasie Chorych i t. p.

3) Wypłacanie zasiłków z powodu braku pracy w razie wyraźnego żądania Z. U. P. U. i spełnianie innych z wypłatą zasiłków związanych czynności, oraz kontrolowanie uprawnień pobierających świadczenia i powiadomienie Z. U. P. U. o wszystkich zna-

nych okolicznościach, które powodują utratę, zmniejszenie lub wstrzymanie świadczeń.

4) Spełnianie innych czynności, które rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej lub rozporządzenie wykonawcze bezwzględnie na Kasy Chorych nakłada jak: składanie wniosków o ukaranie pracodawcy, który odmawia wydania zaświadczenia o zwolnieniu z pracy, zawiadamianie Z. U. P. U. w razie zajścia nieszczęśliwego wypadku w służbie, uskutecznianie wpisów do kart ubezpieczeniowych co do daty rozpoczęcia i ukończenia czasu pozostawania bez pracy z powodu choroby, służby wojskowej, niewoli, internowania lub wogóle działań wojennych.

Poza temi zwykłymi czynnościami do obowiązku Kas Chorych należy w myśl regulaminu również dostarczanie w wypadkach każdorazowego wyraźnego żądania Z. U. P. U. wyczerpującego materiału dla zarejestrowania osób, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia i dla kontroli uskuteczniionych zgłoszeń przez udzielanie Z. U. P. U. posiadanych dat, dotyczących poszczególnych pracowników umysłowych, — sporządzanie i dostarczanie Zakładom (za umówionym poprzednio z góry wynagrodzeniem) wykazów pracowników umysłowych, ubezpieczonych w Kasie Chorych, — umożliwianie funkcjonariuszom Z. U. P. U. wglądu do ksiąg i akt Kasy celem zebrania materiałów, potrzebnych do rejestracji i kontroli zgłoszeń pracowników umysłowych i w końcu przez badanie zgłoszonych do ubezpieczenia osób w celu stwierdzenia, czy nie zachodzi niezdolność do wykonywania zawodu, która w myśl art. 5 p. 1 powoduje nieistnienie względnie zwolnienie tych osób od obowiązku ubezpieczenia.

Co się tyczy sposobu wykonania przytoczonych wyżej czynności Kas Chorych, to został on możliwie dokładnie i jasno unormowany w samym regulaminie. Tu należy zaznaczyć, że myślą przewodnią autorów tego regulaminu było dążenie do unormowania wszystkich czynności Kas w ten sposób, aby z jednej strony czynności te nie obciążały zbyttno administracji kasowej i nie utrudniały Kasom wykonywania obowiązków z zakresu własnej ustawy, a z drugiej strony by każdy pracownik Kasy, choćby najmniej obznajmiony z przepisami dekretu i rozporządzenia wykonawczego, mógł przy pomocy tego regulaminu wywiązać się należycie z nałożonych nań w tym zakresie obowiązków służbowych. Z dotychczasowej praktyki można już dziś stwierdzić, że cel ten został naogół w zupełności osiągnięty.

Z pośród tak szczegółowych przepisów regulaminu istnieje tylko pewna niejasność buchalteryjna w § 18, który przewiduje prowadzenie przez Kasy osobnej książki kasowej, w której winny być ksiązkowane wszystkie zaszłości rachunkowe, spowodowane wypłatą przez Kasy Chorych zasiłków z powodu braku pracy. Przepis ten ma wyłącznie na celu podkreślenie, że dla łatwiejszego zestawienia wypłat zasiłków i wydatków, powstałych wskutek wykonywania przez Kasy Chorych czynności w zakresie ubezpieczenia pracowników umysłowych, winny Kasy prowadzić osobne rachunki, niezależnie od innych ewent. rachunków, jakie mogą z innego tytułu istnieć między Kasą, a Zakład. Ubezp. Prac. Umysłowych. Stąd więc, jeżeli względy buchalteryjne wymagają innego sposobu ksiązkowania, np. przez utworzenie tylko odrębnego konta w księdze głównej, Kasy mo-

gą dowolnie postąpić, byle tylko cel wspomnianego przepisu był osiągnięty.

Wedle art. 100 dekretu Kasom Chorych należy się zwrot kosztów, związanych z wykonywaniem poruczonych im czynności, których wysokość zasadniczo winna być ustalona między Kasami, a Z. U. P. U. Ustalenie jednak tych kosztów z góry jest z natury rzeczy niemożliwe, o ile zwrot ten ma się opierać na zasadzie słuszności i sprawiedliwości. Z tego powodu kwestji tej regulamin nie normuje, pozostawiając je przyszłemu uregulowaniu na podstawie praktyki i zebranych doświadczeń. Narazie pewnem i praktycznem jest to, że umowy o zwrot kosztów nie będą dowolnie zawierane z poszczególnymi Kasami, tylko unormowanie wspomnianej sprawy nastąpi w drodze jednej umowy, wspólnej dla wszystkich Kas, zawartej między Zakładami a władzami centralnymi Kas.

Na uwagę zasługuje jeszcze przepis § 46 regulaminu, dopuszczający kontrolę, wykonywanych przez Kasy Chorych czynności przez Z. U. P. U. Przepis ten nie może być uważany za pewnego rodzaju podporządkowanie Kas Zakładom, ponieważ kontrola ta ma charakter instrukcyjny i może się odbywać tylko na żądanie lub za zgodą samych Kas. Warunek ten pozbawia Zakłady samowolnego wglądu w agendy Kas, a sam przepis ma na celu wyłącznie obowiązek Z. U. P. U. zbadania aktów Kasy i poczynienia ewentualnych uwag względnie praktycznych wskazówek co do sposobu spełnianych czynności, jeżeli Kasy tego zażądata, aby upewnić się, czy pracownicy Kasy wykonują nałożone obowiązki zgodnie z istniejącymi przepisami. Zatem przepis ten leży raczej w interesie samych Kas, bo do pewnego stopnia przerzuca część odpowiedzialności Kas za sposób spełniania przez nie czynności na Z. U. P. U. w tych wypadkach, w których ten dokonał kontroli, a nie poczynił żadnych uwag co do prawidłowości wykonywanych przez Kasę czynności.

Jak wyżej zaznaczyłem — określony w regulaminie zakres czynności Kas Chorych nie był pomyślany jako ostateczny, bo na samym wstępie regulaminu użyto słów „aż do dalszego zarządzenia”. Przy opracowywaniu bowiem regulaminu liczone się z tem, że życie i praktyka może sprowadzić potrzebę poczynienia w nim pewnych zmian, które okażą się konieczne do wprowadzenia dla dobra sprawy. I w rzeczywistości niedługo trzeba było czekać, bo już dziś okazała się potrzeba powierzenia jeszcze Kasom Chorych rejestracji i kontroli tych zgłaszających roszczenia o świadczenia z powodu braku pracy, których miejsce zamieszkania znajduje się w większej odległości od siedzib Państwowych Urzędów Pośrednictwa Pracy. Z postanowień bowiem rozporządzenia wykonawczego wynika, że każdy pozostający bez pracy, który ubiega się o zasiłek z powodu braku pracy winien przedtem zarejestrować się w Państwowym Urzędzie Pośrednictwa Pracy jako poszukujący pracy, zgłaszać się tam osobiście dwa razy w tygodniu do stałej kontroli i przed każdą wypłatą zasiłku przedkładać co miesiąc wydane przez wspomniany urząd zaświadczenie, stwierdzające, że przez cały dany miesiąc pozostawał bez pracy i nie mógł znaleźć odpowiedniego zajęcia. Przepis ten — zresztą słuszny — mógłby być ściśle wykonywany w tym wypadku, gdyby urzędy pośrednictwa pracy względnie ich ekspozytury były

tak gęsto po Kraju rozsiane, że dostęp do nich byłby dla każdego łatwy, a w każdym razie nie pociągał za sobą wielkich wysiłków i kosztów ze strony pozostających bez pracy. Tymczasem w praktyce sprawa ta przedstawia się inaczej, aniżeli to było intencją rozporządzenia wykonawczego. Ilość bowiem Państwowych Urzędów Pośrednictwa jest tak znikomą małą, że na obszarze każdego Województwa znajduje się zaledwie 1 a najwyżej 2 takie urzędy względnie ich ekspozytury. Zrozumiałą jest więc rzeczą, że tylko ci pozostający bez pracy mogą ściśle zastosować się do obowiązujących przepisów w zakresie rejestracji i kontroli, którzy mieszkają w siedzibie lub w niewielkiej odległości od siedziby odnośnego urzędu pośrednictwa pracy. Natomiast cała rzesza pozostających bez pracy pracowników umysłowych, których miejsce zamieszkania znajduje się w znacznie większej odległości od siedziby urzędów pośrednictwa pracy, jest przy zgłaszaniu roszczeń i pobieraniu zasiłków z powodu braku pracy narażona na tak wielkie trudy i koszty, że wprost nie opłaca się pracownikowi czynić starań o przyznanie zasiłku, gdyż ten w niektórych wypadkach z powodu częstych i dalekich podróży do urzędów pośrednictwa pracy dla zadośćuczynienia przepisom o kontroli nie wystarcza na pokrycie nawet poniesionych kosztów własnych.

Taki stan rzeczy nie mógł być ani przez chwilę cierpiany i sprawa ta wymagała natychmiastowego takiego uregulowania, aby ubezpieczeni mogli bez przeszkód korzystać z swoich praw ustawowych i by ubezpieczenie społeczne było dla nich rzeczywiście pomocą w ich trudnym położeniu materialnym, a nie ciężarem. Z tych względów Z. U. P. U. korzystając z postanowień § 49 rozporządzenia wykonawczego, zwróciły się do Ministra Pracy i Opieki Społecznej z prośbą o zezwolenie, aby rejestracja i kontrola tych uprawnionych do zasiłków z powodu braku pracy, których miejsce zamieszkania jest oddalone od siedziby właściwego urzędu pośrednictwa pracy ponad 15 km., odbywała się za pośrednictwem Kas, a w wypadkach znacznie większej odległości od siedziby właściwych Kas także przez urzędy gminne, z którymi zostanie zawarta odpowiednia w tym zakresie umowa.

Celem ułatwienia Kasom spełniania wspomnianych czynności rejestracyjnych i kontrolnych opracowano już odpowiedni szczegółowy projekt regulaminu, który ma być uzupełnieniem obowiązującego regulaminu czynności Kas Chorych. Wedle tego projektu rejestracja pracowników umysłowych, zgłaszających roszczenia o świadczenia z powodu braku pracy, którzy mieszkają w odległości ponad 15 km. od siedziby właściwego urzędu pośrednictwa pracy, ma odbywać się za pośrednictwem właściwych Kas Chorych, które dokonują tej rejestracji przez wypełnienie specjalnie przepisanej karty rejestracyjnej i przesłanie jej urzędowi pośrednictwa pracy celem właściwego zarejestrowania danego pracownika wśród poszukujących pracy i wydania mu legitymacji poszukującego pracy, — czyli dotychczasowe czynności Kas Chorych nie ulegną z powodu tego nowego obowiązku znacznie większemu zwiększeniu, gdyż Kasy tylko pośredniczą w zarejestrowaniu poszukujących pracy, a prowadzenie ewidencji tychże i pośrednictwo w pracy będzie nadal należało do właściwej kompetencji urzędów pośrednictwa pracy, które dla tych właśnie celów zo-

stały powołane. Rejestracja przez Kasy Chorych ma odbywać się równocześnie ze zgłoszeniem przez pracownika roszczeń o świadczenia i pod warunkiem złożenia w Kasie wymaganych regulaminem dokumentów względnie załączników przy zgłaszaniu roszczeń. Zatem rejestrować się przez Kasę będą mogli tylko ci pracownicy, którzy byli ubezpieczeni w Z. U. P. U., względnie są uprawnieni do świadczeń z powodu braku pracy przy uwzględnieniu postanowień art. 112 ust. 1 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o ubezpieczeniu pracowników umysłowych. Wszyscy inni pozostający bez pracy mogą zgłaszać się do rejestracji bezpośrednio i tylko w urzędach pośrednictwa pracy.

Od czasu zarejestrowania się przez Kasę Chorych pozostający bez pracy winni dwa razy w miesiącu (odmiennie niż dotychczas) zgłaszać się osobiście do tej Kasy do „kontroli stałej“, celem stwierdzenia, że pozostają nadal bez pracy nie mogąc znaleźć odpowiedniego zajęcia. Fakt zgłoszenia się do kontroli Kasa Chorych notuje w prowadzonym przez nią „reje-strze pozostających bez pracy“ i nadto czyni odpowiednią adnotację w legitymacji poszukującego pracy danego pracownika. W razie odmowy zasiłku przez Zakład lub utraty prawa pracownika do dalszego pobierania zasiłku ustaje obowiązek Kasy przeprowadzenia w tym wypadku dalszej kontroli. W wypadku gdy pobierający zasiłek nie zgłasza się do kontroli Kasa winna zawiadomić o tem Z. U. P. U. i — o ile została przez Zakład upoważniona do wypłacania zasiłków — wstrzymać równocześnie dalszą wypłatę zasiłków aż do decyzji Zakładu.

Poza „kontrolą stałą“ Kasy Chorych przeprowadzają jeszcze „kontrolę dodatkową“ w wypadkach, jeżeli zachodzi podejrzenie istnienia takich okoliczności, które mogą wpłynąć na dalsze pobieranie zasiłków lub na zmianę ich wysokości. Kontrolę tą przeprowadzają Kasy za pomocą swoich organów kontrolnych w mieszkaniu pracownika lub w ewent. przedsiębiorstwie, w którym pracownik objął zatrudnienie i t. p.

Pośrednictwo pracy należy — jak wyżej wspomniałem — do właściwego urzędu pośrednictwa pracy, który w razie wydania dla danego pracownika karty polecającej do pracodawcy winien o tem równocześnie powiadomić Kasę Chorych, uskuteczniającą wypłatę zasiłków z powodu braku pracy. W tym wypadku Kasa zażąda tymczasowe wstrzymanie dalszej wypłaty zasiłku aż do otrzymania z urzędu pośrednictwa pracy ponownego zawiadomienia o wyniku zapośredniczenia w pracy. Jeżeli urząd zawiadomi, że dany pracownik nie zgłosił się do wskazanego pracodawcy dla zawarcia umowy służbowej, lub nie przyjął oferowanego zajęcia, winna Kasa Chorych donieść o tem Zakładowi z żądaniem wydania decyzji co do dalszej ewent. wypłaty lub wstrzymania wypłaty zasiłku.

Ponieważ wedle obowiązujących przepisów urząd pośrednictwa pracy winien utrzymywać danego pracownika w ewidencji wśród poszukujących pracy tylko w tym wypadku, jeżeli on co miesiąc zawiadamia ten urząd, że nadal pozostaje bez pracy, wobec tego projekt postanowienia, że w wypadkach, w których Kasy Ch. są powołane do przeprowadzenia kontroli stałej winny Kasy przysyłać właściwemu urzędowi pośrednictwa pracy odpisy przedkładanych Zakładom

„miesięcznych wykazów“ wypłaconych za dany miesiąc zasiłków, które to wykazy urząd pośrednictwa pracy winien traktować jako zgłoszenie wymienionych w tym wykazie pracowników o pozostawaniu w dalszym ciągu bez pracy. Jakkolwiek zgłoszenie to do urzędu pośrednictwa pracy winni skuteczniać co miesiąc sami pracownicy, to jednak powyższe postanowienie jest z tego względu konieczne, aby była pewność, że pobierający zasiłki pozostają nadal w ewidencji urzędu pośrednictwa pracy, względnie nie zostali z tej ewidencji skreśleni z powodu ewent. zaniedbania ze strony pracownika zgłoszenia o dalszym pozostawaniu bez pracy.

Jak z wyżej przedstawionych zasad projektu

Dr. EDW. WAJS.

O KONIECZNOŚCI ZORGANIZOWANIA DODATKOWYCH PRACOWNI CHEMICZNO-BAKTERJOLOGICZNYCH PRZY DZIELNICOWYCH AMBULATORJACH KASY CHORYCH M. ST. WARSZAWY.

(ARTYKUŁ DYSKUSYJNY).

Nawiązując rzecz do poprzednio ogłoszonej przez nas pracy z dziedziny ubezpieczeń społecznych („Kilka uwag o wolnym wyborze lekarza”), (Lekarz Polski, 1928, przedruk. w Przegl. Ubezpieczeń Społecznych, 1928), z przyjemnością konstatujemy, że wtedy poruszyliśmy widocznie tematy istotne, tematy bardzo na czasie będące.

Ustosunkowanie się nasze do Ubezpieczeń Społecznych było od początku ich istnienia rzeczowe i życzliwe. Stojąc blisko tego działu, widzieliśmy, że z biegiem czasu zrobiono postępy w dziedzinie medycyny społecznej kolosalne. Wzięty rozmach w ciągu lat następnych zdoła doprowadzić lecnicstwo kasowe do jeszcze wyższego poziomu.

Pisząc poprzednią pracę, zdawaliśmy sobie doskonale sprawę, że nie przedstawia ona zakończonej całości, że być powinna raczej wstępem do dalszego szeregu artykułów z tejże dziedziny Ubezpieczeń Społecznych. Wierni temu przekonaniu, zabieramy dziś głos powtórnie. Nie wątpimy, że głos ten będzie usłyszany przez czynniki miarodajne.

Na planach nowego ambulatorjum na Wolskiej (coprawda obeznani jesteśmy z tem dość pobieżnie), poświęcono wiele miejsca na cały szereg dodatkowych zakładów (przyrodoleczniczych, fizjoterapeutycznych i t. d.). O ile nam wiadomo, plany te nie uwzględniają jednej rzeczy, rzeczy niezmiernie ważnej dla prawidłowego i racjonalnego funkcjonowania przyszłego ambulatorjum dzielnicowego — plany te, powtarzamy, nie uwzględniają **konieczności istnienia przy każdym ambulatorjum dzielnicowym podręcznego laboratorium chemiczno-analitycznego**. A tymczasem potrzeba istnienia, potrzeba zorganizowania takiego właśnie laboratorium przy każdej przychodni dzielnicowej, laboratorium, **któreby wykonywało niektóre prostsze a niezbędne badania kliniczne w czasie możliwie szybkim, coraz bardziej rzuca się w oczy**.

Nadmieniamy, że w swych poglądach na konieczność zorganizowania pomocniczych pracowni

uzupełnienia „regulaminu czynności Kas Chorych“ wynika, projekt ten został w ten sposób obmyślony, aby przy możliwie najprostszym postępowaniu stało się zadość przewidzianym w rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej i w rozporządzeniu wykonawczym przepisom o rejestracji i kontroli uprawnionych do świadczeń. Możliwe, że na mającej się odbyć nad tym projektem wspólnej konferencji przedstawicieli Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, centralnych władz Kas Chorych i Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych projekt ten zostanie jeszcze w szczegółach poprawiony, ale zasady jego — mojem zdaniem — winny być w całości utrzymane, ponieważ opierają się one na praktyce i celowości

dzielnicowych, nie jesteśmy bynajmniej odosobnieni: większość kolegów, pracujących w Warszawskiej Kasie Chorych, w zupełności podziela to zdanie.

Rozlegną się, być może, głosy, że stworzenie nowych dzielnicowych pracowni analityczno-chemicznych spowoduje nowe i znaczne wydatki, obciążające niepomiernie budżet Warszawskiej Kasy Chorych.

Po bardzo dokładnem i szczegółowem rozpatrzeniu całokształtu tego zagadnienia, dochodzimy do wniosku, że właściwie argumenty, któreby przemawiały przeciwko logice naszych wywodów — w zupełności nie istnieją. Przeciwnie, proponowana przez nas inowacja zmniejszy nawet wydatki Kasy, oczywiście, nie wprost, lecz pośrednio.

Jeżeli wziąć pod uwagę, że samych tylko badań moczu Centr. Labor. kasowe w ciągu jednego tylko 1928 r. wykonało około 100.000, że ilość badań płwociny na prątki gruźlicze za tenże czasokres jest również bliską tej liczby, to w sumie daje to około 200.000 przypadków chorobowych w stosunku rocznym, gdzie choroba, a w każdym bądź razie postawienie prawidłowego rozpoznania i skierowanie danego wypadku chorobowego na właściwe tory lecznicze opóźnia się wobec późno otrzymywanych wyników badania z pracowni na przeciąg czasu trzech, a nawet czasami czterech dni w każdym poszczególnym wypadku chorobowym. Daje to w przybliżeniu około 600.000 dni chorobowych więcej ponad roczną cyfrę, która w rzeczywistości byłaby miarodajną dla lecnicstwa kasowego. Jeżeli wziąć pod uwagę, że w masowem lecnicstwie społecznem chory jednakże co 4—5 dni otrzymuje poradę lekarską, to skrócenie czasu postępowania chorobowego w każdym wypadku tylko o 3—4—5 dni, redukując liczbę dni chorobowych o 600.000 w stosunku rocznym, tem samem zredukuje o 120—150 tysięcy ilość porad lekarskich, udzielanych corocznie, co przetłumaczone na język nie tyle brzęczący, co szeleszczący, daje w rezultacie zaoszczędzenie conajmniej 250.000 złotych rocz-

nie (liczymy oczywiście w przybliżeniu i w cyfrach okrągłych), które mogą być bardziej produkcyjnie zużyte.

Zmniejszy się równocześnie o 100 mniej więcej tysięcy rocznie ilość wydawanych leków, bo daleko łatwiej będzie można, będąc pewnym, że już na dzień następny chory będzie w posiadaniu wyników badania, pozostawić go przez ten jeden, dzień bez lekarstwa, zamiast postępowania dzisiejszego (nawet i w lecznictwie pozakasowym), gdzie zachodzi zawsze potrzeba i konieczność wprost obowiązkowego przepisania choremu leku do czasu otrzymania wyników analizy laboratoryjnej, leku, który jednakże często po kilku dniach trzeba stanowczo odmienić.

Chcielibyśmy, by pracownie podręczne przy ambulatorjach dzielnicowych wykonywały badania moczu na białko, cukier, osad, ciężar gatunkowy, badania płwociny bakterjoskopowe i wreszcie badania krwi na odczyn Vidala.

Wydatki na laboratorja oddziałowe? Przede wszystkim wątpimy, czy zajdą jakieś znaczniejsze wydatki osobowe, bo można wykorzystać personel Centr. Laboratorjum Kasy, odczynników zaś i materiałów do badań dostarczy ze swych zapasów Centralne Laboratorjum tem chętniej, że będąc odciążone od balastu, może poświęcić swe siły, swe aparaty, zdolności swego doświadczonego personelu na przeprowadzenie całego szeregu bardziej skomplikowanych badań (O. Wassermana, badań krwi, określanie mocznika i t. d.).

Administracyjnje pracownie dzielnicowe podlegać powinny Kierownikowi Centralnego Laboratorjum. Ale są to wszystko sprawy uboczne, pozostawiamy je przeto na stronie i spróbujemy reasumować nasze poglądy.

1. Podręczne dzielnicowe pracownie ambu-

latoryjne pozwolą personelowi lekarskiemu bardziej celowo i intensywnie pracować.

II. Podręczne pracownie w olbrzymiej większości wypadków zaoszczędzą ubezpieczonym i ich rodzinom trwających godziny całe (szczególnie w porze zimowej) przejazdów z Woli, Mokotowa, Pragi, Powązek na Solec.

III. Zmniejszą ilość dni chorobowych, zmniejszą ilość porad lekarskich, zmniejszą sumy wypłacanych zasiłków a tem samem pośrednio zmniejszą racjonalnie i planowo zbyteczną frekwencję w ambulatorjach.

IV. W pierwszym rzędzie pracownie powinny powstać na dzielnicach Manjańskiej i Woli.

V. Odpowiedź na materiał dostarczony do badania do pracowni w czasie do godz. 7 wiecz. powinna być gotowa na godz. 12 w południe dnia następnego, odpowiedź na materiał dostarczony do godz. 10 rano powinna być gotowa na godz. 6 wieczorem tegoż dnia. Jest to *conditio sine qua non* celowej współpracy personelu laboratoryjnego i ordynującego.

Przytrzymywanie się ściśle tych terminów, wytraci przeciwnikom Kas jeden z większych atutów z ręki (zbyt długie czekanie na odpowiedź z Centr. Laboratorjum).

W zakończeniu pozwolimy sobie na pewną analogję. Jeżeli w Ameryce dla zaoszczędzenia przechodniom kilku minut zaledwie czasu, co jednakże w rezultacie daje miliony zaoszczędzonych godzin, budują specjalne mosty z wielkim nakładem pracy i kapitałów, to my z wyżej choćby tylko wyszczególnionych powodów, nierównie więcej przekonywujących, niż amerykańskie argumenty, róbmy przy wielkich, nowoczesnie urządzonych ambulatorjach—laboratorja.

STEFAN WILCZYŃSKI.

WSPÓŁDZIAŁ KAS CHORYCH WOJEWÓDZTW POZNAŃSKIEGO I POMORSKIEGO W OPIECE SPOŁECZNEJ NAD MATKĄ I DZIECKIEM.

Ustawa z dnia 19. V. 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby zapewnia członkom Kas Chorych i ich rodzinom pomoc w tak ciężkim wypadku losowym, jakim jest choroba.

Licząc się z doświadczeniami, poczynionymi w innych państwach oraz ze zdobyciami medycyny zapobiegawczej, ustawodawca w art. 88 tejsze ustawy wprowadza możliwość używania dochodów Kasy Chorych również na zapobieganie chorobom, traktując zresztą akcję podobną w sposób fakultatywny.

Doświadczenie lat 10 wykazało, że stosowanie artykułu tego może oddać zdrowiu szerokich mas ubezpieczonych w Kasie Chorych niepomierne usługi i w tych wypadkach, gdzie stosowanie go miało miejsce, Kasy Chorych mogą pochwalić się bardzo poważnymi wynikami.

Intencja ustawodawcy, w wymienionym wyżej

artykule, pokrywa się całkowicie z wyraźnem już brzmieniem końcowego ustępu art. 1-go ustawy z dnia 16 sierpnia 1923 r. o opiece społecznej (Dz. Ust. R. P. nr. 92 poz. 726), który brzmi: „zapobieganie wytwarzaniu się stanu powyżej określonego”.

W podobny sposób opiewa liczne wyroki „Urzędu Związkowego dla spraw swojszczyzny” Bundesamt für das Heimatswesen), będące komentarzem do niemieckiej ustawy o miejscu zamieszkania pod względem wsparcia z dnia 6 czerwca 1870 r. (Dz. Ust. Związku północno-niemieckiego str. 360) oraz ustawy wykonawczej do tejsze ustawy z dnia 8 marca 1871 r. (Zbiór Ustaw pruskich str. 130) — ustaw, obowiązujących jeszcze na ziemiach b. zaboru pruskiego.

Z przepisów art. 88 cytowanej już ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby Kasy Chorych województwa poznańskiego i pomor-

skiego, zwłaszcza tego pierwszego, poczęły korzystać już w pierwszych latach swego — opartego na tej ustawie — istnienia, wypełniając w ten sposób zadania, wchodzące w zakres opieki społecznej, w pierwszym zaś rzędzie — opieki nad matką i dzieckiem.

Postępujące w ten sposób Kasy Chorych, bez wchodzenia w kolizję z postanowieniem ustawy, uzupełniały opiekę społeczną wykonywaną przez związki komunalne, odnosząc w ten sposób wielkie korzyści, o czym będzie mowa niżej, lecz i występując jako jeden z czynników i to coraz silniejszy i coraz więcej uznawany.

Zadaniem niniejszego artykułu jest zapoznanie czytelnika z działem opieki społecznej nad matką i dzieckiem, wykonywanej wzgl. pobieranej przez Kasy Chorych województw poznańskiego i pomorskiego.

Pierwsze wyraźne współdziałanie Kas Chorych z samorządem terytorjalnym województwa poznańskiego nastąpiło w roku 1925, tj. w tym czasie, kie-

dy Urząd Wojewódzki Poznański (Wydział Pracy i Opieki Społecznej) przystąpił do organizacji na swym terenie stacji opieki nad matką i dzieckiem, uważając je za pierwsze ogniwo racjonalnej opieki społecznej nad niemowlęciem i macierzyństwem.

W organizacji i finansowaniu tej akcji wzięły udział niektóre Kasy Chorych województwa poznańskiego, za zgodą Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń, który na prośbę Urzędu Wojewódzkiego wydał okólnik do Kas Chorych, zalecając im współudział w akcji.

Istnieniem i rozwojem stacji zainteresowała się tylko część Kas Chorych. Niektóre z nich, mimo wyraźnych korzyści, płynących z pracy stacji, o czym będzie mowa niżej, stoją w tej akcji dotychczas na uboczu.

W niżej podanej tablicy, wykazującej preliminarze budżetowe stacji na rok 1927, uwidoczniony jest udział poszczególnych Kas Chorych w dochodach stacji.

Tabl. I.

STACJA	Z Wydziału powiatowego	Z Magistratu	Z Kas Chorych	Z P. K. P. Pol. Kom. pom. dziec.	Z innych źródeł	Ogółem
1. Bydgoszcz	—	21.254	—	1.080	3.101	25.435
2. Gniezno	—	5.149	—	—	—	5.149
3. Inowrocław	—	9.620	—	—	—	9.620
4. Kępno	2.000	1.000	1.000	—	500	4.500
5. Kościan	1.500	1.500	1.500	130	—	4.630
6. Krotoszyn	400	4.785	1.200	—	—	6.385
7. Leszno	1.000	3.100	—	720	8.640	13.460
8. Międzychód	2.000	100	2.000	—	—	5.000
9. Oborniki	2.000	1.460	—	240	—	3.700
10. Ostrów	1 800	3.600	3.000	180	—	8.580
11. Poznań Al. Marcowa	—	6.570	—	—	—	6.570
12. Poznań Mar. Magd. Stacja budżetu nie posiada, istnieje przy klinice Uniwersyteckiej	—	—	—	—	—	—
13. Poznań ul. Wrocławska	—	6.183	—	—	—	6.183
14. " ul. Wspólna	—	5.962	—	—	—	5.962
15. " ul. Główna	—	5.696	—	—	—	5.096
16. Rawicz	1 800	1.200	1.200	600	2.290	7.090
17. Strzelno	1.600	2.500	1.000	480	420	6.000
18. Sroda	1.200	2.725	2.609	530	4.450	11.514
19. Szamotuły	2.000	900	1.375	500	3.725	8 500
20. Wolsztyn	1.750	—	—	—	—	1.750
21. Września	2.000	3.200	1.100	200	2.764	9.264
22. Znin	2.500	3.000	—	360	500	6.360
23. Zabikowo	6.101	—	—	600	1.480	8.181
	29.851	90.204	15.984	5.620	27.870	169.529

Z tablicy tej widzimy, że w 10 tylko wypadkach na ogólną ilość 22 stacji opieki, które podały swe preliminarze, Kasy Chorych biorą udział w finansowaniu ich i że na ogólne wydatki wszystkich stacji, wynoszące 169.529 złotych rocznie, subwencje Kas Chorych wynoszą zaledwie 15.984 złotych tj. 9,4%, gdy tymczasem stosunek procentowy pacjentów Kas Chorych, ubezpieczonych w Kasach, do ogółu korzystających ze świadczeń stacji opieki, przedstawia się według stanu z kwartału I roku 1926 (patrz tabl. II na str. 57).

Jak widzimy z ostatniej rubryki powyższej tablicy odsetek ubezpieczonych w Kasach Chorych, a korzystających ze świadczeń stacji waha się od 45 do 89, jako przeciętny zaś przyjąć można około 65 procent (obwód wybitnie robotniczy).

Celem wykazania w cyfrach korzyści, płynących dla Kasy Chorych z istnienia stacji, sięgnę po dane z obwodu stacji opieki w Zabikowie.

Jest to stacja najstarsza w Wielkopolsce, wzorowo prowadzona przez lekarza stacyjnego i posiada dokładne dane, uzyskane z urzędów stanu cywilnego (Patrz tabl. III na str. 57).

Jeżeli przyjąć liczbę urodzin w obwodzie działalności stacji w roku 1926 na 270 głów (jedynie w gronie ubezpieczonych), liczbę zgonów niemowląt w pierwszym roku życia przy 15,2% tj. przy normalnym odsetku śmiertelności w powiecie poznańskim na 36 głów (15,2% od 240), oraz liczbę zgonów niemowląt, będących w opiece stacji przy 4,6% na 11 głów — to odejmując te dwie liczby od siebie, otrzy-

mamy różnicę, wynoszącą 25 głów, ocalałych od śmierci jedynie tylko dzięki akcji profilaktycznej prowadzonej przez stację.

Tabl. II.

STACJA	Liczba dzieci wpisanych na stacji	Liczba kobiet cięż. zapisanych na stacjach	Liczba osób ogólna	Liczba osób uprawnionych do świadczeń ze strony Kasy Chorych	Środek procentowy
Bydgoszcz	355	46	401	276	65,8
Inowrocław	198	11	209	137	65,5
Krotoszyn	208	—	208	95	45,6
Leszno	190	—	190	82	45,2
Poznań ul. Wrocławsk.	133	—	133	80	60,1
„ ul. Główna	109	—	109	95	87,1
Rawicz	192	—	202	105	54,6
Szamotuły	118	—	118	67	56,7
Sroda	121	—	121	75	62,0
Zabikowo	167	—	167	150	89,8

Tabl. III.

W r. 1923 W r. 1924 W r. 1925 W r. 1926

Ogólna śmiertelność niemowląt w powiecie poznańskim wynosiła 15,5% 16,9% 14,9% 15,2%

Śmiertelność wśród niemowląt będących w opiece stacji 4,3% 11,5% 4,5% 4,6%

Nie będą daleki od rzeczywistości jeśli określemy wydatki Kasy Chorych związane z chorobą dziecka, poprzedzającą jego śmierć (wizyty lekarza, koszty przejazdu do chorego, lekarstwa), z zasiłkiem na pogrzeb na sumę 100 — 120 złotych na jeden wypadek śmierci, przy bardzo zresztą skromnym obliczeniu, przemnożywszy te dwie liczby (25×100) otrzymamy kwotę 2500 — 3000 złotych, zaoszczędzoną przez Kasę Chorych w jednym tylko obwodzie osady Zabikowo.

Łatwo więc obliczyć, ile zaoszczędziłyby wszystkie Kasy Chorych Województwa Poznańskiego, gdyby istniała gęsta sieć racjonalnie rozplanowanych stacji. Oszczędność taka wynosiłaby, bez przesady rzecz można, krocie tysięcy złotych rocznie.

Nie jest to jedyna korzyść wzgl. oszczędność płynąca dla Kasy Chorych z istnienia stacji opieki nad matką i dzieckiem, gdyż nie mniej ważnym jest stan zdrowia najmłodszego pokolenia, wyrastającego pod czujnym i fachowym okiem lekarza stacyjnego, przy jego życzliwych radach, na zdrowych, silnych obywateli, przyszłych członków Kas Chorych.

Współdziałanie Kas Chorych w akcji popierania stacji opieki zwiększa się znacznie po wydaniu przez Okręgowy Związek Kas Chorych okólnika nr. 29/28 z dnia 27. III. 1928 r.

Odnośny ustęp okólnika brzmi:

„...Zaleca się, aby Kasy Chorych brały możliwie najczynniejszy udział w stacjach już istniejących, by przytem Kasa miała wpływ na działalność tychże stacji przez udział w zarządzie stacji.

Kasy mają prawo subwencjonować istniejące wzgl. tworzące się stacje, przyczem roczne subwen-

cje w Kasach mniejszych winny zawrzeć się w granicach 1200 — 1800 złotych rocznie.

Tam gdzie stacji opieki nad matką i dzieckiem niema dotychczas — zaleca się, aby Kasy poparły energicznie akcję organizacyjną.

Obecnie czynnych jest na terenie województwa poznańskiego 32 stacji, z których subwencjonowane są stacje przez następujące Kasy Chorych: Bydgoszcz-miasto, Bydgoszcz-powiat, Chodzież, Kępno, Kościan, Leszno, Międzychód, Mogilno, Nowy-Tomyśl, Oborniki, Ostrów, Ostrzeszów, Pleszew, Rawicz, Śmigiel, Śrem, Środa, Strzelno, Szamotuły, Wolsztyn, Wągrowiec, Września, Żnin. W województwie pomorskiem czynnych jest 14 stacji, z których subwencjonowane są stacje przez następujące Kasy Chorych: Działdowo, Grudziądz-miasto, Grudziądz-powiat, Starogard, Tczew, Toruń (powiat), Wąbrzeźno, Chełmno.

Subwencje te wynoszą w obydwu województwach

w roku 1926 — 6.300 złotych
w roku 1927 — 20.300 „
w roku 1928 — 40.457 „

Przy każdej prawie stacji istnieje kuchnia mleczna, która wydaje za opłatą mleko sterylizowane.

W poszczególnych miastach między zarządami stacji a zarządami Kas Chorych zawarto umowy, w myśl których zasiłki na mleko, do których mają prawo w myśl art. 30 i 33 ustawy ubezpieczone i rodziny ubezpieczonych, przekazuje Kasa Chorych zarządowi stacji, a ta wydaje mleko.

Ten sposób okazał się bardzo praktyczny i celowy, gdyż daje gwarancję, że uprawniona do zasiłku nie wyda pieniędzy na inne cele a otrzyma produkt najlepszej jakości konieczny dla organizmu jej i dziecka.

Następną akcją, w której Kasy Chorych biorą udział, są żłobki zamknięte dla niemowląt, pozbawionych dostatecznej opieki.

Celem żłobka jest zapewnienie opuszczonego, pozbawionemu dostatecznej opieki lub znajdującemu się w nieodpowiednich warunkach dziecku, w wieku od urodzenia do ukończonych 3 lat, całkowitej opieki.

Cel ten osiąga żłobek przez dostarczenie dziecku utrzymania, zapewnienie mu opieki lekarskiej i pielęgnarskiej, nadto pomoc w zapewnieniu dziecku opieki materialnej i prawnej od osób, zobowiązanych do świadczeń w myśl przepisów prawa cywilnego, wzgl. powołanych do tego związków publiczno-prawnych (miejscowych i krajowego związku wspierania tubogich).

Konieczność umieszczenia dziecka w żłobku zachodzi stosunkowo często. Znane są wypadki, że dziecko, szczególnie nieślubne, umieszczane „na garnuszek” uważane jest przez swoją opiekunkę za pozycję dochodową w jej budżecie domowym. Nic też dziwnego, że dziecko takie jest bardzo często zaniedbywane, często wprost zagładzane.

Zachodzą i takie wypadki, że opiekunka w porozumieniu z matką, chcąc pozbyć się niewygodnego dla niej dziecka, zupełnie świadomie doprowadza je do takiego stanu, że dziecko umiera z wycieńczenia.

Bardzo mało lub wcale nie pomogą w takich wypadkach: opiekun sądowy, instytucja radców sierot,

wreszcie wszelkie przepisy policyjne, jak naprzykład rozporządzenie policyjne pana Wojewody z dnia 17. X. 1926 r. l. dz. 12986/27 V., o wychowaniu dzieci opuszczonych (Dz. Urzęd. Woj. Pozn. Nr. 48 poz. 641).

W takich wypadkach pozostaje jedynie przekazanie dziecka w opiekę ludziom wypróbowanej uczciwości wzgl. umieszczenie go w żłobku.

Celem racjonalnego ujęcia tego działu opieki społecznej pismem okólnym z dnia 29/X. 27 l. dz. 9896. 27 V, skierowanym do pp. przewodniczących wydziałów powiatowych, prezydentów miast wydzielonych i burmistrzów miast niewydzielonych, zalecił p. Wojewoda poznański przystąpienie samorządów powiatowych i miejskich do organizacji żłobków, a także po jednym żłobku w każdym powiecie.

Pismo to podaje szczegółowo cel i zadanie żłobka, jego organizację, koszty urządzenia i prowadzenia, kwalifikacje, jakich żądać się będzie od personelu itp.

I w tym wypadku Okręgowy Związek Kas Chorych w Poznaniu poparł akcję Urzędu Wojewódzkiego, zalecając Kasom Chorych obydwu województw w cytowanym już wyżej okólniku popieranie moralne i materialne akcji tworzenia i utrzymywania żłobków, a nawet wzięcie na siebie inicjatywy i zainteresowanie tych czynników, które przedewszystkiem są do tego powołane.

Tak skoordynowana akcja dała już wyniki, gdyż cały szereg powiatów i miast przystąpił do budowy, inne opracowują projekty i kosztorysy. Powiatami tymi są: Bydgoszcz, Chodzież, Czarnków, Gniezno (Witkowo, Kłeck, Czarniejewo), Grodzisk, Inowrocław (Gniewkowo), Leszno, Międzychód (Bielsk), Mogilno, Nowy-Tomyśl, Oborniki (Rudki), Odolanów, Ostrów, Poznań (Swarzędz), Rawicz, Śrem, Środa, Szamotuły, Wągrowiec, Wyrzysk, (Nakło), Września i Znin.

Niektóre Kasy Chorych w miejscowościach będących ich siedzibami, wprowadziły dożywianie dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. Akcja ta polega na tem, że w określonym miejscu i godzinach zgłaszającemu się dziecku wydaje się bezpłatnie kubek mleka przygotowanego i bułkę pod wiatkiem, że posiłek będzie spożyty na miejscu. Akcję tę prowadzą następujące Kasy: Chodzież, Gostyń, Gniezno, Inowrocław, Jarocin, Oborniki, Pleszew, Śrem, Września, Działdowo, Starogard, Sępólno, Toruń—miasto i Toruń—powiat.

Koszta tej akcji wynosiły za rok 1927 i 1928 kwotę 23067 zł.

Zbędnym byłoby tłumaczyć, jak podobny posiłek, podawany stale przez cały rok, wpływa dodatnio na organizm dziecka, nieraz wycieńczonego i niedojadającego.

Akcja ta prowadzona narazie w skromnych rozmiarach, popularyzuje się coraz bardziej i przypuszczać należy, obejmie w przyszłości większość Kas Chorych zwłaszcza tych, których członkowie żyją w większych skupieniach miejskich.

Dodać należy, że z dożywiania korzystają nie tylko dzieci ubezpieczonych w Kasach Chorych, stanowiących zresztą w województwach zachodnich około 40% ogółu obywateli, lecz także dzieci nieubezpieczonych, a to, nie tylko ze względów humanitarnych, lecz z przekonania, że po dojsciu do okresu

wieku młodocianego wzgl. pełnoletności, będą one stanowić rzesze członków Kas Chorych.

W akcji przeciwgruźliczej Kasy Chorych wykazują pewne, lecz — zdaniem mojem — niedostateczne jeszcze zainteresowanie. 49 Kas Chorych na ogólną liczbę 55 są członkami „Towarzystwa walki z gruźlicą”; 8 Kas Chorych subwencjonuje istniejące przychodnie przeciwgruźlicze w Lesznie, Gnieźnie, Odolanowie, Obornikach, Środzie, Ostrowie, Grudziądzu i Starogardzie, przeciętnie w wysokości 800 — 1200 zł. rocznie; Kasy Chorych nie wykazują natomiast dostatecznej inicjatywy w miejscowościach pozbawionych dotychczas przychodni, do czego z tytułu swego przeznaczenia Kasy Chorych najbardziej byłyby powołane.

Okręgowy Związek Kas Chorych, którego dyrektor jest z urzędu członkiem Zarządu Wojewódzkiego „Towarzystwa walki z gruźlicą”, już po dwakroć w swych okólnikach zalecił Kasom Chorych zwrócić baczną uwagę na ten dział Opieki Społecznej, również Okręgowy Urząd Ubezpieczeń występował energicznie i parokrotnie z podobnym zaleceniem.

Stwierdzić jednak należy, że zainteresowanie się tą akcją i jej zrozumienie zatacza coraz szersze kręgi.

Towarzystwo to zapewnia pomoc i opiekę dorosłym, dzieciom i młodzieży.

Kasy Chorych biorą udział w walce z jaglicą, subwencjonując kwotą 3200 zł. poradnie przeciwgruźlicze w 5 wypadkach.

Nową stosunkowo i bardzo celową akcją rozpoczęły niektóre Kasy Chorych w dziale kolonji i półkolonji dla dzieci i młodzieży.

Akcję tę rozpoczęto dopiero w roku 1926 obecnie w roku 1928 wykonują ją następujące Kasy Chorych: Miejska Kasa Chorych w Poznaniu — półkolonje dla 100 dzieci, pow. Kasa Chorych Poznań — 2 dzieci, Kasa Chorych w Jarocinie półkolonje i kolonje dla 60 dzieci; Kasa Chorych Gostyń — 30 dzieci, Kasa Chorych Inowrocław 148 dzieci, Kasa Chorych Oborniki — 2 dzieci, Kasa Chorych Międzychód — 4 dzieci, Kasa Chorych Nowy-Tomyśl — 10 dzieci, Kasa Chorych Ostrów — 12 dzieci, Kasa Chorych Śrem — 24 dzieci, Kasa Chorych Szubin — 5 dzieci, Kasa Chorych Środa — 27 dzieci, Kasa Chorych Września — 13 dzieci, Kasa Chorych Znin — 12 dzieci, Kasa Chorych Działdowo — 43 dzieci, Kasa Chorych Toruń—miasto — 225 dzici, Kasa Chorych Chełmno — 1 dziecko, razem 718 dzieci.

Koszta tej akcji wynosiły w roku 1926, 1927 i 1928 kwotę 26639 zł. W pewnych wypadkach wysyłano dzieci do uzdrowisk np. do Inowrocławia.

Dnia 30. I. 1929 r. wydał Okręgowy Związek Kas Chorych okólnik za nr. 25/29, w którym zaleca Kasom Chorych intensywniejsze zajęcie się akcją kolonij i półkolonij letnich dla dzieci.

Bardzo poważną rolę w działalności Kas Chorych stanowią „stacje sanitarne”. Są one pierwszym czynnikiem w akcji profilaktycznej i spełniają rolę ośrodków propagandy zasad higieny w najszerzych masach ludności wiejskiej oraz niosą pierwszą pomoc w nagłych wypadkach.

O organizacji, zadaniach i znaczeniu stacyj sanitarnych na tem miejscu mówić nie będę, gdyż wyjaśniały to wyczerpujące artykuły zamieszczone w „Ochronie Społecznej” organie Okręgowego

Związku Kas Chorych w Poznaniu („O potrzebie stacji sanitarnych” — Stefan Wilczyński Nr. 4 Ochrony Społecznej z 1924 r., oraz „Akcja Kas Chorych w zakładaniu stacji sanitarnych” — Dr. Bolesław Zmigród, Nr. 3 Ochrony Społecznej z 1928 roku).

Pragnę natomiast podkreślić znaczenie stacji sanitarnych w wykonywaniu zadań opieki społecznej, co najlepiej zresztą obrazuje regulamin dla higienistek, zatrudnionych w stacjach sanitarnych Kas Chorych.

Regulamin ten ułożony przez Związek Kas Chorych, przedyskutowany wspólnie z Okręgowym Urzędem Ubezpieczeń, został rozesłany Kasom Chorych przy piśmie okólnem Związku nr. 124/28 z dnia 17. XII. 1928 r.

Odnosny ustęp regulaminu brzmi jak następuje:

„Do obowiązków służbowych higienistki należy:

- 1) udzielanie pierwszej pomocy w nagłych wypadkach i kierowanie chorych do lekarza;
- 2) pielęgnowanie ciężko chorych;
- 3) udzielanie pouczeń kobietom ciężarnym i karmiącym;
- 4) opiekowanie się niemowlętami;
- 5) opiekowanie się dziećmi, oddanymi na „garnuszek”;
- 6) opiekowanie się chorymi na gruźlicę i jaglicę a pozostającymi w domu;
- 7) udzielanie porad w sprawach higieny mieszkań.

Celem wypełnienia swych obowiązków służbowych winna higienistka zaznajomić się ze stosunkami sanitarnymi jej okręgu, oddziaływać na ludność w kierunku podniesienia zdrowotności, względnie zapobiegania chorobom.

Do wypełnienia obowiązków wymienionych wyżej higienistka winna: pouczać rodziny mające małe dzieci o tem, jak je należy ubierać, odżywiać i jak się z nimi obchodzić; odwiedzać dzieci, oddane na wychowanie i opiekować się nimi; dozorować dzieci ułomne i chore na choroby przewlekłe; wyszukiwać wypadki gruźlicy i jaglicy i skierowywać osoby dotknięte temi chorobami do poradni, lekarza, lub do szpitala; zwracać baczną uwagę na stan higieniczny mieszkań i w odpowiednio taktowny sposób, starać się o usunięcie usterek; pouczać matki ciężarne o higienie ciąży, o zasadach pielęgnacji niemowlęcia, o konieczności karmienia dziecka piersią matki, o higienie okresu popołogowego itp.

Czynności określone wyżej może higienistka w miarę czasu i możliwości wykonywać także w stosunku do osób, nie mających prawa do świadczeń ze strony Kas Chorych”.

Inicjatywę organizowania stacji sanitarnych podjął Dyrektor Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń jeszcze w roku 1924, i w dalszym ciągu robi wszelkie wysiłki, aby Wielkopolska i Pomorze pokryte zostały planową siecią stacji.

W pracy tej idzie ręka w rękę z Okręgowym Urzędem Ubezpieczeń Okręgowy Związek Kas Chorych, wysyłając w tej sprawie do Kas Chorych instruktora w osobie naczelnego lekarza, badając plany i kosztorysy projektowanych stacji, zasilając organizowane stacje w pomocniczy personel lekarski i wreszcie angażując specjalną inspektorę-higienistkę z grona absolwentek Wyższej Szkoły Pielęgniarek i Higienistek w Poznaniu.

Stacji sanitarnych własnych mają Kasy Chorych obydwu województw 31, nadto subwencjonują 47 stacji, będących własnością gmin, powiatowych związków komunalnych lub osób prywatnych.

Jest rzeczą stwierdzoną, że po trzyletniem istnieniu stacji obserwuje się minimalny, na razie, spadek świadczeń na pomoc lekarską i apteki; z całą pewnością można jednak twierdzić, że prawdziwy efekt pracy stacji nastąpi po upływie 15 — 18 lat po jej założeniu, kiedy wejdzie w życie nowa generacja, będąca obecnie w okresie niemowlęctwa.

Największym niedomaganiem stacji sanitarnych w pewnych zaś wypadkach wprost przeszkodą w ich zakładaniu, jest brak odpowiednio przygotowanego pomocniczego personelu lekarskiego, tj. higienistek i pielęgniarek.

Ten brak zmusza niejednokrotnie Kasy Chorych do obsadzania stanowisk higienistek osobami z niedostatecznymi kwalifikacjami z tem, że niezbędne wiadomości zdobywała sobie ona przez dłuższą dopiero praktykę.

Aby zaradzić temu Okręgowy Związek Kas Chorych zorganizował w marcu roku 1928 sześciomiesięczny kurs dla higienistek (pielęgniarek) społecznych.

Na kurs zgłosiło się 85 kandydatek, przyjęto 40, ukończyło — 36 uczenic.

Część teoretyczna obejmowała następujące przedmioty: anatomję, fizjologję, higienę, bakterjologję, choroby zakaźne, weneryczne, wieku dziecięcego, odżywianie niemowląt, położnictwo, waikę z gruźlicą, z jaglicą, ustawodawstwo i organizację opieki społecznej, ubezpieczenia społeczne, wiadomości o stacji opieki nad matką i dzieckiem, o żłobkach, wiadomości z pielęgniarstwa itp.

Ćwiczenia praktyczne odbywały uczennice w szpitalach, klinikach, przychodniach i instytucjach opieki społecznej.

Niezamożnym uczennicom udzielały poszczególne Kasy Chorych stypendjów, wzamian za co uczennice zobowiązały się po skończeniu kursu do pracy w danej Kasie (przeważnie w stacjach sanitarnych) pewną ilość lat.

Wszystkie absolwentki zaraz po ukończeniu kursu otrzymały posady w Kasach Chorych.

Wobec tego że Kasy Chorych potrzebują jeszcze 260 higienistek — Okręgowy Związek organizować będzie podobne kursy corocznie w okresie następnym 6 — 8 lat.

Duże zainteresowanie okazują Kasy Chorych województw poznańskiego i pomorskiego akcją ogródków działkowych, które w Polsce są stosunkowo nowym przejawem w dziedzinie opieki społecznej.

Ogródki działkowe jest to pewna przestrzeń przeznaczona na hodowlę jarzyn i owoców, położona w środku przeważnie jednak na peryferjach miasta, przestrzeni kilku lub kilkunastu hektarów, odpowiednio ogrodzona, podzielona na parcelki od 300 do 500 m², zaopatrzona w wodociąg lub studnie.

O historii ogródków działkowych, celach, zadaniach, organizacji, o ich znaczeniu ze stanowiska zdrowotnego, moralno-wychowawczego, materialnego

go i piękna pisałem obszernie w nr. 3 „Ochrony Społecznej” z roku 1927 w artykule „Ogródki działkowe jako zagadnienia społeczne”.

Odsyłając interesujących się do tego artykułu, pragnę na tem miejscu zwrócić uwagę na ustosunkowanie się Kas Chorych do tego zagadnienia.

Kasy Chorych, na skutek pisma okólnego nr. 75/28 z dnia 13. VIII. 28 r., wydanego do nich przez Okręgowy Związek Kas Chorych w Poznaniu, wykazały wielkie zainteresowanie się omawianą dziedziną, zaczęły przez swych członków wpływać na zarządy miast, pobudzając je do wyznaczania odpowiednich terenów i środków finansowych.

Nadto osiemnaście Kas Chorych a to: w Bydgoszczy (miejska), Gnieźnie, Gostyniu, Grudziądzu, Inowrocławiu, Koźminie, Poznaniu (miejska), Poznaniu (powiat), Starogardzie, Śremie, Świeciu, Szubinie, Tucholi, Wąbrzeźmie, Wrześni, Wyrzysku i Żnieniu, przystąpiły na członków Związku Tow. Ogródków Działkowych, opłacając składkę w wysokości od 25 do 100 złotych rocznie.

Życzyćby należało, aby wszystkie Kasy Chorych innych okręgów, nie zwlekając, wstąpiły do Związku i zainteresowały się bliżej jego akcją, idącą po linii interesów ubezpieczonych.

Jaką wagę przykładają Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej do zagadnienia Ogródków Działkowych dowodzi fakt, że przystąpiło ono do opracowania projektu ustawy o ogródkach działkowych, od samego początku powstania związku niezwykle wydatnie akcję jego popiera, z wielką życzliwością przyjmuje wszelkie jego poczynania i bardzo wydatnie subwencjonuje akcję związku.

Dodać należy, że poszczególne kolonie ogródków działkowych w miastach województwa poznańskiego występują jako jeden z pierwszorzędných czynni-

ków w organizacji półkolonij letnich dla dziatwy nie tylko członków kolonji, lecz również z poza nich.

Akcja ta przedstawia się w liczbach jak następuje:

w roku 1925 urządzono półkolonje dla 100 dzieci
w roku 1926 urządzono półkolonje dla 409 dzieci
w roku 1927 urządzono półkolonje dla 1133 dzieci
w roku 1928 urządzono półkolonje dla 2119 dzieci

W niniejszym artykule ze względu na brak miejsca nie wyczerpałem wszystkich tych działów Opieki Społecznej, w wykonywaniu których biorą udział Kasy Chorych.

Nie poruszałem również i tych wypadków, gdzie Kasy Chorych są niejako w stadium przygotowawczem do współdziałania z innymi czynnikami zwłaszcza samorządem terytorjalnym w wykonywaniu zadań opieki społecznej.

Z tego co podałem wynika, że Kasy Chorych województw poznańskiego i pomorskiego potrafiły umiejętnie i w sposób właściwy wykorzystać przysługujące im z art. 88 ustawy z dnia 19. V. 1920 r. uprawnienia i osiągnąć wcale poważne wyniki.

Wyniki te są dowodem zrozumienia przez Okręgowy Zw. K. Ch. i Kasy Chorych ducha ustawy, należącego do społecznienia władz Kas, życzliwego stosunku władz nadzorczych do poczynania Kas oraz że Okręgowy Związek Kas Chorych, patronuje wszelkim poczynaniom, poucza Kasy, pomaga im czynnie, propaguje na łamach swego organu od początku jego istnienia konieczność czynnego udziału Kas w wykonywaniu zadań opieki społecznej, popiera ruch wydawniczy i nawet przystępuje sam do wydawania większych prac i broszur z omawianej dziedziny.

W najbliższych kilku latach Związek dążyć będzie do pogłębienia i rozszerzenia prac zaczętych, do czego przyczynią się w pierwszym rzędzie tak wspaniale zapowiadające się stacje sanitarne.

KSIĄŻKI I CZASOPISMA

„INSPEKTOR PRACY”. Ukazał się Nr. I czasopisma poświęconego zagadnieniom inspekcji pracy w składzie redakcji: Antoni Eichhorn, Henryk Hummel, Przemysław Podgórski, Wacław Prenier, Lucyna Woliniowska.

Są to fachowcy w dziedzinie inspekcji pracy, ludzie pracujący zawodowo na terenie inspekcji pracy tak, iż pismo to spełni swe zadanie.

„Pragniemy — pisze Red. w artykule wstępnym — w drodze wymiany myśli i poglądów doskonalić się, tworzyć nadal żywe i jednolite formy naszej działalności, pragniemy uchronić się przed rutyną, prowadzącą do biurokratycznego skostnienia, pragniemy przez wzajemną wymianę doświadczeń utrwalić w naszej pracy dodatnie jej formy, odrzucając na podstawie życzliwej koleżeńskiej i oczywista rzeczowej krytyki, ujemne jej formy.

Musimy wspólnym wysiłkiem zdobywać doświadczenia i umiejętność regulowania tych zagadnień z pożytkiem dla społeczeństwa. Tego nie dadzą żadne instrukcje, ani okólniki, musi to być zdobyte w drodze zbiorowych wysiłków.”

Następny artykuł p. W. P. omawia dziesięcioletnie już dzieje polskiej inspekcji pracy. Pan Dr. H. H. omawia ważne

dla nas zagadnienie współdziałania inspekcji z Kasami Chorych. Autor stwierdza na wstępie, że sprawa ta wchodzi na tory realne.

Kasa Chorych, w myśl zasady, że bardziej celowe i ekonomiczne jest zapobieganie niż leczenie choroby i ponoszenie dalszych konsekwencji, wkracza w dziedzinę medycyny zapobiegawczej — w dziedzinę zdrowia robotników. Każdy inspektor pracy z uznaniem powita tę cenną dla nas współpracę.

Badając higieniczne warunki pracy w danej fabryce, stwierdzamy liczne, szkodliwe dla zdrowia czynniki, które niechybnie muszą wywołać zgóry wiadome zmiany chorobowe i nieraz zmuszają robotników do przeprowadzenia kuracji. Jeżeli jednak chcemy przekonać się, jak często i na co chorują robotnicy w tej fabryce i zwrócimy się z takimi pytaniami do poszczególnych przedsiębiorców, otrzymamy prawie zawsze odpowiedź, że w ich fabrykach wogóle nie chorują i napewno wskażą nam robotnika, który pracuje w danej fabryce 30 — 40 lat i jest wyjątkowo zdrowy; zwracamy się wówczas do samych robotników i otrzymujemy prawie taką samą odpowiedź. Jeżeli jednak robotnik zjawi się do biura Inspekcji Pracy po zwolnieniu, wtedy dopiero od niego otrzymamy dokładniejsze informacje. Przeglądamy książki fabryczne, chcąc się dowie-

dzień, jak często chorują robotnicy, ile dni przepuszczają z powodu choroby i też prawie nic nie dowiemy się. Jeżeli jest przy fabryce ambulatorjum Kasy Chorych, to z ksiąg ambulatoryjnych możemy dowiedzieć się również bardzo mało. Wiadomości w tej dziedzinie zbieramy dotychczas drogą okólną i przez obserwacje. Brak ścisłych, a tak ważnych dla nas danych, utrudnia pracę i może często prowadzi do błędnych wniosków.

Zupełnie inaczej będzie rozwijała się nasza praca, jeżeli będziemy mogli otrzymać z Kasy Chorych wiadomości, jak często w danej fabryce chorują robotnicy, jakie najczęściej zdarzają się choroby, jakie skutki te choroby pociągają za sobą i jakie kategorie robotników najbardziej są narażone i t. d.

Wtedy wiele kwestji, dotyczących stanu zdrowia robotników, wyjaśni się i nasze zarządzenia, dotyczące ochrony zdrowia, będą najbardziej celowe i skuteczne.

Również Kasa Chorych, mając zgrupowane informacje winna zwracać uwagę odnośnego inspektora, że w danej fabryce liczba zachorowań zwiększa się, że występują takie a takie choroby.

Kasa Chorych dostarcza wiadomości, a Inspekcja Pracy działa i zapobiega powstawaniu chorób w fabryce — to jest punkt ciężkości tej kwestji i w tych tylko warunkach wspólna praca będzie owocna.

P. L. W. omawia owe bardzo ważne zagadnienie, interesujące także i Kasy Chorych, a mianowicie organizację złożeń fabrycznych dla niemowląt.

P. A. E. w artykule „Plakaty ostrzegawcze” podkreśla znaczenie plakatów w dziedzinie propagandy, mającej na celu zapobieganie wypadkom.

Plakat — pisze autor — to przepis, streszczony w kilku barwnych plamach; a przepisy po fabrykach, to zawsze przepisy zawodowe, ułożone na podstawie doświadczenia z maszynami i urządzeniami mechanicznymi w ruchu; tylko zawodowiec, znający wszechstronnie proces danej fabrykacji i cechy charakterystyczne pracy przy różnych maszynach: drzewnych, przędzalniczych, garbarskich, młynarskich i t. p., jest w stanie ułożyć dobre przepisy ochronne. A więc plakat — streszczenie przepisu — winien się odznaczać tem samem lub spotęgowanem jeszcze odczuciem charakteru pracy i mogącego przytem grozić niebezpieczeństwa. A gdzie szukać tego odczucia, jeżeli nie u kolegów inspektorów pracy, którzy, mając techniczne przygotowanie, badają od szeregu lat przyczyny wypadków bezpośrednio na miejscu i prawie bezpośrednio po wypadku.

Szereg przeglądów pism, książek i notatka o Powszechnej Wystawie Krajowej w Poznaniu zamykają Nr. 1szy tego pisma.

Pismo to mimo charakteru fachowego winno się znaleźć w rękach każdego ubezpieczeniowca i lekarza Kasy Chorych.

„WIADOMOŚCI LEKARSKIE” (numer grudniowy) drukują artykuł p. dr. Róży Goldman-Schieberowej p. t. „Głos lekarza Kasowego w dniach walki z gruźlicą”. Celem tego artykułu jest „rachunek sumienia jak lekarze mają uzbroić się do tej walki” (z gruźlicą) w imię dobra tych, których zdrowie spoczywa w rękach lekarzy.

Autorka opisuje kalwarję cierpień chorych na gruźlicę — ubezpieczonych w Kasie Chorych i bada przyczyny stanu obecnego.

„...Otóż może pierwszą przyczyną zła jest to, że zbytnio lubimy zwać winy na Zarządy Kas, zbyt mało czynić siebie odpowiedzialnymi za los powierzonych nam chorych. Bo jeśli Zarządy Kas nie robią tego, co trzeba, lub może nie rozumieją gdzie tkwi istota i sedno rzeczy, jeśli ką widzenia i działania ich jest nastawiony często materialistycznie (?) ze względu na ekonomiczny rozwój instytucji jako całości — to musimy dopil-

nować i walczyć o prawa naszych pacjentów — musimy stawiać żądania kategoryczne i żądać spełnienia ich w imię dobra chorych i sprawiedliwości”.

Autorka dochodzi do wniosku, że tylko na wielką skalę zainicjowana przez Ogólno-Państwowy Związek Kas Chorych akcja budowy sanatorjów może doprowadzić do zmniejszenia się liczby wypadków gruźlicy w Polsce i stwierdza, że „...Ośrodki gruźlicze (zaopatrzone w lekarzy specjalistów, lampy kwarcowe, Roentgeny, i t. d.) powinny powstawać przy średnio wielkich oddziałach kasowych drogą kooperatywnego działania z mniejszemi kasami je otaczającemi—a systemem ich ma być decentralizacja z autonomją lokalną; ta budowa sanatorjów, wymagająca wielkiego nakładu pracy, sił a przedewszystkiem funduszków powinna spocząć w rękę instytucji centralnej, która dokona tego wielkiego dzieła przy pomocy wszystkich zjednoczonych Kas w Polsce”.

Żądania bardzo słuszne. Związek Państwowy już zainicjował akcję budowy sanatorjów, organizacja zakładów roentgenowskich jest już częściowo przeprowadzona. Np. Okręgowy Związek Kas Chorych w Warszawie stworzył już dwa zakłady w Lublinie i w Białymstoku dla Kas okolicznych. Zwrócić jednak musimy uwagę, że nawet najbardziej energiczna i celowa akcja Kas Chorych w dziedzinie walki z gruźlicą pozostanie fragmentem ze względu na ograniczony okres świadczeń udzielanych, dopóki nie zostanie wprowadzone ubezpieczenie inwalidzkie, załatwiająca zasadnicze to zagadnienie.

„PRZEMYSŁ I HANDEL”. W Nr. 49/1928 omawia prof. Caro w artykule „Przyszłe drogi naszej polityki gospodarczej i społecznej” zagadnienia aktualne, gospodarcze i społeczne naszego kraju. Z dłuższych wywodów prof. Caro przytaczamy ustęp, tyjący się polityki społecznej naszych „sfer gospodarczych”.

„Sfery przemysłowe — pisze prof. Caro — w Polsce źle się orjentują i we własnej sytuacji i w położeniu lichu wynagradzanej naszej klasy robotniczej i, co najważniejsze, w groźnym podminowaniu całego ustroju, w którym żyjemy, przez tajną agencję bolszewicką. Nie jest do utrzymania obecny stan rzeczy, w którym robotnik fabryczny pobiera wynagrodzenie najskromniejsze niemal w całej Europie, poprzestaje na najlichszym mieszkaniu, pracuje w fabrykach i kopalniach o nie wystarczających warunkach bezpieczeństwa, a poza zaborem pruskim nie jest ubezpieczony na starość. A mimo to jeszcze sfery przemysłowe narzekają na urlopy, na „drogie” godziny nadliczbowe, na rzekomo zbyt krótki czas pracy, mimo że zarówno ustawa jak i zezwolenia inspektorów pracy w licznych wypadkach umożliwiają jego przedłużenie, a ani urlopy, ani godziny nadliczbowe nie mogą być „drogie”, skoro wynagrodzenie za nie stosuje się do płac, zmuszających robotnika, poza nielicznymi wyjątkami, do obywania się bez zaspokojenia potrzeb kulturalnych.

Poza tem reprezentanci wielkiego przemysłu patrzą niechętnem okiem na instytucję najowocniejszą i najszlachejniejszą: inspektorów pracy, twierdząc, że mieszanie się ich do spraw fabrycznych czy kopalnianych narusza porządek wewnętrzny w zakładach przemysłowych, i tem samem dowodząc, że istota stosunku między przedsiębiorcą a robotnikiem jest dla nich dotąd niezrozumiała. Zdaje im się mianowicie, że stosunek to prywatno - prawny, do którego nikt postronny nie ma prawa, i że przedsiębiorca już w imię prestig'u winien być „panem u siebie”. Tymczasem jest to stosunek prawno-publiczny, gdyż tu człowiek oddaje wraz z czasem swym i siebie samego na dany okres czasu pod rozkazy drugiego; władza rządowa czuwać więc musi nad tem, by wykonanie tej przewagi nie było połączone z nadużyciem. Myślący szerzej przedsiębiorca nie będzie czuł się dotknięty faktami interwencji inspek-

torą pracy, owszem, zrozumie jego zadania i będzie go w ich spełnianiu popierał. Tak jest na Zachodzie. Tymczasem u nas, z małymi wyjątkami, panuje zupełny brak zmysłu społecznego wśród naszych przemysłowców oraz brak zdolności przewidywania nieodwrotnych następstw negatywnego zachowania się wobec umiarkowanych i pokojowych reform społecznych.

Jeżeli w fabrykach czy kopalniach panują często stosunki, urągające słusznym wymaganiom bezpieczeństwa lub higieny, konieczne jest wydanie rozkazów usunięcia niedomagań i zabezpieczenie ich skuteczności karami pieniężnymi bez poruszania uciążliwej i powolnej maszyny sądowej. Musimy zrozumieć, że bez względu na stosunki zacofane przeszłości winniśmy jak najrychlej stanąć tam, gdzie stoi Europa Zachodnia".

Cytujemy ten ustęp w całości. Poglądy prof. Caro świadczą, iż nasze sfery naukowe rozumieją w całości grozę położenia, jaką stwarza systematyczny opór Lewiatana przeciw wszelkim reformom w dziedzinie polityki społecznej.

„HIGJENA PRACY”. W sierpniu 1928 r. ukazał się w drugim zeszycie tego pisma obszerny artykuł znanego neurologa z Łodzi Dr. Bronisława Frenkla i Henryka Dynkiewicza o zatruciach dwusiarczkiem węgla w produkcji sztucznego jedwabiu w Tomaszowie. Dr. Frenkel w praktyce swojej szpitalnej, jako Kierownik oddziału neurologicznego, stwierdził chroniczne zatrucie dwusiarczkiem węgla u 8 robotników pracujących w fabryce sztucznego jedwabiu w Tomaszowie. Wszyscy chorzy cierpieli na toksyczne zapalenie pni nerwowych, wyrażające się bólem i drętwieniem w łydkach obu kończyn dolnych, osłabieniem siły mięśniowej, osłabieniem czucia bólowego, dotykowego i termicznego, zanikiem mięśniowym nieznacznie stopnia i wielu innymi jeszcze objawami.

Częściowa poprawa może nastąpić tylko przez zupełne usunięcie tych chorych z tego rodzaju zakładów pracy.

Artykuł ten napisany spokojnie, przedmiotowo o poważnym naukowym charakterze stwierdzał, że ze zdrowiem robotników, pracujących w fabryce sztucznego jedwabiu w Tomaszowie, nie wszystko jest w porządku, gdyż właściciele tej fabryki nie liczą się z przepisami higieny pracy, o ochronie zdrowia pracujących, kiedy tak ciężkie i poważne zaburzenia w zdrowiu mogą nastąpić. Trzeci numer „Higieny Pracy” w artykule p. Haliny Kraheleskiej: „Tomaszowska fabryka sztucznego jedwabiu”, nie tylko potwierdził te przypuszczenia, ale przyniósł nam opis karygodnego zaniedbania urządzeń zabezpieczeń ochronnych. Jeszcze w roku 1926, pisze p. Kraheleska, Główny Inspektor Pracy stwierdził szczególnie źle i zagrażające zdrowiu robotników warunki pracy w dziale fabrykacji jedwabiu. Wydano zarządzenie, ale kiedy w kilka miesięcy potem Inspektor Pracy wizytował powtórnie te zakłady spostrzegł, że „właśnie polecenie najbardziej zasadnicze w sprawie zapobiegania zatrucia nie zostały przez fabrykę wykonane”. Statystyka Kasy Chorych w Tomaszowie wykazała uraz większej ilości zasłabnięć na oczy. Nadto Kasa Chorych stwierdziła częste zatrucie dwusiarczkiem węgla. Oprócz tego na 300 zgłoszeń chorych wypadła przeciętnie 10% na robotników fabryki sztucznego jedwabiu, a choroby piersiowe stanowią 90% zasłabnięć. W r. 1927 fabryka przeprowadziła się do nowego gmachu, ale zarząd fabryki i tu nie zastosował się do wymaganych przepisów ochrony pracy i w dalszym ciągu pracą w tej fabryce działa zabójczo na zdrowie robotników. Zarząd przedsiębiorstwa znalazł jednak swoją własną metodę „tomaszowską” stosowania higieny pracy. Ponieważ robotnicy zatrudnieni w tej fabryce pochodzą przeważnie z okolicznych wsi, „nieuświadomieni co do stawek płac przewidzianych w umowie”, skoro tylko u nich ukazały się pierwsze objawy zatrucia „zostają zwalniani z fabryki, na ich miejsce przy-

mowano w dalszym ciągu małorołnych i bezrołnych z okolicznych wsi”, by ich znowu po jakimś czasie, gdy zachorują wyrzucić na bruk. Polityka społeczna zarządu fabryki jedyna w swoim rodzaju, wychodząca z założenia, że miast wykonywać zarządzenia racjonalne inspektoratu pracy,łożyć inwestycje na urządzenia ochronne, o wiele prościej jest chorą robotników usuwać, gdyż sąsiednie wsie dostarczyć mogą w dostatecznej ilości taniego robotnika. A że robotnik był tani dowodzi artykuł inspektorki Kraheleskiej. Zarobki za pracę rozpoczynały się od 32 groszy na godzinę. Był to zarobek przy 8 godzinnej pracy wynoszący 64 zł. miesięcznie. Ze przy tak niskiej płacy robotnik nie mógł się odżywiać odpowiednio i łatwiej ulegał chorobom, nie ulega najmniejszej wątpliwości, gdyż medycyna społeczna uczy, że trzy czynniki wpływają na rozwój chorobowości klasy robotniczej, t. j. płaca, zawód i mieszkanie. Pierwsze dwa czynniki, działające w tomaszowskiej fabryce, są nam już znane, trzeci zapewne nie odbiegał od dwóch poprzednich. Tak więc robotnik tej fabryki żyje w najfatalniejszych warunkach. Ze produkcja sztucznego jedwabiu nie musi być tak szkodliwa dla pracujących, że można ich uchronić od zatrucia dwusiarczkiem węgla dowodzi praca Dr. K. Gerbisa z Erfurtu „O przemyśle sztucznego jedwabiu”, w której autor stwierdza, że płukanie i suszenie odbywa się w nowoczesnych urządzeniach bez szkody dla zdrowia pracowników.

Artykuł inspektorki pracy Kraheleskiej wywołał polemikę w prasie codziennej. „Kurjer Polski” w Warszawie zarzucił w dn. 20.XII Nr. 351/1928 p. Kraheleskiej zdradę tajemnic urzędowych i uważa „używanie akt urzędowych, względnie zawartego w nich materiału do takich ataków, za niewłaściwe, a dla realizacji tych celów w życiu gospodarczym, jakie nam dzisiaj przyświecają wręcz szkodliwe”. Ale „Kurjer Polski” nie ograniczył się do tego jednego artykułu zatytułowanego „Niewłaściwe sposoby”, ale już dnia 22.XII wystąpił z drugim artykułem p. t. „W obronie prawdy” zapewne inspirowanym przez zarząd fabryki sztucznego jedwabiu, gdyż przecież „chodzi tu o tak bardzo ważną placówkę przemysłową zażywającą najlepszej opinii”. Naturalnie zarząd fabryki „zażywającej najlepszej opinii”, zaprzecza wszystkiemu. Nie było wcale zatruc dwusiarczkiem węgla, były tylko sporadyczne wypadki zatrucia, „których jednak nie przypisywaliśmy zupełnie ujemnemu wpływowi dwusiarczka węgla”. A więc dwusiarek węgla jest dla zarządu fabryki „zażywającej najlepszej opinii”, zupełnie niewinnym środkiem, wcale ujemnie nie działającym. Zarząd fabryki z czystym sumieniem przechodzi do porządku nad niezbitymi pewnikami nauki lekarskiej o zgubnej działalności dwusiarczka węgla w produkcji przemysłowej na zdrowie robotników, którzy byli leczeni przez neurologa Dr. Frenkla w szpitalu w Łodzi.

Zarząd fabryki stara się usprawiedliwić i powiada, że może tak źle było dawniej, w starym budynku fabrycznym, ale obecnie „pod koniec 1927 r. zakończona została budowa nowej fabryki wiskozowej, wzniesionej według wszelkich wymagań współczesnej techniki”. A jak wzorową jest ta fabryka najlepszy dowód, że „od chwili uruchomienia tej nowej fabryki odwiedził nas cały szereg inżynierów francuskich, belgijskich, holenderskich, niemieckich i angielskich, którzy z najwyższym uznanem wyrażali się o sposobie fabrykacji i urządzeniach technicznych”. Nie byliśmy świadkami pochwał zagranicznych gości, ale stwierdzić należy, że sposoby fabrykacji i urządzenia technicznego mogą być najlepsze, ale dla zdrowia pracujących mogą być szkodliwe. Dopiero dobre techniczne urządzenia zgodne z wymogami higieny, decydują o jej wartości. Tymczasem w rzeczywistości jest całkiem inaczej. Inspekcja pracy stwierdziła, że nawet w nowym budynku nie zastoso-

wano przepisów higieny i fabrykacja jest zabójcza dla pracowników.

Przykład tomaszowskiej fabryki sztucznego jedwabiu winien obudzić czujność Zarządów Kas Chorych, które nie powinny ograniczać się do mechanicznego stosowania przepisów ustawy w zakresie leczenia chorób powstałych, ale przez zorganizowanie dokładnej statystyki chorobowej, stworzyć podstawę dla celów higieny społecznej.

„WIADOMOŚCI KASY CHORYCH M. ŁODZI” (Nr. 2) ogłaszają ciekawy artykuł p. Fr. Kałużyńskiego, przewodniczącego Zarządu tej Kasy p. t.: „Nasze potrzeby szpitalne”. Podajemy ustępy najważniejsze:

Kasa Łódzka od początku swej działalności znalazła się w bardzo trudnym położeniu pod względem stosowania leczenia szpitalnego. Łódź, co jest zresztą wszystkim wiadome, jako miasto najbardziej przemysłowe i pod względem sanitarnym najbardziej zaniedbane, a więc i wymagające najwięcej łóżek szpitalnych — ma ich proporcjonalnie najmniej ze wszystkich miast polskich.

Z chwilą powstania Kasy Chorych odrazu zagadnienie szpitalnego leczenia stało się bardzo skomplikowane, niemożliwe do rozwiązania: miasto posiadało zaledwie około 1.200 łóżek szpitalnych, podczas gdy zapotrzebowanie ze strony samej Kasy znacznie przewyższało tę liczbę. Ażeby zaspokoić te potrzeby, jakie racjonalnie podjęta pomoc lekarska wymaga, Kasa Chorych tylko dla swych ubezpieczonych winna mieć do dyspozycji około 2.000 łóżek szpitalnych. To też od początku działalności Kasy miała ona ciągłe kłopoty z powodu wypadków, które kończyły się nieraz w sposób tragiczny.

Absolutna większość ubezpieczonych nie zdaje sobie z tego zupełnie sprawy i za skutki, spowodowane brakiem łóżek szpitalnych, czyni odpowiedzialnym Zarząd Kasy Chorych, który rozwiązania sprawy dokonać nie jest w stanie.

Rozumie się, że regulowanie ruchu chorych przy tego rodzaju warunkach wymaga dużo pracy i ostrożności, a w rezultacie zawsze pozostawia niezadowolenie. Jak dalece regulowanie ruchu chorych do szpitali jest trudne, świadczą fakty bardzo często się powtarzające, że chory, zaliczony do grupy 1-szej, a który w trybie najspieszniejszym winien być odesłany do szpitala w celu natychmiastowego dokonania mu operacji — obwożony jest sanitarką kasową kolejno do wszystkich szpitali, aż w końcu przyjmując go szpital, dając mu łóżko... w korytarzu. Skandal! Ale tak jest!

Nie mam zamiaru opisywać tutaj scen, jakie towarzyszyć muszą podobnym faktom. I dowodzić też nie potrzeba, że taka sytuacja wytwarza niepodatny grunt dla popularyzowania i utrwalania idei przymusowego ubezpieczenia chorobowego wśród sfer robotniczych i pracowniczych.

Wyjątkowo ciężkie położenie naszej instytucji odczuwającej tak bardzo chroniczny brak miejsc w szpitalach, zmusiło również Zarząd Kasy do pewnych, a rzadko chyba praktycznych posunięć względem zarządów szpitali. Zarząd Kasy w tem skomplikowanym położeniu zajął stanowisko wzmoczenia „obrotu” chorych w szpitalach. Chodzi mianowicie o to, aby leczenie w szpitalach odbywało się — jeśli się tak można wyrazić — „intensywnie”, t. j. aby ilość dni przebywania chorego skrócić do koniecznego minimum.

Stąd oczywiście i dla szpitali pewne niedogodności, jak konieczność sprawniejszego funkcjonowania organizacji i stałej opieki lekarskiej, pielęgniarskiej i wogóle zwiększenia gotowości i działania całej administracji szpitalnej. Są to sprawy w naszych warunkach trudne — niekiedy bardzo trudne! Dotychczasowe rozmowy na ten temat nie wydały pożądanego dla Kasy wyniku. Zarządy szpitali uświadamiają sobie — zdaje

konkretne — że swoje położenie bardzo trudno zmienić. Usiłowania wszelkie, zmierzające do zmniejszenia, a być może do usunięcia wogóle oczekujących na szpital chorych, nie jest przecież zbyt pożądaną dla szpitali. Zarząd Kasy wobec tego nie może nawet częściowo zaradzić złu.

Budowa szpitala przez Kasę Chorych zgóry jest przesądzona niekorzystnie na cały szereg lat, gdyż inne konieczne inwestycje kasowe, których ani państwo, ani samorząd miejski nie wykona, muszą być w pierwszym rzędzie realizowane w tempie zależnym od zasobów finansowych instytucji.

Witać więc musimy z uznaniem inicjatywę Okr. Zw. Kas Chorych w Łodzi, który, rozumiejąc położenie, buduje własny szpital. Łódź zatem, o ile Związek uzyska finansowe poparcie miarodajnych czynników, będzie bogatsza o 290 łóżek, a to częściowo umożliwi Kasie Łódzkiej rozszerzenie opieki szpitalnej i ułatwi Zarządowi Kasy zawarcie ze szpitalami umowy, stwarzającej odpowiednie warunki leczenia kasowych chorych w pozostałych szpitalach.

PROF. ANTONI CIESZYŃSKI. Stan lekarski w czasach obecnych pod względem liczbowym i ekonomicznym. Lwów 1928. Nakł. autora.

Ukazała się książeczka, na którą musimy zwrócić uwagę. Prof. Cieszyński wydał drukiem odczyt, wygłoszony pod tym samym tytułem na zjeździe lekarzy w Krakowie w grudniu 1927 r.

Monografie, omawiające sytuację gospodarczą pewnej grupy społecznej—a w tym wypadku tak ważkiej, jak lekarze—są u nas bardzo rzadkie. Brak jeszcze pracowników naukowo odpowiednio przygotowanych, którzyby mogli się podjąć tak ciężkiej pracy naukowej, brak i materiałów chociażby surowych, któreby mogły być rzetelną podstawą naukową tego rodzaju pracy. Licząc się nawet z trudnościami temi, musimy ze smutkiem stwierdzić, że praca prof. Cieszyńskiego nie odpowiada pokładanym nadziejom. Jest to raczej zbiór tablic statystycznych nie powiązanych wzajemnie, czerpanych przeważnie z drugiego i trzeciego źródła, brak uogólnień, mocnej podstawy ekonomicznej, brak wniosków. Wszystko to co zapewne, w mniemaniu Szan. Autora, jest wnioskiem (str. 50 i następne) jest w naszym zrozumieniu zaledwie ogólnikową rezolucją, jakich tysiące składa się na zjazdach wszelkiego rodzaju, a nie wnioskami godnymi pracy naukowej o charakterze tak specjalnym jak monografia prof. Cieszyńskiego. Czy można inaczej ocenić „tezę” Szan. Autora, która brzmi (str. 51) „podatki w Polsce są niesprawiedliwie rozłożone, ciężary składa się na małą liczbę podatników — „burżujów”, a proletarjat miejski i wiejski, mający mniejsze potrzeby i wydatki nieraz lepiej jest sytuowany od t. zw. „inteligenta”, żyje jak ptak boży, który nie sieje ani nie orze, a mimo to ma zapewnione bezpieczeństwo w Pastwie; buduje mu się drogi, koleje, oświetla mu się miasto, buduje tramwaje, zakłada wodociągi, buduje mu się szpitale i tworzy się fundusz dla bezrobotnych”. Profesor uniwersytetu, członek wydziału lekarskiego stwierdza, iż proletarjat żyje w Polsce jak ptak boży „nie sieje ani nie orze” ba nawet Państwo propaguje taką rozpustę że „mu” buduje drogi, szpitale, wodociągi, oświetla miasto. Naszym zdaniem monografia gospodarcza nie jest miejscem właściwym do zalecania lekarzom prowadzenia „ksiąg dochodowych” (str. 51) lub domaganie się w osobnym punkcie (str. 52 punkt 3) wydania ustawy, normującej studia stomatologiczne.

P. prof. Cieszyński domagając się słusznie wprowadzenia na wydziałach lekarskich wykładów z ekonomii upraszcza sobie to zagadnienie domagając się wprowadzenia wykładów „ekonomii lekarskiej”. O ile się nie mylimy, takiej wiedzy niema. Owa „ekonomja lekarska” ma uczyć przyszłego lekarza, we-

dług p. prof. Cieszyńskiego np. „sposobów uzyskania kredytów”, których oczywiście student nie zna. Ma owa „ekonomia lekarska” uczyć „...dróg, które należy obrać, ażeby zdobyć sobie pierwsze warunki egzystencji, ...nie wie dokąd należy się udać, ażeby uzyskać posadę lekarza zależnego ze stałemi poborami”. (str. 50) Owa „ekonomia lekarska” ma zastąpić na uniwersytetach nadmiar historii medycyny, medycyny sądowej i psychologii, rzekomo wykładanej na wydziałach lekarskich naszych uniwersytetów. Zaprawdę żądanie ze wszelkich miar interesujące, zwłaszcza, że lekarze uczą nas „laików” że lekarz jest przede wszystkim psychologiem.

Specjalny charakter naszego pisma nie pozwala nam na omówienie całej książki i wszystkich zagadnień w niej poruszonych, ograniczymy się tylko do rozdziałów, omawiających sprawę Kasy Chorych i ich działalność.

Zwróciliśmy już na wstępie uwagę, iż Szan. Autor korzysta z danych statystycznych z drugiego i trzeciego źródła. Jeżeli w wielu wypadkach można to usprawiedliwić trudnością zbierania tych danych, to brak, jeżeli chodzi o Kasy Chorych, jest zupełnie niezrozumiały. Jedyne źródłem informacji są w tym wypadku bilanse Kas Chorych i statystyka urzędowa, ogłaszana od 3-ich lat w „Przeglądzie Ubezpieczeń Społecznych”. P. prof. Cieszyński żali się wprawdzie (str. 59): „dokładnych cyfr, odnoszących się do ubezpieczonych w Kasach Chorych w r. 1927 niestety mimo usilnych starań nie mogłem osiągnąć(?) z głównej centrali Kas Chorych” (p. profesor ma na myśli zapewne Ogólno-Państwowy Związek Kas Chorych lub Główny Urząd Ubezpieczeń), nam się jednak wydaje, iż urzędowa statystyka za rok 1924, 1925 i 1926, jest materiałem wystarczającym do opracowania krytycznego działalności Kas Chorych. Materiały urzędowe nie są zdaje się wogóle znane Szan. Autorowi, skoro się jako źródło informacji w tej dziedzinie podaje — Dziennik Bydgoski (patrz str. 58). Na domiar złego korekta książki jest bardzo słaba tak, że niema tabeli, w którejby nie było błędów drukarskich.

Jak się należało spodziewać tezą naczelną p. prof. Cieszyńskiego jest twierdzenie, iż większość lekarzy nie zarabia na minimum egzystencji, a przyczyniają się do tego także i Kasy Chorych. Nie będziemy zwalczać w tym miejscu tego twierdzenia, a omówimy tylko krytycznie środki zaradcze przeprowadzane przez Szan. Autora. Zdaniem jego należy „wyeliminować z Kas Chorych tych ubezpieczonych, których dochód wynosi ponad 500 zł. miesięcznie” (str. 47). P. prof. Cieszyński sądzi, że owa grupa ubezpieczonych zarabiająca powyżej 500 zł. miesięcznie, to przyszła praktyka prywatna, jeżeli zwolni się ją od obowiązku ubezpieczenia. Szan. Autor podaje (str. 51 tabela 5) np. że w Kasie Chorych m. Warszawy liczba tych osób wynosi 6896. Sz. Autor nie podaje źródeł swych informacji, dodamy więc od siebie, że czerpał je ze sprawozdania Kasy Chorych m. Warszawy za rok 1926 str. 14. Źródło to nie jest jednak ściśle. Kasa Chorych m. Warszawy wydała bowiem z tej dziedziny pracę specjalną „Sprawozdanie Statystyczne Kasy Chorych m. Warszawy”, („Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” z dnia 15.VIII 1927 r.) z której wynika (p. tabl. 3) iż ubezpieczonych w tej Kasie, zarabiających powyżej 500 zł. było w maju 1925 r. — 5655 osób to jest 3% ogółu członków. Oczywiście nie chodzi nam o ścisłość cyfr, gdyż różnica jest nie wielka. Mylny jest tylko wniosek szan. Autora, który łączy, iż skutkiem zwolnienia tej grupy od obowiązku ubezpieczenia będzie wzmocnienie się praktyki prywatnej. Tabl. 10 i 11 tego wydawnictwa podają nam chorobowość ubezpieczonych według grup zarobkowych. Wynika z tego, że w grupie zarabiającej powyżej 500 zł. liczba zachorowań wynosiła 1.7%, to jest 305 wypadków, a jeżeli dodamy do tego grupę o zarobku nie wiadomym liczba zachorowań podniesie się do 308 na 17,336 zachorowań wogóle w Kasie Chorych m. Warszawy. W War-

szawie mamy około 2100 lekarzy. Wydaje nam się że praktyka prywatna wśród tych 308 nowych pacjentów nie wiele podniesie minimum egzystencji lekarzy, żyjących z praktyki prywatnej. Piszemy o tem ex re książki prof. Cieszyńskiego, by jeszcze raz stwierdzić, jakimi złudzeniami żyją lekarze w chwili obecnej, mylnie sądząc, że Kasy Chorych są przyczyną upadku ich egzystencji materialnej.

Prof. Cieszyński proponuje by Kasy Chorych dawały ubezpieczonym (zarabiającym powyżej 500 zł. miesięcznie) środki na opłacanie wynagrodzenia lekarskiego. Trudno laikowi dyskutować w sprawie metod lecznictwa. Ośmielam się jednak twierdzić, iż tego rodzaju „uproszczenie” pracy, gwołi poprawy bytu lekarzy byłoby społecznym marnotrawstwem. Ubezpieczony, otrzymując ryczałt decyduje sam jak ma się leczyć. Ubezpieczony nawet „lepiej sytuowany” zarabiający, aż 500 zł. miesięcznie, będzie się starał leczyć oczywiście jak najtaniej, by zaoszczędzić choćby kilka groszy. Jaki rezultat da tego rodzaju leczenia, wie zapewne p. prof. Cieszyński. Naszym zdaniem jest to najbardziej zacofana forma lecznictwa stosowana dzisiaj tylko w niektórych instytucjach ubezpieczenia dobrowolnego, nieznaną natomiast w ubezpieczeniu przymusowym.

Szan. Autor stwierdza, iż wydatek naszych Kas Chorych na wynagrodzenie lekarzy wynosi od 12% do 18% dochodów Kas Chorych i domaga się podwyższenia tego wydatku do 25% dochodów Kasy. Środki na pokrycie tych wydatków znajduje Szanowny Autor niesłychanie łatwo; skoro fundusz zapasowy dojdzie do oznaczonej wysokości (str. 47) „należy rezygnować z odpłat (?) na rzecz funduszu zapasowego i użyć stąd powstałą nadwyżkę nie na zapomogi (zapewne chodzi o zasiłki — Red.) ale na lecznictwo, przede wszystkim zaś na wynagrodzenie lekarzy” (podkreślenie autora). Teraz rozumiemy co to jest „ekonomia lekarska”! Dla Szan. Autora mimo, iż jest lekarzem, poprawienie lecznictwa w Kasach Chorych, a więc zdrowia 4 milionów osób, jest rzeczą wtórną, a natomiast sprawą wyższego rzędu jest kwestja bytu kilku tysięcy lekarzy. Myli się p. prof. Cieszyński twierdząc, (str. 11 tabl. 11) iż Kasy Chorych zatrudniają około 1623 lekarzy, liczba lekarzy w Kasach Chorych wynosi około 3800 (Przegl. Ubez. Społ. ogłosi w najbliższym czasie cyfry—Red.). P. prof. Cieszyński twierdzi (str. 46), iż lekarze w Kasach Chorych zarabiają przeciętnie od 400 — 600 zł. Cyfry te zapewne nie wiele odbiegają od rzeczywistości. Zapomina jednak autor, iż Kasy Chorych zatrudniają tych lekarzy najwyżej 3 — 4 godzin dziennie, że płaca jest wynagrodzeniem wprawdzie ryczałtowem, jednak podstawą obliczenia jest godzina pracy poświęconej Kasie. Oczywiście kwota ta jest zbyt mała nawet jako minimum egzystencji, jednak lekarze ci mogą poświęcić resztę czasu innym zajęciom lekarskim, jak szpital, praktyka prywatna i t. d. Z tych twierdzeń wynikałoby właściwie (Szan. Autor tego nie stwierdza wyraźnie) iż Kasy Chorych muszą zapewnić wszystkim lekarzom byt bez względu na czas pracy.

Istnieje w zasadzie inna możliwość: Kasy Chorych mogą zapewnić pewnej liczbie lekarzy minimum egzystencji, przedłużając ich czas pracy, jednak jednocześnie zredukowana zostanie liczba lekarzy zatrudnionych w Kasach. Czy na tego rodzaju rozważenie sprawy zgodziłyby się organizacje lekarskie lub Szan. Autor?

Charakterystyczny jest stosunek prof. Cieszyńskiego do zagadnienia „poprawy bytu lekarzy zależnych” (str. 46). Oczywiście jest to zagadnienie niesłychanie ważne. Jednak Szan. Autor nawet nie sili się na projekt ogólny a ogranicza się tylko do projektu w sprawie lekarzy Kas Chorych. Oto słaba strona wywodów Szan. Autora. Łatwo rzucać projekty w sprawach Kas Chorych, obliczać fundusz zapasowy i podnosić płacę, jednak gdy się podejździe do całości problemu, brakuje już prof.

Cieszyńskiemu ogólnej koncepcji. Jest to zupełnie zrozumiałe. Zagadnienie lekarskie nie da się bowiem wyodrębnić z całości kształtu zagadnień społeczno-gospodarczych, jest ono bowiem fragmentem i nie da się rozwiązać fragmentarycznie a uważi prof. Cieszyńskiego, (str. 5) iż „minęły one czasy w których

lekarz cieszył się wielkim szacunkiem wśród swych obywateli” nie wiele pomoga. Ograniczamy się do uwag ogólnych nad pracą prof. Cieszyńskiego, omawianie szczegółów lub innych zagadnień przekraczałoby ramy naszego pisma.

Kr.

K R O N I K A.

DOCHODY I WYDATKI INSTYTUCYJ UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH w 1927 r.

Rodzaje Ubezpieczeń	D o c h o d y		R o z c h o d y				Nadwyżka nad wydatkami	
	Ogółem	w tem składki	Ogółem	Świadczenia		Koszty administracji		Inne wydatki
				Pieniężne	Rzeczowe			
Ubezpieczenie na wypadek choroby (ust. z 19/V 1920 r.)	205.978.365.60	194.271.607.19	205.978.365.60	44.870.727.97	104.334.745.64	19.105.411.67	37.667.480.32*)	—
Ubezpieczenie na wypadek choroby na Górnym Śląsku	27 052.252.29	24.097.317.39	25.168.334.99	7.350.075.03	15.865.600.39	1.752.282.03	200.377.54	1.883.917.30
Ubezpieczenie od inwalidztwa i starości	24.795.901.70	23.140.290.75	16.672.868.31	14.645 116 57	661.982.58	1.304.723.72	61.045.44	8.123.033.39
Ubezpieczenie inwalidzkie górników w Małopolsce	1 047.282.96	852.707.14	746.298.57	628.853.56	—	84.150.81	33.294.20	300.984.39
Ubezpieczenie dodatkowe górników na Górnym Śląsku	19.182.615.89	17.650.173.55	20.328.826.47	18.203.737.19	557.791.78	1.047.820.88	499.476.62	1.146.210.58
Ubezpieczenie pracowników umysłowych	33.831.480.67	25.487.011.44	5.547.376.04	3.027.068.42	709.049.57	1.065.808.66	745.449.39	28.284.104.63
Ubezpieczenie od wypadków	48.320.097.59	43.979.289.61	29.711.969.53	21.077.088.35	225.923.79	4.075.321.22	4.333.636.17	18 608.127.06
Razem	360.207.996.70	329.478.397.46	304.154.039.51	109.802.667.09	122.375.093.75	28.435.518.99	43.540.759.68	56.053.956.19

*) W tem: koszty ogólne: 8.864.614.37, odpisy na fundusz amortyzacyjny — 1.874.169.93; na fundusz zapasowy: odpisy przymusowe — 20.160.165.88 zł. nadwyżka bilansowa — 6.768.530.14 zł.

RADA LEKARSKA KASY CHORYCH M. WARSZAWY.

Dnia 27 lutego r. b. Okręgowy Urząd Ubezpieczeń zatwierdził liczne zmiany w statucie Kasy.

Na zasadzie nowego statutu zostanie wkrótce już powołana do życia Rada Lekarska Kasy Chorych m. Warszawy, która będzie organem opiniodawczym Zarządu Kasy w sprawach organizacji i wykonywania lecznictwa.

Do kompetencji Rady Lekarskiej należeć będzie opinowanie i zgłaszanie projektów w sprawach następujących: preliminarza budżetowego Działu Lekarskiego; najbardziej racjonalnego zużycia budżetu lecznictwa, projektów etatów personelu lekarskiego; planu rozwoju lecznictwa i zakładów leczniczych Kasy; wyszkolenia i periodycznego dokształcania personelu lekarskiego i pomocniczego oraz stypendjów, urlopów i delegacji naukowych; koordynacji lecznictwa Kasowego i pozakasowego; stosowania i zakresu akcji zapobiegawczej, uświadamiania chorych i społeczeństwa o zadaniach lecznictwa i higieny społecznej; racjonalnego stosowania metod i środków leczniczych; regulaminów dla personelu lekarskiego, metod kontroli pracy personelu, wreszcie norm pracy oraz zasad przyjmowania i ewent. zwalniania personelu lekarskiego.

Przedstawiciele Rady Lekarskiej będą brać udział w Komisji Kwalifikacyjnej.

Rada Lekarska Kasy składać się będzie z 17 osób, zaproszonych na 3 lata, a mianowicie: przedstawiciela Służby Zdrowia Magistratu m. Warszawy, przedstawiciela Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, przedstawiciela Tow. Przeciwgruźliczego, przedstawicieli Tow. Naukowych; internistów, ginekologów, dermatologów, pedjatrów, 5 przedst. Zrzeszenia Lekarzy Kasy Chorych i 5 lekarzy, powołanych przez Zarząd Kasy z pośród pracujących w dziedzinie ubezpieczeń społecznych, medycyny zapobiegawczej i t. p.

KURS DLA NACZELNYCH LEKARZY KAS CHORYCH.

Hasło „właściwy człowiek na właściwym miejscu” znajduje w Okręgowym Związku Kas Chorych w Poznaniu szczerego wyznawcę i realizatora świadomego swych zadań w odniesieniu do Kas Chorych, położonych na terenie jego działalności.

Związek Kas prowadzi nie tylko intensywną akcją dokształcania personelu administracyjnego Kas Chorych, lecz również dba o udoskonalenie aparatu lekarskiego, a więc czynnika wybitnie oddziaływującego na faktyczną wartość Kas Chorych, jako instytucji ubezpieczeniowej.

Wbrew mniemaniom sceptyków Związek Kas przy współudziale tych ostatnich stwarza właśnie odpowiednie warunki dla pracy naukowej lekarzy, daje możność pogłębienia wiedzy lekarskiej nie tylko pod kątem potrzeb kasowych.

Pierwszym poważniejszym w tym kierunku krokiem był 3-dniowy (od 3 — 5 grudnia włącznie) kurs dla Naczelnych Lekarzy Kas Chorych województw poznańskiego i pomorskiego, urządzony przez Okręgowy Związek Kas Chorych.

Kurs miał na celu zapoznanie uczestników ze zdobyczaną nowoczesną medycyną, ze specjalnem uwzględnieniem wódolecznictwa, z którym zapoznał uczestników p. dr. Żniniewicz z Poznania.

Kurs obejmował zarówno teorię, jak i praktykę.

Wykładali wybitni znawcy poszczególnych dziedzin, profesorowie Uniwersytetu miejscowi i zamiejscowi.

W kursie brało udział 30 p. p. lekarzy.

Salę dla kursu życzliwie udzieliła Ubezpieczalnia Krapowa. Po oficjalnem zakończeniu kursu odbył się skromny podwieczorek, w czasie którego wygłoszono kilka przemówień ze strony Związku — p. p. Nacz. Wilczyński i dr. Rudkowski, w imieniu uczestników kursu p. dr. Pajzdowski z Gniezna, wreszcie p. dr. Wierusz.

Dwaj ostatni mówcy w swych przemówieniach dali wyraz prawdziwego zadowolenia z urządzanego kursu, który przyniósł pełne rezultaty, stąd też wyrazili nadzieję, że Związek zorganizuje podobnych kursów więcej w niedalekiej przyszłości.

Harmonijny nastrój i szczerze uznanie ze strony uczestników kursu świadczyło, że na drodze zespolenia sił dla dobra szerokich warstw społeczeństwa zrobiono nowy wielki krok.

KURSY DLA PIEŁĘGNIAREK.

Okr. Zw. K. Ch. w Warszawie wysłał do swych Kas związkowych następujący okólnik:

„Rozwój lecznictwa kasowego wymaga obecnie znacznej ilości wykwalifikowanych pielęgniarek w przychodniach, żłobkach oraz pielęgniarek o charakterze higienistek społecznych. Ponieważ wszędzie odczuwać się daje brak takich sił fachowych — Okręgowy Związek Kas Chorych w Warszawie zamierza zorganizować kurs dla pielęgniarek. Kurs przewidywałby oprócz wykładów teoretycznych, szereg zajęć praktycznych w szpitalach i klinikach. Kurs trwałby sześć miesięcy i prowadzony byłby systemem internatowym. Opłata za pobyt na kursie wynosić będzie 250 zł. miesięcznie od słuchaczki, przy 50 słuchaczkach. Na kurs będą przyjmowane kandydatki posiadające wykształcenie przynajmniej w zakresie 7 oddziałów szkoły powszechnej.

Okręgowy Urząd Ubezpieczeń pismem z dn. 19 lutego r. b. Nr. 2186/I uznał projektowany kurs za nader pożądanym i oświadczył, że poprze usiłowania w kierunku jego zorganizowania. Termin kursu ustalony zostanie po napływie odpowiedniej ilości zgłoszeń kandydatek i po przeprowadzeniu szeregu prac przygotowawczych.

Nadmieniamy, że wysuwane przez Kasy stypendystki będą się musiały zobowiązać do 3-letniej pracy w danej Kasie w charakterze pielęgniarki.

Apelujemy do Kas, by przez zgłoszenie odpowiedniej ilości kandydatek umożliwiły zorganizowanie tego, tak bardzo potrzebnego kursu”.

T R E Ś Ć :

Ir. — Stan bezkontraktowy w Kasach Chorych woj. Poznańskiego i Pomorskiego.

Dr. Leo Winter. — Nowelizacja ustawy czechosłowackiej o ubezpieczeniu społecznem.

Dr. Michał Zajac. — Współdziałanie Kas Chorych z Zakładami Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w zakresie wykonania rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z 24.XI.1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

Dr. Edw. Wajs. — O konieczności zorganizowania dodatkowych pracowni chemiczno-bakterjologicznych przy dzielnicowych ambulatorjach Kasy Chorych m. st. Warszawy.

Stefan Wilczyński. — Współdziałanie Kas Chorych województw Poznańskiego i Pomorskiego w opiece społecznej nad matką i dzieckiem.

Książki i czasopisma.

Kronika.

Prenumerata :

Rocznie	zł. 18
Kwartalnie	„ 4.50
Numer pojedynczy	„ 1.50

Cena ogłoszeń :

$\frac{1}{2}$ 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.

Powiatowa Kasa Chorych w Piotrkowie

OGŁASZA

KONKURS

na stanowisko lekarza Oddziału Kasy Chorych w Kamieńsku z siedzibą w Wojciechowie, miejscowości letniskowej, położonej w pobliżu miasteczka o kilku tysiącach mieszkańców, Oddział Kasy Chorych w Kamieńsku obejmuje opieką lekarską około 2000 osób.

Od kandydatów, ubiegających się o to stanowisko, wymagane są następujące warunki:

1. Obywatelstwo polskie.
2. Nieprzekroczony 45 rok życia.
3. Prawo praktyki lekarskiej przyznane przez władze Państwa Polskiego.
4. Przynajmniej 3 letnia praktyka zawodowa, z czego conajmniej jeden rok praktyki szpitalnej (pożądaną jest praktyka w Kasie Chorych).
5. Znajomość akuszerji.
6. Świadectwo zdrowia.

Warunki wynagrodzenia zależne są od umowy.

Oferty z dołączonymi dokumentami, odnoszącymi się do wymaganych od kandydatów warunków i dokładnym przebiegiem życia, przyjmowane będą pod adresem Powiatowa Kasa Chorych w Piotrkowie Trybunalskim do dnia 20 marca 1929 r.

Dyrektor
Z. Suchecki

Przewodniczący Zarządu
Dr. A. Próchnik

Kasa Chorych m. Bydgoszczy

poszukuje dla swego

Ambulatorjum Dentystycznego

2 LEKARZY DENTYSTÓW

Oferty z życiorysem i podaniem warunków składać należy do dnia 30.III b. r. na ręce Zarządu Kasy Chorych m. Bydgoszczy, ulica dr. Emila Warmińskiego Nr. 2.

Zarząd Kasy Chorych
m. Bydgoszczy.

INSULIN 'A. B.' Brand



Insulina „A. B.” odznacza się: Stałością jednostek, pełną mocą i stałym działaniem we wszystkich klimatach, czystością i zupełną jałowością, brakiem odczynów białkowych, wobec czego niema ubocznych szkodliwych działań.

Aktywność Insuliny „A. B.” jest zapewniona przez dokładne fizjologiczne mianowanie i ustalenie na podstawie przyjętej jednostki. Każda serja Insuliny przed wypuszczeniem na rynek zostaje poddana badaniom Rady Medycznych Badań.

Insulina dostarczana jest w dwóch stężeniach:

20 jednostek w 1 cm³

Opakowana w flakonach, zaw.:
5 cm³ (100 jednostek lub 10 dawek)
25 cm³ (500 „ „ 50 „ „)

40 jednostek w 1 cm³

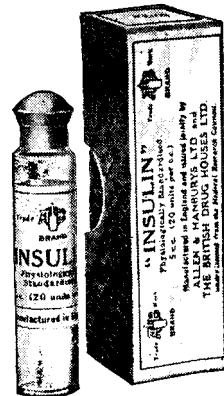
Opakowana w flakonach, zaw.:
5 cm³ (200 jednostek lub 20 dawek)

Wszelkie szczegóły i najnowsza literatura zostanie przesłana wszystkim Pp. Lekarzom.

Allen & Hanburys Ltd. & The British Drug Houses Ltd. LOND. N

Główny Skład na Rzeczypospolitą Polską:

Dom Handlowo - Komisowy „Sair“ Sp. Akc.
Warszawa, Plac Żelaznej Bramy Nr. 2.
Telefony: 526-01, 526-02, 526-03, 526-04, 526-05.



Zarząd Powiatowej Kasy Chorych w Zaleszczykach

rozpisuje

KONKURS

na posadę lekarza naczelnego Kasy
z siedzibą w Zaleszczykach.

Wymagane:

- 1) Obywatelstwo polskie.
- 2) Prawo wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem.
- 3) Przynajmniej dwuletnia praktyka szpitalna lub pięcioletnia zawodowa.

Warunki według umowy.

Należycie udokumentowane podania należy wnieść do Zarządu Powiatowej Kasy Chorych w Zaleszczykach do 31.III.1929 r.

Dyrektor:

Przewodniczący Zarządu:

B. Jękst.

w z. **Schäffer.**