

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN OGÓLNO-PAŃSTWOWEGO ZW. KAS CHORYCH W POLSCE

ROK III

MIESIĘCZNIK

ZESZYT 9

WARSZAWA, 1 WRZESIEŃ 1928.

DR. RYSZARD KUNICKI.

O ORGANIZACJI LECZNICTWA ZWIĄZKU KAS CHORYCH W KRAKOWIE ORAZ KAS ZWIĄZKOWYCH.

Dnia 1 lipca b. r. minęło 6 lat od powołania do życia trzeciego z rzędu Okręgowego Związku Kas Chorych, mianowicie w Krakowie (pierwszy — poznański, drugi — lwowski).

Działalność Związku krakowskiego w pierwszym okresie z natury rzeczy musiała być zwrócona w kierunku wewnętrznej organizacji. Po wypełnieniu tego zadania, po stworzeniu warsztatu pracy Związek rozwinął planową działalność w kierunku udoskonalenia administracji i lecznictwa kasowego. Zwłaszcza rozwój i wykształcenie lecznictwa stały się główną troską O. Z. K. Ch. w Kr., gdyż wychodził on z założenia, że właśnie lecznictwo stanowi istotne zadanie Kas Chorych tak, że wszystkie inne ich czynności powinny być przystosowane do tego głównego zadania, powinny wpływać na usprawnienie tego działu pracy, słowem, Okr. Zw. K. Ch. w Krakowie wychodził z założenia, że administracja Kasy Chorych oraz zasiłkowa jej działalność stanowią konieczną, ale tylko nadbudowę głównego jej zadania, t. j. **lecznictwa**.

Zdawaćby się mogło, iż zespół lekarzy poszczególnych Kas Ch. w pierwszym rzędzie był powołany do odpowiedniego zorganizowania lecznictwa w Kasach, opartych na nowych zasadach: powszechności i przymusu ubezpieczenia na wypadek choroby oraz terytorjalności instytucji ubezpieczeniowej.

Trzy powyższe podstawy, na których oprzeć się miała nowa organizacja Kas Ch. w Polsce, wymagały przystosowania lecznictwa do **masowego** zgłaszania się chorych. Coprawda, poszczególne organizacje lekarskie reklamowały dla siebie prawo zajęcia się zorganizowaniem tego lecznictwa, w szeregu pism ulotnych i artykułów podnosiły jako najcięższy zarzut przeciw nowej organizacji ubezpieczenia na wypadek choroby tę okoliczność, że bez nich, często zaś wbrew nim, organizowano lecznictwo kasowe. Głośno dowodziły one, iż wszystkie usterki organi-

zacji kasowej wypływają stąd, iż Zarządy Kas, względnie komisarze - organizatorzy nie postępowali w myśl wskazówek organizacji lekarskich. Tak często o tem mówiono i pisano, iż nie tylko nieświadomiony ogół mógł w to uwierzyć, lecz mógł zwątpić nawet niejedyn z działaczy kasowych, który mniej bacznie śledził tok rozumowania stanowych organizacji lekarskich, dmających na alarm przeciwko Kasom.

Kilkoletnie smutne doświadczenie niektórych Kas, gdzie na nieszczęście zawodowe organizacje lekarskie zdobyły prawie decydujący wpływ na organizację lecznictwa kasowego, wykazało dowodnie, że organizacje lekarskie albo nie umieją stanąć na wyżynie zadania, którego się podjęły, albo, co gorsza, całe lecznictwo podporządkowały jednostronnie swym stanowo - zawodowym interesom, zupełnie nie troszcząc się ani o dobro ubezpieczonych, ani też o dobro Kasy, jako całości. Oczywiście budziło to u czynników odpowiedzialnych za sprawną działalność Kas Chorych uzasadnione podejrzenie prowadzenia zorganizowanej akcji przeciwko Kasom. Zresztą, znalazłszy się między sobą, organizacje lekarskie jawnie podkopywały cztery filary, na których opiera się całe ubezpieczenie na wypadek choroby w Polsce, a mianowicie: przymus i powszechność ubezpieczenia, oraz terytorjalność i samorządowy charakter Kas; szły nawet dalej, gdyż podejmowały uchwały zgodne z „ideologią” zorganizowanych w Lewiatanie przemysłowców, mianowicie: żądały obniżenia wkładek Kas Chorych.

Takie i tym podobne uchwały podejmowały organizacje lekarskie u siebie na walnych zebraniach, pro foro externo natomiast miały (coprawda nie zawsze) i nadal mają frazesy pełne zachwyty dla myśli ubezpieczenia na wypadek choroby... Oczywiście, mikt, szczerze przejęty doniosłością Kas Chorych dla społeczeństwa i państwa, nie mógł oddać w ręce

czynnika, działającego destruktywnie na organizowanie Kas, budowy lecznictwa kasowego. A jeżeli tu i owdzie nieopatrznie zbłądzono, do dnia dzisiejszego mści się ten błąd i na Kasach i na ubezpieczonych. Na szczęście, liczba błądzących była niewielka...

Organizowanie lecznictwa kasowego w zachodniej Małopolsce ujął w swe ręce Okr. Zw. Kas Chorych w Krakowie. Przyswiecała mu na tej drodze jedna myśl, której urzeczywistnienie staje się błogosławieństwem dla chorych, a samej instytucji ubezpieczenia na wypadek choroby daje możliwość najlepszego spełnienia swego szczytnego zadania w granicach jej możliwości finansowych. Myślą tą było i jest stworzyć w Kasie możliwość **jaknajszybszego i dokładnego rozpoznania choroby oraz dać możliwość jaknajszerszego korzystania ze wszystkich środków leczniczych, uznanych przez naukę lekarską za najskuteczniejsze.**

Do osiągnięcia tego celu niezbędne są dwa warunki: 1) odpowiedni dobór lekarzy, 2) stworzenie dla nich odpowiedniego warsztatu pracy.

Przez odpowiedni dobór lekarzy rozumieliśmy tworzenie w poszczególnych kasach zespołu takich lekarzy, którzyby dzięki odpowiedniemu przygotowaniu i doświadczeniu fachowemu mogli zająć się praktyką lekarską w poszczególnych specjalnościach rozległej nauki lekarskiej tak, żeby stało się możliwym dokładniejsze, trafniejsze i pędsze ustalanie rozpoznawania, i co za tem idzie, trafniejsze i szybsze wytyczanie kierunku leczenia. Specjalizacja leczenia w Kasach natrafiła i dotąd jeszcze natrafia na znaczny opór poszczególnych lekarzy kasowych, a nawet miejscowych organizacji lekarskich. Nie można się oprzeć wrażeniu, że poszczególne zawodowe organizacje lekarskie wprost boją się pomnożenia liczby lekarzy nawet w miejscowościach, które nie posiadają pewnego rodzaju specjalistów, albo też posiadają „specjalistów“ tylko de nomine, nie idących z postępem nauki lekarskiej i nie stojących na wyżynie zadania. Odnosi się wrażenie, że w poszczególnych miejscowościach wytworzyły się zamknięte koła lekarzy, które starają się nie dopuścić do swego grona nowych, nieraz bardzo wartościowych lekarzy. To też przy wprowadzeniu nowych lekarzy specjalistów nieraz trzeba było zwalczać silne opory lekarzy miejscowych.

Jako rzecz charakterystyczną należy podnieść, iż prawie zawsze z inicjatywą specjalizowania lecznictwa w Kasach i wprowadzenia do nich nowych wyszkolonych sił lekarskich występowały zarządy, względnie dyrekcje Kas, a nie odpowiednie czynniki lekarskie. Stąd wniosek, że lekarze albo gorzej się orjentują od nie-lekarzy w potrzebach masowego lecznictwa kasowego, albo ich zdrowy sąd fachowy o rozwoju lecznictwa bywa nieraz macony przez złe zrozumiany interes stanowy miejscowych lekarzy. Wbrew temu Okr. Zw. K. Ch. w Krakowie trzyma się niezłomnie raz wytkniętego kierunku doskonalenia lecznictwa kasowego przez wprowadzenie specjalizowania w każdej Kasie, w której to się da uczynić. O ile w którejś z Kas, posiadających większą liczbę lekarzy w jednej miejscowości, zachodzi potrzeba pomnożenia tej liczby, zasadniczo wpływamy na to,

by nasamprzód ustalono, która specjalność lekarska najbardziej w danej Kasie jest upośledzona, a potem dopiero poszukiwano odpowiedniego lekarza. W interesie dobra członków Kasy należy raz wreszcie skończyć z zasadą, że przypadkowy nieraz zespół lekarzy miejscowych może i powinien wystarczyć potrzebom Kasy Chorych. W każdym razie w obwodzie działania O. Z. K. Ch. w Krakowie żądamy, żeby każdy przyjęty lekarz wykazał się co najmniej dwuletnią praktyką szpitalną po ukończeniu wydziału lekarskiego, lub co najmniej 5-cio letnią praktyką prywatną. Poza tem wpływamy na Zarządy Kas, aby jak najdalej szły na rękę swym lekarzom w dokształcaniu się przez branie udziału w kursach uzupełniających w kraju i za granicą. Ponieważ nie wszystkie mniejsze kasy mogą przeprowadzić u siebie specjalizację lecznictwa, bądź to wskutek braku odpowiednich specjalistów, bądź też wskutek niemożności utrzymania w jednej miejscowości większej liczby lekarzy, O. Z. K. Ch. prowadzi w swoim zakresie ambulatorja, w których ordynują wytrawni specjaliści w poszczególnych gałęziach medycyny. Początkowo Związek rozporządzał specjalistami chorób: wewnętrznych, nerwowych, ocznych, kobiecych, chirurgicznych, mosa uszu i gardła oraz skórnych. W miarę rozwoju Związku ujawniała się potrzeba dublowania niektórych specjalistów, względnie — tworzenia poddziałów pewnych specjalności.

Tak powstał dział chirurgji ortopedycznej, dział urologiczny. Potem zaszła konieczność wprowadzenia ambulatorjum dziecięcego. Każdy zawilszy przypadek, do którego rozwikłania na miejscu albo brak odpowiedniego specjalisty, albo brak odpowiednich urządzeń rozpoznawczych, Kasy skierowują do Okr. Zw. K. Ch. w Krakowie, gdzie chory znajduje pomieszczenie z całodziennem utrzymaniem tak, że poszczególni specjaliści mogą go poddać nie tylko do różnemu dokładnemu badaniu, lecz także obserwacji. O wyniku badania Okręgowy Związek zawiadamia odnośnego lekarza, podając mu ustalone rozpoznanie, kierunek leczenia oraz, w razie potrzeby, orzeczenie co do zdolności do pracy.

Zdawaćby się mogło, że Okr. Zw. K. Ch. w Krakowie spełnia tu rolę, która z natury rzeczy powinna być przypaść klinikom uniwersyteckim i oddziałom szpitalnym, że bez tej czynności Okr. Związku mogłyby się Kasy doskonale obejść. Jednakże tak nie jest.

Po pierwsze, szpitale i kliniki są zwykle spełnione tak, że nieobłożni chorzy wyjątkowo tylko znaleźć mogą tam pomieszczenie; po wtóre, ani kliniczne, ani szpitalne oddziały nie uważają za wskazane dzielić się swemi spostrzeżeniami i wynikami badań z lekarzami, którzy chorych przesłali do badania i którzy potem w dalszym ciągu będą musieli przeprowadzać leczenie; po trzecie, większość kierowników oddziałów szpitalnych i klinicznych w Krakowie żywi niezrozumiałą wprost niechęć do chorych kasowych, przed którymi wcale jej nie ukrywa tak, że chorzy ci niechętnie udają się do szpitali i klinik, a Kasy bez naglącej potrzeby nie skierowują tam swych chorych z obawy, iż oni albo nie zostaną tam przyjęci, albo mogą być narażeni na przykrości. Wre-

szcie, tempo pracy rozpoznawczo-leczniczej niezawsze w tych instytucjach odpowiada potrzebom Kas.

Zycie wykazało, jak głęboko odczuwały Kasy potrzebę udzielania specjalistycznych porad w Okr. Zw. Liczba osób, przesyłanych do badania w lecznicy Związku, rośnie z roku na rok tak, że początkowa liczba łóżek 48 okazała się niewystarczającą. Tylko materialna niemożność pomnożenia tej liczby zmusiła nas do obywatnia się aż do ostatniej chwili tą szczupłą liczbą miejsc w lecznicy. Dzięki wielkim wysiłkom zdołamy ją pomnożyć o 27 (do 75) w najbliższych już miesiącach. Wzrost liczby badanych w Okr. Zw. K. Ch. unaocznia nam następujące cyfry:

W Roku *)	Zgłosiło się osób	W lecznicy zatrzymano	Z lecznicy korzystało Kas Związkowych	Z lecznicy korzystało Kas pozaw.
II 1923	291	?	21	7
III 1924	3282	1589	27	29
IV 1925	5539	2447	30	45
V 1926	6195	2330	33	67
VI 1927	6945	3027	35	81

Pod względem rozpoznawczym ambulatorja wraz z lecznicą Okr. Zw. K. Ch. stanowią nadbudowę lecznictwa Kas Chorych, stanowią organizację, do której z coraz większym zaufaniem zwracają się Kasy i lekarze kasowi w każdym przypadku, nasuwającym trudności i wątpliwości rozpoznawcze. Oczywiście, dla ich rozwikłania Związek dostarczył swym lekarzom wszelkich pomocniczych środków, jak pracownia rentgenowska, pracownia lekarska (chemiczna, mikroskopowa, histopatologiczna, słowem: kliniczna).

Szpitala w ścisłym znaczeniu tego wyrazu Związek jeszcze, niestety, nie posiada, jakkolwiek życie, a idąc za niem, i nasi lekarze przynaglają nas do jaknajszybszego stworzenia wzorowego szpitala z kliniką, powiedzmy, **chorób zawodowych**, gdyż Polska już odczuwa bardzo boleśnie brak takiego Zakładu, a odczuje go jeszcze dotkliwiej, skoro zostanie wprowadzone długoterminowe ubezpieczenie inwalidzkie...

Poza pomocami rozpoznawczymi Związek posiada dla użytku wszystkich Kas szeroko zakrojone lecznictwo fizykalne: rengenolecznictwo, lampy kwarcowe z solluxami, elektryzację, diatermie, masaż, własny zakład Zanderowski i ortopedyczny. Jeden dział z fizjatrii w Zw. krakowskim jest szpetnie zaniedbany, mianowicie: wodolecznictwo. Tę ważnego działu Okr. Zw. nie spuści z oka, rozszerzając swą działalność.

Przez zorganizowanie Zakładu fizykalnego lecznictwa Związek osiągnął cel podwójny: 1) umożliwić członkom Kas Chorych leczenie się sposobami bardzo nieraz skutecznymi, a dotąd w Kasach dla różnych powodów niestosowanymi, 2) dał możliwość wykształcenia lekarskiego i pomocniczego personelu dla obsługi gabinetów fizykalnego lecznictwa w poszczególnych Kasach i dowodnie wykazał jego skuteczność, przez co zachęcił Kasy do jego decentrali-

*) W I-szym roku istnienia Związku lecznica była czynną dopiero od 1/X. W ciągu 3 miesięcy zgłosiło się do niej 58 osób.

zowania. O ile w roku 1922 (rok założenia Związku) w żadnej z Kas Chorych, z wyjątkiem Krakowskiej, nie było nawet lamp kwarcowych, o tyle w r. 1927 z 35 Kas związkowych już znajdujemy:

w 25 Kasach	48 lamp kw.
" 18 "	24 solluxów
" 11 "	13 kąpieli elektr.
" 8 "	12 masaży elektr. i elektryz.
" 15 "	18 diatermij
" 1 "	1 rentgen
" 4 "	16 wanien i natrysków
" 11 "	11 pracowni lekarskich.

Do Związku przyjeżdża z prowincjonalnych Kas cały szereg lekarzy i ich pomocników dla zaznajomienia się z techniką zakładów fizykalno-leczniczych, co umożliwia im stosowanie ich na miejscu.

Dotąd lekarze nie mają możliwości nauczania się fizjatrii ani w szpitalu, ani w klinikach, gdyż one albo nie posiadają potrzebnych przyrządów, jeśli zaś je posiadają, nie rozporządzają fachowo wyszkolonymi kierownikami i nauczycielami. To też niejednym z profesorów z przekąsem nazywa lecznicę związkową „uniwersytetem kasowym“ i w ten sposób zdradza swą niechęć do Kas...

Drugim warunkiem sprawnego lecznictwa kasowego, jak wspomnieliśmy, jest dostarczenie lekarzom odpowiednich warsztatów pracy czyli ambulatorjów. Z 35 Kas Związkowych zaledwie trzy (Mielec, Myślenice, Pilzno) nie posiadają dotąd ani własnego budynku, ani wynajętych ambulatorjów, tak, że ich lekarze ordynują wyłącznie w swych prywatnych pokojach przyjęć. Reszta, t. j. 32 Kasy, posiada własne mniej lub bardziej zasobnie urządzone ambulatorja albo we własnych, albo w wynajętych budynkach: 22 Kasy rozporządzają ambulatorjami we własnych budynkach, 10 zaś — w wynajętych. Z tych dziesięciu — cztery Kasy rozpoczęły już kroki w celu rozpoczęcia budowy: nabyły place budowlane i otrzymały zatwierdzone przez władze nadzorcze plany, tak, że w najkrótszym czasie przystąpią do budowy własnych domów z wzorowo urządzonymi ambulatorjami i poczekalniami. — Jeżeli budowa własnych gmachów kasowych postępować będzie z dotychczasową szybkością, za dwa lata w całym okręgu nie będzie ani jednej Kasy, która byłaby zmuszona przyjmować swych chorych albo w ciasnych wynajętych pokojach przyjęć i niewygodnych poczekalniach, albo też w prywatnych lekarskich mieszkaniach, nie przystosowanych do potrzeb **masowego** leczenia kasowego.

Kasa w Białej (Małopolska) dała przykład, w jaki sposób należy finansować budowę własnych gmachów, nie przeciążając funduszy, przeznaczonych na bieżące potrzeby. Rada Białskiej Kasy **jednomyślnie** (przedstawiciele robotników i pracodawców) uchwaliła podniesienie wkładek na przeciąg kilku lat o 1% na cele budowy. Z tego nieznacznego obciążenia płaćcych powstał piękny, wygodny, celowo urządzony budynek. Za przykładem Białej poszedł Bielski, Kraków i Olkusz.

Częstochowa bez tego dodatkowego procentu w jesieni bieżącego roku już wykończy wspaniałe gmach Kasowy z wzorowo urządzonymi ambulator-

jami, pracownikami oraz innymi pomocniczymi rozpoznawczo-leczniczymi urządzeniami.

Okręgowy Zw., jako doradca Kas, trzyma się zasady **wznoszenia nowych**, a nie przerabiania istniejących już budynków, gdyż przystosowanie do potrzeb kasowych gotowych budowli zwykle nietylko jest droższe, lecz, co jest ważniejsze, zmusza przynosić w ciele muru celowość rozplanowania pomieszczeń Kasowych. Zasadę tę podkreślamy z rozmysłem, aby podsunąć ją innym Związkom i wszystkim Kasom.

Podnieść należy istnienie na terenie Krakowskiego Związku ośmiu ambulatorjów, przeznaczonych wyłącznie dla chorych gruźliczych. Postanowiliśmy w każdej Kasie, gdzie to jest możliwe, wyłączyć chorych gruźliczych, zwłaszcza prątkujących, ze wspólnych poczekalni i ambulatorjów, oraz wyznaczyć dla nich specjalnych lekarzy, którzy nabyli większą wprawę w rozpoznawaniu i leczeniu gruźlicy. Stopniowo zamiar ten wcielamy w życie albo samodzielnie, albo w ściślejszej łączności z Towarzystwami Przeciwgruźliczemi, przy czym jednakże przestrzegamy zasady, że **chorzy kasowi powinni być leczeni przez lekarzy kasowych**, a nie oddawani w leczenie ambulatoryjne czynnikom niekasowym. Bliższe szczegóły współdziałania w walce przeciw gruźlicy z Towarzystwami Przeciwgruźliczemi opracowuje Ogólno-Państwowy Zw. K. Ch. wspólnie z Polskim Związkiem Przeciwgruźliczym w Warszawie.

Zaprowadziłoby nas zbyt daleko przedstawienie wszystkich szczegółów programu, którym kierujemy się w rozwijaniu lecznictwa poszczególnych Kas Chorych. Wskażemy tylko na sposób, który Związek nasz polecił prezydium i dyrekcji dla możliwie szybkiego usunięcia usterek, wpływających z braku doświadczenia poszczególnych lekarzy, a zwłaszcza lekarzy naczelnych w zakresie ich pracy. Lekarz naczelny jest fachowo-lekarskim doradcą Zarządu Kasy na polu lecznictwa: on winien zająć się usuwaniem usterek, spostrzeżonych w lecznictwie, on winien występować z inicjatywą doskonalenia lecznictwa, on winien kontrolować czynności lecznicze wszystkich lekarzy kasowych i każdego z nich z osobna. Niestety, posiadamy zbyt małą liczbę lekarzy naczelnych, którzyby sobie jasno zdawali sprawę nietylko ze swych zadań, lecz i środków, którymi mają się posługiwać dla osiągnięcia zamierzonego celu. Dlatego też w najbliższych już miesiącach prezydium Związku wraz z Dyrekcją na polecenie walnego zebrania delegatów urządzi kurs dla lekarzy naczelnych, potem zaś — wogóle dla lekarzy kasowych. W przyszłości przyjmowanie lekarzy do Kas Chorych przy równych innych warunkach kandydatów uzależnione będzie od ukończenia takiego kursu. Przypuszczamy, iż w ten sposób o wiele prędzej i skuteczniej osiągniemy wzajemne porozumienie się z jednej strony lekarzy kasowych, z drugiej zaś — kasowych czynników kierowniczych. Dotąd stosunek wzajemny między temi dwiema stronami urabiał się nie zawsze w atmosferze, sprzyjającej wspólnej pracy, dzięki temu, iż jedna ze stron nie uświadamiała sobie, i dotąd, niestety, nie zawsze uświadamia społeczne znaczenie instytucji, w której pracu-

ję, i swoją rolę, którą ma odegrać w spełnieniu wielkiego zadania, włożonego na Kasy Chorych.

Dla uzupełnienia obrazu planowego podnoszenia lecznictwa kasowego wspomnieć należy chociażby w kilku słowach o wydawnictwach Okr. Zw., przeznaczonych dla lekarzy, oraz innych wydawnictwach dla szerszego ogółu.

Dla lekarzy wydaliśmy dotąd kilka monografii o sprawach najważniejszych dla lekarzy praktyków, zwłaszcza kasowych. Dotąd wyszły: „Jaglica”, prof. Majewskiego; „Rzeżączka u mężczyzn”, prof. Waltera; „Czerwonka bakteryjna”, doc. Kostrzewskiego. Poza tem „Vade mecum lekarza praktyka”, „O leczeniu elektrycznością”, „O leczeniu promieniami Rentgena”, oraz „Technika mięsienia leczniczego”.

Dla szerszego ogółu wydaliśmy: „O leczeniu gruźlicy”, „O miesiaczkowaniu”, „Kiła”, „Rzeżączka”, „Dna”, oraz „Przemysł a zdrowie” i „O traumatyzmie” prof. Karaffy-Korbutta.

Te ostatnie wydawnictwa ściśle łączą się z działalnością profilaktyczną Okr. Zw. Temu samemu zadaniu służy ruchoma wystawa przeciwgruźlicza, zestawiona przez Związek. Objechała ona już kilka Kas, a zwiedziło ją już przeszło 30.000 osób. Razem z wystawą wyjeżdżają odpowiednio przygotowani medycy, którzy zwiedzającym udzielają wyczerpujących wyjaśnień. W niedługim już czasie ukażą się ilustrowane plakaty i ulotki profilaktyczne, przeznaczone dla masowego kolportażu.

Spodziewamy się, iż urządzony przez Okr. Zw. K. Ch. w Krak. w czerwcu b. r. Zjazd lekarzy i przedstawicieli Kas w celu omówienia planowej profilaktycznej działalności w Kasach przyczyni się do jej rozwinięcia w podobny sposób, jak zwołany przed dwoma laty Zjazd w celu omówienia walki z gruźlicą w Kasach obudził żywą i ruchliwą działalność na tem polu nietylko w poszczególnych Kasach, lecz i w Ogólno-Państwowym Związku Kas Chorych.

Na zakończenie pozwolimy sobie zaznaczyć, iż Okr. Zw. K. Ch. w Krakowie pierwszy zorganizował nowoczesnie urządzone sanatorium kasowe (w Bystrej na Śląsku). Początkowo obejmowało ono 100 łóżek, dziś — zostało rozszerzone tak, iż rozporządza 250 miejscami. Na tem polu należy dalej pracować z niesłabnącą energią. Musimy pomnażać liczbę łóżek, zwłaszcza dla chorych gruźliczych, jeżeli walka z gruźlicą, jako złem społecznym ma zostać uwieńczona dodatnim wynikiem. Korzystając z poradni gruźliczych, rozporządzając własnymi ambulatorjami gruźliczemi, nie wolno nam pozbawiać lekarzy, w nich pracujących, możliwości stosowania jednego z najdziałniejszych środków leczenia gruźlików, t. zn. klimatyczno-sanatoryjnego.

Związek nasz dobrze to rozumie i przejawiał to na ostatnim walnym zebraniu, na którym delegaci Kas uchwalili 2 miliony złotych daniny na rozbudowę „Domu Zdrowia” w Bystrej. Póki Zarząd Związku znajdować będzie u Kas takie, jak dotąd, zrozumienie dla swych zamierzeń i planów, lecznictwo kasowe będzie się rozwijało, potężniało i doskonalilo.

LECZNICTWO W UBEZPIECZENIU PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH A KASY CHORYCH.

Dekret Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 24-go listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych (Dz. U. R. P. Nr. 106, poz. 911) (w dalszym ciągu krótko „dekret”), normujący ubezpieczenie tychże pracowników na wypadek: braku pracy, niezdolności do wykonywania zawodu, na starość i na wypadek śmierci — zawiera również postanowienia, dotyczące leczenia pracowników umysłowych.

Określone wyżej postanowienia nie są nowelizacją odpowiednich postanowień ustawy z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązku ubezpieczeniu na wypadek choroby w stosunku do pracowników umysłowych (pracownicy fizyczni nie wchodzi pod uwagę, jako nieobjęci dekretem), lecz stanowią nawiązanie do odpowiednich postanowień wymienionej ustawy, zapewniając pracownikom umysłowym rozszerzony zakres pomocy leczniczej na rachunek Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych (Z. U. P. U.) w tych wypadkach, w których pracownik nie ma uprawa do świadczeń z Kasy Chorych z tytułu ubezpieczenia w Kasie.

W myśl postanowień dekretu Z. U. P. U. **obowiązany jest:**

1) pozostające bez pracy osoby uprawnione do świadczeń, przewidzianych na wypadek braku pracy, ubezpieczyć w Kasie Chorych na wypadek choroby (art. 20, 36 i 163),

2) zapewnić pomoc leczniczą ubezpieczonym (mającym 60 miesięcy składkowych) którzy wyczerpali okres zasiłkowy w Kasie Chorych i są nadal chorzy (art. 25, 41), natomiast **uprawniony jest** Z. U. P. U. (ubezpieczonemu nie przysługuje odpowiednie prawo podmiotowe) do

3) zastępowania leczenia na koszt Zakładu względem ubezpieczonego celem zapobieżenia grożącej mu niezdolności do wykonywania zawodu lub względem osoby, otrzymującej świadczenia z powodu niezdolności do wykonywania zawodu — celem przywrócenia jej zdolności zawodowej (art. 61 do 64).

Omówimy szczegółowo powyższe świadczenia Z. U. P. U. i ich stosunek do świadczeń, udzielanych przez Kasy Chorych, względnie rolę, jaką odgrywa Kasa Chorych w danym zakresie.

Ad 1. Najwięcej zainteresowania przedstawia dla Kasy Chorych ubezpieczenie pozostających bez pracy pracowników umysłowych w Kasie Chorych na wypadek choroby, gdyż wchodzi ono w zakres jej własnych i bezpośrednich zadań. Kasa otrzymuje za pozostających bez pracy pracowników umysłowych odpowiednie składki z obowiązkiem wypłaty odpowiednich świadczeń w razie zachorowania, a zatem pozostający bez pracy pracownik umysłowy któryby bez odnośnego postanowienia dekretu przestał być członkiem Kasy, pozostaje nim nadal, jako ubezpieczony w Kasie przez Z. U. P. U.

Przy świadczeniach Z. U. P. U. wymienionych wyżej pod 2) i 3) Kasa Chorych może mieć rolę tyl-

ko pomocniczą, lecząc daną osobę na rachunek Z. U. P. U. i nie ponosząc żadnego ryzyka.

Rację postanowienia art. 20 dekretu stanowią następujące okoliczności.

Do świadczeń, przewidzianych na wypadek braku pracy, mają prawo osoby, które, będąc zdolnymi do pracy, pozostają bez zajęcia jedynie z powodu niemożności znalezienia odpowiedniej pracy (art. 17 ust. 1 punkty 1 i 2); pracownicy, którzy z powodu choroby nie mogą objąć względnie pełnić obowiązków służbowych, muszą pozostać objektem troski instytucji, powołanej do udzielania odpowiednich świadczeń w wypadku choroby pracownika. Z. U. P. U. — zgodnie z podstawowymi zasadami ubezpieczenia na wypadek braku pracy, — obowiązany jest do udzielania świadczeń zdolnym do pracy pracownikom umysłowym, pozostającym bez pracy z powodu niemożności znalezienia odpowiedniego zajęcia, chorobę zaś uwzględnia (o ile chodzi o jej wpływ na prawo do świadczeń, przewidzianych na wypadek braku pracy) o tyle, iż czasu choroby nie wlicza do okresu rocznego, liczonego wstecz od dnia utraty zajęcia, w którym to okresie ubezpieczony musi posiadać sześć miesięcy składkowych, by nabyć prawo do świadczeń z powodu braku pracy. Jeśli przeto pracownik posiada sześć miesięcy składkowych w ciągu ostatniego roku, licząc wstecz od dnia utraty zajęcia wskutek choroby, to w chwili, gdy dany pracownik odzyskał zdolność do pracy i pozostaje bez pracy, nie mogąc znaleźć odpowiedniego zajęcia, posiada okres wyczekiwania, przepisany dla świadczeń na wypadek braku pracy, gdyż — wobec niewliczania czasu choroby — pod uwagę wejdzie ostatni okres roczny przed utratą zajęcia z powodu zachorowania.

Jednakże samo zadanie udzielania odpowiednich świadczeń w czasie choroby pozostającego bez pracy pracownika pozostaje zadaniem instytucji, powołanej do udzielania świadczeń w wypadku zachorowania pracownika.

Przed wejściem w życie dekretu (a także po wejściu jego w życie, o ile chodzi o pracowników fizycznych) pracownik, mający warunki przewidziane w art. 36 ust. II ustawy o obow. ubezp. na wyp. choroby, który zachorował po upływie 4 tygodni od dnia opuszczenia zatrudnienia, miał prawo tylko do pomocy leczniczej bez prawa do świadczeń pieniężnych, jeśli zachorował przed upływem 13 tygodni od dnia utraty członkostwa, a jeśli po tym okresie — to nie miał praw do żadnych świadczeń.

Połączenie przeto pracowników, którzy zachorowali po 4-ch tygodniach od dnia opuszczenia zatrudnienia, było tragiczne nawet w wypadku, gdy zachorowali jeszcze przed upływem 13 tygodni od powyższego dnia i mieli prawo do pomocy leczniczej, albowiem pozbawieni byli wraz z rodziną wszelkich środków utrzymania, tracąc wskutek choroby, powodującej niezdolność do pracy, prawo do

zasiłku dla bezrobotnych. Zupełnie zaś pożałowania godna była sytuacja tych pracowników, którzy, nie mając środków utrzymania i dotknięci chorobą, nie mieli prawa nawet do pomocy leczniczej.

Tego rodzaju sytuacjom starała się — oczywiście w sposób niezadawalający — zaradzić opieka państwowa względnie społeczna.

W stosunku do pracowników umysłowych, mających prawa do świadczeń na wypadek braku pracy, przedstawiona wyżej sytuacja jest przez postanowienie art. 20 i 36 dekretu wykluczona.

Zakład bowiem obowiązany jest ubezpieczyć w Kasie Chorych na wypadek choroby tych pozostających bez pracy pracowników umysłowych, którzy są uprawnieni do świadczeń z powodu braku pracy, a którzy z tytułu ubezpieczenia w Kasie Chorych przed utratą zajęcia nie mają już prawa do pomocy leczniczej i zasiłków pieniężnych, a w wypadku, gdy chodzi o pracowników, którzy w ostatnio utraconem zajęciu nie otrzymywali żadnego wynagrodzenia ani w gotówce, ani w naturze — tych pracowników, którzy nie posiadają już prawa do pomocy leczniczej. Pozostający bez pracy pracownik umysłowy straci wprawdzie skutek choroby, powodującej niezdolność do pracy, otrzymywany z Z. U. P. U. zasiłek dla pozostających bez pracy, lecz równocześnie nabyte prawo do odpowiedniego zasiłku chorobowego i pomocy leczniczej z Kasy Chorych.

Gdy zaś pracownik wyzdrowieje i odzyska zdolność do pracy, odzyska równocześnie prawa do świadczeń z powodu braku pracy (w szczególności do zasiłku z powodu braku pracy), które na czas świadczeń ubezpieczeniowych z Kasy Chorych z tytułu ubezpieczenia w myśl art. 20 dekretu ulegają tylko zawieszeniu (art. 50 punkt 9); po ustaniu choroby przed upływem okresu zasiłkowego z powodu braku pracy (zasadniczo 6-cio miesięcznego) ubezpieczony otrzyma zasiłki z powodu braku pracy przez okres, jaki mu jeszcze w myśl art. 56 i 57 dekretu pozostał, przyczem okres korzystania ze świadczeń Kasy Chorych z tytułu ubezpieczenia w myśl art. 20 dekretu jest wliczony do okresu zasiłkowego z powodu braku pracy.

Według art. 13 ust. II ustawy z 19 maja 1920 r. obowiązkowo ubezpieczony przestaje być członkiem Kasy Chorych, gdy następuje dlań koniec zatrudnienia, na podstawie którego podlegał ubezpieczeniu, przyczem jednak zachowuje prawo do świadczeń, przewidziane w art. 36 ust. I i II tej ustawy, t. j. prawo do pomocy leczniczej nie dłużej niż w ciągu 26 tygodni, gdy wypadek choroby zajdzie przed upływem 13 tygodni od dnia utraty członkostwa, prawo zaś do pełnych świadczeń przez czas, w statucie określony, o ile wypadek choroby zajdzie w ciągu 4 tygodni po opuszczeniu zatrudnienia, a pracownik był członkiem Kasy Chorych conajmniej w ciągu ostatnich 6-ciu tygodni, lub w ciągu ubiegłych 12 miesięcy conajmniej przez 26 tygodni.

Wszyscy pracownicy umysłowi uprawnieni do świadczeń na wypadek braku pracy (pomijając przejściowe postanowienia art. 159 ust. ost. dekretu i § 64 rozporządzenia wykonawczego z 22.12.1927), czyniąc zadość postanowieniom art. 16 ust. 1 do 3, posiadają

tem samym ostatnio wymienione warunki, przewidziane w art. 36 ust. II ustawy z 19.5.1920 r.

Zasadniczo przeto osoby, uprawnione do świadczeń z powodu braku pracy z Z. U. P. U., winny być z pierwszym dniem piątego tygodnia po opuszczeniu zatrudnienia, uzasadniającego obowiązek ubezpieczenia, ubezpieczone w Kasie Chorych na wypadek choroby; osoby, które nie miały w ostatnio utraconem zajęciu żadnego wynagrodzenia i wskutek tego nie mają prawa do zasiłku z powodu braku pracy, winy być ubezpieczone w Kasie Chorych z tą chwilą, gdy tracą w Kasie Chorych z tytułu ich ewentualnego ubezpieczenia z powodu utraconego zajęcia prawo do pomocy leczniczej na wypadek zachorowania, t. j. z pierwszym dniem 14-go tygodnia po ustaniu ich ewentualnego członkostwa w Kasie Chorych.

Na G. Śląsku, gdzie obowiązuje Ks. II Niem. Ord. Ubezp., pozostający bez pracy pracownicy umysłowi, uprawnieni do świadczeń z powodu braku pracy, winni być w obu wypadkach ubezpieczeni w Kasie Chorych z 1-szym dniem 4-go tygodnia po opuszczeniu zajęcia, które uzasadniało obowiązek ubezp. w Kasie Chorych.

Za osoby, które nie podlegały ubezpieczeniu w Kasie Chorych a nabyły do Z. U. P. U. prawo do świadczeń z powodu braku pracy (np. prowizoryczni urzędnicy państwowi), jak również za osoby, które przed uzyskaniem prawa do świadczeń z powodu braku pracy były chore i wyczerpały prawa do świadczeń z Kasy Chorych, należy się Kasie Chorych składka za ich ubezpieczenie na wypadek choroby z chwilą powstania ich prawa do świadczeń z powodu braku pracy.

Podstawę wymiaru składki, należnej Kasie Chorych od Z. U. P. U. z tytułu ubezpieczenia pozostających bez pracy pracowników umysłowych na wypadek choroby, stanowi taka płaca (w ustawie z 19.5.1920 r. zwana „ustawową”), od której, wymierzony w myśl zasad ustawy z 19.5.1920 r., zasiłek chorobowy równałby się w przybliżeniu otrzymywanemu przed zachorowaniem zasiłkowi z powodu braku pracy.

Kasa nie może sobie utrudniać administracji i wprowadzać dla ubezpieczonych w myśl art. 20 dekretu specjalne grupy i płace podstawowe (ustawowe), dlatego dekret w art. 20-ym wymaga zaszeregowania ubezpieczonego do takiej grupy zarobkowej w Kasie Chorych, by, przypadający w tejże grupie zarobkowej zasiłek chorobowy, równał się w przybliżeniu otrzymywanemu przed zachorowaniem zasiłkowi z powodu braku pracy.

Zasiłek chorobowy może przeto być w pewnych wypadkach wyższy, w pewnych zaś niższy od otrzymywanego poprzednio zasiłku z powodu braku pracy, zależnie od tego, jaka płaca podstawowa (ustawowa) w Kasie Chorych da najmniejszą różnicę między obu zasiłkami. Oczywiście pozostający bez pracy pracownik umysłowy, którego zasiłek z powodu braku pracy przewyższa ewentualny zasiłek chorobowy, przypadający w najwyższej grupie zarobkowej danej Kasy Chorych, będzie zaliczony do grupy najwyższej danej Kasy.

Biorąc przykładowo, że X otrzymuje 90 zł. zasiłku miesięcznego z powodu braku pracy, chcąc go

zaszeregować dla ubezpieczenia w myśl art. 20 i 36 dekretu do odpowiedniej grupy zarobkowej w Kasie Chorych, należy przedewszystkiem ustalić kwotę, do której ma się zbliżać najbardziej płaca ustawowa poszczególnych grup w Kasie Chorych; kwotą taką będzie kwota 90 zł. powiększona o 60 zł., t. j. zasiłek z powodu pracy, powiększony o $\frac{2}{3}$ swojej wartości, gdyż ewentualny zasiłek chorobowy ma się równać w przybliżeniu zasiłkowi z powodu braku pracy, a ponieważ zasiłek chorobowy wynosi 60% płacy podstawowej (ustawowej), przeto dla otrzymania takiej podstawy, od której wymierzony zasiłek chorobowy miałby dać kwotę, równą zasiłkowi z powodu braku pracy, należy zasiłek ten, jako stanowiący 60% takiej kwoty, podwyższyć o $\frac{2}{3}$, by otrzymać 100% pożądaną kwotę.

W danym przykładzie odpowiadałby najbardziej intencji dekretu przypadek, gdyby X został ubezpieczony w Kasie Chorych w grupie zarobkowej z płacą podstawową (ustawową) 150 zł. miesięcznie, gdyż wymierzony ewentualny zasiłek chorobowy równałby się ściśle otrzymywanemu przez X-a zasiłkowi z powodu braku pracy.

Jeśli jednakże w danej Kasie Chorych będą np. grupy zarobkowe (płac miesięcznych) od 120 do 150 zł. z płacą podstawową, od której oblicza się zasiłek chorobowy (przeciętna dolnej i górnej płacy danej grupy) 135 zł., a następna grupa od 150 — 180 zł. z płacą podstawową (ustawową) 165 zł. — pracownik X winien być ubezpieczony w grupie zarobkowej z płacą podstawową 165 zł., bo wchodzi pod uwagę dwie płace podstawowe: 135 zł. i 165, obie równo oddalone od idealnej płacy podstawowej 150 zł., a więc wybrać trzeba korzystniejszą dla ubezpieczonego; gdyby pod uwagę wchodziły np. grupy zarobkowe — jedna z płacą podstawową 145 zł., druga zaś z płacą 160 zł., — X-a należałoby ubezpieczyć w grupie zarobkowej z płacą podstawową 145 zł.

Na G. Śląsku, gdzie zasiłek wynosi 50% płacy podstawowej, dla ustalenia właściwej grupy zarobkowej należy kwotę zasiłku z powodu braku pracy podwoić.

Za pracowników umysłowych, którzy nie mają prawa do zasiłku na wypadek braku pracy z tego powodu, że w ostatnio utraconem zajęciu nie otrzymywali żadnego wynagrodzenia ani w naturze, ani w gotówce, a mają prawo do innych świadczeń na wypadek braku pracy, uiszcza Z. U. P. U. Kasie Chorych $\frac{3}{4}$ składki, przypadającej od płacy podstawowej (ustawowej) najniższej grupy zarobkowej właściwej Kasy Chorych, gdyż w razie zachorowania Kasa udzielać będzie temu pracownikowi tylko pomocy leczniczej.

Podkreślić należy, że zgłoszenie o świadczenia z powodu braku pracy skutecznia się w myśl postanowień dekretu i rozporządzenia wykonawczego przez Kasy Chorych miejsca zamieszkania, która — o ile pracownik był w czasie ostatniego zatrudnienia ubezpieczony w innej Kasie — przesyła je tej ostatniej, jako zobowiązanej do ewentualnych świadczeń. (Tryb postępowania ze zgłoszeniami roszczeń normuje szczegółowo instrukcja, wydana Kasom Chorych przez Główny Urząd Ubezpieczeń).

W wypadku, gdyby pracownik przesiedlił się po

utracie zajęcia na obszar działania innej Kasy Chorych, niż tej, której był członkiem, w wypadku zachorowania w okresie 4-tygodniowym po utracie zajęcia, nabywa prawa do świadczeń ze strony Kasy miejsca zamieszkania z tytułu stosunku ubezpieczeniowego z Kasą, której ostatnio był członkiem, w myśl art. 36 i 37 ustawy z 19.5.1920 r.

Po upływie 4-ch tygodni od opuszczenia zajęcia (bez zajścia wypadku; choroby), o ile pracownik nie zgłosił dobrowolnego kontynuowania ubezpieczenia w myśl art. 13 ust. przedost. ustawy z 19.5.1920 r., będzie ubezpieczony przez Z. U. P. U. w Kasie Chorych miejsca zamieszkania, z którą wejdzie wskutek tego w samoistny bezpośredni stosunek ubezpieczeniowy.

Pozostają do omówienia odnośnie do tego punktu dwie kwestje:

a) w jakim stosunku pozostają uprawnienia pracownika, wynikające z art. 20 dekretu, do art. 13 ust. przedost. ustawy z 19.5.1920 r.,

b) jaki jest stosunek ubezpieczenia w Kasie Chorych z tytułu stosunku pracy, do ubezpieczenia na podstawie art. 20 dekretu.

Odpowiadając na pierwszą kwestję, należy wziąć pod uwagę, że postanowienie art. 20 dekretu ma charakter subsydjarny w stosunku do postanowień ustawy z 19.5.1920 r., że celem art. 20 dekretu jest wypełnienie luki, polegającej na tem, iż pracownik, korzystający ze świadczeń z powodu braku pracy, wskutek samego faktu zachorowania zostaje pozbawiony zasiłków z powodu braku pracy, nie nabywając w myśl przepisów prawnych o ubezpieczeniu na wypadek choroby praw do świadczeń, przewidzianych temi przepisami na wypadek choroby.

Jeśli przeto pracownik ma zapewnione świadczenia na wypadek choroby zgodnie z zasadniczymi przepisami prawnymi, normującymi ubezpieczenie na ten wypadek, to postanowienie art. 20 dekretu nie wchodzi tak dłużej w zastosowanie, jak długo pracownik ma w myśl określonych zasadniczych przepisów prawnych zapewnione świadczenia w razie choroby.

Wypadki dobrowolnego kontynuowania ubezpieczenia chorobowego, w praktyce zresztą nieliczne, mogą wobec art. 20 dekretu wchodzić pod uwagę tylko w tym wypadku, gdyby — przy uwzględnieniu postanowienia art. 16 ust. 4 dekretu i ewentualnej znacznej różnicy między najwyższą płacą podstawową w Kasie Chorych, w której pracownik miałby być na podstawie art. 20 dekretu ubezpieczony, a tą płacą podstawową, którąby ściśle odpowiadała stosunkowo należnemu zasiłkowi z powodu braku pracy, z jednej strony, oraz przy uwzględnieniu wysokości ewentualnie w razie choroby należnych świadczeń z Kasy Chorych, której pracownik był ostatnio członkiem, z drugiej strony, — wynikało, iż postanowienie art. 13 ust. przedost. ustawy z 19.5.1920 r. przedstawia dla pracownika większe dobrodziejstwo, niż postanowienie art. 20 i 36 dekretu.

W myśl bowiem art. 132 mają skutek prawny umowy, ograniczające postanowienia dekretu, na korzyść pracowników.

Oczywiście pracownik winien, zgłaszając do Kasy Chorych roszczenia o świadczenia z powodu

braku pracy, równocześnie zgłosić ewentualnie swoje dobrowolne ubezpieczenie w Kasie Chorych, gdyż inaczej, zgłaszając swoje roszczenia o wszystkie świadczenia należne z powodu braku pracy w myśl dekretu (a zatem i przewidziane w art. 20-tym), — tem samem oświadcza, że nie zamierza skorzystać z postanowienia art. 13 ust. przedost. ustawy z dnia 19.5.1920 r.

Odnośnie do drugiej kwestji należy wziąć pod uwagę, że art. 20 dekretu daje pracownikowi umysłowemu, pozostającemu bez pracy, prawo do ubezpieczenia go w Kasie Chorych na koszt Z. U. P. U.

Dekret nie określa zasad, na jakich to ubezpieczenie ma być przeprowadzone, gdyż zasady ubezpieczeniowe, wiążące Kasy Chorych, są zawarte w ustawie z 19.5.1920 r. i jej postanowienia są i dla ubezpieczenia w myśl art. 20 dekretu obowiązujące.

Przez wyraźne omówienie w ustępie pierwszym art. 36 dekretu szczegółów niezbędnych do wcielenia pozostającego bez pracy pracownika umysłowego do jednej z grup zarobkowych, obowiązujących w poszczególnych Kasach Chorych, oraz przez wymienienie ograniczeń ogólnych zasad ubezpieczenia na wypadek choroby, które to ograniczenie wymienia ustęp 2-gi art. 36, dekret w sposób niewątpliwy potwierdza słuszność takiego poglądu.

Wobec tego we wszystkich kwestjach, wynikających z ubezpieczenia w myśl art. 20 dekretu, należy stosować odpowiednie ogólne zasady ubezpieczenia na wypadek choroby, zawarte w ustawie z 19.5.1920 roku, o ile dana kwestja nie została wyraźnie inaczej rozstrzygnięta w postanowieniach art. 20 lub 36 dekretu.

Wobec tego ubezpieczeni na podstawie art. 20 dekretu mają w stosunku do Kasy Chorych — z powyższem zastrzeżeniem — takie same prawa i obowiązki, jakieby dla nich wynikały z ubezpieczenia w Kasie Chorych z tytułu ubezpieczenia na podstawie stosunku pracy. W szczególności przysługują ubezpieczonemu na podstawie art. 20 dekretu prawa wyborcze zgodnie z zasadami regulaminu wyborczego, a po ustaniu tego ubezpieczenia ma zastosowanie art. 36 ustawy z 19.5.1920 r.

O ile chodzi o stanowisko Z. U. P. U. w stosunku do Kasy Chorych ze względu na postanowienia art. 20 dekretu, to stanowisko jego jest określone wyczerpująco w art. 20 i 36 dekretu. Nie można przyznać analogicznego stanowiska do stanowiska pracodawcy, ubezpieczającego swoich pracowników w Kasie Chorych. Zakład nie jest pracodawcą korzystających ze świadczeń na wypadek braku pracy pracowników umysłowych, lecz instytucją ubezpieczeniową, która pobrała za nich uprzednio składki ubezpieczeniowe, a z chwilą zajścia wypadku ubezpieczeniowego, udziela przewidzianych w dekrecie świadczeń na wypadek braku pracy, m. in. płacąc za pozostających bez pracy składkę do Kasy Chorych za ubezpieczenie na wypadek choroby. Składka ta mieściła się w składce, płaconej za ubezpieczenie na wypadek braku pracy przez pracodawcę i przez pracownika umysłowego, jako pewien ułamek wzgl. część składowa tej ostatniej.

Wątpliwości, jakie w praktyce nasunąć może wykonanie art. 20 dekretu, może usunąć w drodze przepisów wykonawczych ten sam Minister — wykonaw-

ca obu wchodzących pod uwagę ustaw, t. j. ustawy z 19.5.1920 r. i dekretu z 24.11.1927, — Minister Pracy i Opieki Społecznej.

Ad. 2. Drugim świadczeniem z zakresu lecznictwa, jakie w myśl dekretu obowiązany jest Z.U.P.U. zapewnić ubezpieczonemu pracownikom umysłowym, to pomoc lecznicza, należna w myśl art. 16 ust. 1 i 5. 25 i 41 ubezpieczonemu, mającemu 60 miesięcy składowych, który po wyczerpaniu okresu zasiłkowego w Kasie Chorych jest nadal chory. Pomoc lecznicza należy się w powyższym wypadku pracownikowi niezależnie od renty, jaką otrzymuje od Zakładu.

Pomoc ta należy się tylko ubezpieczonemu, a nie przysługuje członkom jego rodziny.

O ile chodzi o zakres tej pomocy, to należy się ona pracownikowi w tym zakresie, w jakim udziela jej Kasa Chorych swoim członkom (a więc w zakresie, określonym w art. 23 ust. I lit. a. art. 28 ust. I i II ustawy z 19.5.1920 r.).

Pomocy leczniczej udziela Z. U. P. U. za pośrednictwem Kasy Chorych lub publicznego zakładu leczniczego za zwrotem kosztów leczenia, albo we własnych urządzeniach leczniczych.

Świadczenie to jest obliczone na wypadki długich chorób, przewlekających się poza okres, przez który Kasa udziela pomocy leczniczej swoim członkom.

Choroby takie wymagają ze względów społecznych leczenia, a ze względów humanitarnych również nie należało pozostawiać bez opieki leczniczej pracownika, dotkniętego taką przewlekłą chorobą. Samo przyznanie mu renty inwalidzkiej nie mogłoby w żadnym razie być uważane za wypełnienie w stosunku do niego obowiązku ze strony instytucji ubezpieczeń społecznych.

Kosztem tej pomocy leczniczej nie mogła być obciążona Kasa Chorych, która jest powołana do ubezpieczenia na wypadek zdarzenia losowego krótkotrwałego, a nie do zapobiegania skutkom trwałej niezdolności do pracy. Kasa, świadcząc przez pełny obowiązuje ją okres (przeważnie 52 tygodni), spełniła wobec danej jednostki w zupełności swoje zadanie.

Dlatego wydatkami na to świadczenie obciążona została słusznie instytucja inwalidzkiego ubezpieczenia.

Pomoc lecznicza, należna w myśl art. 25 dekretu, ustaje wskutek wyleczenia chorego lub wskutek jego śmierci.

Rozporządzenie wykonawcze do dekretu postanawia w §§ 54 pkt. 4 i 61, iż roszczenie o to świadczenie winno być zgłoszone we właściwej Kasie Chorych na 2 tygodnie przed wyczerpaniem okresu zasiłkowego w Kasie, która zwraca się do Z. U. P. U. o wydanie formalnej decyzji w sprawie przyznania tego świadczenia.

Ad. 3. Do świadczeń z zakresu lecznictwa, przewidzianych w dekrecie, należą t. zw. w dekrecie „zarządzenia lecznicze”, których celem jest bądź zapobieżenie niezdolności do wykonywania zawodu, grożącej ubezpieczonemu, bądź przywrócenie zdolności do wykonywania zawodu tej osobie, która z powodu utraty takiej zdolności otrzymuje z Z. U. P. U. świadczenia.

W przeciwstawieniu do świadczeń, wymienionych w punktach 2 i 3 niniejszego artykułu, będących świadczeniami obowiązkowymi, zarządzenia lecznicze stanowią dobrowolne świadczenia Zakładu, których Zakład udziela wedle własnego uznania; decyzja odnośna należy wewnątrz Zakładu do Komisji Rentowej Zakładu.

Zakład może umieścić na własny koszt osobę, względem której należałoby zastosować leczenie, za jej zgodą w zakładzie leczniczym lub w innym miejscu, nadajacem się do przeprowadzenia leczenia.

W wypadkach analogicznych do tych, które dają Kasie Chorych prawo umieszczenia chorego w szpitalu bez zgody chorego (art. 28 ust. II ust. z 19.5.1920 r.) odmowa poddania się zarządzonemu leczeniu bez uzasadnionej przyczyny uprawnia Zakład do odmowy na pewien czas renty inwalidzkiej, do której dana osoba nabędzie wzgl. nabyła prawo, w całości lub części, o ile leczenie wedle opinii lekarskiej przypuszczalnie osiągnęłoby swój cel.

Racjonalne stosowanie postanowień dekretu, odnoszących się do zarządzeń leczniczych — to nie tylko kwestja zmniejszenia liczby świadczeń, wypłacanych z powodu niezdolności do wykonywania zawodu w porównaniu z liczbą, przyjętą w zasadach rachunkowych Zakładu, jako prawdopodobną, ale również jest to kwestja podniesienia stanu zdrowotności ubezpieczonych pracowników umysłowych, a zatem poważnego ułamka społeczeństwa.

Zasady, jakie stosować będą w tej dziedzinie poszczególne Z. U. P. U., nie stanowią ich wyłącznej sfery zainteresowania, gdyż wydatki na świadczenia, do których prawo powstało po wejściu w życie dekretu, stanowią wspólne obciążenie wszystkich Z. U. P. U., pokrywane w stosunku do uzyskanych każdorocznie przez poszczególne Zakłady dochodów z lokat i należnych mu za dany rok składek ubezpieczeniowych.

Gdyby przeto jeden Zakład stosował np. system zapomóg, mających ubezpieczonemu umożliwić przebycie w uzdrowisku pewnej ilości tygodni, drugi zaś zakładał sanatorja, w których umieszczałby potrzebujące tego osoby pod należytą opieką lekarską, to racjonalnie uzyskane przez drugi Zakład oszczędności mogłyby nie dać mu żadnych dodatnich rezultatów oszczędnościowych z tego powodu, iż musiałby

uczestniczyć w pokrywaniu wydatków ewentualnie niewłaściwego i zbyt szeroko stosowanego przez pierwszy Zakład systemu.

Taksamę lokaty poszczególnych Zakładów, mające służyć celom lecznictwa, o ileby były niewłaściwie uskuteczniane, mogłyby spowodować zwiększenie obciążenia wspólnego, a zatem i poszczególnych innych Z. U. P. U.

Z powyższych względów, jak też ze względu na możliwość osiągnięcia wspólnym wysiłkiem celów, wymagających większych ofiar finansowych, oraz możliwość skierowania finansowych wysiłków poszczególnych Zakładów równocześnie w różnych kierunkach, mających jednak dać pewien celowy, systematyczny całokształt, — organizacja lecznictwa stanowi zakres działania Związku Z. U. P. U. (art. 86 p. 2).

Z dwóch ostatnio wymienionych względów wskazane jest również współdziałanie dwóch Związków, a mianowicie Związku Z. U. P. U. i Ogólnego Związku Kas Chorych.

Poza względem zaoszczędzenia wiele energii i funduszy społecznych przy tem współdziałaniu i szerszymi względami społecznymi, do takiego współdziałania skłonić powinien także wzgląd na bezpośrednie nawet zainteresowanie obu wchodzących pod uwagę instytucyj przedmiotem ewentualnego ich współdziałania.

Kasy Chorych zainteresowane są w tem, by stan zdrowotny jej członków, wśród których znaczna część stanowią pracownicy umysłowi, był możliwie najlepszy. To samo zainteresowanie mają Z. U. P. U.

Jeśli przeto zważymy, iż Kasy Chorych, stykając się z codziennymi dolegliwościami swoich członków (w danym wypadku chodzi o pracowników umysłowych), mogłyby przedstawiać Zakładowi w najwłaściwszym momencie wnioski, dotyczące osób i sposobu zastosowania względem nich leczenia, to przy wypróbowanej zasadzie łatwiejszego osiągania wspólnych celów wspólnymi siłami, współdziałanie to byłoby jednym z czynników, gwarantujących osiągnięcie ważnego celu społecznego, jakie prawodawca wykreślił w art. 61 dekretu Zakładom Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych.

CED.

ZADANIA OKRĘGOWYCH ZWIĄZKÓW I URZĘDÓW.

Nawiązując do artykułu p. Z. M. „Związki Kas Chorych i Urzędy”, umieszczonego w Nr-ze 7-mym „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych”, zanim przejdę do właściwego tematu t. j. do oświetlenia roli i zadań, jakie wypełniają Okręgowe Związki i Urzędy Ubezpieczeń, zmuszony jestem zwrócić uwagę na wysunięte przez autora na wstępie artykułu całkiem nieszczerze zastrzeżenie. A więc p. Z. M. zastrzega się na wstępie, że nie ma zamiaru ani kruszyć kopii w obronie Urzędów, ani też szczerbić pióra w obronie Związków. Skoro autor stara się udowodnić konieczność istnienia i doniosłość funkcji, spełnianych przez Urzędy, staje się jasnym, że

broni tych instytucyj. Z drugiej strony, wypowiadając się o Związkach Kas, jako o rzekomo kierujących się w działalności swej pobudkami politycznymi, niewątpliwie Instytucyj tych nie broni.

Tak jedno, jak drugie zastrzeżenie jest zbyteczne.

Pozatem należy sprostować drugą nieścisłość, popełnioną przez p. Z. M. we wspomnianym artykule, która stanowi główną podstawę dla wywodów autora. P. Z. M. wychodząc z założenia mylnego, że Okręgowe Związki sprawują nad Kasami Chorych kontrolę, uderza w próżnię, usiłując odebrać Związkom funkcje, których nie wypełniają. Przecież statut

Okręgowych Związków Kas wyraźnie opiewa, że jednym z zadań Związku jest **lustracja** działalności poszczególnych Kas, a więc w praktyce funkcja ta wykonywana z ramienia instytucji samorządowej i w dodatku **nieposiadająca w ręku swym prawa egzekutywy**, nie może nosić i nie nosi absolutnie charakteru „rewizorskiej kontroli”, a odbywa się jedynie celem instruowania i pouczenia organów Kasy oraz usprawnienia działalności tejże, co zresztą i sam autor zalicza do zadań Związku. Nie jest to zatem żadna kontrola, jakiem terminem określa autor działalność Związku w tej dziedzinie.

Z całą lojalnością przyznać jednak trzeba p. Z. M., że Urzędy Ubezpieczeń, a zwłaszcza Urząd Ubezpieczeń w Warszawie niejednokrotnie nadawał działalności lustracyjnej Związku charakter „rewizorskiej” kontroli, bądź to powołując przedstawiciela Związku do czynności rewizyjnych wykonywanych przez siebie, bądź też wręcz powierzając czynności te Związkowi.

Nie zmienia to wszakże w niczem formy i charakteru lustracji, wykonywanych z inicjatywy i z ramienia Okręgowego Związku Kas Chorych.

Pomijając sprawę kontroli i lustracji Kas, wysuniętą przez p. Z. M., jako jedną z najważniejszych, autor stawia sprawę ogólnie: „chodzi o rozgraniczenie funkcji” i w artykule swym twierdzi, że nieporozumienia, co do racji bytu tych lub innych organów ubezpieczeniowych (w tym wypadku p. Z. M. zapewne ma na myśli Urzędy i Związki) wypływają z niedostatecznie sprecyzowanego rozgraniczenia funkcji.

Funkcje Okręgowych Urzędów Ubezpieczeń, określone ustawą z dnia 19 maja 1920 r. i funkcje Okręgowych Związków, określone także Ustawą i Statutem, są całkiem różne i może być niedostateczne jest sprecyzowanie rozgraniczenia tych funkcji dla jednego zbytnie biurokratycznie ujmujących poszczególne działy pracy w zakresie ubezpieczeń chorobowych. I właśnie tego rodzaju pojmowanie zadań instytucji ubezpieczeniowych powoduje wkraczanie w niewłaściwe atrybucje, stwarza niezdrowy wyścig konkurencyjny, a nazewnątrz, dla sfer nieorientujących się w procedurze ubezpieczeń chorobowych i co zatem idzie w hierarchii organów ubezpieczeniowych, zamieszanie w pojęciach, a nadewszystko ujemne wrażenie odnośnie funkcjonowania całości aparatu ubezpieczeniowego.

Jeżeli zaś chodzi o zapobieżenie temu stanowi rzeczy są dwie drogi: zlikwidowanie Okręgowych Urzędów lub Okręgowych Związków i przelanie funkcji jednej instytucji na drugą, względnie jednocześnie zlikwidowanie obu tych instytucji przy przekazaniu ich funkcji jednej — nowopowstałej instytucji. W każdym wypadku rezultat byłby jeden i ten sam.

Trzecia droga wskazywana przez p. Z. M. — droga „precyzyjnego rozgraniczenia funkcji”, zupełnie nie rozwiązuje problemu poruszonego przez autora. Jest to stanowisko niedostatecznie przemyślane lub wręcz nieszczerze.

Mając zaś do wyboru likwidację albo Urzędu albo Związku, należałoby uwzględnić, która z tych

instytucyj w szerszym zakresie bierze udział i spełnia donioślejszą rolę w życiu Kas Chorych.

Jaki wybór w tym wypadku uczyniłby p. Z. M., nietrudno odgadnąć, po scharakteryzowaniu przez niego Okręgowych Związków, jako instytucji nawskroś politycznych, kierujących się w swojej działalności interesami i względami politycznymi oraz jawnie służącymi interesom jednego ugrupowania politycznego (co wynika z określenia przez autora charakteru Urzędów: „nie może jawnie służyć i t. d.”).

Innemi słowy mówiąc, p. Z. M. lekkiem sercem odsądza całkowicie Okręgowe Związki od sprawy służenia interesom ubezpieczonych i interesom Kas.

P. Z. M., pisząc, że do kierownictwa instytucjami ubezpieczeń społecznych dostają się czynniki zupełnie niedostosowane i nieodpowiednie, łaskawie udziela w tym względzie monopolu instytucjom ubezpieczeniowym, zapominając o tem, że zarówno w instytucjach samorządowych, jak i państwowych znajduje się również wiele jednostek niepowołanych i że jest to bolączką ogólną, nie zaś wyłącznie instytucji ubezpieczeń społecznych. Obliczyć zaś, gdzie „znacznie częściej, powszechniej”, to zaiste trudne zadanie do spełnienia.

Praktyka życiowa wykazuje, że w zbiorowym życiu publicznym nie do pomyslenia jest wyeliminowanie „czynników politycznych” od oddziaływania przy konstytuowaniu się działalności jakichkolwiek ciał czy to społecznych, czy też samorządowych.

Nie wiem kto jest autorem, przypisującym wszelkie nieszczęścia w Okręgowych Związkach czynnikiem politycznym, pragnąłbym jednak, aby autor tego poglądu szczerze odpowiedział, czy we wszystkich posunięciach w ciągu swego życia całkowicie izolowany był od wpływów politycznych. Nie wiem, jakie stanowisko społeczne, samorządowe czy państwowe piastował i obecnie piastuje p. Z. M., pragnąłbym jednak, aby z ręką na sercu odpowiedział, czy istotnie przy obejmowaniu takiej czy innej placówki nieodgrywały żadnej roli czynniki polityczne. Jeżeli nie, to należy uznać p. Z. M., za nadwyzwyczajnie wyjątkową jednostkę w naszym życiu publicznym.

Tyle w sprawach personalnych.

Natomiast niezrozumiałą jest dla mnie rzeczą, czy i w jakiej mierze „w jakim stopniu względy i interesy polityczne” mogłyby wpływać na sprawy takie, jak budowa sanatorium, akcja wydawnicza, prowadzona przez Związki w zakresie ubezpieczeniowo - leczniczym, organizowanie lecznictwa specjalistycznego, zakładów rentgenowskich oraz innych zakładów specjalistyczno - leczniczych itd. itd. Jeżeli zaś wpływały, to muszą powitać fakt ten, jako wysoce dodatni i pożądany objaw w życiu ubezpieczeń społecznych.

Najcięższy i bodaj jedyny zarzut, stawiany Okręgowym Związkom przez p. Z. M. — to wpływy polityczne. Jeżeli zarzut ten, jako nierzeczowy i nieistotny, odrzucić i porównać ogrom pracy, położonej przez Okręgowe Związki dla rozwoju Kas, wyrażającej się w organizowaniu specjalistycznych zakładów leczniczych, organizowaniu kolonji letnich, działalności profilaktycznej, pomocy Kasom przy regulowaniu

spraw personalno - leczniczych, działalności wydawniczej, zawieraniu umów w imieniu Kas z zakładami leczniczymi, hurtowniami leków itp., pomocy przy organizacji biurowości, pomocy finansowej i prawnej we wszystkich dziedzinach itd. itd., czyli pracy w olbrzymim zakresie najżywoźniejszych i najistotniejszych spraw życia Kas z pracą Urzędów Ubezpieczeń, sprowadzającą się w praktyce do trzech działów: 1-o kontrola, 2-o wydawanie okólników, 3-o powoływanie względnie odwoływanie Władz Kas, to obiektywny sąd bezsprzecznie wypadnie na korzyść Okręgowych Związków Kas i za likwidacją Urzędów Ubezpieczeń.

Przy tej sposobności warto omówić to zagadnienie z bardziej ogólnego punktu widzenia. P. Z. M. twierdzi, iż kontrola Kas Chorych (przeprowadzana przez Okręgowy Związek Kas Chorych) jest sprawowana „w ramach interesów politycznych”, a dalej „że o posunięciach i krokach związków decydują jeszcze w większym stopniu względy i interesy polityczne”. W tych słowach zawarty jest cały światopogląd w stosunku negatywnym do partyj politycznych, a może nawet więcej, niezrozumienie istoty i zadań partyj politycznych. Partja, bez względu na jej program, jeżeli reprezentuje **światopogląd określonej grupy społecznej**, jest objawem zdrowym i pożądanym w społeczeństwie. Delegując swych przedstawicieli do danej

instytucji, reprezentuje interesy społeczne, a rzecz państwowych władz nadzorczych jest korygowanie posunięć samorządu, jeżeli nie są kierowane zgodnie z interesami państwa. Czy państwo jest abstrakcją? Nie. Jest ono zespołem obywateli, a obowiązkiem urzędów i urzędników jest zcalanie działalności państwa w interesie dobra jego obywateli. Jednak koniecznym warunkiem jest kontrolowanie tej biurokracji przez czynnik wybieralny ustawodawczy lub samorządowy. Brak ciał obieralnych doprowadzi do zbiurokratyzowania państwa, czego przecież najlepszym dowodem jest Rosja carska. I tam obawiano się czynnika politycznego. Do czego to doprowadziło — wiadomo.

Oczywiście kwestję tę traktuję teoretycznie, albowiem projekt ustawy o obowiązku ubezpieczeniu na wypadek choroby oraz o ubezpieczeniu robotników na wypadek niezdolności do zarobkowania itd., zupełnie racjonalnie nie przewiduje odrębnej instytucji nadzoru o tak skromnym zakresie działalności, w jakim obecnie sprawują swe funkcje Urzędy Ubezpieczeń, zespala funkcję Związków i Urzędów jednej instytucji w Zakładach Ubezpieczeń Społecznych, zabezpieczając jednocześnie interes Państwa drogą mianowania przewodniczącego, względnie zast. przewodniczącego Zarządu Zakładu oraz 1/4 członków Zarządu.

ALFRED KRIEGER.

PLACE I ŚWIADCZENIA SOCJALNE W POLSCE.

Jaki jest koszt faktyczny świadczeń socjalnych w Polsce? Jak wysokie są płace? Jeżeli wysokość świadczeń socjalnych da się obliczyć w przybliżeniu, np. w wypadkach gdy dane świadczenie ma charakter odpłatny, a opłata obliczona jest w odsetkach płacy, co jest regułą w ubezpieczeniach społecznych, to w innych wypadkach jest to rzeczą wykluczoną. Jakże można obliczyć koszt urlopów? Wszelkie próby obliczenia kosztów urlopów, dokonywane nawet z dobrą wolą, nie mówiąc już o złośliwościach lewiatanowych, są bardzo ogólnikowe.

Nareszcie stwierdzić możemy, że mamy już pewien materiał, który, mamy nadzieję, będzie wstępem do dalszych badań, a daje już aktualnie bardzo mocną podstawę obliczenia wysokości płac i kosztów świadczeń socjalnych. Pracy tej dokonała Komisja ankietowa. Komisja ankietowa — powiada art. 1 Rozp. Prezydenta R. P. z dnia 22.XII 1926 o ustanowieniu Komisji Ankietowej badania warunków i kosztów produkcji oraz wymiany — ustanowiona została „celem zbadania warunków i kosztów produkcji oraz wymiany w tych gałęziach gospodarstwa narodowego, które określi Rada Ministrów w drodze rozporządzenia” Komisja Ankietowa miała prawo (ust. 9):

a) wzywać osoby, których zeznania mogą być dla prac Komisji Ankietowej potrzebne.....

b) badać przedsiębiorstwa na miejscu i korzystać ze wszelkich informacji, w szczególności z ksiąg i dokumentów przedsiębiorstwa.

Artykuł ten (Rozporządzenia Prezydenta R. P.) dawał K. A. nawet prawo przesłuchania pod przysięgą.

Jak widzimy, jest to pierwsze u nas, na tak wielką skalę zakrojone, badanie zagadnienia produkcji narodowej i wymiany, dające bardzo dużą gwarancję, iż wyniki tych badań K. A., opierając się na materiałach z najpierwszych źródeł, odpowiadają rzeczywistości. Mają one bowiem walor dokumentu urzędowego.

Komisja Ankietowa wydała już (dotychczas) 8 tomów swych sprawozdań¹⁾. Zadaniem Komisji Ankietowej było badanie warunków i kosztów produkcji oraz wymiany. Wobec tego Komisja musiała zająć się ustaleniem wysokości płac i obliczeniem kosztów świadczeń socjalnych w R. P.

Niestety, nie wszystkie działy ankiety dają równomierny materiał w tej dziedzinie. Wobec tego zreferujemy narazie tylko materiały, dotyczące płac i kosztów świadczeń socjalnych dwóch działów: węgla (tom V) i cukru (tom IX). Wytwórczość tych działów produkcji stanowi odsetek bynajmniej nie mały w całokształcie produkcji naszej. Produkcja węgla wynosiła u nas w 1927 roku — 28 milionów ton

¹⁾ Tom I: Budownictwo mieszkaniowe, tom II: cegła, tom III: cement, tom IV, drzewo, tom V: węgiel, tom VII: młynarstwo, tom IX. przemysł cukrowniczy, tom X: nawozy sztuczne. Nakładem Prezydium Rady Ministrów, Warszawa 1928 r.

metrycznych (str. 21²⁾). Komisja Ankietowa twierdzi (str. 42): „jeżeli produkcja węgla jest jednym z głównych filarów naszej pozycji na międzynarodowym rynku gospodarczym, to w gospodarstwie narodowym zajmuje ona — poza rolnictwem — niewątpliwie pierwsze miejsce”. Wartość wywozu naszego węgla wynosiła w r. 1927 — 201,7 milionów zł., co stanowiło 13,8 proc. wartości całkowitego wywozu (str. 46). Liczba zatrudnionych robotników (str. 98) wynosiła w r. 1926 (strajk angielski) — 128.210 osób, spadła w I kw. 1927 r. do 92.368 osób.

Tak samo i cukier jest ważną częścią naszej produkcji. Ankieta wykazuje³⁾, że w r. 1926/27 produkcja białego kryształu wynosiła u nas 502.321 t., z czego wywieziono 203.256 t. Wartość eksportu cukru wymienionego wynosiła⁴⁾ w r. 1926 — 142.834.000, czyli 6,3% w stosunku do ogólnej wartości eksportu. Również i dla Skarbu Państwa produkcja cukru ma bardzo ważne znaczenie, albowiem podatek od cukru w stosunku do ogółu podatków pośrednich dał Państwu dochodu w wysokości 69%⁵⁾.

Opierając się zatem w naszych rozważaniach na badaniach i wnioskach Komisji Ankietowej (K. A.) w sprawie węgla i cukru, zdobędziemy bardzo ważny materiał do zagadnienia płac i świadczeń socjalnych w kraju naszym. Waga zaś tych dokumentów jest bardzo wielka, albowiem są to materiały urzędowe, członkowie K. A. składali, w myśl art. 2 Rozporządzenia „uroczyste przyrzeczenia” na ręce Prezesa Rady Ministrów.

Węgiel.

Komisja Ankietowa omówiła w swem tomie V-tym bardzo obszernie stosunki robotnicze w naszym górnictwie węglowym w rozdziale zatytułowanym „stan czynnika pracy”⁶⁾. Bardzo wielką rolę w pracy górnika zajmują warunki higieniczne. Górnik pracuje bowiem przeważnie pod ziemią. Z ogółu 92.368 osób zatrudnionych w naszych kopalniach w pierwszym kwartale 1927 r. — 62.645 osób pracowało pod ziemią, reszta zaś (29.741 osób) na powierzchni. Komisja Ankietowa stwierdza, iż „praca górnika, szczególnie robotnika pracującego pod ziemią należy zaliczyć do kategorii najcięższych zatrudnień. Odbywa się ona w warunkach ustawicznego niebezpieczeństwa, ciągłej i nieustannej walki z żywiołem”. A jednak warunki pracy w dziedzinie bezpieczeństwa pracy nie polepszają się, albowiem „w stosunku do całej załogi, we wszystkich zagłębiach, liczba nieszczęśliwych wypadków w porównaniu z rokiem 1913 wzrosła”, a mianowicie: z 12,91 proc. w r. 1913 do 15,57 proc. w roku 1927. Komisja Ankietowa stwierdza, że „w granicach poszczególnych zagłębi stwierdzić się daje polepszenie w Dąbrowskiem i Krakowskiem Zagłębiach, natomiast wyraźne pogorszenie w Zagłębiu Śląskiem”. Oczywiście, tego rodzaju praca i spowodowany nią ogromny

odsetek nieszczęśliwych wypadków wymaga szczególnej pieczy nad tą kategorią robotników.

Mimo wszystko stwierdza Komisja Ankietowa zwiększenie wydajności pracy górnika i jednocześnie zmniejszenie płac realnych. Wydajność pracy na dniówkę wynosiła (str. 117) w r. 1913 — 2,28 t., zaś w r. 1926 — 2,39 t., czyli wydajność pracy zwiększyła się o 4,8%. Płaca górnika zwiększyła się z 4,08 zł. (w złocie) do 6,14 zł. (papierowych). Realna wartość tej kwoty (t. j. 6,14 zł.) jest oczywiście znacznie mniejsza, wynosi w myśl obliczeń komisji 3,34, czyli wartość realna płac zmniejszyła się o 18,1%

Jak niska jest płaca górnika w Polsce świadczy inne obliczenie. Komisja Ankietowa ustaliła t. zw. skalę zarobków od grupy „poniżej 100 zł. do powyżej 500 zł.” i doszła do wniosku, iż $\frac{2}{3}$ zatrudnionych górników (66,75%) zarabiało w lutym 1927 poniżej 200 zł. miesięcznie (str. 144). A zważyć przytem należy, iż minimum egzystencji, ustalone przez Główny Urząd Statystyczny na ten okres wynosiło od 210 — 250 zł. miesięcznie (w rozmaitych miejscowościach Zagłębi węglowych). W stosunku do powyższych kwot zarobki, które nie osiągnęły poziomu minimum egzystencji, stanowią w górnictwie węglowym około 80% (w Zagłębiu Dąbrowskiem 75%, w Zagłębiu Śląskiem 80%, w Zagłębiu Krakowskiem 90%).

„Charakterystycznym zjawiskiem — konkluduje Komisja — w wzajemnym układzie poszczególnych grup zarobkowych obecnie w porównaniu z okresem przedwojennym jest uwidocznione wybitne wzmoczenie się grup zarobków najniższych kosztem zmniejszenia się grup średnich i wyższych zarobków”. Oto mamy źródło chorób masowych i niedomagań naszej ludności, które na każdym kroku zwalczać muszą nasze Kasy Chorych — niska płaca robocza.

Podajemy wyniki najbardziej ogólne. Komisja Ankietowa daje jeszcze szereg innych zestawień szczegółowych, których rezultatem jest wniosek, iż płaca realna się zmniejszyła w stosunku do r. 1913 jednocześnie nastąpiło zwiększenie wydajności pracy górnika.

Płace naszych górników są znacznie niższe, aniżeli górników niemieckich. Komisja Ankietowa, przyjmując (obliczoną „w koszykach żywności”) wartość realną płacy naszego górnika w r. 1925 na 100, stwierdza (str. 121), iż w r. 1926 płaca górnika niemieckiego wynosiła (w tych samych jednostkach obliczeniowych) od 167 do 239 (zależnie od rejonu).

Jaki odsetek stanowi płaca robocza w kosztach wydobywania węgla? Komisja Ankietowa stwierdza, iż „w badanych przez Komisję Ankietową kopalniach koszty własne układają się w sposób dość różnolity.

Różnolitość ta wynika w pierwszym rzędzie z warunków naturalnych (geologicznych) kopalń, z ich wielkości, urządzeń technicznych, stopnia obciążenia kopalń w stosunku do urządzeń, wydajności, czynnika organizacji przedsiębiorstwa i t. p.”. Stosunek kosztów robocizny do całkowitych kosztów wydobywania w 11-tu zbadanych kopalniach wynosił 29,6 — 47,8%. Taki wysoki odsetek (47,8) był tylko w jednej kopalni, pozatem waha on się przeciętnie około cyfry 35. Różnice wahania tłómaczy Komisja Ankietowa w sposób nastę-

²⁾ Mówiąc o węglu korzystamy z materiałów tomu V (w tekście podajemy tylko stronicę).

³⁾ Tom IX str. 14 tabl. IV.

⁴⁾ Tom IX, str. 21, tabl. IX.

⁵⁾ Tom IX, str. 20., tabl. VIII.

⁶⁾ Str. 98 i nast.

pujący: „stosunkowy udział robocizny w kosztach jest niższy w przedsiębiorstwach wielkich niż małych, co jest rezultatem większej mechanizacji wydobycia, lepszej organizacji administracji i t. p.” Widzimy więc, że zacofanie gospodarcze naszego górnictwa szkodzi jej własnym interesom. Odsątek kosztów robocizny jest wielki wskutek prymitywnych i złych urządzeń technicznych. Byłaby to niejako sprawa prywatna przedsiębiorców, gdyby oczywiście nie odbijała się ujemnie na zdrowiu i życiu górników. Komisja Ankietowa stwierdza (str. 102), że liczba nieszczęśliwych wypadków w kopalniach wzrosła. Wynosiła bowiem: w r. 1913 — 11.500 wypadków (12.91%), w r. 1925 — 12.639 wypadków (15.36%), w r. 1926 — 13.283 wypadków (13.66%), w I kwartale 1927 — 3.595 (15.57%). Wyciągnąć musimy smutny wniosek, że państwa zaborcze widocznie zmuszały przedsiębiorców do większej dbałości o życie i zdrowie robotników. Komisja Ankietowa stwierdza, iż warunki pracy polepszyły się w Zagłębiu Dąbrowskiem i Krakowskiem, natomiast pogorszyły się w Zagłębiu Śląskiem. Liczba wypadków wynosiła w r. 1913 — 11,46%, w r. 1925 — 16,09%, w r. 1926 — 13,81%, w r. 1927 — 15,34%!

Komisja Ankietowa kończy ten rozdział ujmując swe spostrzeżenia w formie resumé (15 punktów — str. 153). Z resumé przebija nasza „polska rzeczywistość”, tajemnica bardzo wielu bolączek naszego życia społeczno - gospodarczego. A więc wzrastająca liczba wypadków, zły stan urządzeń higienicznych w kopalniach, duże braki w dziedzinie kwestji mieszkaniowej, brak aptek podręcznych, nieprzestrzeganie umów zbiorowych, a wreszcie „porównanie wzrostu wydajności robotnika z wzrostem płac i cen węgla wykazało rażąco niewspółmierny — na niekorzyść płac — rozwój tych czynników”.

Komisja Ankietowa rozważała oczywiście zagadnienie kapitałne każdej gałęzi wytwórczości, a więc i górnictwa węglowego, na całym świecie, t. j. kosztów wydobycia węgla. Jako podstawę obliczeń przyjęto koszty administracji 5 kopalń na G. Śląsku i 6 kopalń Zagłębia Dąbrowskiego i Kra-

kowskiego. Z badań tych okazuje się, że na G. Śląsku w r. 1926 koszty personelu techn. wynosiły od 3.7% — 6.5% kosztów własnych, zaś wynagrodzenie Zarządu Głównego od 0.3% — 3.9% kosztów własnych na ogólną sumę kosztów administracyjnych od 1.05% — 12.7% kosztów administracji na 1 tonnę wydobycia. W Zagłębiu Dąbrowskiem i Krakowskiem ogólne koszty administracyjne wynosiły od 5.9% — 14.1%, personel techniczny 1.2% — 7.4%, gdy tymczasem wynagrodzenie Zarządu Głównego od 1.1% — 6.3% na 1 tonnę wydobycia. Komisja Ankietowa stwierdza (str. 169), iż „podczas badań bezpośrednich zostało ustalone, że koszty administracji centralnej wogóle — szczególnie w niektórych towarzystwach francuskich — są niezmiernie wysokie. Spowodowane jest to kosztami utrzymania biur w Paryżu, obejmujących po kilkunastu urzędników. Nawet w biurach administracji lokalnych koszty te są w Zarządach Głównych bardzo wysokie, spowodowane często spotykanem zjawiskiem dwoistej administracji: obok wyższych urzędników polskich postawieni są urzędnicy francuscy, wykonujący identyczne funkcje i będący nawet kontrolerami ze strony akcjonariuszy nad personelem miejscowym. Między tymi urzędnikami spotyka się czasem osoby, zupełnie niewładające językiem polskim”.

Zdajemy sobie aż nadto dobrze sprawę, iż w obecnym ustroju gospodarczo - politycznym ów mistyczny „Zarząd Główny” (z siedzibą w Paryżu) nie będzie się poświęcał bezpłatnie spełniając ciężkie obowiązki członków rad nadzorczych i Zarządów. Jednak mimo to wszystko Polska nie jest kolonią dzikusów afrykańskich, z których czerpie się nieograniczone zyski, by je w spokoju spożywać w Paryżu.

Komisja Ankietowa doszła, na podstawie badań własnych, do bardzo ciekawych wyników w sprawie „udziału poszczególnych elementów kosztów wydobycia węgla w łącznej kwocie wydatków, stanowiących koszty własne kopalni”, w roku 1925 (str. 208 tabl. CXI).

Wyszczególnienie	0/0 ogółu kosztów własnych		na 1 tonnę wydobycia w zł.	
	1925	1926		
1) Płace w gotówce				
a) robotników nad ziemią	3.78	3.97	3.74	4.01
b) „ pod ziemią	1.25	1.21	1.16	1.17
2) ubezpieczenia ustawowe rob.	0.77	0.68	0.80	0.72
3) świadczenia pozaustawowe	0.43	0.38	0.38	0.35
4) urlopy robotnicze	0.46	0.39	0.54	0.45
5) wynagrodzenie pers. techn. wraz ze świadczeniami ustawowymi i pozaustawowymi	0.85	0.75	0.84	0.76
6) Wynagrodzenie Zarz. Gł. i urzędników centrali ze świadczeniami	0.41	0.44	0.36	0.43

Podajemy tę tabliczkę bez jakichkolwiek komentarzy. Dalsze tablice Komisji Ankietowej dają nam już bardziej szczegółowe dane, dotyczące się: 1) kosztów robocizny (w sprawozd. tabl. CXVII). 2) minimalnych i maksymalnych granic kosztów ubezpieczeń społecznych (tabl. CXVIII).

3) liczby kopalń, ponoszących w 1926 r. wydatki na ubezpieczenia socjalne w wysokości poszczególnych kwot (tabl. CXIX). a wreszcie 4) kosztów urlopów robotniczych i urzędniczych (tabl. CXX).

Koszty robocizny oraz świadczenia ustawowe i pozaustawowe na 1 tonnę wydobycia w złotych.

W Y S Z C Z E G Ó L N I E N I E	Zagłębie Śląskie		Zagłębie Dąbrowskie		Zagłębie Krakowskie		O g ó ł e m	
	1925	1926	1925	1926	1925	1926	1925	1926
Płace w gotówce robotników:								
a) pod ziemią	3,74	4,01	3,95	3,92	3,87	3,76	3,78	3,97
b) na powierzchni	1,16	1,17	1,63	1,47	1,24	1,05	1,25	1,21
Razem	4,90	5,18	5,58	5,39	5,11	4,81	5,03	5,18
Ubezpieczenia ustawowe robotników	0,80*)	0,72*)	0,71	0,58	0,61	0,55	0,77	0,68
Świadczenia pozaustawowe robotników	0,38	0,35	0,66	0,54	0,39	0,33	0,43	0,38
Urlopy robotników	0,54	0,45	0,21	0,17	0,29	0,20	0,46	0,39
Cała robocizna	6,62	6,70	7,16	6,68	6,40	5,89	6,69	6,63

Minimalne i maksymalne granice kosztów ubezpieczeń socjalnych robotników i urzędników, poniesionych przez przedsiębiorstwa w 1926 roku.

W Y S Z C Z E G Ó L N I E N I E	Zagłębie Śląskie		Zagłębie Dąbrowskie		Zagłębie Krakowskie	
	koszt najwyższy	koszt najniższy	koszt najwyższy	koszt najniższy	koszt najwyższy	koszt najniższy
	g r o s z y n a 1 t o n n ę					
Ogółem	38	96	49	75	32	105
w tem						
Kasa Chorych	9	17	22	32	19	33
Kasy Brackie	16	33	6	14	18	55
Ubezpieczenie od wypadków	2	29	11	17	8	19
Ubezpieczenie od bezrobocia	4	8	6	9	4	11
Ubezpieczenie od inwalidztwa i na starość	7	13	—	—	—	—

Liczba kopalń, ponoszących w 1926 r. wydatki na ubezpieczenia socjalne robotników i urzędników w wysokości poszczególnych kwot.

Wydatki na 1 tonnę w wysokości	Zagłębie Śląskie	Zagłębie Dąbrowskie	Zagłębie Krakowskie	R a z e m
od 30 do 40 groszy	1	—	1	2
„ 40 „ 50 „	1	2	—	3
„ 50 „ 60 „	2	3	—	5
„ 60 „ 70 „	13	3	2	18
„ 70 „ 80 „	6	1	1	8
„ 80 „ 90 „	2	—	1	3
powyżej 90 „	2	—	1	3
R a z e m	27	9	6	42

Koszty administracji i dozoru w latach 1925 i 1926 na 1 tonnę wydobycia w złotych.

W y s z c z e g ó l n i e n i e	Zagłębie Śląskie		Zagłębie Dąbrowskie		Zagłębie Krakowskie		O g ó ł e m	
	1925	1926	1925	1926	1925	1926	1925	1926
Wynagrodzenie personelu technicznego kopalń	0,84	0,76	0,78	0,69	1,14	0,82	0,85	0,75
Koszty administracji kopalń	0,46	0,43	0,64	0,51	0,45	0,37	0,49	0,44
Wynagrodzenie zarządu i urzędników Centrali	0,36	0,43	0,64	0,56	0,34	0,32	0,41	0,44
R a z e m	1,66	1,62	2,06	1,76	1,93	1,51	1,75	1,63

*) Spadek kosztów ubezpieczeń ustawowych przy jednoczesnym wzroście kosztów płac należy tłumaczyć bądź regulowaniem dawnych zaległości, bądź zaleganiem w opłatach.

Komisja Ankietowa, podając w resumé wyniki swych badań, stwierdza (str. 239 p. 12), iż „Polska posiada koszty robocizny znacznie niższe, niż Anglja, Belgja, Holandja, Niemcy i Z. S. R. R. (Rosja bolszewicka). Koszty administracji większe niż Belgja, Holandja, Niemcy i Z. S. R. R. i koszty materiałów ruchu wyższe, niż te cztery wymienione państwa, natomiast niższe nieco, niż kopalnie Z. S. R. R.”.

Zacytowaliśmy, stwierdzamy ponownie, dokumenty urzędowe. Jak wobec tego oceniać będziemy narzekania „sfer gospodarczych na zbyt wysokie zarobki i koszty świadczeń socjalnych”?

Przemysł cukrowniczy.

Wspomnieliśmy, że przemysł cukrowniczy opracowany przez Komisję Ankietową (tom IX)¹⁾ daje nam dość znaczny materiał w sprawach przez nas omawianych. Komisja Ankietowa podzieliła się na podkomisje, które badały poszczególne gałęzie produkcji w ramach zakreślonych rozporządzeniem Prezydenta R. P. Rozbicie Komisji Ank. na podkomisje sprawiło, że system i metoda pracy poszczególnych komisji siłą rzeczy były odmienne. Przyczynił się do tego fakt natury obiektywnej; niemożliwość porównania pewnych zupełnie odrębnych gałęzi produkcji. Uwagi te dotyczą oczywiście i węgla i cukru. O tem, by porównywać te gałęzie wytwórczości, mowy być nie może, choćby z tego powodu, że cukier oparty na burakach, jako surowcu, jest ściśle uzależniony od sił przyrody, gdy tymczasem górnictwo węglowe jest produkcją surowca. Komisja Ankietowa powiada, że „sprawdzianem dobrej fabrykacji cukru jest t. zw. wydajność, czyli procentowy wydatek cukru białego na wagę buraków” (str. 43).

W artykule naszym omówimy tylko jedną część prac Komisji Ankietowej w tej dziedzinie, a mianowicie rozdział zatytułowany „Stosunki robotnicze”. Komisja Ankietowa stwierdza: „Rola robocizny, jako czynnika produkcji, może być należycie omówiona tylko na tle całości kształtu czynnika pracy ludzkiej w toku produkcji” (str. 52). Ten „czynnik pracy ludzkiej” w produkcji cukrowniczej jest bardzo rozmaity, albowiem mamy tam robotników stałych, półstałych i sezonowych. W przemyśle cukrowniczym w miarę wzrostu mechanizacji produkcji następuje stosunkowe rozszerzenie się pracy niewykwalifikowanej. Na pewnym jednak poziomie powiększenie produkcji wymaga na nowo wzmożenia czynnika pracy wykwalifikowanej i rozszerzenia dozoru i pracy technicznej. Najwyższe napięcie zużycia niewykwalifikowanej siły roboczej zarysowuje się w naszym przemyśle cukrowniczym przy produkcji od 60.000 do 100.000 t. cukru (str. 54).

Komisja Ankietowa zbadała bardzo dokładnie płace robotnicze w cukrowniach naszych. Oczywiście nie możemy ze względu na brak miejsca podać wszystkich wyników badań Komisji Ankietowej zwłaszcza, że robotnicy zatrudnieni w cukrowniach otrzymują pewną część płacy w naturze. Reasumując swe badania, stwierdza Komisja Ankietowa

(str. 61), że zaledwie 10 proc. robotników zarabia powyżej minimum kosztów utrzymania ustalonego przez Główny Urząd Statystyczny, 18% zatrudnionych zarabia od 75% do 100% kosztów utrzymania, zaś 72% zatrudnionych jeszcze mniej, a mianowicie:

	% zatrudnionych
do 25% kosztów utrzymania zarabia	12
„ 25% — 50% utrzymania zarabia	35
„ 50% — 75% utrzymania zarabia	25

„Koszty utrzymania — stwierdza Komisja Ankietowa — w listopadzie 1926 r. wynosiły w Warszawie 8.78 zł. dziennie, zaś w innych ośrodkach były o 10% niższe. Dla ułatwienia porównania bierzemy minimum kosztów utrzymania przeciętnie 8 zł. dziennie” (str. 62). A dalej stwierdza Komisja Ankietowa: „Wymowa tych cyfr czyni komentarze zbytecznymi. Cukrownie małe gospodarują przy wynagrodzeniu nie sięgającym, dla większości robotników, nawet 50% niezbędnych kosztów utrzymania. Stan ten z małą poprawą obejmuje aż 4 grupy. Dopiero w grupie największych cukrowni ulega radykalnej zmianie na lepsze. Podział dzielnicowy o tyle gra tu rolę, że b. zabór rosyjski skupia cukrownie najmniejsze” (str. 62). A chodzi tutaj o grupę ludności dość poważną, gdyż Komisja Ankietowa zbadała płace 13.000 robotników. Komisja Ankietowa porównała płace robotników cukrowni z r. 1913 z płacami roku 1926 i stwierdziła, że „stosunki w dziedzinie płac wykazują duże pogorszenie w stosunku do czasów przedwojennych” (str. 62). Tablica płac (str. 64) z roku 1913 i 1926 wskazuje, że niestety Komisja Ankietowa ma rację.

Porównanie liczby robotników zarabiających poszczególne kwoty w objętych badaniami Komisji Ankietowej cukrowniach przed wojną i w 1926 r.

	1913 rok		1926 rok	
	Liczba robotników zarabiających poszczególne kwoty	% ogółu robotników	Liczba robotników zarabiających poszczególne kwoty	% ogółu robotników
Zarobki mające siłę nabywczą złotych z końca 1926 roku				
Do 100	1.289	27,97	2.300	37,78
od 100 — 150	1.352	29,33	1.826	30,00
„ 150 — 200	1.353	29,36	1.185	19,47
„ 200 — 300	563	12,21	630	10,35
powyżej 300	52	1,13	146	2,40
Ogółem . . .	4.609	100,00	6.087	100,00

I znowu w tym wypadku, podobnie jak w przemyśle węglowym, dojdź musimy do wniosku, że nastąpiło zwiększenie grupy płac najniższych kosztem płac średnich. Ponadto jeszcze przymusowa redukcja dni pracy siłą rzeczy obniża sumę zarobków. Komisja Ankietowa stwierdziła, że płace „w cukrowniach województw centralnych są często redukowane przez przerwy w pracy sięgając 12 — 13% ogółu dni pracy”. W kampanji 1926/27 poszczególne cukrownie miały do 39 dni postojów, co oczywiście zmniejsza zarobki w bardzo dużym stopniu”.

Komisja Ankietowa zajmowała się także płacami pracowników umysłowych. Podczas, gdy na te-

¹⁾ Omawiając „Przemysł cukrowniczy” podajemy tylko str. zawsze tomu IX.

renie b. dzielnicy pruskiej istnieje umowa zbiorowa, określając poziom płac pracowników umysłowych według wskaźnika drożyznianego, to na terenie b. dzielnicy rosyjskiej „w stosunkach pracowników panuje podobnie jak w robotniczych — zupełna dowolność. Umowy zbiorowej nie ma. Płace są ustanawiane z każdym przedsiębiorcą oddzielnie. Rozpiętość płac jest ogromna”. Komisja Ankiętowa stwierdza, iż „unormowanie stosunków w tej dziedzinie przy pomocy umowy zbiorowej wysuwa się jako konieczna droga naprawy” (str. 65). Porównując płacę pracowników umysłowych przed wojną t. j. w r. 1913 i płacę w roku 1926, Komisja Ankiętowa ustaliła następujący schemat płac (str. 65):

Porównanie liczby urzędników, zarabiających poszczególne kwoty w objętych badaniami Komisji Ankiętowej cukrowniach przed wojną i w 1926 roku.

	1913 rok		1926 rok	
	Liczba urzędników zarabiających poszczególne kwoty	% ogółu urzędników	Liczba urzędników zarabiających poszczególne kwoty	% ogółu urzędników
Zarobki mające siłę nabywczą złotych z końca 1926 roku				
do 400	133	34,63	176	39,11
od 400 — 1000	234	60,94	261	58,00
od 1000 — 2000	16	4,17	11	2,45
powyżej 2000	1	0,25	2	0,44
Ogółem . . .	384	100,00	450	100,00

Zdaje się iż można będzie z całą pewnością stwierdzić, że płaca robocza w Polsce się obniżyła, a obniżka ta doprowadziła do zwiększenia liczby osób, pobierających płace najniższe kosztem średnich.

Po tych uwagach — konkluduje Komisja — staje się jasnym, że problem płac w cukrownictwie jest poważną bolączką, której usunięcia domaga się troska o zdrowie organizmu gospodarczego. Komisja Ankiętowa stawia zupełnie słusznie zagadnienie na płaszczyźnie ogólnej, uważając je nie tylko za sprawę, obchodzącą zainteresowanych robotników i pracowników umysłowych czy pracodawców, lecz za sprawę o charakterze ogólnym, obchodzącą całe społeczeństwo. „Nie da się jednak zaobserwować podobnej tendencji do obniżenia zarobków w stosunku do kierowniczych jednostek w cukrownictwie. Szczególniej rzuca się w oczy powiększenie liczby pobierających stałe wynagrodzenie członków Rad Nadzorczych, Komisji Rewizyjnej i Zarządu cukrowni” (str. 67). I w przemyśle cukrowniczym (podobnie jak i w górnictwie węglowym) istnieją zupełnie zbędne biura w Warszawie, a dziesiątki egzystencji pasożytniczych (w sensie gospodarczo - społecznym) czerpią znaczne dochody z produkcji.

Szkoda, że Komisja Ankiętowa nie dała nam porównania płac naszych robotników w przemyśle cukrowniczym z płacami robotników zagranicą. Wówczas moglibyśmy ustalić nie tylko fakt płac poniżej minimum egzystencji, lecz także mielibyśmy możność oceny wysokości zarobków i u nas i zagranicą.

Jaka jest wydajność pracy naszego robotnika w cukrowni? Komisja Ankiętowa stwierdza stały wzrost wydajności pracy w stosunku do okresu przedwojennego. Jest rzeczą charakterystyczną, iż wydajność pracy w tt. na 1 osobę wzrasta w miarę im większy jest warsztat pracy, czyli im większa produkcja. Najmniejszą wydajność (5,8 t. cukru na jedną osobę zatrudnioną) wykazują cukrownie małe (produkujące do 30.000 q. rocznie) największą wydajność pracy (15,5 t. cukru na 1 osobę) mają cukrownie produkujące powyżej 150.000 t. rocznie. Obliczenia te, dokonane przez Komisję Ankiętową, świadczą, że przestawna „inicjatywa prywatna”, która w przeciwieństwie do produkcji „zmonopolizowanej i zetatyzowanej” jest rzekomo bodźcem postępu technicznego i gospodarczego, zawodzi w zupełności. Przemysł cukrowniczy ma bardzo liczne cukrownie małe, z przestarzałymi lub niedostatecznymi urządzeniami technicznymi, czego rezultatem są cyfry wyżej przez nas przytoczone.

Słuszności twierdzenia tego dowodzi inne obliczenie Komisji Ankiętowej. Komisja obliczyła koszt robocizny 1 q. cukru w złotych i doszła do wniosku, iż im mniejsza produkcja roczna danej cukrowni, tem koszt robocizny większy. Np. w cukrowniach produkujących do 30.000 q. rocznie koszt robocizny wynosi 8,67 zł. na 1 q. wyprodukowanego cukru, natomiast w cukrowniach, produkujących powyżej 200.000 q. rocznie tylko 3,76 na 1 q. wyprodukowanego cukru. Różnica w kosztach robocizny wynosi 42% między grupą cukrowni najczęściej produkujących, a grupą o produkcji najniższej. „Różnica ta — stwierdza Komisja Ankięt. — wynika z nieracjonalnego wykorzystania pracy robotniczej w cukrowniach, małej produkcji wskutek niepełnego wykorzystania względnie liczego sztabu robotników, niedostatecznej sprawności ich warsztatów, oraz konieczności stałych dla remontu i konserwacji urządzeń”. Mamy więc błędne koło, którego „inicjatywa prywatna” nie umie rozciąć.

Koszt świadczeń społecznych został obliczony niestety nieco zbyt ogólnie. Kom. Ankiętowa podała nam tylko wydatki na świadczenia społeczne obliczone w % wydatków na robociznę. Z obliczenia tego wynika, że świadczenia społeczne wynoszą 9,4% wydatków na robociznę. W obliczeniach tych wzięto pod uwagę świadczenia ustawowe, pozaustawowe, umowne i dobrowolne (np. szkoły itd.) „Jak się okazuje — stwierdza Komisja Ankiętowa — podnoszą one płacę zarobkową o całe 10%. Wobec tego, iż robocizna wraz ze świadczeniami wynosi na 1 q. cukru 636 groszy, świadczenia w tem wynoszą 63 gr. W stosunku do kosztów produkcji wynoszą koszt świadczeń (socjalnych) przeciętnie 0,94% wszystkich kosztów” (str. 75). Powtarzamy 63 gr., gdy tymczasem wydatki na Rady nadzorcze, Zarządy, Komisje rewizyjne i Dyrekcje wynosił w r. 1926 od 119,3 gr. do 175,3 gr. A są to przecież wydatki (z wyjątkiem wydatków na dyrekcję), ze stanowiska nawet prywatnej gospodarki kapitalistycznej, zbędne, bez jakiegokolwiek wpływu pozytywnego na proces wytwórczy.

Podaliśmy najogólniejsze cyfry i wnioski Komisji Ankiętowej w dziedzinie, która instytucje ubez-

pieczeń społecznych najbardziej interesuje, t. j. zagadnienie płac i świadczenia socjalne. Komisja Ankieta stwierdziła powagą swych uprawnień ustawowych, które jej nadało rozporządzenie Prezydenta R. P., że Polska jest krajem najniższych płac ustawowych, że tak zwane ciężary socjalne są ochłapem rzuconym ludziom, z których $\frac{2}{3}$ nie zarabiają nawet na minimum egzystencji, że świadczenia socjalne nie są bynajmniej czynnikiem podrażającym produkcję w rozmiarach, których nie mogłaby znieść wytwórczość lub konsument.

Jest rzeczą charakterystyczną, że prasa „fergospodarczych“, mająca na usługach swych tyle piórowytrawnych, milczy. Zapewne nie wiele ma do powiedzenia w tych sprawach. Badania Komisji Ankietowej są stwierdzeniem urzędowym tego, co ludzie interesujący się zagadnieniem pracy, oddawna twierdzili. Jest jednak rzeczą niezbędną, by badania te nie pozostały tylko zagadnieniem teoretycznym, lecz by tezy postawione przez Komisję Ankietową zostały zrealizowane przez czynniki do tego powołane.

WYROK NAJWYŻSZEGO TRYBUNAŁU ADMINISTRACYJNEGO

Art. 25 ustawy emerytalnej z dnia 11.XII.1923 r. niema zastosowania do emerytów, zajętych za wynagrodzeniem w Kasach Chorych, jako nie będących instytucjami samorządowymi w rozumieniu powołanego przepisu. (Wyrok z dnia 19.VI.1928 r. L. Rej. 4632/27).

Najwyższy Trybunał Administracyjny w składzie: Przewodniczący Prezes Kopczyński, Sędziowie: Wozdecki, Idźkowski, Frycz, Chrzczonowicz, tudzież przy udziale członka Sekretariatu Prawniczego, Ekielskiego, jako protokulanta, w sprawie skargi N. N. na orzeczenie Ministerstwa Skarbu z dnia 30 września 1927 r. L. 16850:DB/Em/27 w przedmiocie emerytury, po przeprowadzonej dnia 19-go czerwca 1928 r. rozprawie, a to po wysłuchaniu sprawozdania sędziego - referenta, jako też wywodów zastępcy pozwanej władzy radcy Prokuratury Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej Dr. Mantla **uchyla zaskarżone orzeczenie jako niezgodne z ustawą i zarządza zwrot wniesionej opłaty.**

POWODY.

Skarżącemu, jako b. staroście, wymierzone zostało uposażenie emerytalne podług VII grupy uposażenia szczebla „a“ zgodnie z tabelą pensyjną z dn. 13 maja 1924 r. i uposażenie to otrzymywał on w całości do końca lutego 1927 r.

Z powodu zajmowania przez skarżącego jako emeryta posady w Powiatowej Kasie Chorych, Izba Skarbowa we Lwowie, opierając się na art. 25 ustawy emerytalnej z dnia 11 grudnia 1923 r., decyzją z dnia 21 lipca 1927 r. uznała, że skarżący powinien był w czasie od 1 marca 1924 r. do 31 marca 1926 r. otrzymywać przyznane mu uposażenie emerytalne nie w całości lecz w części wobec otrzymywania z Kasy Chorych oddzielnego uposażenia. Nadwyżkę uposażenia emerytalnego za czas powyższy wypłaconą w ilości 3.434 zł. 38 gr. Izba Skarbowa tą samą decyzją zarządziła potrącić z przyznanego skarżącemu uposażenia emerytalnego w ratach miesięcznych w wysokości $\frac{1}{6}$ każdomiesięcznego zaopatrzenia, od dnia 1 lipca 1927 r. Odwołanie skarżącego Ministerstwo Skarbu orzeczeniem z dnia 30 września 1927 r. L. 16850:DBEm/27 nie uwzględniło dla braku ustawowego uzasadnienia.

Na to oskarżenie skarżący wniósł do Najwyższego Trybunału Administracyjnego skargę, w której, podnosząc, że Kasa Chorych nie jest instytucją ani państwową ani samorządową, lecz jedynie orga-

nizacją pracodawców i pracowników, kontrolowaną tylko przez władze państwowe, że stanowisko komisarza rządowego zajmowane w Kasie Chorych przez skarżącego, jest urzędem honorowym i niezależnym od organów i władz Kasy Chorych, a wynagrodzenie pobierane z tytułu tego urzędowania nie może być utożsamione z wynagrodzeniem pobieranym za służbę, a było w rzeczywistości zwrotem kosztów połączonych z wykonywaniem urzędu, że w końcu zaskarżono orzeczenie, jako powzięte bez przesłuchania skarżącego, bez przeprowadzenia dochodzeń oraz odnoszące się do czasu liczonego wstecz w stosunku do daty orzeczenia, dotknięte jest wadliwością postępowania, żąda na mocy powyższego uchylenia zaskarżonego orzeczenia.

Najwyższy Trybunał Administracyjny po rozpoznaniu sprawy nie może uznać zaskarżonego orzeczenia za ustawowo uzasadnione.

Ustawa emerytalna z dnia 11 grudnia 1923 r., normująca prawa emerytalne funkcjonariuszów państwowych, o służbie samorządowej wspomina w art. 81 ustęp drugi, 97 oraz 25. W pierwszym z pomienionych artykułów ustawa mówi o zaliczalności tej służby do wysługi emerytalnej, przyczem nie ulega wątpliwości, że pod pojęciem samorządu ustawa ta rozumie jedynie samorząd terytorjalny, jako część składowa zarządu państwowego. Wskazuje na to powołanie się na art. 15 poprzedniej ustawy emerytalnej z dnia 28 lipca 1921 r., który wyliczając rodzaje służby, zaliczanej do wysługi emerytalnej, umieszcza w tym wykazie pod literą „d“ i służbę samorządową. Również i art. 97, mówiąc o zaliczalności służby samorządowej do wysługi emerytalnej ma na myśli niewątpliwie służbę w instytucjach samorządu terytorjalnego, a nie w instytucjach od tego samorządu niezależnych, chociażby posiadających na mocy ustaw swój odrębny wewnętrzny samorząd kontrolowany przez ad hoc powołane władze państwowe. W ten sposób rozumieją służbę w instytucjach samorządowych i władze państwowe przy wymierzaniu uposażeń emerytalnych, oraz judykatura Najwyższego Trybunału Administracyjnego również idzie w tym kierunku. Jeśli zatem przy

przyznawaniu praw emerytalnych ustawa emerytalna z dnia 11 grudnia 1923 bierze pod uwagę jedynie służbę w instytucjach czysto państwowych lub samorządowych, rozumiejąc pod temi ostatnimi samorząd terytorjalny, jako część składową zarządu państwowego, to i przy ograniczeniu tych praw nie ma podstawy do przypuszczenia, aby ta sama ustawa wychodziła z innych założeń, chyba gdyby wola ustawodawcy została w tym względzie w sposób stanowczy ujawniona. Z założenia tego wychodząc, uznać należy, że przepis, w art. 25 ustawy emerytalnej zawarty, tak jak i przepisy art. 81 i 97 odnosi się tylko do wypadków pełnienia służby przez emeryta w instytucji samorządu terytorjalnego, jako stanowiącego część zasadniczą ustroju państwowego.

Do powyższego wniosku doprowadzają również i te zamierzenia ustawodawcy, które spowodowały wydanie pomienionego artykułu.

Ustawodawca mianowicie, stwarzając przepis art. 25, miał przedewszystkiem na myśli zapobieżenie, aby jedna i ta sama osoba nie pobierała więcej niż jedno uposażenie z funduszków państwowych. Z tego wynika, że jeśli ustawodawca rozciągnął przepis tego artykułu i na dziedzinę służby samorządowej, to niewątpliwie rozumiał pod tą ostatnią służbę w samorządzie terytorjalnym, jako stanowiącym część ustroju ogólnego państwowego, i którego fundusze są czerpane z tych samych źródeł t. j. z podatków, nakładanych na obywateli.

W przeciwnym razie przypuszczać należałoby, że prawodawca niewątpliwie nie ograniczyłby się ogólnem zaznaczeniem służby samorządowej, lecz wskazałby wyraźnie wypadki, do których wspomniane przepisy miałyby mieć zastosowanie.

W końcu, jeśli wziąć pod uwagę, że przepis w art. 25 zawarty, stanowi niewątpliwie ograniczenie praw przysługujących jednostce, a wobec tego w myśl ogólnych zasad prawa jako wyjątkowy tylko w sposób nader ścisły interpretowanym być może, przyjść należy do wniosku, że rozszerzenie zakazu w tym przepisie zawartego na wypadek pobierania przez emerytów wynagrodzeń z instytucji choć-

by o charakterze samorządowym pod względem ustroju wewnętrznego, lecz nie należących do samorządu terytorjalnego — nie znajduje uzasadnienia w ustawie.

Przechodząc do przepisów ustawy z dnia 19-go maja 1920 r. p. 272 Dz. Ust., powołującej do życia Kasy Chorych, zaznaczyć należy, że z ogólnego charakteru ustawy tej, w szczególności zaś z art. 1, 2, 60, 85, 86, 97 — 99 wynika, że Kasy Chorych stanowią osobę prawną i są instytucją zupełnie odrębną od instytucji samorządu państwowego terytorjalnego, nie będącą z tą ostatnią instytucją w żadnym organicznym związku. Będąc przeznaczone nie dla ogółu mieszkańców kraju lecz dla pewnych kategorii ludności, poza tem mając na widoku ściśle określone całe istnienie, kasy te tworzą się z pewnej liczby członków, obowiązanych do wpłacania ustalanych składek. Ze składek tych tworzą się fundusze kas, obracane na zaspakajanie ich potrzeb i celów, a więc kosztów administracji, kupna materiałów, tworzenia kapitałów zapasowych, niesienia pomocy lekarskiej i t. p. Fundusze te nie mają nic z funduszami samorządu terytorjalnego, powstają w sposób zupełnie swoisty i niezależnie od pomienionych funduszków. Poza tem jeszcze zaznaczyć należy, że kasy te zarządzane są przez ad hoc w art. 61 powołane władze, które tworzone są za pomocą wyborów z listy członków kasy (art. 62, 66 i inne), wszelkie zaś spory członków z władzami kas rozpatrywane są ostatecznie przez organy sądowe.

Te charakterystyczne cechy ustrojowe kas chorych stwierdzają, że kasy te bynajmniej nie należą do instytucji samorządu terytorjalnego, które ma na widoku art. 25 ustawy emerytalnej z dnia 11 grudnia 1923 r., a rozciągnięcie mocy przepisu w pomienionym artykule zawartego na wypadki, gdy emeryci państwowi pobierają z kas tych wynagrodzenie z tytułu zajmowanych tam stanowisk, nie jest uzasadnione.

Z powyższych zasad wychodząc, Najwyższy Trybunał Administracyjny uznał, że zaskarżone orzeczenie nie jest zgodne z ustawą i je uchylił.

KRONIKA.

WSPÓLDZIAŁANIE KAS CHORYCH Z INSPEKCJĄ PRACY.

W Nr. 7 naszego pisma ponuszył p. Jan Kubiak sprawę współdziałania naszych Kas Chorych z Inspekcją Pracy. Jak wspominaliśmy, sprawa ta nabrała już charakteru praktycznego. Notatka ta jest sprawozdaniem z konferencji, która odbyła się w tej sprawie.

Prezydjum Zarządu i Dyrekcja Związku Państwowego odbyły konferencję z p. Dyr. Dreckim i Głównym Inspektorem Pracy p. Klottem (z Min. Pracy i Op. Społ.), w sprawach współpracy Kas Chorych z Inspekcją Pracy. Z ramienia Głównego Urzędu Ubezpieczeń brał udział w konferencji p. Dyr. Korski.

Przedmiotem obrad tej konferencji były sprawy następujące:

1) badanie robotników młodocianych przy przyjęciu do pracy zawodowej;

2) badanie perjodyczne w przedsiębiorstwach robotników młodocianych, pracujących w celach zarobkowych;

3) zawiadamianie Inspektorów Pracy o chorobach zawodowych;

4) zawiadamianie się wzajemne (Inspekcji Pracy i Kas Chorych) o zachorowaniach masowych w przedsiębiorstwach;

5) zawiadamianie Inspekcji Pracy o zatrudnieniu w przedsiębiorstwach młodocianych poniżej 15 roku życia;

6) porozumiewanie się z Inspekcją Pracy w sprawie apteczek podręcznych w większych fabrykach i w sprawie udzielania doraźnej pomocy lekarskiej w nagłych wypadkach, z zachowaniem przepisu z art. 109 ust. z 19.V. — 1920 r.;

7) zainteresowanie Kas Chorych zagadnieniem chorób zawodowych w szczególności zatruciami ołowiem i chemikaljami.

Zagadnieniem najważniejszym jest w chwili obecnej badanie robotników młodocianych. Ustawa z dnia 2 lipca 1924 r. w przedmiocie pracy młodocianych i kobiet (Dz. U. R. P. Nr.

65, poz. 636), mówi w art. 6, iż „młodocianych przyjmować wolno do pracy, jeżeli przedstawią świadectwo lekarza, wskazanego przez inspekcję pracy, że dana praca nie przekracza sił młodocianego. Świadectwa są bezpłatne i nie podlegają opłacie stempłowej”. Art. 7 ustawy wspomnianej poowiada: „Zarząd przedsiębiorstwa wnimien w każdym czasie na żądanie inspektora pracy, zarządzić bezpłatne badanie młodocianych przez lekarza, wskazanego przez inspektora pracy, dla stwierdzenia, czy praca, przy której młodociany jest zatrudniony, nie przekracza jego sił fizycznych i nie szkodzi jego rozwojowi.

Na podstawie orzeczenia lekarza inspektor pracy ma prawo zakazać zatrudnienia młodocianego przy danej pracy, wskazując jednocześnie, przy jakiej pracy młodociany zatrudniony być może”.

Ustawodawca nie rozwiązał zupełnie kwestji, kto ma badać młodocianych i kto ma opłacać pracę lekarzy. Na konferencji tej stwierdzono jednomyślnie, iż badanie to winno być przeprowadzane przez lekarzy Kas Chorych na koszt Rządu, t. zn., że Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej płacić będzie Kasom Chorych pewien ryczałt za wykonywanie tych czynności.

Badanie młodocianych przez Kasy Chorych, jest sprawą pierwszorzędną wagi, albowiem będzie to pewnego rodzaju ich działalność profilaktyczna, która w przyszłości wydać może bardzo poważne rezultaty. Zmniejszyć się może bowiem liczba chorych, co naturalnie będzie miało bardzo poważne znaczenie finansowe i dla Kas Chorych. Nie znamy dokładnie liczby młodocianych (w myśl art. 11 wspomnianej ustawy pracodawcy obowiązani są prowadzić wykaz młodocianych, który winni okazywać na żądanie organów inspekcji pracy), możemy jednak stwierdzić z całą pewnością, iż liczba młodocianych, pracujących zarobkowo jest bardzo wielka. Powstaje wobec tego nowy dział pracy, której wszystkie Kasy Chorych, ze względu na ich skromne stosunkowo środki organizacyjne i finansowe, nie potrafią w najbliższym czasie wykonać całkowicie. Wobec tego postanowiono na konferencji, iż Kasy Chorych rozpoczną badanie młodocianych naprzód w największych środowiskach przemysłowych, zatrudniających największą liczbę młodocianych, rozszerzając systematycznie swą działalność w tej dziedzinie.

Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej ze względu na wielką wagę badania młodocianych wstawiło do budżetu na rok 1928/29 kwotę złotych 100.000, która to kwota jest przeznaczona na zwrot wydatków K. Ch., spowodowanych badaniem. Kwota nie wystarczy wprawdzie na wydatki te, jednak uchwalenie jej stwierdza, że czynności Kas w tej dziedzinie mają w zasadzie charakter odpłatny.

Rozporządzenie Prezydenta R. P. z dn. 16.III 1928 roku „o bezpieczeństwie i higienie pracy” (Dz. U. R. P. Nr. 35, poz. 325) art. 1 nakłada na właścicieli zakładów pracy obowiązki, zapewniające pracownikom ochronę życia i zdrowia przez obowiązek wprowadzenia odpowiednich urządzeń technicznych, czystości w lokalach, ich higienicznego urządzenia jak również utrzymania w czystości ubieraalni, umywalni itd.

Rozporządzenie Prezydenta R. P. z dnia 22.III 1927 roku „o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu” nakłada obowiązek na lekarzy (także i Kasy Chorych) zgłaszanie poszczególnych wypadków chorób zawodowych. Inne przepisy tego rozporządzenia normują sprawę zawiadomienia o chorobach tych władz administracyjnych itd.

Z powodu wydania tych rozporządzeń powstają dla Kas Chorych nowe obowiązki, które one wykonywać winny w najściślejszym porozumieniu z Inspekcją Pracy.

Art. 103 Konstytucji R. P. z dn. 17.III — 1921 r. zakazuje pracy zarobkowej dzieci niżej lat 15. Ten przepis Konstytucji nie jest jednak w praktyce wykonywany, przedsiębiorstwa za-

trudniają stale dzieci poniżej lat 15. Jest rzeczą bardzo wskazaną, by Kasy Chorych zawiadamiły Obwodowych Inspektorów Pracy o przekroczeniu przepisu Konstytucji.

W SPRAWIE ZWROTU SKŁADEK PRZEZ FUNDUSZ BEZROBOCIA.

Na podstawie artykułu 1-go Ustawy z dnia 18 lipca 1924 roku o zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia, obowiązkowi zabezpieczenia podlegają robotnicy po ukończeniu 18-tu lat, pracujący w zakładach pracy, które zatrudniają ponad 5-ciu pracowników (robotników i pracowników umysłowych łącznie).

Do ilości pracowników, uzasadniającej obowiązek zabezpieczenia, nie wlicza się między innymi terminatorów, oraz chałupników. Zdarzają się wypadki, że przedsiębiorcy, rejestrując swe zakłady w Funduszu Bezrobocia, wliczają tych pracowników do podlegających zabezpieczeniu, i niejednokrotnie tylko z tego powodu zabezpieczają robotników, gdyż w przeciwnym razie, bez wliczenia terminatorów, czy chałupników, zakłady pracy zatrudniałyby poniżej 6-ciu pracowników, a temsamem nie podlegałyby obowiązkowi zabezpieczenia robotników.

Na podstawie zgłoszenia przedsiębiorcy Zarządy Obwodowe Funduszu Bezrobocia rejestrują zakłady pracy i przyjmują wkładki, jak również wypłacają zasiłki bezrobotnym na podstawie zaświadczeń tych przedsiębiorców. Niewątpliwie przedsiębiorca przez swe zgłoszenie wprowadził w błąd Zarząd Obwodowy Funduszu Bezrobocia, który nie jest obowiązany zasadniczo przeprowadzać dochodzenie, czy szczegóły podane przez przedsiębiorcę w zgłoszeniu odpowiadają rzeczywistości, zwłaszcza, gdy te szczegóły przemawiają na korzyść zabezpieczonych, za jaką bezsprzecznie należy uważać zabezpieczenie w Funduszu Bezrobocia. Oczywiście za prawdziwość zgłaszanych danych musi odpowiadać przedsiębiorca.

Również zdarza się, że przedsiębiorstwa państwowe obowiązane na podstawie paragrafu 2-go i 3-go Rozporządzenia z dnia 11 marca 1925 r., do zabezpieczenia tylko robotników sezonowych, rejestrują i opłacają wkładki z własnej winy i za innych robotników, będąc zresztą przekonane, że czynią właściwie.

Z chwilą spostrzeżenia swej omyłki przez przedsiębiorcę, lub stwierdzenia przez kontrolera Funduszu Bezrobocia, że zgłoszenie jest niewłaściwe, ustaje obowiązek opłacania wkładek. Wkładki jednak należne do tej chwili nie powinny być zwrócone, zwłaszcza $\frac{3}{4}$ części wkładek uiszczane przez przedsiębiorcę, który przez swe zgłoszenie wprowadził Fundusz Bezrobocia w błąd; Fundusz Bezrobocia skutkiem tego zgłoszenia ponosił ryzyko zabezpieczenia robotników tych zakładów pracy, nie popełniając żadnego zaniedbania, czy winy, gdy Ustawa zabezpieczeniowa, jak i przepisy wykonawcze nie przewidują obowiązku badania szczegółów, podanych przez przedsiębiorcę w zgłoszeniu, czy zaświadczeniu. Na pokrycie ryzyka zabezpieczenia służą wkładki, które z tego względu nie powinny być zwrócone.

Może być kwestja sporna co do części wkładek, potrącaonej robotnikom, którzy nie korzystali z zasiłków w Funduszu Bezrobocia. Jednak i ci nie mogą rościć pretensji do Funduszu Bezrobocia, gdyż mogą i mogli korzystać w razie utraty zarobków z zasiłków z Funduszu Bezrobocia; praca w powyższych zakładach pracy do chwili zaprzestania opłacania wkładek musi być uważana za pracę w przedsiębiorstwie, podlegającym obowiązkowi zabezpieczenia.

Tymczasem Zarząd Główny na posiedzeniu w dniu 21 czerwca r. b. uchwalił: „zakładom pracy, które wpłacały do Funduszu Bezrobocia wkładki zabezpieczeniowe, pomimo, iż z mocy Ustawy z dnia 18.VII 1924 r. i rozporządzenia Rady

Ministrów z dnia 11.III 1925 r. obowiązkiem zabezpieczenia na wypadek bezrobocia objęte nie były, zwrócić wpłacone przez nie wkładki. W wypadku, gdy bezrobotni b. robotnicy tych zakładów pobrali nie przysługujące im zasiłki ustawowe należy:

1) zwrócić w całości kwotę, stanowiącą udział pracodawcy i wynoszącą $\frac{3}{4}$ ogółem wpłaconych wkładek;

2) z pozostałej $\frac{1}{4}$ części zwrócić:

a) wkładki tych robotników, którzy zasiłków nie pobierali, oraz

b) różnicę pomiędzy sumami wkładek i wypłaconych zasiłków tych robotników, którzy je pobierali".

W uchwale tej nie jest wskazane do jakich wypadków należy ją zastosować. Uchwała ta nie może odnosić się do powyższych wypadków, lecz mieć zastosowanie tylko wtedy, gdy Fundusz Bezrobocia przymusowo zarejestrował zakład pracy, lub sam mylnie interpretował Ustawę, co miało miejsce np. w stosunku do szkół. Powyższym zakładom, niewłaściwie z powodu własnej winy, opłacającym składki za swych pracowników, jak zresztą i innym zakładom pracy, wpłacone składki mogą być zwrócone tylko w tych wypadkach, kiedy Fundusz Bezrobocia nie ponosił ryzyka zabezpieczenia, a więc kiedy nie mogło być wzajemności np. za małoletnich, wkładki wpłacone ponad najwyższą normę, podlegającą zabezpieczeniu itd.

Patrycy Dziurzyński.

PROJEKT NORMALIZACJI PRZYCHODNI LEKARSKICH W KASACH CH. (Opracowany przez Okręgowy Związek Kas Chorych w Wilnie).

Na Przychodnię Lekarską nadają się najlepiej lokale o systemie korytarzowym.

NORMALNIE URZĄDZONA PRZYCHODNIA LEKARSKA składać się winna z następujących ubikacji: 1) Przedsiionka, 2) Biura Zgłoszeń Chorych, 3) Poczekalni, 4) Gabinetu Lekarskiego, 5) Gabinetu Fizykalnego Lecznictwa, 6) Pokoju pomocniczego oraz 7) Składu Leków i Środków opatrunkowych.

Jeżeli w Przychodni mieści się więcej niż jeden gabinet lekarski, wówczas do każdego gabinetu winna być oddzielna poczekalnia.

W małych Przychodniach ilość ubikacji, zajmowanych na cele lecznicze, może być zredukowana przez połączenie dwóch, trzech gabinetów, np. Gabinetu Lekarskiego, Gabinetu Fizykalnego Lecznictwa i Pokoju Pomocniczego albo Pokoju Pomocniczego i Składu Leków. W bardzo małych oddziałach i w wyjątkowych warunkach wszystkie wyżej wymienione ubikacje mogą być połączone w jednej.

UWAGI OGÓLNE: Na podłogach za wyjątkiem Biura najracjonalniej jest układać linoleum. Wszędzie, gdzie to jest niemożliwe z powodu braków środków finansowych, podłogi winne być gładko wyszpaltowane, pomalowane i codziennie szczotkowane.

Ściany, w poczekalniach i pozostałych ubikacjach leczniczych — za wyjątkiem Gabinetu Chirurgicznego — winne być wyprawione gipsem i pomalowane do wysokości 1,75 mtr. białym lakierem emaljowanym (np. „Rippolinem“). Reszta ścian z sufitem włącznie, winna być pomalowana białą farbą klejową.

W Gabinetach Chirurgicznych całe ściany winne być wyprawione gipsem i pomalowane do wysokości 1,75 mtr. białym lakierem emaljowanym. Reszta ścian, wraz z sufitem — białą farbą olejną.

W przedsiionkach biały kolor farby olejnej może być zastąpiony innym kolorem, np. jasno - popielatym.

Meble w Gabinetach Lekarskich i Poczekalniach winne być utrzymane w kolorze białym, jednak pomalowane nie zwykłą — nietrwałą — farbą olejną, lecz wymienionym wyżej białym lakierem emaljowym.

Meble należy zmywać codziennie wodą z dobrem mydłem i wycierać do sucha miękką ściereką.

Spluwaczek — wyłącznie tylko na wysokich trójnogach — winna być dostateczna ilość, conajmniej jednak po jednej w ubikacji.

Za czystość wzorową i porządek w całym lokalu Przychodni, odpowiada wyznaczony przez Kierownictwo Kasy w porozumieniu z Lekarzem Naczelnym, funkcjonariusz: urzędnik ambulatoryjny, pomocnik lekarski, sanitariuszka, lub woźny.

PRZEDSIIONEK: Posiadać winien połączenie z Biurem Zgłoszeń.

U wejścia do Przychodni umocowuje się skrobaczkę żelazną do błota oraz wycieraczkę drucianą do obuwia. W samym przedsiionku układa się dostateczną ilość czysto utrzymanych słomianek najlepiej kokosowych.

W przedsiionku umieści się szatnia, pozostawienie w której zwierzchniego odzienia i nakrycia głowy jest obowiązkowe. Przyjmowanie i wydawanie ubrania uskutecznią woźny za emaljowanymi numerami, zmywanymi codziennie roztworem sublimatu.

Obok szatni umocowuje się na ścianie lustro.

BIURO ZGŁOSZEŃ CHORYCH: Posiadać winno połączenie z poczekalnią.

Urządzenie biura — normalne, schludne.

POCZEKALNIA: Posiadać winna połączenie z Biurem Zgłoszeń Chorych, z Gabinetem Lekarskim i, ewentualnie z pokojem pomocniczym.

Poczekalnia winna być możliwie obszerna, widna, jeśli można, słoneczna i zawsze utrzymana we wzorowej czystości.

Wzdłuż ścian i ewentualnie na środku pokoju winny być rozstawione zamiast ławek krzesła lub fotele w odstępach conajmniej 30-tu cm. Foteliki na środku pokoju najlepiej ustawić jest w dwa rzędy tak, by skierowane były oparciami ku sobie i nie dotykały się wzajemnie.

Wzdłuż jednej ze ścian ustawić należy pomalowane białym lakierem emaljowanym boksy dla matek, zgłaszających się z dziećmi.

W oknach stać winny żardinjery z roślinami.

Na ścianach — porozwieszane plakaty propagandystyczne, ogłoszenia, wykresy i pouczenia.

Wykładanie gazet w poczekalniach jest niedopuszczalne z obawy przeniesienia infekcji.

GABINET LEKARSKI: Posiadać winno połączenie z poczekalnią i ewentualnie z pokojem pomocniczym.

Naogół całe umeblowanie Gabinetu Lekarskiego winno być utrzymane w kolorze białym.

Obok białego biurka dla lekarza, krytego taflą grubego szkła, spoczywającego na wojłoku i obramionego listwą drewnianą, stać winny dwa białe foteliki dla chorych.

Ponadto Gabinet Lekarski — w zależności od przeznaczenia — zawierać powinien:

1) Ummywalnię Chirurgiczną.

2) Leżak, (może być drewniany imitować jednak musi leżak żelazny), kryty białą ceratą i prześcieradłem, zmieniającym codziennie, a na żądanie lekarza częściej.

UWAGA: Do prześcieradeł przyszywać należy na rogach po dwie, pod prostym kontem ustawione, tasemki, przy pomocy których przywiązuje się prześcieradła do nóg leżaka lub fotelu ginekologicznego.

3) Parawanik do rozbierania się z umieszczonym za nim wieszadłem.

4) Szafę szklaną na instrumenty (może być drewniana, imitować jednak musi szafy żelazne).

5) Stolik chirurgiczny ze szklaną taflą (nogi i ramy do szkła mogą być drewniane).

6) Fotel ginekologiczny pokryty prześcieradłem.

7) Irygator podwójny na statywie.

8) Szafkę na leki, zawierające trucizny i środki silnie działające.

9) Aparaty i przyrządy lecznicze, używane przez lekarzy (jeżeli w Przychodni niema specjalnego Gabinetu Fizykalnego), jak: Lampa Kvarcowa, Sollux, Pantostat i t. p.

POKOJ POMOCNICZY: Winien posiadać połączenie z Gabinetem Lekarskim i poczekalnią.

Pokój ten przeznaczony jest do zabiegów leczniczych, wykonywanych przez personel pomocniczy (feliczerów, akuszerki i sanitariuszki).

W pokoju pomocniczym może być umieszczony również

skład leków, połączonych z poczekalnią okienkiem przez które wydaje się leki.

W większych Kasach na skład leków przeznaczają należy oddzielne pokoje.

Umieblowanie pokoju pomocniczego, jak w Gabinetach Lekarskich, winno być utrzymane w kolorze białym.

Umieblowanie pokoju tego stanowią: biurko, leżak (do stawiania baniek), umywalnia z rezerwuarem blaszanym—faktierowana, szafa na leki, szafa na instrumenty, przeznaczone dla pomocniczego personelu lekarskiego oraz białe, krzesła, względnie taburety dla chorych.

— **

Ogłaszamy ten projekt, który będzie przedmiotem obrad Kas Chorych Okręgu wileńskiego, jako materiał informacyjno-dyskusyjny — Red.

KSIAŻKI I CZASOPISMA.

SPRAWOZDANIE JUBILEUSZOWE LECZNICY POD OBORNİKAMI za czas od 1903 — 1927. Poznań 1928.

W czerwcu b. r. obchodziła Ubezpieczalnia Krajowa w Poznaniu 25 lecie istnienia sanatorium dla chorych gruźliczych w Obornikach i z tej racji wydała sprawozdanie jubileuszowe. Stworzenie tego sanatorium przypada na czas, kiedy wszystkie prawie ubezpieczalnie krajowe budowały sanatoria przeciwgruźlicze celem dostarczenia ubezpieczonym możliwości wczesnego leczenia i tem samem uchronić ich od wczesnego inwalidztwa i wypłacania długoletnich rent inwalidzkich, wdowich i sierocych. Dlatego też Zarząd Ubezpieczalni w Poznaniu „uwważając walkę z gruźlicą jako chorobę społeczną za sprawę niezwykle palącą” przystąpił do realizowania planu budowy Sanatorium. Zwrócił się ówczesny Zarząd do Profesora D-ra Pannwitza, generalnego sekretarza centralnego Komitetu budowy lecznic dla płucno - chorych w Berlinie „o wskazówki i wzory”, zakupił grunt w nadleśnictwie Oborniki o powierzchni 9.752 ha położony wśród sosnowych lasów w oddaleniu od powiatowego miasta Oborniki o 5 km. Teren ten dotyka wschodnią swą częścią brzegów rzeczki Wedny. Przy wykonaniu budowy służyła za wzór lecznica ludowa Czerwonego Krzyża Grabovsee koło Oramienburga w Brandeburgii, która jest wybudowana systemem pawilonowym i taki sam system zastosowano w Obornikach, gdyż stwarza według słów sprawozdania:

a) możliwość przeprowadzenia ścisłego odosobnienia chorych;

b) w poszczególnych pawilonach wytwarza się nastrój więcej familijny przez usunięcie skoszarowania pacjentów;

c) łatwy dostęp na wolne powietrze, przez co pacjenci przebywają na wolności więcej, jakby to miało miejsce przy budynku kilkopiętrowym.

Zasada systemu pawilonowego słuszna, ale odpowiednio przeprowadzona, o czem jeszcze w dalszym ciągu wspomnę.

Wybudowano 3 parterowe pawilony z czterema leżalniami i uzupełniono w r. 1915 piątą na 100 chorych i 20 osób personelu, nadto budynek administracyjny, razem cała budowa z wewnętrznym urządzeniem kosztowała 500.000 marek niem.

Sanatorium ma własne urządzenia wodociągowe, własne urządzenie na wytwarzanie prądu elektrycznego dla siły i światła i we wszystkich zabudowaniach zaprowadzone ogrzewanie centralne. Jeszcze za czasów niemieckich urządzono w r. 1913 gabinet rentgenowski a w roku 1905 kąpiele słoneczne.

Przyszła niepodległość. Nastąpiły czasy pod względem finansowym trudniejsze, przeto zakład dopiero po stabilizacji

waluty mógł kusić się o dalsze inwestycje. W r. 1925 Zarząd Ubezpieczalni zaopatruje sanatorium w lampę kwarcową i Sollux, a w r. 1926 powstają 2 murowane leżalnie dla kobiet, dla których wybudowano pawilon jednopiętrowy. W suterynach urządzono jadalnię, a przed nią urządzono 20 mtr. szeroki i 25 mtr. długi „taras, kończący się skarpią do Wedny, który służy dla chorych w dnie pogodne jako miejsce rozrywek”.

Zadecydowana przed 25 laty budowa sanatorium systemem pawilonowym ma wówczas uzasadnienie, jeśli te pawilony łączą się ze sobą systemem korytarzy i łączą się zarazem z budynkiem administracyjno - lekarskim. W Obornikach tego nie ma. Pawilony odległe od siebie, utrudnienia z dowozem jedzenia zwłaszcza dla bardzo odległego pawilonu dla kobiet, odległość duża do budynku lekarskiego, nadto zauważyć można nagromadzenie większej liczby osób (6 — 8) w pokojach nie bardzo wielkich. Dla bezstronnego obserwatora nie wydaje się również szczęśliwa myśl stworzenia tarasu nad brzegiem Wedny jako miejsce rozrywek. Wedna bowiem jest rzeką nieregulowaną i bardzo często wylewa i właśnie na około skarpy tarasu tworzą się kałuże stojącej, rozkładającej się wody, nad którą unoszą się chmury komarów. Wybór zatem miejsca tego na rozrywki jest zdaniem mojem nieodpowiedni. W końcu zaznaczyć należy, że urządzenia zakładu wodoleczniczego są o dość prymitywnym charakterze i zapewne, skoro stosunki finansowe zezwola, zarząd i w tym kierunku poczyni odpowiednie inwestycje.

Bardzo interesujące są cyfry ruchu chorych w sanatorium za okres jubileuszowy. W ciągu całego tego czasu leczono w sanatorium 12.776 osób a zwolniono jako wyleczonych 3021 chorych t. j. niecałe 25 proc, reszta opuściła zakład już to z poprawą, już to bez poprawy. Ze sprawozdania za rok 1927, które zostało przez obecne kierownictwo zakładu bardzo szczegółowo opracowane wynika, że przeciętny czas leczenia chorego wynosił w tym roku zaledwie 68.2 dni. Czas leczenia bardzo krótki wystarczający dla osób niepotrzebujących właściwego leczenia sanatoryjnego, a dla przypadków poważniejszych a rokujących poprawę, okres leczenia wynosić powinien 3 — 6 miesięcy.

Nie wchodząc bliżej w ocenę metody leczenia w sanatorium w Obornikach, chcę zwrócić uwagę na podkreślony silnie w sprawozdaniu czynnik leczniczy, działający w kierunku uodporniania ustroju t. j. na pracę fizyczną chorych na otwartem powietrzu.

Kierownictwo zakładu wprowadziło terapię pracy jako rzecz obowiązkową i zaznacza przytem, że nie napotymano

trudności, przeciwnie chorzy zgłaszali się dobrowolnie do zajęcia zwłaszcza ogrodowych.

Stosowano trzy kategorie pracy: a) lekkie, b) średnie, c) ciężkie. Do lekkich prac należały: sprzątanie pokoi, zbieranie i noszenie gałęzi, chróstu i t. d. Do średnich: mycie okien, stołów, grabienie, usuwanie i odważenie liści, kory z drzew, gałęzi i t. d. Do ciężkich: **fraterowanie podłóg kopanie, budowa grotu, usuwanie zimą śniegu.** (Podkreślenie nasze).

Zasada stosowania obowiązkowej pracy jako czynnika leczniczego, przeprowadzona jest w Anglii jako system w Pappworth przez Varrier Jonesa, lub w Holandji przez Vosa, ale zasady tej metody leczniczej jest dostosowanie się chorego do fizycznego wysiłku i przygotowanie do nowego zawodu w specjalnie utworzonych warsztatach pracy. Ale nigdzie nie stosuje się metody leczniczej polegającej na fraterowaniu podłóg, kopaniu i t. d., gdyż są to prace bardzo ciężkie, których chorey na gruźlicę wykonywać nie powinien, a jeśli je wykonywać może, nie powinien znajdować się już w sanatorjum.

Obecne kierownictwo Zakładu starało się uprzyjemnić kuracjuszom czas pobytu w sanatorjum przez urządzenie odczytów i pogadanek, wieczorów muzycznych - wokalnych przedstawień amatorskich i kinematograficznych. Zakład posiada również aparat radiowy. Ze sprawozdania wynika troska i staranność kierownictwa o dobro zakładu i kuracjuszy i ulepszenia są widoczne z roku na rok. Po usunięciu drobnych usterek, przez budowę nowych pawilonów, sanatorjum w Obornikach posiadając korzystne walory lecznicze może dać w walce z gruźlicą poważne usługi.

Dr. Henski.

ZYGMUNT KOPANKIEWICZ. Ubezpieczenie pracowników umysłowych. Wydawnictwo Związku Pracowników Kas Chorych i Instytucji Ubezpieczeń Społecznych Warszawa 1928.

Rozporządzenie Prezydenta z dnia 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników wywołało słuszne i zrozumiałe zainteresowanie szerokiego ogółu inteligencji pracującej oraz impuls naszym prawnikom do zajęcia się normami prawnymi tego rozporządzenia.

Szeroki komentarz do poszczególnych artykułów Rozporządzenia z dnia 24 listopada 1927 r. opracował dr. J. Pasternak, radca Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej. Praca ta, dająca wiele tematów do prawnej dyskusji nad komentowaniem poszczególnych zagadnień, służy jako materiał wyjaśniający dla tych, którzy opracowali już całokształt przepisów rozporządzenia, względnie chcą gruntownie poznać to rozporządzenie, nie dając jednak, z uwagi na swe założenie, popularnego wyjaśnienia i informacji. Ten ostatni cel postawił sobie do spełnienia p. Zygmunt Kopankiewicz, w świeżo wydanej książce p. t.: „Ubezpieczenie Pracowników Umysłowych”.

Autor w przedmowie mówi: „z wielu stron zwracano uwagę na brak zupełnie popularnego i zrozumiałego dla wszystkich wyłożenia przepisów ustawy, zestawienia praw, przysługujących na jej podstawie pracownikom umysłowym, jako też zestawienia obowiązków, ciążyących na pracodawcach i pracownikach, a wypływających z wprowadzenia w życie tej ustawy. Swoją skromną pracę starałem się tę lukę wypełnić...”

Już spis rzeczy wskazuje, jak autor rozwiązał bądź co bądź trudne do spełnienia zadanie „popularnego i zrozumiałego dla wszystkich wyłożenia przepisów ustawy”. Czytamy w tym spisie: kto podlega obowiązkowi ubezpieczenia, kto jest lub może być zwolniony z tego ubezpieczenia, początek i koniec obowiązku ubezpieczenia, dalej, od czego kto i kiedy (w jakim czasie) opłaca składkę ubezpieczeniową, rozdział o zaliczeniu czasu pracy do ubezpieczenia, następnie jakie świadczenia przysługują pracownikom umysłowym, z tytułu ich ubezpie-

czenia, oraz warunki i niezbędne formalności, które konieczne są aby uzyskać odpowiednie świadczenia. Niezależnie od powyższego książka p. Kopankiewicza zawiera wyjaśnienia dla pracodawców o ich obowiązkach, wynikający z nowowprowadzonego rozporządzenia, porusza sprawę dobrowolnych ubezpieczeń, nadto podaje treściwe informacje o sposobie odwołań i rozstrzygania sporów oraz wzory wszystkich formularzy przewidzianych Rozporządzeniem wykonawczym z dnia 22/XII 1927 (Dz. U. R. P. Nr. 118, poz. 1016) i krótkie wyjaśnienie jak należy je wypełniać.

Wymienione w spisie rzeczy kwestje autor bardzo jasno i wyraźnie w książce swej rozwinął, pisząc stylem łatwym, pozbawionym wszelkich zawilosci prawniczych. Książkę tę poleciłbym każdemu do przeczytania. Można o niej śmiało powiedzieć, że autor z powodzeniem osiągnął swój cel, wyszła ona w samą porę i daje informacje, pisane przez fachowca prawnika, który umie znaleźć granicę pomiędzy zawiloscią prawną a informacją na prawie opartą. Z treścią tej książki powinny się przedewszystkiem zaznajomić Kasy Chorych, które niejednokrotnie, o ile chodzi o prowincję, są i będą pierwszymi informatorami w tej sprawie pracowników umysłowych.

W końcu dodam, że jakkolwiek celem książki było danie informacji i podstawowych wyjaśnień nieprawnikom, to jednak praca p. Kopankiewicza może być również bardzo dobrym wprowadzeniem in medias res dla niejednego prawnika, który chce się zainteresować zagadnieniami ubezpieczenia pracowników umysłowych. Tak więc praca ta niewątpliwie nietylko wypełniła lukę, o którą chodziło autorowi, ale dała coś więcej nad założenie autora.

*Bronisław Lechowski,
mag praw.*

„FRZEMYSŁ I HANDEL”, zeszyt 35 z 11 sierpnia 1928 r.—Rzadko zachodzi potrzeba wskazywania w naszym piśmie na ten organ Ministerstwa Przemysłu i Handlu tem przyjemniej nam więc stwierdzić, że ostatni zeszyt (33-ci) zawiera bardzo interesującą i z wielkim znawstwem napisaną pracę D-ra H. Horowitza p. t. „Rola gospodarza Ubezpieczeń Społecznych”. Autor nawiązuje do niedawnej jeszcze przeszłości, kiedy „obciążenia społeczne” były codziennym chlebem prasy sfer gospodarczych i na podstawie wyników badań Komisji Ankietowej ustala faktyczny stan rzeczy w tej dziedzinie. Bardzo trafne i świetnie umotywowane są wywody autora w kwestji kosztów administracyjnych w instytucjach ubezpieczeń społecznych, zwłaszcza Kas Chorych, poruszone w związku z uwagami niedawno wydanej broszury p. Wacława Konderskiego p. tyt.: „Istota i granice gospodarcze ubezpieczeń społecznych”. Wywody p. D-ra Horowitza przynoszą tyle ważkich argumentów i cyfr, że zasługują na jaknajszersze rozpowszechnienie.

„DEUTSCHE KRANKENKASSE” ogłasza artykuł p. t. „O czułości ubezpieczeniowem w ubezpieczeniu na wypadek choroby”. Sprawa ta ma bardzo poważne znaczenie zasadnicze. Umieszczamy najciekawszy wyjątek z tego artykułu:

T. zw. oszustwo ubezpieczeniowe jest złem, z którym muszą się liczyć i walczyć wszystkie rodzaje ubezpieczenia.

Artykuł niniejszy poświęcony jest rozpatrzeniu zagadnienia, czy ustawowe ubezpieczenie na wypadek choroby daje szczególnie rozległe pole do nadużyć, w jakich formach nadużycia te występują, czy podmioty ubezpieczające są przed niemi dostatecznie zabezpieczone i wreszcie jak należy przeciwdziałać temu zjawisku.

Przedewszystkiem niezbędne jest dokładne sformułowanie pojęcia t. zw. oszustwa ubezpieczeniowego w dziedzinie ubezpieczenia chorobowego.

Dla ubezpieczenia prywatnego istnieje następująca definicja: podstępne wywołanie lub udawanie takich okoliczności,

które warunkują zajście wypadku ubezpieczeniowego w zamiarze bezprawnego otrzymania kwot ubezpieczeniowych. W ustawowym ubezpieczeniu na wypadek choroby definicja ta nie jest wystarczająca. Z jednej bowiem strony chodzi tu przeważnie o świadczenia w naturze, które w pojęciu „kwot ubezpieczeniowych” nawet przy interpretacji rozszerzającej nie zawsze mogą się zmieścić (np. przy stosowaniu ryczałtowej opłaty za pomoc lekarską). Z drugiej strony niepodobna pominąć tych faktów, w których idzie przede wszystkim nie o wywołanie czy też symulowanie wypadku ubezpieczeniowego, lecz o wstąpienie do ubezpieczenia osób, które nie są do tego wcale uprawnione. W końcu do oszustw ubezpieczeniowych trzeba również zaliczyć świadomie fałszywe zgłoszenie do ubezpieczenia, by zapewnić ubezpieczonemu wyższe świadczenia. Nie uważa się natomiast za oszustwo ubezpieczeniowe niezgłoszenie do ubezpieczenia czy też fałszywe zgłoszenie, mające na celu nieplacenie składek, nieuiszczenie zebranych składek i t. p., które zresztą, jako specjalne przestępstwa są uwzględnione w ustawie. Znalezienie ogólnej definicji, t. zw. oszustwa ubezpieczeniowego w ubezpieczeniu chorobowym wydaje się rzeczą wątpliwą.

W jakich tedy formach występuje t. zw. oszustwo ubezpieczeniowe w ubezpieczeniu chorobowym?

W pierwszym rzędzie należy tu wymienić udawanie choroby, *symulację*. Z reguły nie ma ona na celu osiągnięcia świadczeń w naturze, które dla osoby, nie będącej istotnie chora, nie mają zazwyczaj żadnej wartości — celem symulacji jest otrzymanie świadczeń gotówkowych, zasiłku chorobowego. Niektóre świadczenia w naturze mogą być požądane również dla osoby nie chorej, np. mleko, lub (w okresie wojny) środków żywnościowych i lekarstwa, zawierające alkohol, w końcu leczenia klimatyczne. Niepodobna ustalić, do jakich rozmiarów dochodzi symulacja. Trudno jednakże przypuścić, by prawdziwa symulacja była doprawdy częstym zjawiskiem. Nie należy zapominać, że Kasy nie polegają tylko na zdaniu ubezpieczonego, lecz, że do otrzymania świadczeń kasowych jest niezbędne również świadectwo lekarza. Gdyby lekarz bez żadnych podstaw uznał ubezpieczonego za chorego, wystawiłby sobie świadectwo kompletnej nieudolności lub też posuniętej do ostatnich granic niesumienności. „Prawdziwa symulacja” ma chyba miejsce wówczas, gdy i lekarz i ubezpieczony są notorycznymi oszustami. Rzadkie również są wypadki celowego wywołania choroby.

Znacznie częściej natomiast występuje *agrawacja*, t. j. zjawisko, przy którym mamy wprawdzie istotnie do czynienia z chorobą, występującą jednakże nie w takim nasileniu, jak podaje chory. Jest tu jednakże jeszcze trudniej przeprowadzić granicę między pomyłką i świadomym oszukiwaniem Kasy i lekarza. Dość często zachodzi ta okoliczność, że chory jest najgłębiej przeświadczony o tem, że jest niezdolny do pracy i że tak jest nawet istotnie, a lekarze kasowi i lekarze zaufania obiektywnie stwierdzają zdolność do pracy. Wychowanie i sposób życia, okoliczności i środowisko społeczne odgrywają tu przy ocenie doniosłą rolę. Oczywiście, Kasa może żądać od swego lekarza, by przekonał chorego o tem, że przesadza.

Inna sprawa, jak mu się to w poszczególnych wypadkach udaje. Trzeba dużego doświadczenia, taktu i znajomości psychiki ludzkiej, by odróżnić świadomego oszusta od chorego z urojenia. W każdym razie błędem jest bezapelacyjne traktowanie każdego hipochondryka za oszusta. Szczególny rodzaj oszustwa ubezpieczeniowego zachodzi wówczas, gdy obiektywnie zostaje stwierdzona niezdolność do pracy i ubezpieczony otrzymuje przysługujący mu ustawowo zasiłek chorobowy, jednakże nadal kontynuuje swą pracę zawodową i otrzymuje pełny zarobek, nie zawiadamiając o tem Kasy.

Zachodzi wątpliwość czy można pod pojęcie oszustwa

podciągnąć wypadek, gdy chory otrzymane środki lecznicze zużywa nie dla siebie, lecz dla innych.

Zachodzą tu wszelkie znamiona oszustwa ubezpieczeniowego, ponieważ chodzi o nieprawne korzyści materialne dla osoby trzeciej (np. członka rodziny), dzięki udawaniu fałszywych okoliczności (mianowicie, że chory zażywa lekarstw), przyczem majątek osoby innej (Kasy) zostaje na szwank narażony.

Tak samo pod pojęcie oszustwa ubezpieczeniowego należałoby podciągnąć niektóre wypadki fałszywych zgłoszeń. Na przykład po zachorowaniu ubezpieczonego zgłasza pracodawca podwyżkę zarobku, która nie miała zupełnie miejsca, a czyni to w tym celu, by umożliwić ubezpieczonemu otrzymanie wyższego zasiłku. To samo dotyczy zgłoszeń, przy których wogóle nie zachodził stosunek służbowy.

Na pograniczu oszustwa ubezpieczeniowego stoją tak zwane zgłoszenia z grzeczności.

Pracodawca zgłasza osoby nie obowiązane i nie uprawnione do ubezpieczenia, podając, że są u niego zatrudnione, jakkolwiek niema mowy o jakimkolwiek stosunku służbowym. Ma to na celu nie doraźne otrzymanie świadczeń z Kasy, lecz przede wszystkim zabezpieczenie się przed ewentualną chorobą w przyszłości. W ten sposób w ciągu całych lat opłaca się składki, nie żądając wzamian żadnych świadczeń.

Również przy zasiłkach położniczych, które wszakże dotyczą pewnych ściśle określonych wypadków ubezpieczeniowych, przy których np. nie może zupełnie zachodzić symulacja — nie jest Kasa Chorych zabezpieczona przed oszustwem. Niedawno w Berlinie pewien ubezpieczony zgłaszał narodziny dzieci bądź na swoje, bądź też na nazwiska innych ubezpieczonych, poczem dzięki podrobionym metrykom otrzymywał świadczenia gotówkowe. W ten sposób młode dziewczęta, nie mając o tem najmniejszego pojęcia stawały się matkami. Również przy rzeczywistych narodzinach, może się pomimo szczególnej ostrożności zdarzyć, że wbrew przepisom zostaje dwukrotnie podjęty zasiłek położniczy, jeśli nadarzy się okazja.

Stosunkowo najmniej możliwe jest oszustwo przy zasiłku pogrzebowym. Jednakże niejednokrotnie już zdarzało się, że za rzeczywiście zmarłego ubezpieczonego odbierały zasiłek pogrzebowy osoby, nie mające do tego żadnego prawa. Tego rodzaju wypadki nie podpadają jednakże pod pojęcie oszustwa ubezpieczonego, lecz pod pojęcie zwykłego oszustwa.

Rejestr oszustw ubezpieczeniowych w ubezpieczeniu chorobowym jest, jak widzimy, bardzo obszerny. Nie jesteśmy przytem pewni, czy uwzględniliśmy w niem wszystkie postacie. Otwartą pozostaje kwestja, czy Kasy Chorych są dostatecznie chronione przed oszustwem ubezpieczeniowym oraz czy nie byłoby wskazane wzmocnienie ochrony.

Różnorodność postaci, w jakich występuje oszustwo ubezpieczeniowe w Kasach Chorych nie ma żadnego wpływu na ich liczebność. Niema co prawda odnośnej statystyki, która zresztą byłaby chyba niemożliwa. Biorąc jednak pod uwagę kolosalną liczbę ubezpieczonych stwierdzić należy, że oszustwo ubezpieczeniowe w Kasach Chorych jest zjawiskiem względnie rzadkiem. Wyjątek stanowią chyba jedynie wypadki agrawacji. Ale na tym właśnie odcinku Kasy Chorych są bardzo skutecznie chronione przez lekarzy zaufania i komisje lekarskiej. Kontrola jest niewątpliwie najskuteczniejszą bronią przeciw oszustwom. Nie przeczymy temu, że kontrola jest złem, wprawdzie złem koniecznym, ale niemniej złem. Oznacza ona bowiem tak zazwyczaj niepożądany wzrost kosztów administracyjnych. Jeśli obciążenie, wskutek tego zorganizowania kontroli, wzrośnie bardzo znacznie, to trzeba się liczyć z sarkaniem pracodawców i ubezpieczonych, którzy będą uważać, że niepotrzebnie się ich obciąża. Jeśli natomiast kontrola będzie wykonywana pobłażliwie, to chybi celu i będzie raczej rzeczą złą. Bądź co bądź, kon-

trola jest najlepszym środkiem przeciw oszustwom ubezpieczeniowym.

Wątpliwą jest rzecz, czy zaostrenie przepisów karnych osiągnęłoby zamierzony skutek. Tembardziej, że rodzaj wypadków ubezpieczeniowych w ubezpieczeniu chorobowym utrudnia włączenie zachodzących deliktów w ramy oszustwa ubezpieczeniowego. W ten sposób wyroki na podstawie ostrzejszych przepisów karnych będą możliwe tylko bardzo rzadko, czyli, że postanowienia te pozostałyby przeważnie na papierze. Należy stwierdzić, że istniejące przepisy karne są zupełnie wystarczające, przyczem nie zawadzi zauważyć, że Kasom Chorych zależy głównie na uniemożliwieniu oszustom narażania na szwank interesów Kasy, rzeczą uboczną zatem jest ukaranie oszusta. Stwarzać surowe przepisy wyłącznie w celu odstraszenia nie warto. *Celem bowiem winno być nie ukaranie oszusta, lecz obrona przed oszustwem ubezpieczeniowym.*

„ARBEITERSCHUTZ“ ogłasza w N-rze 20/1927 artykuł prof. Brukarda p. t.: „Refleksje na temat lecznictwa“. Autor stwierdza, że lecznictwo Kas Chorych stało się od lat 20 ośrodkiem pracy zawodowej lekarskiej. W ciągu tego czasu wiele się zmieniło, a zmiany w lecznictwie przybrały tempo oszałamiające. Powodem tego jest niesłyszany rozwój lecznictwa jako konsekwencja rozkwitu nauk przyrodniczych i techniki. Mikroskop, rozwój przyrodo lecznictwa i fizyko-terapia, oto drogi po których kroczy lecznictwo współczesne.

Konsekwencją tych przemian są zmiany w łonie stanu lekarskiego. Zapoznanie się z całością kształtem wiedzy lekarskiej jest niemożliwe, musiał nastąpić podział pracy i rozwój specjalizacji.

Wiedza lekarska jest dla ogółu ubezpieczonych zapowiedzią zdrowia. Kasy Chorych czynią bardzo wiele, by sprostać tym zadaniom, mimo że ich środki finansowe są bardzo skąpe. Wobec tego powstaje pytanie, czy rozwój lecznictwa usprawiedliwia ten ogrom wydatków przeznaczonych na leczenie. Na to pytanie autor odpowiada twierdząco, mimo iż liczba wypadków chorób, czas pobytu w szpitalu, ilość zużytych lekarstw stale się powiększa. Działalność lekarską w Kasach Chorych dzieli autor na trzy grupy.

Pierwsza której skutki są niezawodne (pomoc dentystryczna, lecznictwo chirurgiczne, ortopedyczne po wypadkach przy pracy i zranieniach, wreszcie rozpoznanie gruźlicy, lecznictwo sanatoryjne i t. d.).

Druga grupa to środki, które mogą przynieść choremu pewną ulgę. W tym wypadku rozchodzi się o metody leczenia bardzo skomplikowane i kosztowne, wymagające nieje-

dnokrotnie pobytu chorego w zakładach leczniczych. Do nich należy dajnostyka i terapia chorób organicznych funkcjonalnych centralnego układu systemu nerwowego. Olbrzymie ilości salwarsanu aplikowano w wypadkach przestarzałego luesu i t. d. Są to metody leczenia bardzo kosztowne, co do których nawet wiedza lekarska nie ma pewności, czy przynoszą ulgę w chorobie. Ta właśnie terapia kosztuje najwięcej połączano w niej wielkie nadzieje, których ona całkowicie nie spełnia. W ostatnich czasach nastąpiło w kołach lekarskich pewne otrzeźwienie. Przestano człowieka traktować jak maszynę, którą się naprawia, a zaczęto się liczyć z jego „psychicą“ jako czynnikiem zdrowia i choroby decydującym.

Istnieje wreszcie grupa trzecia, w której leczenie jest zupełnie bezcelowe, jeżeli wogóle metody stosowane nazwać można leczeniem. Ich źródłem głównym jest owa gorączka i głód leczenia; dziecinny niemal optymizm jaki obecnieopanował świat lekarski, podniecany przez ludzi mniej lub więcej chorych, domagających się leczenia, za które nie płacą.

Nie można wyliczyć wszystkich nadużyć w tej dziedzinie, jednak wskazać należy najważniejsze np. t. zw. „Katar szczytów“ lekkomyślna diagnoza, stereotypowe prześwietlenie Rentgenem, szablonowe odsyłanie do sanatoriów, nielogiczna ocena próby tuberkulicznej, oto są zбочzenia logicznego myślenia i działania lekarskiego wyrządzającego dużo szkody. Wzrastająca coraz bardziej specjalizacja zwiększa na tem polu aktywność lekarską.

Wydatki na grupę pierwszą są zupełnie usprawiedliwione. Grupa druga wykazuje deficyt, którego z pewnością nie pokryje zysk osiągnięty dzięki uratowaniu zdrowia większej liczbie osób. A wreszcie grupa trzecia: wrzód na organizmie Kas Chorych, Kasy Chorych nie mają w tym wypadku dostatecznych środków przeciwdziałających. Rozwój lecznictwa w tej grupie wymaga dużej baczności. Jedno jest pewne: **Jednostkowa opłata lekarzy podwyższa tę wzmożoną działalność lekarzy** świadomie lub podświadomie. Nie można oczywiście potępiać ogółu lekarzy. Jednak wypadki, które się spotyka, działają wprost groteskowo. Tylko odpowiednia kontrola przez „lekarzy zaufania“, mających dużo obiektywnego sądu i spokoju w sprawach lecznictwa, może ograniczyć te wybujałości. Nawet w razie ograniczenia, wydatki Kas Chorych będą dalej bardzo wielkie i dadzą się pokryć dzięki reformie gospodarczej i odpowiednio dużej ocenie udzielanych świadczeń. Punktem wyjścia może być **zależność ubezpieczeń robotniczych w wielkie jednostki w formie Związków lub Kas terytorjalnych.**

T R E Ś Ć :

Dr. Ryszard Kunicki. — O organizacji lecznictwa Związku Kas Chorych w Krakowie, oraz Kas związkowych.

Dr. J. Pasternak. — Lecznictwo w ubezpieczeniu pracowników umysłowych, a Kasy Chorych.

Ced. — Zadania Okręgowych Związków i Urzędów.

Alfred Krieger. — Płace i świadczenia socjalne w Polsce.

— Wyrok Najwyższego Trybunału Administracyjnego.

— Kronika.

— Książki i czasopisma.

Prenumerata :

Rocznie zł. 18
Kwartalnie „ 4.50
Numer pojedynczy „ 1.50

Cena ogłoszeń :

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

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

Redaktor: DR. ALFRED KRIEGER.

Wydawca: OGÓLNO - PAŃSTWOWY ZW. KAS CHORYCH.

Składano w drukarni „Robotnika“, Warecka 7.

Odbito w drukarni R. Olesiński, W. Merkel i S-ka, Chłodna 37, tel 69-46