PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN OGÓLNO-PAŃSTWOWEGO ZW. KAS CHORYCH W POLSCE

ROK II | MIESIĘCZNIK | ZESZYT 2

WARSZAWA, DN. 1 LUTEGO 1927 R.

Pos. ZYGMUNT ZAREMBA.

RAPORT PROF. KEMERERA O UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH R. P.

Można dysputować o celowości badań organizmu gospodarczego przez „fachowców" obcych, doraźnie tylko zainteresowanych danym objektem. Można prowadzić spory o tem, czy skomplikowany organizm państwa nadaje się do traktowania analogicznego z przedsiębiorstwem, gdzie rewident - buchalter czy technik bada urządzenia i wyniki gospodarczej działalności. — Ale jedno nie ulega najmniejszej wątpliwości: badanie organizmu państwa przez ludzi obcych, nie znających ani języka ludności, ani historji, ani stosunków społecznych, a w dodatku obcych nawet współczesnej europejskiej psychice społecznej—mogło dać wyniki tylko ogólnikowe, pożyteczne może w swym uogólnieniu, uwypuklającym pewne nienormalności form.

Czuł to p. Kemerer i rzadko tylko dotykał spraw konkretnych, dotyczących urządzeń społecznych i gospodarczych państwa. Raport obszerny, zawarty w trzech tomach (tłumaczene polskie), zawiera tylko tyle wycieczek w sferę treści społeczno-politycznej— ile... wnikło w świadomość członków komisji narzekań lub zachwytów polskich informatorów. — Te też ustępy raportu posiadają najmniejszą wartość, a czasem są wprost powtórzeniem frazesów agitacyjnych ciągle obijających się o uszy polskiego obywatela.

Widoczne są źródła natchnienia komisji Kemerera w ustępach, dotyczących ubezpieczeń społecznych. Możnaby przeto ograniczyć się do stwierdzenia, iż przez usta p. Kemerera przemawiają tu „sfery gospodarcze" i wyczerpać sprawę przez odesłanie do zbioru starych polemik w tych sprawach. Lecz widzimy już jak tu i owdzie przez powołanie się na „opinję" Kemerera umacnia swą pozycję ta czy inna grupa gospodarcza — można więc przypuszczać, że „opinja" Komisji rzeczoznawców będzie również wyzyskaną i w walce z ubezpieczeniami społecznemi. Przeto pominąć ją bez odpowiedzi nie można.

Weźmy dla przykładu takie twierdzenie p. Kemerera:

„Szybka odbudowa rolnictwa i przemysłu byłaby sama przez się **najlepszą asekuracją dla wyższego poziomu dobrobytu społecznego,** dając stałe i wzrastające zatrudnienie pracy oraz **dając lepsze wynagrodzenie robotnikom.** W miarę takiego rozkwitu **opieka społeczna staje się mniej potrzebną,** koszty zaś jej mogą być łatwiej ponoszone". *).

Podkreśliliśmy najbardziej charakterystyczne zwroty. W ustępie tym mamy świetny przykład odgrzanej ideologji wczesnego okresu kapitalizmu.

— Rozwój przemysłu i rolnictwa sam przez się podnosi dobrobyt społeczny;

— Wraz z rozwojem przemysłu i rolnictwa polepsza się wynagrodzenie robotników;

— Rozkwit życia gospodarczego czyni opiekę społeczną coraz bardziej zbędną.

Oto podstawowe formuły tej ideologji.

Nie istnieją dla niej historyczne fakty istnienia „sweating-systemu" w okresach największego rozkwitu przemysłu; nie wstrząsną nią doświadczenia wojny i czasów powojennych, gdy odradzało się życie gospodarcze i zwiększały się bogactwa społeczne przy jednoczesnym spadku realnych płac roboczych. Ideologja ta nie ulega wymowie życia, a nawet głuchą jest na krzyk życia o pauperyzacji mas. — „Opieka społeczna", społeczna organizacja pomocy chorym, starcom czy inwalidom — dla ideologji tej to jedynie przejściowe środki, jeśli potrzebne, to jedynie w wyjątkowych i przejściowych chwilach klęski gospodarczej.

„Wprowadzenie w życie daleko sięgającego skomplikowanego programu w ustawodawstwie społecznem, motywowane było niewątpliwie przez najwznioślejsze względy dobra ogólnego" — zauważa łaskawie „komisja rzeczoznawców" i dodaje: „Ze

*) Sprawozdanie oraz zalecenie Komisji doradców finansowych pod przewodnictwem prof. E. W. Kemerera. Tom I. Str. 92.

względu na depresję i ogólną dezorganizację stosunków gospodarczych, dające się we znaki Polsce w pierwszych latach jej państwowości, niektóre takie zarządzenia **były poniekąd usprawiedliwione".** *)

Ale to przeszło! Trudności powojenne mijają i komisja p. Kemerera do wtóru naszym sferom gospodarczym woła: „Program ustawodawstwa społecznego w Polsce wydaje się być nadto ambitnym. **Grozi on zagładą** swego ostatecznego celu, ograniczając rozwój i ruchliwość gospodarczą".

Czy badał p. Kemerer płace robotnicze w Polsce?

Czy zadał sobie choćby trudu porównania tych t. zw. ciężarów socjalnych w Polsce z analogicznemi zjawiskami w państwach sąsiadujących z nami?

Czy wreszcie ocenił krytycznie te materjały, które mu dostarczono z kół rządowych i gospodarczych?

Nie! Przynajmniej w sprawozdaniu o ubezpieczeniach społecznych nie widzimy śladów takiego badania. A jednak wyrok wydany: „grozi zagłada"!

Jest to wynikiem oparcia całego rozumowania w tej sprawie na tezie, w której ustawodawstwo społeczne traktowane jest jak prawo o żebrakach i dobroczynności. Kasa chorych — to jakaś dobroczynna instytucja dla nieszczęśliwców nie mających środków na leczenie. Wpłata przedsiębiorcy na ubezpieczenie chorobowe to wydarta mu ze środków obrotowych składka filantropijna! — Rozumie się przy takiem traktowaniu ubezpieczeń społecznych trudno znaleźć wspólny język. — Ale ubezpieczenia społeczne dla całego myślącego świata są instytucją samopomocy. Instytucję uspołeczniającą część płacy roboczej w celu niesienia członkom instytucji pomocy w razie choroby, inwalidztwa czy starości. I to co płaci przedsiębiorca na ubezpieczenia społeczne w większej mierze musiałby wydatkować, gdyby te istotne potrzeby zabezpieczenia pracownika były pokrywane przez niego drogą prywatną. Koszta leczenia się i ubezpieczenia na życie czy na starość w instytucji prywatnej musiałyby wejść w skład płacy roboczej. Dlatego też sprawa cała wiąże się w najbardziej ścisły związek z zagadnieniami płac.

A płace robotnicze w Polsce są najniższe w cywilizowanej Europie! Sięgają przeciętnie zaledwie 70% przedwojennego poziomu. Gdy dodamy do nich najwyższe świadczenia społeczne przedsiębiorcy — nie dosięgną poziomu z czasów przedwojennych!

Wpłaty na ubezpieczenia społeczne — czy przez przedsiębiorcę dokonywane czy też przez robotników — to część płacy roboczej. Ambicja polskiego programu ubezpieczeń, to jedynie ambicja utrzymania tych płac na wysokości zabezpieczającej zdrowie i częściowo starość pracownika. I to ma być zbyt wielką ambicją! — Zbyt wielką! Wobec czego? Wobec sum wydawanych na robociznę. Przy niskiej płacy w Polsce, świadczenia społeczne nie podnoszą się nawet do poziomu przedwojennego, pozostającej wciąż daleko od równi europejskiej.

Może w stosunku do analogicznych świadczeń u naszych sąsiadów, konkurentów w życiu gospodarczem? Odpowiedź znajdujemy w dokumencie oficjalnym naszego Ministerstwa Pracy:

Składka za ubezpieczenie robotników w wielkim przemyśle (a więc płacącym najwięcej) wynosi w %% zarobku robotnika: *)

w Polsce od 11,5 do	15,1
w Niemczech	16,0
w Austrji	17,3
w Czechosłowacji	12,0

Mniejszą procentową składkę w Czechosłowacji tłomaczy się tem, że niema tam ubezpieczenia na wypadek bezrobocia.

A więc zbyt ambitnym polski program ubezpieczeń społecznych może być tylko wobec apetytów przedsiębiorców. — Apetyt jednak rośnie w miarę jedzenia. Zaspokojenie go wzmocniłoby tylko te apetyty!

Gdyby p. Kemerer ograniczył się tylko do swych ogólnych rozmyślań na temat ubezpieczeń społecznych, moglibyśmy złożyć to na karb „amerykanizmu" i egzotycznych doświadczeń pana profesora w tej dziedzinie. Uwagi też nasze mogłyby być w tem miejscu zakończone. Ale profesor Kemerer powtarza w swem sprawozdaniu „niektóre informacje", jakie w zakresie zagadnień ubezpieczeń społecznych otrzymał w Polsce. Informacje te dotyczą ogólnej sumy kosztów związanych z ustawodawstwem społecznem; 2) obciążenia rolnictwa kosztami opieki społecznej; 3) stopnia obciążenia świadczeniami społecznemi obrotów handlowych.

Kto informacyj tych dostarczał Komisji rzeczoznawców nie wiemy. Ministerstwo Pracy, jedynie powołane do miarodajnego informowania tego rodzaju Komisji, — pono nie było niepokojone przez p. Kemmerera żądaniami dostarczenia danych i wyjaśnień w sprawach prawodawstwa pracy i jego stosowania w kraju. — Tymczasem informacje podane przez p. Kemmerera w sprawozdaniu Komisji rzeczoznawców daleko odbiegają od rzeczywistego stanu rzeczy.

Komisja rzeczoznawców pisze w swym raporcie:

„Niemożliwem było uzyskać wykaz ogólnej sumy tych opłat („różnego rodzaju asekuracji społecznych") w całym kraju, ale zakres programu asekuracji wskazuje, że zebrane w ten sposób dochody wynoszą może jedną trzecią podatków państwowych". — Tymczasem jeszcze przed raportem p. Kemerera ukazała się cytowana powyżej praca Ministerstwa Pracy i Op. Społ., zawierająca możliwie dokładne obliczenie ogólnej sumy kosztu ubezpieczeń społecznych. Można więc było nie uciekać się do logicznego mniej, lub więcej wyciągania wniosków z zakresu programu asekuracji, lecz podać konkretne cyfry.

Według zamknięć rachunkowych, lub preliminarzy zakładów ubezpieczeniowych ogólny koszt ubezpieczeń (składki od pracodawców i pracowników w r. 1925 wynosi 225,4 miljona złotych, — a wraz z poumieszczanemi w budżecie i w małej tylko cząstce rzeczywiście wypłacanemi kwotami na ubezpieczenie pracowników państwowych i inwalidów otrzymujemy sumę 253 milj. złotych *). — Podatki pośrednie i bezpośrednie dały w tymże roku 1.339 miljonów zł. Ubezpieczenia więc społeczne

*) Tamże.

*) Obciążenie produkcji na rzecz ubezpieczeń społecznych w Polsce i zagranicą. Wyd. Min. Pracy i Op. Społ. Str. 21.

*) Obciążenie społ. i t. d. Str. 234, 35.

kosztowały nie ⅓ podatków państwowych, lecz mnej, niż jedną piątą część sumy podatków.

Dalej profesor Kemerer podaje informacje, dotyczące obciążenia kosztami ubezpieczeń rolnictwa. Oblicza on koszt emerytur i świadczeń socjalnych w stosunku do 1 ha. ziemi w majątkach o obszarze około 500 ha. na 14 zł. 33 gr. i w majątkach o obszarze około 1.000 ha. — na 13 zł. 35 gr. — Cyfry te mają służyć za ilustrację t. zw. „ciężarów socjalnych" w Polsce zaczerpnięte są jednak z b. zaboru niemieckiego, gdzie ubezpieczenie zbliżone jest do bardziej rozwiniętych pod tym względem Niemiec. W reszcie kraju składki ubezpieczeniowe dotykają rolnictwo w daleko mniejszym stopniu. Tak np. wszystkie składki ubezpieczeniowe w % % zarobku wynoszą w majątkach powyżej 75 ha. *) w b. zab. niemieckim 12,1⅛, na G. Śląsku 10,8%, a w b. zab. ros. 1,0%, w b. zab. austr. 8,5%. Ale pomijając już to powołanie się na wyjątkowe zjawisko przy charakterystyce ogólnej— same podane przez prof. Kemerera cyfry budzą najwyższą wątpliwość. Polska literatura ekonomiczna nie zna tych cyfr. Spotykamy je po raz pierwszy. Nie znamy też metody ich obliczenia. Możemy więc tylko stwierdzić, że sumując przeciętne wpłaty na różne rodzaje ubezpieczeń w b. zab. pruskim otrzymamy wyniki zupełnie odmienne. Tak więc:

Przeciętna składka na 1 rob. z tytułu ubezp. chorobowego wynosi	43,27 zł.
Przeciętna składka na 1 rob. z tytułu ubezp. od wypadków	2,93 zł.
Przeciętna składka na 1 rob. z tytułu ubezp. od starości i inwalidztwa	18,14 zł.
Razem	64,34 zł.

Ponieważ te przeciętne przy wpłatach na ubezpieczenie od choroby, inwalidztwa i na starość obliczone są dla rolnictwa i przemysłu łącznie, w przemyśle zaś są daleko wyższe, niż w rolnictwie, należało by odnośnie sumę ogólną pomniejszyć, ale i tak, gdy przyjmiemy, że na 1 rob. przypada w poznańskiem 7,5 ha. roli, — obciążenie wkładką ubezpieczeniową na 1 ha. wyniesie 64,34 : 7,5 = 8,58 zł. — od pracodawcy i robotnika łącznie, nie zaś 14,33, lub 13,35 od samego pracodawcy, jak podaje p. Kemerer!

A wreszcie obciążenie handlu. — Pan profesor Kemerer twierdzi, iż koszta świadczeń socjalnych wynosiły w handlu od 6% do 14% obrotu! — Tutaj przesada jest tak widoczna, że nie trzeba gromadzić dowodów. Pozostaje więc tylko stwierdzić, iż szkoda, że Komisja rzeczoznawców w tej tak ważnej, a drażniącej sprawie oparła się o mętne źródła.

**) Obciążenie społ i t. d. Str. 13.

DR. HENRYK KŁUSZYŃSKI.

Z ZAGADNIEŃ LECZNICTWA W KASACH CHORYCH.

II. Chroniczny reumatyzm jako choroba społeczna.

W literaturze lekarsko - społecznej spotykaliśmy się bardzo mało z określeniem chronicznego reumatyzmu, jako choroby społecznej. Cierpienie to usuwało się w kąt, kryło się i było przysłonięte potężną wizją masowej choroby, jaką jest gruźlica. Temu cierpieniu poświęcano i poświęca się nadal największą uwagę. Kasy Chorych czynią wielkie wysiłki, by chorym na gruźlicę przyjść z pomocą. Choroba ta wysuwała się na pierwszy plan swą liczebnością, specjalnym jakby kolorytem, wielką śmiertelnością i zaraźliwością. A przecież w krajach zachodnich o wysokiej kulturze gruźlica usunęła się już na plan drugi a chroniczny reumatyzm — co wygląda jakby nieprawdopodobieństwo — wysuwa się na czoło zagadnień, jako wielka klęska społeczna.

U nas w Polsce będzie jeszcze dłuższy czas gruźlica dominowała nad wszystkiemi innemi chorobami. A przecież warto się przyjrzeć cyfrom statystycznym obydwóch chorób, aby z nich wydobyć wskazania dla Kas Chorych. Ograniczam się na razie do cyfr łódzkiej Kasy Chorych z III-go kwartału 1926 r. Według tych danych zgłosiło się chorych na gruźlicę płuc w tym czasie 4904 osób, a na choroby reumatyczne w tym samym okresie 3899 osób — czyli, że zachorzenia na reumatyzm wynoszą blisko 80% chorych na gruźlicę płucną. Cyfry zatem bardzo zbliżone do siebie z tą tylko różnicą, że przy gruźlicy jest większa śmiertelność a u reumatyków długotrwałe kalectwo, niezdolność do pracy a w konsekwencji zubożenie i upadek materjalny..

Wielki snop światła rzucił na ciekawe to zagadnienie międzynarodowy kongres balneologiczny, który odbył się w r. 1925 w Londynie. Po raz pierwszy zajmowano się tym problemem społecznym jako zagadnieniem międzynarodowem, gdyż cierpienie to występuje masowo u robotników prawie wszystkich państw europejskich. Na tym kongresie na podstawie sprawozdania brytyjskiego ministerstwa zdrowia stwierdzono, że chroniczny reumatyzm jest znacznie rozpowszechniony wśród ludności pracującej Anglji i pociąga za sobą przedwczesne inwalidztwo.

Lekarze, władze zdrowotności publicznej, Kasy Chorych i związki zawodowe interesują się zagadnieniem skutecznego leczenia reumatyków. W Anglji dają chroniczne reumatyzmy 1/6 część wszystkich niezdolnych do pracy. Zasiłki chorobowe i renty inwalidzkie wypłacane z powodu tego cierpienia wynoszą rocznie około 80 miljonów złotych przy 3 miljonach tygodni niezdolności do pracy czyli 60.000 lat roboczych rocznie. *) Z tych powodów rząd angielski uważa tak kolosalną niezdolność do pracy za taki sam ciężar dla narodu jakim jest gruźlica. Metody lecznicze muszą być zorganizowane, a przedewszystkiem rozbudowane metody rozpoznawcze, a zwłaszcza znane ognisko zakaźne, skąd choroba wzięła początek. Następujące czynniki grają główną rolę: 1) specjalne ogniska chorobowe znajdują się w migdałach, zębach i w wyrostku robaczkowym, albo ogólny stan choroby, jak grypa, której substan-

*) W samym Londynie na 2.400.000 ubezpieczonych w Kasach Chorych choruje co roku 60.000 a w całej Anglji 372.000 osób na schorzenia reumatyczne.

cje toksyczne dostają się do stawów; 1) indywidualna konstytucja, skaza artretyczna ze skłonnością do reumatyzmu; 3) wpływy klimatyczne, zatrucia, urazy, nadmierna praca, znużenie, wstrząsy psychiczne i t. d., przyczem każdy rodzaj zatrudnienia sprowadza jemu właściwe reumatyczne objawy. Przeto Kongres wybrał międzynarodowy Komitet dla organizacji jednolitego badania naukowego chronicznego reumatyzmu. Na chorobę tę należy zwracać uwagę już w latach dziecinnych i stosować wcześnie środki zapobiegawcze. W Anglji jest 45.000—50.000 dzieci w wieku szkolnym z chorobami serca na tle reumatyzmu.

We Francji reumatyzm nie jest rozpowszechniony, co przypisać należy wpływom działania promieni słonecznych, gdyż ilość dni słonecznych jest we Francji większa, niż winnych krajach północnych.

W Szwecji za to jest chroniczny reumatyzm bardzo rozpowszechniony, i daje na ogólną cyfrę inwalidztwa 9.1 proc. i przewyższa nawet inwalidztwo z powodu gruźlicy, które wynosi tylko 5.8 proc. Podobnie i Danja ma wysoki procent chorych na reumatyzm chroniczny; 12 proc. chorych kasowych cierpi na tę chorobę a na ogólną cyfrę inwalidztwa przypada 14 proc. na reumatyzm, podczas gdy gruźlica daje 13.5 proc.

Chorzy z reumatyzmem chronicznym winni być umieszczeni w miejscach kąpielowych, które jednak nie mogą objąć wszystkich chorych, przeto należy urządzić specjalne zakłady dla terapi fizykalnej z odpowiednią ilością łóżek dla ciężej chorych. Zakład taki musi mieć fachowe kierownictwo, możliwość kombinowania rozmaitych metod leczniczych fizykalnych, nadto możliwość leczenia ortopedycznego, dentystycznego i chirurgicznego.

Leczenie winno być zorganizowane w trzech kierunkach:

1) Usuwać przyczyny choroby: zakażenia, zaburzenia w przemianie materji albo urazy.

2) Dążyć do podniesienia odporności i ogólnego stanu zdrowia.

3) Usuwać bolesność w ruchomości stawów.

Tak jak istnieje dążność do budowania zakładów leczniczych dla gruźlicy, muszą również powstawać zakłady terapi fizykalnej celem leczenia reumatyków.

Takie mniejwięcej wytyczne wskazał pierwszy międzynarodowy Kongres balneologiczny dla zwalczania masowego zjawiska chorobowego, jakim już jest reumatyzm chroniczny.

Kasy Chorych zajmują się niezaprzeczenie leczeniem reumatyków. W okresach letnich wysyłają skromną liczbę chorych do zakładów kąpielowych a w swoich lecznicach tworzą oddziały fizykalnej terapi. Ale sprawa poruszona na międzynarodowem forum naukowem wymaga racjonalnego ujęcia i opracowanie szczegółowego planu leczenia samej choroby i jej zapobieganie.

Przedewszystkiem należy ująć statystycznie, ile osób w Kasach Chorych całej Polski choruje na reumatyzm, ile osób pobiera zasiłki z powodu tej choroby i ile osób rocznie przechodzi w byłym zaborze pruskim w stan inwalidztwa, jaki jest stosunek procentowy inwalidztwa z powodu gruźlicy a reumatyzmu. Kasy chorych nie prowadziły dotychczas ścisłej statystyki chorobowej, w dzielnicach byłego zaboru austrjackiego i pruskiego istniała statystyka chorobowa niezdolnych do pracy i pobierających zasiłki. Pierwsza statystyka chorobowa winna ukazać się za rok 1926 według wzorów przesłanych Kasom Chorych przez władze nadzorcze. Dopiero z tych cyfr będzie można stworzyć sobie obraz, w jakich rozmiarach objęła ta choroba szerokie masy ubezpieczonych i na danych statystycznych ufundować racjonalny plan leczenia. O ile wielkie Kasy Chorych jak warszawska i łódzka będą mogły samoistnie tworzyć własne zakłady lecznicze, mniejsze Kasy muszą się oprzeć o związki okręgowe, dla których otwiera się niezmierzone pole pracy. Mnożą się wielkie zagadnienia rozbudowy lecznictwa na zaniedbanym ugorze polskiej ziemi. Stawiamy zaledwie pierwsze kroki w sprawie walki z gruźlicą a już otwierają się nowe zagadnienia nie mniej ważne, nad któremi nie możemy przejść do porządku dziennego. Jesteśmy spóźnieni o kilkadziesiąt lat, musimy się śpieszyć i naszą energję pomnażać.

Za zagadnieniem tem wyłania się nie mniej ważna kwestja, jak sprawa fachowych kierowników takich zakładów. W Polsce brak specjalistów. Kasy Chorych mają otworzyć setki przychodni przeciwgruźliczych a nie ma dostatecznej liczby wykwalifikowanych lekarzy. Brak nam rentgenelogów, laryngologów, pedjatrów, okulistów, neurologów. Kasy Chorych muszą we własnym interesie ułatwiać lekarzom nabywanie specjalistycznej wiedzy lekarskiej, a nawet wstawiać do rocznego budżetu pewną kwotę na ten cel. Oszczędność w tych sprawach jest szkodliwą dla racjonalnego rozwoju lecznictwa w Kasach Chorych.

Tworząc podwaliny lecznictwa Kasowego w Polsce, musimy każde zagadnienie wszechstronnie ująć, by budowa nasza była trwała i mocna.

OSWALD EINFELD.

STOSUNKI ZAWODOWE I ZAROBKOWE CZŁONKOW KASY CHORYCH M. WARSZAWY.

Kasa Chorych m. Warszawy, mająca około 170 tys. ubezpieczonych, a wraz z rodzinami około 400 tys. osób, czyli ponad trzecią część ludności stolicy, ma nie tylko możność, ale i obowiązek badania materjału statystycznego we wszystkich kierunkach, gdyż poznanie struktury zawodowej i społecznej, warunków pracy i życia, chorobowości i śmiertelności tej masy ludzkiej stanowić musi podstawę całej działalności Kasy, jej organizacji wewnętrznej i planów na przyszłość.

Nie można oczywiście winić Kasy warszawskiej, że w pierwszych latach swego istnienia, kiedy tysiące nowych potrzeb, pilnych i ważnych, absorbowało wszystkie jej siły, nie poświęciła dość uwagi i pracy

statystyce, spodziewać się jednak należy, że niewątpliwe postępy, obserwowane we wszystkich działach pracy Kasy, przejawią się obecnie także w dziedzinie najbardziej jeszcze zaniedbanej, w dziedzinie badań statystycznych.

Rozwój statystyki demograficznej, gospodarczej i społecznej osiągnął na zachodzie taki poziom i tak wszechstronnych dostarcza materjałów orjentacyjnych, że Kasy Chorych w zupełności mogą na nich się opierać i nie mają potrzeby prowadzenia własnych badań statystycznych w zakresie szerszym, niż im bezpośrednia działalność wyznacza. Ale u nas, gdzie po zaborcach odziedziczyliśmy materjały bardzo wątpliwej wartości, gdzie cały aparat statystyki urzędowej trzeba było po odzyskaniu niepodległości dopiero stworzyć, a instytucje społeczne i naukowe nigdy nie były dość zamożne, by podejmować prace w tym kierunku na szerszą skalę, Kasy Chorych muszą wziąć na siebie ciężar samodzielnego badania mas ubezpieczonych, aby tym sposobem uzupełnić prace instytucyj rządowych, które z natury rzeczy nie mogą uwzględniać wszystkich potrzeb, wysuwanych przez życie społeczne.

Ale nawet w tym ciasnym, własnym zakresie, w jakim wszystkie Kasy muszą statystykę prowadzić, Kasa Chorych m. Warszawy stoi niestety na szarym końcu. Chroma jeszcze bardzo jej rejestracja członków — jak tego dowiodło późniejsze sprostowanie o dwadzieścia kilka tysięcy liczby członków z r. 1924 [1]) — niedostateczna jest znajomość składu ubezpieczonych pod względem zarobków, choć to jest chyba dziedzina dla działalności i orjentacji Zarządu Kasy ogromnie ważna, zupełnie zaniedbane jest badanie śmiertelności — wystarczy wskazać, że w 100-stronicowem Sprawozdaniu za rok 1925 podano zaledwie jedną cyfrę o zmarłych członkach Kasy, mianowicie liczbę zgonów zanotowanych przez wydział rejestracyjno - obrachunkowy, nie dając nawet podziału zmarłych według płci, a tem mniej podziału według chorób, zarobków lub wieku. Jak na Kasę, obejmującą trzecią część ludności stolicy, jest to trochę za mało!

Dotychczasowe swoje skromne badania, co do podziału według wieku, zawodu i wysokości zarobków ubezpieczonych, Kasa warszawska opierała przeważnie na materjale rejestracji zgłoszeń i wymeldowań lub na statystyce niezdolnych do pracy. Oba te źródła są zupełnie niedostateczne. Wszak wiemy, że zarówno zmiany miejsca pracy jak i choroby i niezdolność do pracy zdarzają się wśród ludzi różnie często i są w pewnym stopniu funkcją wieku, zawodu i zarobku. Nie znając więc dokładnie tych współzależności, nie można badania wieku, zawodu i zarobków masy ubezpieczonej zastąpić badaniem tych danych na masie, która w danym okresie czasu zmieniła miejsce pracy, lub na masie, która chorowała i była niezdolna do pracy. Z zadowoleniem powitać więc należy poczynioną w początkach 1926 r. przez Kasę warszawską próbę ustalenia tych danych na materjale podstawowym, t. j. na materjale kartoteki członków. Rezultaty tych badań, choć mają jeszcze wiele braków, potwierdzają w zupełności powyższe zastrzeżenia, co do wartości innych źródeł i powinny być zachętą do dalszych ściślejszych badań.

[1]) Sprawozdanie Zarządu Kasy Chorych m. Warszawy za r. 1925 str. 5.

Według stanu z dnia 31 marca 1926 r. z ogólnej liczby 165.709 osób, ubezpieczonych w Kasie warszawskiej, było mężczyzn 99.508, czyli 60%, kobiet 66.201, czyli 40%. Ten podział ubezpieczonych według płci jest niemal zupełnie zgodny z ustosunkowaniem płci wśród osób, wykazanych w Warszawie przy Spisie powszechnym ludności w 1921 r., jako niesamodzielnie czynnych zawodowo. Wtedy naliczono wśród personelu pracowniczego i robotników (bez personelu kierowniczego) 149.320 mężczyzn, czyli 59,6% i 97.025 kobiet, czyli 39,4%. Jeżeli uwzględnimy jeszcze, że w liczbach tych jest sporo niepodlegających ubezpieczeniu w Kasie pracowników państwowych i samorządowych, wśród których przeważają mężczyźni, to uznać możemy rezultaty statystyki Kasowej za zupełnie ścisłe.

Rozpatrując podział ubezpieczonych według grup wieku, stwierdzamy, że na 100 ubezpieczonych było

w grupie wieku	wśród ogółu	wśród mężczyzn	wśród kobiet
do 19 lat	10,5	10,3	10,8
20 — 29 „	35,0	28,9	44,1
30 — 39 „	22,8	24,9	19,6
40 — 49 „	14,0	16,5	10,3
50 — 59 „	8,3	10,2	5,4
60 i więcej	4,3	5,2	3,0
niewiadom.	5,1	4,0	6,8

Te rezultaty nie różnią się poważnie od wyników, otrzymanych w statystyce Kas Chorych z całego państwa za rok 1924 [1]), pewne tylko odchylenie stwierdzamy w najniższej grupie wieku, w której na obszarze całego państwa otrzymano 16,3% ubezpieczonych (wśród mężczyzn 14,2, a wśród kobiet nawet 21,0%), co tłumaczy się w pierwszej linji tem, że znaczniejszego kontyngentu do najniższej grupy wieku dostarcza w statystyce ogólnej rolnictwo, które w statystyce Kasy warszawskiej nie odgrywa żadnej roli.

W Sprawozdaniu Kasy warszawskiej za rok 1925 [2]) zestawiono podział według wieku ludności zawodowo czynnej w Warszawie na podstawie spisu powszechnego z 1921 r. z podziałem członków Kasy na podstawie statystyki ruchu członków w 1925 r. Zaobserwowane w tem porównaniu znaczne różnice w liczebności poszczególnych grup wieku, wytłumaczono jako następstwo zmiany składu ludności w latach ostatnich i wyrażono opinję, że „jeżeli chodzi o wiek nietylko członków Kasy, ale może i całej ludności zawodowo czynnej w Warszawie, to dane Kasy warszawskiej są już dziś bardziej chyba miarodajne, niż dane Spisu powszechnego". Było to bardzo śmiałe twierdzenie, ale bynajmniej nie zupełnie słuszne. Jeśli bowiem zestawimy tamte rezultaty z wynikami, otrzymanemi obecnie przy badaniu kartoteki, okaże się jasno, że opieranie się na statystyce ruchu członków jest bardzo ryzykowne i do żadnych wniosków o składzie ubezpieczonych pod względem wieku nie uprawnia.

[1]) patrz „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych" Nr. 3—4 z 1926 r., str. 52.

[2]) Sprawozdanie, str. 15 i n.

Grupa wieku	Spis powszechny 1921 r.	Ruch członków 1925 r.	Kartokeka 1926 r.
do 19 lat	14,5%	19,3%	11,1%
20—29 „	30,5 „	41,6 „	36,9 „
30—39 „	23,6 „	19,8 „	24,0 „
40—49 „	15,9 „	11,2 „	14,8 „
50—59 „	10,4 „	5,7 „	8,7 „
60 i więcej	5,1 „	2,4 „	4,5 „

Okazuje się z tego zestawienia, że różnice w liczebności poszczególnych grup wieku w dwóch pierwszych kolumnach są istotnie bardzo znaczne, ale tłumaczą się dostatecznie większą ruchliwością roczników do lat 30, podczas gdy porównanie rezultatów Spisu z rezultatami badania kartoteki nie wykazują żadnych wyjątkowych odchyleń poza temi, które wynikają z faktu, że materjał spisowy obejmuje około 100 tysięcy osób więcej, niż materjał Kasy. W tych 100 tysiącach są zarówno nie objęci ubezpieczeniem kierownicy przedsiębiorstw, wolne zawody, urzędnicy państwowi i komunalni, jak również bezrobotni, co nam w zupełności wyjaśnia, dlaczego w grupie wieku od 20 do 39 lat odsetek w Kasie Chorych jest nieco wyższy niż przy Spisie powszechnym. Należy więc stwierdzić, że **materjały z ruchu członków,** nawet przy zachowaniu wszelkiej ostrożności, **nie nadają się do oceny ustosunkowania grup wieku wśród członków Kas Chorych.**

W analogiczny sposób możnaby wykazać, że to twierdzenie jest równie słuszne w odniesieniu do **składu zawodowego i zarobków** członków, nie chcemy jednak nużyć czytelnika dalszemi porównaniami, ograniczamy się więc tylko do przedstawienia i oceny rezultatów badania z 1926 r.

Statystyka Kasy Chorych m. Warszawy dzieli wszystkich ubezpieczonych na 30 grup zawodowych według **zawodu subjektywnego** t. zn. bez uwzględnienia gałęzi pracy, w której członek jest zatrudniony. Przy takiej metodzie wszystkich metalowców lub obrabiaczy drzewa, bez względu na to czy pracują w przemyśle metalowym, w fabrykach włókienniczych, czy też w przemyśle drzewnym, lub budownictwie, zalicza się do „pracujących przy obróbce metali" względnie do „pracujących przy obróbce drzewa". Tak samo wszystkich nadzorujących maszyny, czy pracują w warsztatach przemysłowych, w instytucjach szpitalnych, czy gospodarstwach rolnych, zalicza się do grupy „pracujących przy obsłudze maszyn". Możliwe, że przy obecnym stanie kartoteki członków, zastosowanie tej metody było konieczne, sądzimy jednak, że należy dążyć do ustalenia **zawodu objektywnego** t. zn. do ustalenia podziału członków według głównych gałęzi pracy z podaniem oczywiście stanowiska w zawodzie, conajmniej jednak z rozdzieleniem ich na „personel pracowniczy i nadzorczy" i „robotników". Bez tego nie można łatwo przeprowadzić porównania stanu ubezpieczonych w poszczególnych grupach zawodowych ze stanem zatrudnionych w tych zawodach, gdyż statystyka państwowa opracowana jest szczegółowo tylko dla zawodu objektywnego. A takie porównania mogłyby mieć dla Kasy wielkie znaczenie, gdyby np. chodziło o stwierdzenie, w jakich zawodach dysproporcja między ubezpieczonymi i zatrudnionymi osobami jest nienormalnie wielka. Przy obecnym systemie statystyki zawodowej ubezpieczonych trzeba, aby takie porównanie umożliwić, przeprowadzić żmudne wyliczenie z rezultatów statystyki państwowej, w której osoby o danym zawodzie subjektywnym rozrzucone są po wszystkich grupach zawodu objektywnego.

Uczynimy taką próbę porównania dla poniżej wymienionych, zupełnie dowolnie wybranych zawodów subjektywnych, uwzględniając z danych Spisu samych tylko robotników.

Zawód subjektywny	Statystyka KasyChorych 1926 r.	Spis powszechny 1921 r
pracujący w rolnictwie, ogrodnictwie, leśnictwie i t. d.	518	1793
pracujący przy obróbce metali oraz elektrotechnicy	24.734	20.589
pracujący przy wyrobie odzieży	9.405	24.002

O ile w pierwszej z tych grup różnica może jeszcze być wytłumaczona stanem prawnym, który znaczną część pracowników tego zawodu wyłącza z ubezpieczenia w Kasie Chorych, to różnice w następnych dwóch grupach nie dadzą się inaczej wytłumaczyć, jak tylko nieścisłością w samej metodzie ustalenia zawodu subjektywnego. Trudno bowiem przypuścić, aby w początkach roku 1926, kiedy bezrobocie było największe, Kasa Chorych liczyła rzeczywiście o 20% więcej pracujących przy obróbce metali, niż ich liczono przy Spisie powszechnym w 1921 r. Jeżeli zaś przyjąć, że w ciągu tych kilku lat nastąpił znaczny przypływ sił do przemysłu, to tem trudniej będzie wyjaśnić różnicę w grupie ostatniej, gdzie rezultat statystyki Kasowej pozostaje o całe 150% w tyle za wynikiem Spisu z 1921 r.

Wobec takich rozbieżności należy podział członków Kasy według zawodów traktować jako przybliżone tylko odzwierciadlenie faktycznych stosunków.

Do najliczniejszych grup w tym podziale należą służba domowa, licząca 26.448 osób (16% wszystkich ubezpieczonych), metalowcy 24.734 (14,9%), następnie usługi osobiste 19.982 (12%) i personel administracyjny gospodarczy i biurowy 19.242 (11,6%). W tych czterech najliczniejszych grupach podział według płci jest bardzo różny. Wśród służby domowej mężczyźni stanowią 1,1%, wśród metalowców 96,5% w usługach osobistych 70,0%, a wśród personelu administracyjnego 63.0%.

Łącząc z sobą odpowiednie grupy zawodowe otrzymujemy dla głównych działów zawodowych następujące liczby ubezpieczonych:

	Ogółem	Męż.	Kobiet
rolnicy, ogrodnicy i t. p.	518	411	107
pracujący w zawodach przemysłow. i rzemieślniczych	75.404	56.180	19.224
usługi osobiste i służba domowa	46.430	14.312	32.118
pracujący w handlu i komunikcji	12.854	8.756	4.098
urzędnicy, pers. administr. i techn.	24.161	16.182	7.979
wolne zawody	6.010	3.425	2.585

Próba ustalenia podziału ubezpieczonych na robotników i pracowników umysłowych, ważna z bardzo wielu względów, nie da sie na rezultatach tych uskutecznić z niewątpliwą dokładnością, gdyż nie wszystkie grupy zawodowe obejmują samych tylko robotników lub samych tylko pracowników umysłowych. Jeżeli jednak chodzi o przybliżony rezultat, możemy — z zastrzeżeniem popełnienia niewielkiego błędu — przyjąć, że w pierwszych trzech z powyżej podanych działów mamy robotników, a w trzech

następnych pracowników umysłowych. Daje to w sumie 122.352 robotników czyli 74% wszystkich ubezpieczonych i 43.025 pracowników umysłowych czyli 26%. Według danych Spisu powszechnego było w Warszawie wśród ludności niesamodzielnie czynnej zawodowo 192.882 (czyli 74%) robotników i 68.108 (czyli 26%) pracowników umysłowych. Ta przypadkowa identyczność ustosunkowania procentowego, nie wynikająca bynajmniej ze ścisłości obliczenia, wskazuje jednak, że ustosunkowanie liczby robotników do pracowników umysłowych jest wśród członków Kasy Chorych zapewne zasadniczo zgodne z wyliczonemi rezultatami, t. zn. że ¾ **wszystkich członków Kasy stanowią robotnicy.**

Badanie **zarobków** członków Kasy opiera się na danych co do 111.848 ubezpieczonych, gdy dla 53.861 ubezpieczonych, pracujących w firmach „samooblicząjących", zarobek indywidualny jest Kasie nieznany. Musi to oczywiście poważnie zaważyć na rezultatach.

Rozpatrując tylko zarobki wiadome, otrzymujemy dla poszczególnych grup zarobkowych następujące odsetki ubezpieczonych:

zarobki miesięczne	wśród ogółu	wśród mężczyzn	wśród kobiet
do 100 zł.	59,1	38,2	83,9
100 — 200 „	27,7	41,1	12,0
200 — 300 „	8,0	12,4	2,7
300 — 500 „	3,8	6,0	1,1
powyżej 500 „	1,3	2,3	0,2

Uderzająca jest przewaga zarobków do 100 zł. wśród kobiet, co wynika z przewagi wśród nich służby domowej, która stanowi blisko 40% wszystkich ubezpieczonych kobiet i dostarcza głównego kontyngentu właśnie do najniższej grupy zarobkowej. Bardziej realne będzie ustosunkowanie zarobków wśród kobiet po wyłączeniu z obliczeń służby domowej. Otrzymujemy wówczas dla kolejnych grup zarobkowych następujące odsetki: 68,5 — 23,3 — 5,6 — 2,2 — 0,4. Dowodzi to, że zarobki kobiet pracujących, są znacznie niższe, niż zarobki mężczyzn, co w nieznacznym stopniu znajduje uzasadnienie w pewnej przewadze młodszych roczników wśród kobiet w porównaniu z mężczyznami. Główne źródło różnicy leży w niższem wynagrodzeniu pracy kobiecej.

Nie można oczywiście powyższych danych uważać za dokładne odbicie rzeczywistych stosunków zarobkowych ogółu członków Kasy, gdyż zarobki pracowników firm samooblicząjących — a są to zazwyczaj największe firmy przemysłowe — rozdzielają się zapewne zupełnie inaczej na poszczególne grupy zarobkowe. Z przeciętnej składki na grudzień 1925 r., wynoszącej w Kasie warszawskiej około 15 zł. na członka, wynika, że **przeciętny zarobek wynosi około 190 zł.**, gdy tymczasem z powyżej podanej liczebności poszczególnych grup zarobkowych — nawet jeśli przyjmiemy, że najniższa grupa zarabia równo 100 zł., a najwyższa 650 zł. — wynika, że przeciętny zarobek miesięczny wynosi tylko 140 zł. Jeśli, uwzględniając tę różnicę, przyjmiemy, że wszystkie „nieznane" zarobki wynoszą więcej niż 200 zł. miesięcznie i zwiększają tylko liczebność trzech wyższych grup zarobkowych, to otrzymamy w rezultacie, że **conajmniej 58,6% wszystkich ubezpieczonych w Kasie warszawskiej zarabia poniżej 200 zł. miesięcznie.**

Jeżeli analogiczny rachunek przeprowadzimy dla samych tylko robotników, zawodów przemysłowych i rzemieślniczych (z pominięciem służby domowej i usług osobistych) to okaże się, że wśród nich conajmniej 49,6% ma zarobek poniżej 200 zł. Wśród grup zaś, które zaliczyliśmy do „pracowników umysłowych, odsetek ten wynosi 40,3%. Rezultaty te, przedstawiające faktyczny stan rzeczy zapewne korzystniej, niż on jest w istocie, dowodzą, że **poziom zarobków jest wśród ludności pracującej bardzo niski i czyni przymus ubezpieczeniowy w najszerszym zakresie społecznie koniecznym.**

MIĘDZYNARODOWY KONGRES KAS CHORYCH.

Prasa fachowa donosi, iż departament Zdrowia Kantonu Bazylejskiego (Szwajcarja), pełniący jednocześnie funkcje Zarządu Publicznej Kasy Chorych Kantonu Bazyleja — miasto, rozesłał do Związków Kas Chorych okólnik, w którym czytamy: „Szwajcarskie Kasy Chorych są zdania, iż konferencja działaczy kasowych rozmaitych krajów może się bardzo przyczynić do rozwoju ubezpieczenia na wypadek choroby. Z tych powodów mają one zamiar zwołać w roku 1927 lub 1928 *„Międzynarodowy Kongres Kas Chorych"*. Kongres odbyłby się w Bazylei. Rozmowy informacyjne o charakterze prywatnym, prowadzone ze „Związkiem Głównym niemieckich Kas Chorych" i z „Federacją Narodową Kas francuskich pomocy wzajemnej" dowodzą, iż kierownicy tych wielkich związków przyjęli inicjatywę szwajcarską bardzo sympatycznie, przyrzekając współudział w pracach przedwstępnych. Zorganizowanie kongresu uważać należy za pewne. Jest rzeczą możliwą, że kongres ten stanie się instytucją stałą, t. zn., że zbierał się będzie perjodycznie np. co 2 lata. Wobec tego, iż lekarze zorganizowali Związek Międzynarodowy, celem zajęcia jednolitego stanowiska w sprawach ubezpieczeń społecznych, jest rzeczą wskazaną, by i instytucje ubezpieczenia chorobowego zorganizowały się na zasadzie międzynarodowej, celem obrony wspólnych interesów".

Kongres Międzynarodowy, proponowany przez Kasę bazylejską, winien się, jej zdaniem, zająć następującemi sprawami:

1) Informacje wzajemne o ubezpieczeniu chorobowem w poszczególnych krajach,

2) Umożliwienie osobistego kontaktu między kierownictwem instytucji ubezpieczenia chorobowego w poszczególnych krajach,

3) Wymiana doświadczeń wzajemnych na polu ubezpieczenia chorobowego,

4) Ustalenie i enuncjacja postulatów, mających na celu ochronę ubezpieczonych,

5) Wypracowanie zasad i wytycznych, celem rozszerzenia i uzupełnienia ubezpieczenia na wypadek choroby.

Odezwa inicjatorów motywuje szczegółowo proponowany przez nich porządek dzienny i wysuwa t. zw.

program ogólny,
który dzieli się na pięć grup:

1) Ogólne zagadnienia ustawodawcze.

Do nich należy sprawa ubezpieczenia na wypadek choroby, t. j. uprzystępnienia ich w sposób najbardziej celowy, niezamożnej ludności. Rozchodzi się w tym wypadku o sprawę przymusu i dobrowolności, o subwencjonowanie instytucyj ubezpieczeniowych przez państwo, o podmiotowy (osobowy) zakres działania ustawy w szczególności o ubezpieczenie chałupników i robotników rolnych. Wreszcie zagadnienie to objąć musi kwestję organizacji ubezpieczeń społecznych, t. j. scalenie ich w jedną organiczną całość.

2) Organizacja instytucyj ubezpieczeń chorobowych.

Tutaj rozwiązać należy zagadnienie organizacji Kas Chorych i ich najsprawniejszego działania. (Jest to zagadnienie omawiane u nas pod ogólną nazwą teryterjalności — Red.).

Po ustaleniu najbardziej odpowiedniego typu Kas Chorych, przyjść musi kolej na określenie stosunku wzajemnego poszczególnych działów ubezpieczenia społecznego, t. j. ubezpieczenia chorobowego do ubezpieczenia inwalidzkiego, na wypadek starości i bezrobocia.

3) Organizacja służby lekarskiej.

Należy tutaj rozwiązać zagadnienie, czy wszyscy lekarze mają prawo praktyki kasowej (w swoich gabinetach), czy też Kasa może przyjmować lekarzy tylko w miarę potrzeby. Jaki system wynagradzania lekarzy jest najbardziej odpowiedni. Także problem, t. zw. wolnego wyboru lekarza musi być jednocześnie omówiony.

4) Świadczenia instytucyj ub. chor.

Dzielą się one na świadczenia w naturze (np. pomoc lekarska) i pieniężne (zasiłki). W jakim muszą one stać stosunku wzajemnym. We wszystkich bowiem organizacjach ubezpieczenia chorobowego przeważa tendencja do udzielania świadczeń w naturze. Sprawa wysokości świadczeń pieniężnych musi być jednak rozwiązana. Trzebaby ustalić choćby ogólnie wysokość zasiłków w stosunku do zarobków i ich gradację zależnie od stanu rodzinnego.

W dziedzinie świadczeń w naturze, zagadnień podlegających dyskusji jest znacznie więcej. Omówić należy granicę między specyfikami koniecznemi a niekoniecznemi zapisywanie rozmaitych środków pomocniczych, dostarczanych przez optyków i bandażystów, dostarczanie środków wzmacniających. Przy tem zagadnieniu nie należy pomijać inicjatywy w sprawie udzielania środków odżywczych dla rodzin ubogich, gruźliczych i anemicznych, jak się to dzieje w Niemczech i w Belgji.

Wiele krajów zainteresuje się sposobami udzielania pomocy dentystycznej w szczególności czy należy udzielać tej pomocy we własnych lecznicach (ambulatorjach), czy też zawierać umowy z lekarzami prywatnymi.

Czy Kasy Chorych, chcąc bądź oszczędzić na kosztach szpitalnych, bądź też ze względów społecznych, powinny wysyłać do chorego pielęgniarki? Duże znaczenie dla Kas Chorych ma opieka nad matką i dzieckiem. Władze sanitarne zainteresują się działalnością Kas Chorych na polu profilaktyki (propaganda, kolonje letnie dla dzieci, domy dla rekonwalescentów, stałe badanie zdrowych ubezpieczonych i t. d.).

5) Sprawy administracyjne i inne.

Kasy Chorych skorzystać mogą wiele, zapoznając się z organizacją kontroli chorych, sposobem inkasowania składek (np. przez pocztę markami), rejestracji członków. Własne instytucje gospodarcze przynoszą Kasom duże korzyści, czasem jednak i szkody. Wymiana doświadczeń na tem polu przynieść może wiele korzyści.

W wielu krajach sprawa t. zw. ticket modérateur (opłacanie przez chorego-ubezpieczonego części kosztów pomocy lekarskiej) jest stale na porządku dziennym. W Szwajcarji istnieje tendencja do wprowadzenia tej instytucji, w Belgji i we Francji do jej zniesienia.

A wreszcie należałoby omówić sprawę współdziałania Kas z władzami sanitarnemi na polu zwalczania epidemji i podniesienia zdrowotności w kraju. Jej praktyczne rozwiązanie znajduje się obecnie w stadjum początkowem.

Jest rzeczą niemożliwą — stwierdzają inicjatorowie kongresu — by można było omówić poruszone sprawy na jednym kongresie. Z tych powodów proponuje kierownictwo Kasy bazylejskiej wybranie przedewszystkiem tematów następujących:

W grupie „ogólne zagadnienia ustawodawcze" ogłosić należałoby na kongresie referaty orjentacyjne, któreby członkowie otrzymali w formie drukowanej. Referaty nie byłyby wygłaszane na Kongresie. Posiedzenie kongresu ograniczałoby się do dyskusji nad zagadnieniami ogólnemi, np. rozszerzenia ubezpieczenia chorobowego w kierunku ubezpieczenia ludowego i propaganda ubezpieczeń dobrowolnych. Rezultatem obrad mogłoby być wybranie Komitetu, któryby dla Kongresu następnego, wypracował zasady, na których opierałby się rozwój ubezpieczenia na wypadek choroby.

W grupie „organizacja instytucyj ubezpieczeń chorobowych" zagadnienie zorganizowania Kas Chorych, najbardziej sprawnych i samorządu kasowego, jest najbardziej aktualne. Wobec tego, że sprawa ta wywołałaby bardzo długą i ożywioną dyskusję, należałoby się ograniczyć do jednego referatu orjentacyjnego.

W grupie 3-ciej „organizacja służby lekarskiej" jest najbardziej aktualna. Tutaj możnaby uchwalić już tezy o charakterze bardziej konkretnym. Sprawa ta byłaby ewent. głównym punktem porządku dziennego Kongresu.

Grupa „świadczenia ubezpieczeń chorobowych" ze względu na jej rozmiar nie dałaby się również omówić na kongresie w całości. Kongres powinien powołać do życia specjalne komisje np. dla spraw zasiłków, środków leczniczych, stosunku do służby sanitarnej, pomocy dentystycznej, profilaktyki i opieki nad matką i dzieckiem.

Grupa ostatnia „sprawy administracyjne" mogłaby być omówiona dopiero na drugim kongresie, jakkolwiek sprawa „ticket moderateur" jest niesłychanie aktualna.

* * *

W sprawie tej odbyć się ma konferencja porozumiewawcza Kas niemieckich, francuskich i szwajcarskich. Później odbyłaby się jeszcze t. zw. konferencja przedwstępna (w Sztrassburgu), na którą inicjatorzy zaprosić mają po 3 delegatów ze wszystkich związków. Przedmiotem konferencji ma być zajęcie stano-

wiska wobec ankiety Międzynarodowego Biura Pracy.

* * *

Zarząd Zw. Państw. nie otrzymał dotychczas oficjalnego zawiadomienia o planach Kasy bazylejskiej, wobec czego nie mógł zająć jeszcze w tej sprawie stanowiska. Nie przesądzając uchwał Zarządu Zw. Państwowego stwierdzamy, iż już przed kilku miesiącami Zarząd nasz zabierał głos w sprawie zorganizowania „Międzynarodowego Związku instytucyj społeczno-ubezpieczeniowych", którego utworzenie proponował Związek czeskosłowackich Kas Chorych. Zarząd nasz oświadczył wówczas, iż „Związek nasz z całą gotowością przystąpi do współpracy nad założeniem wspomnianej instytucji, uznając jej prace za bardzo pożądane w interesie dalszego rozwoju ubezpieczeń społecznych (p. Przegląd Ubezpieczeń Społecznych, Nr. 5/1926, str. 108).

Dr. ADOLF GROSS.

WALKA LEKARZY WOLNOPRAKTYKUJĄCYCH Z KASAMI CHORYCH*).

Kasy Chorych są zorganizowane na terytorjum dawnego zaboru austrjackiego i pruskiego od około 50 lat. Na terytorjum dawnego zaboru rosyjskiego zorganizowano je dopiero po zdobyciu Niepodległości. Obecnie więc mamy na całym prawie obszarze Rzeczypospolitej Polskiej Kasy Chorych, w których są ubezpieczone przymusowo szerokie warstwy ludności pracującej.

Niewątpliwie ubezpieczenie takie przymusowe pociąga za sobą odpowiednią organizację administracyjną, mającą również cechę przymusu, gdyż trudno jest miljony ludzi obsługiwać, trzymając się zasady zupełnej swobody każdego członka. Przymus jest konieczny, jeżeli organizacja ubezpieczenia wogóle ma istnieć.

Zadaniem Kas Chorych jest w pierwszej linji leczenie chorych, ale równie ważnem jest zadanie utrzymywania chorych i ich rodzin właśnie w najcięższym czasie chorobowym, kiedy zdolność zarobkowania albo zupełnie zanika, albo jest znacznie osłabiona, a wydatki spowodowane przez chorobę są zwiększone.

Pomoc lekarska kosztuje Kasy Chorych przeciętnie 15 — 20% ogółu wydatków, a świadczenia, t. j. zasiłki pieniężne i wydatki na pomoc lekarską, szpitale i lekarstwa od 78.25 proc. (w województwach zachodnich) do 52.07% (w województwach wschodnich) ogółu wydatków. Koszta administracji, personalne i rzeczowe wynoszą 7% (Śląsk Cieszyński) do 21.4 proc. (Lubelskie).

Z natury rzeczy Kasy Chorych starają się zorganizować leczenie w ten sposób, ażeby wymagało możliwie najmniej kosztów, gdyż inaczej musiałyby być podwyższone składki Kas Chorych.

Przed wprowadzeniem Kas Chorych Państwo i inne ciała publiczne zorganizowały lecznictwo dla biedniejszych w szpitalach, którego koszty pokrywały instytucje publiczne. Leczenie w szpitalach jest zorganizowane w sposób przymusowy, chory nie może sobie wybierać lekarza, lecz lekarz jest mianowany przez władzę administracyjną. Tak samo cały personel sanitarny podlega władzy administracyjnej, wogóle urządzenie szpitala jest oparte na zasadach organizacji przymusowej.

Tak samo jest zorganizowana publiczna służba zdrowia samorządowa i państwowa.

Otóż w ten sam sposób mniej więcej są zorganizowane ambulatorja, szpitale i domy zdrowia, należące do Kas Chorych.

Jak długo ograniczano organizacje lecznicze tylko do najbiedniejszych, tak długo stan lekarski nie odczuwał konkurencji, ponieważ lekarze zatrudnieni w szpitalach stanowili stosunkowo mały procent ogółu lekarzy.

Z chwilą zorganizowania Kas Chorych, oczywiście lekarze zatrudnieni w Kasach Chorych obsługują znaczną część ludności, wskutek czego lekarze wolno-praktykujący mają utrudnione zarobkowanie.

W roku 1926 liczba ubezpieczonych w Kasach Chorych w całem Państwie Polskiem wynosiła około 1.600.000, a rodziny ubezpieczonych czynią około 120 procent tej cyfry, czyli razem ubezpieczeni z rodzinami czynią przeszło 3 i pół miljona osób.

Jednakże należy mieć na uwadze, że przez zorganizowanie Kas Chorych, szerokie warstwy ludności dopiero przyzwyczaiły się do korzystania z pomocy lekarskiej i najprawdopodobniej nie byłyby wcale stanowiły klijenteli lekarzy wolnopraktykujących na wypadek, gdyby Kas Chorych nie było, lecz byłyby się albo wcale nie leczyły, albo byłyby klijentelą szpitali. Liczba ta nie da się cyfrowo ustalić, faktem jest, że lekarze wolno - praktykujący są przekonani o tem, że wskutek organizacji Kas Chorych stracili znaczniejszą część klijenteli.

Zachodzi pytanie teraz, czy lekarze wolnopraktykujący mają prawo sprzeciwiania się organizacji przymusowej lekarskiej w Kasach Chorych, czy też tego prawa nie mają, względnie jakie instancje mają o tem decydować.

Drastyczny wypadek takiej walki zdarzył się w Łucku.

Przedstawię historję tej walki na podstawie sprawozdania Powiatowej Kasy Chorych w Łucku.

Czytamy tam: „Powiatowa Kasa Chorych w Łucku rozpoczęła swoją działalność w dniu 22 stycznia 1925 roku. Z początku nie było ambulatorjum, lecz chorzy wybierali sobie lekarzy według uznania, a był tylko wyznaczony cennik za wizyty lekarskie.

Otóż same honorarja lekarskie przez 6 miesięcy wyniosły przeszło 31.000 złotych, oprócz dentystów.

Rachunek aptek wyniósł około 15.000 złotych, oprócz opłaty w ambulatorjach za analizy i oprócz

*) W osławionej sprawie łuckiej i wyroku Izby Lekarskiej w Lublinie udzielamy głosu p. Dr. Adolfowi Grosowi z Krakowa, wybitnemu prawnikowi i znawcy prawa administracyjnego.

wynagrodzenia felczerów i akuszerek. Cały dochód Kasy Chorych przez 6 miesięcy wyniósł około 60.000 złotych".

Czytamy dalej: „Taki stan rzeczy zniewolił Zarząd Powiatowy Kasy Chorych w Łucku do wszczęcia pertraktacji o zmianę cennika, jakoteż systemu gospodarczego przy zapisywaniu środków zagranicznych. Pertraktacje te trwały przez kilkotygodniowy okres czasu i zakończyły się projektem nowej umowy i redukcją dotychczasowego cennika z tem, że Związek Lekarzy (prywatny Związek Okręgowy w Łucku) zgodził się jedynie na ordynację jednego lekarza w ambulatorjum Powiatowej Kasy Chorych, przy kompletnem ograniczeniu działalności danego lekarza, który miał wykonywać te zabiegi, jakie określą, lub polecą lekarze pozaambulatoryjni. Lekarz ambulatoryjny w myśl tego nowego projektu umowy nie był zatem lekarzem ordynującym, a tylko wykonawcą, felczerem pod nadzorem pozostałych lekarzy w całem tego słowa znaczeniu".

To żądanie lekarzy łuckich było oczywiście niewykonalne i dlatego nie przeszło do porozumienia. Ponieważ zaś nie można było dojść do żadnego rezultatu, musiała Powiatowa Kasa Chorych przystąpić do zorganizowania ambulatorjum na ogólnych zasadach powyżej wyłuszczonych i z tego wynikły spory. Prywatny Okręgowy Związek lekarzy w Łucku zawiadomił Izbę Lekarską lubelską, iż lekarze zawarli umowę z Kasą Chorych, a Kasa Chorych wniosła zażalenie na Związek Lekarzy Okręgowy w Łucku. Izba Lekarska Lubelska uważała za stosowne wytoczyć wszystkim lekarzom Powiatowej Kasy Chorych w Łucku dochodzenie dyscyplinarne, a *Sąd Izby Lekarskiej wydał wyrok, zasądzający tych lekarzy* za to, że odważyli się przyjąć stanowiska w Powiatowej Kasie Chorych wbrew uchwale Związku lekarzy w Łucku *na karę odebrania prawa wykonywania praktyki lekarskiej od 6 miesięcy do roku, a w jednym wypadku nawet na karę zupełnego wykreślenia z listy lekarzy* tak, że lekarz ten, gdyby się wyrok stał prawomocny, nie miałby wogóle więcej prawa wykonywać praktyki lekarskiej w Polsce.

Wyrok stwierdza, że lekarze ci winni są wykroczenia „wynikającego z obowiązków lekarza względem stanu lekarskiego ze wzajemnych stosunków lekarzy oraz stosunku lekarzy do społeczeństwa".

Ponadto są przewidziane obostrzenia tych kar, przez ogłoszenie wyroku, odebranie prawa wyborczego i t. d.

Od tego wyroku wnieśli lekarze odwołania do Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie, które jeszcze nie są załatwione.

Ponieważ sprawa stała się głośną, więc oczywiście lekarze, zorganizowani w Związku lekarsko-społecznym w Krakowie, zajęli również stanowisko w tej sprawie i w piśmie z 27. III. 1926 r., wystosowanem do ukaranych lekarzy Kasy Chorych w Łucku wyrazili swoją solidarność z nimi i ubolewanie, że Sąd Izby Lekarskiej w Lublinie podporządkował się czysto stanowym poglądom Związku lekarzy obwodu Łuckiego etc. itd.

Z powodu tego pisma Związku lekarsko - społecznego w Krakowie, o którem jest właśnie mowa, Izba Lekarska w Krakowie zarządziła śledztwo przeciwko przedstawicielom tego Związku.

Nie ulega wątpliwości, że wydawanie wyroków przeciw lekarzom, zatrudnionym w Kasach Chorych przez lekarzy niezatrudnionych w Kasach Chorych, względnie przez lekarzy, którzy reprezentują ten ostatni kierunek, nie załatwia zupełnie sprawy i nie prowadzi do celu, przeciwnie zaostrza stosunki i zaciemnia zupełnie tło sprawy.

Zachodzi pytanie, czy interes wolno - praktykujących lekarzy może mieć tak wielkie znaczenie, ażeby znieść ubezpieczenie społeczne w Kasach Chorych lub żeby uniemożliwić racjonalny rozwój tego ubezpieczenia. O ile się rozchodzi o pytanie, czy ambulatorja i szpitalnictwo są konieczne, by Kasy spełniać mogły swe zadanie, to tę kwestję mogą rozstrzygać tylko Kasy Chorych i władze nadzorcze tychże Kas, albowiem rozchodzi się o interes szerokich mas, a interesy lekarzy muszą być temu podporządkowane tak samo, jak się podporządkowały potrzebom szpitalnictwa dla biednych i wogóle potrzebom służby sanitarnej publicznej, a nawet potrzebom licznych sanatorjów dla bogatych.

Czy pewne szczegóły nie mogą być w drodze porozumienia wspólnego inaczej urządzone, niż dziś są urządzone, to jest kwestja układów.

Walka prowadzona w tej formie, jak np. w Łucku absolutnie nie przyczyni się do załatwienia tych spraw, lecz przeciwnie pcha sprawę na zupełnie fałszywe tory i wprowadza wrzenie i niezgodę, które z pewnością nie wyjdą na korzyść ani stanu lekarskiego, ani Kas Chorych.

Załatwienie tych spraw może nastąpić tylko na podstawie rozważań czysto gospodarczych, a musi być wyeliminowane podsuwanie jakichkolwiek pobudek nieetycznych tym lekarzom, którzy przyjęli służbę w Kasie Chorych, bo jest to takie samo prawo tych lekarzy, jak jest prawem lekarzy przyjmowanie służby w klinikach, w szpitalach, w gminach u rządu etc.

Sprawa tak wielkiej wagi nie może być rozstrzygnięta ani w Łucku, ani nawet w Krakowie i nie może być wogóle rozstrzyganą przez Izby Lekarskie, w których lekarze wolno-praktykujący mają większość z natury rzeczy, o ile idzie o liczenie głosów potrafią przegłosować lekarzy, zatrudnionych w Kasach Chorych. Tu rozchodzi się o sprawę, mającą ogromną doniosłość państwową i ona może być rozpatrywaną tylko przez organa państwowe.

Rozchodzi się o zasadę, czy jeżeli lekarze wolno - praktykujący występują przeciwko organizacji działu leczniczego w Kasach Chorych, w szczególności przeciwko urządzaniu ambulatorjów, szpitalnictwa etc., czy wówczas mogą oni obłożyć bojkotem Kasy Chorych i wymusić od niej zmianę całej organizacji lecznictwa, a lekarze Kasy Chorych, którzy do tego bojkotu się nie stosują, czy mogą być karani przez Izby Lekarskie za to, że rzekomo występowali przeciwko interesom i godności stanu lekarskiego.

Z orzeczenia Trybunału Administracyjnego w sprawie lekarzy więziennych w Krakowie (p. „Przegl. Ub. Społ." Nr. 5 str. 105) wynika, że władza państwowa ma głos decydujący w tej sprawie i jeżeli interes publiczny nakazuje wykonywanie lecznictwa w pewnej określonej formie, to Izba Lekarska nie może ze stanowiska interesów zarobkowych stanu lekarskiego przeciwko temu występować.

bo decyduje interes publiczny i władza państwowa pod tym względem ma głos rozstrzygający.

Wracając do sprawy Łucka zauważam dalej, że również odnośnie do Kas Chorych interwenjowało już Ministerstwo Spraw Wewnętrznych w jednym wypadku, który jest przedstawiony w „Przeglądzie Ubezpieczeń Społecznych" Nr. 5 str. 104. Mianowicie Dr. N. objął stanowisko w Kasie Radomskiej. Izba Lekarska w Krakowie pismem z 5. 8. 1926 r. wezwała go do porzucenia posady, ponieważ Związek Lekarzy radomskich doniósł Izbie, że w Kasie Radomskiej rozpoczął się stan bezkontraktowy.

Kasa Chorych w Radomiu żaliła się z tego powodu w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych — Ministerstwo (Gen. Dep. Zdrowia) zwróciło się do Naczelnej Izby w Warszawie z prośbą, by wpłynęło na Izbę Lekarską w Krakowie, celem cofnięcia powyższego pisma.

Jest to wprawdzie wskazówką, że Ministerstwo nie podziela zapatrywania Izby Lekarskiej Krakowskiej, ale nie jest załatwieniem ostatecznem sprawy.

Fałszywie postawiona kwestja doprowadza do bardzo fałszywych dróg. I tak w postępowaniu przed Sądem Izby Lekarskiej w Lublinie, nie dopuszczono zastępstwa adwokatów, choć ustawa ogólna adwokacka wyraźnie stanowi, że adwokaci mają prawo zastępowania przed wszystkiemi władzami, a tu gdzie rozchodzi się o byt obywatela, z pewnością nie można wykluczyć zastępstwa adwokata. Ustawa lekarska (art. 38 ustawy z 2.II 1921 r. poz. 763 o ustroju i zakresie działania Izb lekarskich) nie wyklucza zastępstwa adwokata. Izby lekarskie wprawdzie powołują się na regulamin ogłoszony w Monitorze, który normuje, że obrońcami mogą być tylko lekarze, ale regulamin nie może nigdy zmienić ustawy, a w dodatku regulamin powyższy nie został wcale ogłoszony w Dz. Ust. R. P., a rozporządzenia tam nie ogłoszone, wogóle nie mają mocy obowiązującej.

Tak samo nie uwzględniono prawa wyłącznie dwóch członków Sądu, które wyraźnie jest w ustawie każdemu obwinionemu zastrzeżone (§ 32 ust. 3 cytowanej ustawy) i nietylko obrażono ten przepis ustawy, ale jeszcze w dodatku obwinionym poczytano to za okoliczność obciążającą, że chcieli z tego prawa korzystać i w motywach wyroku czytamy: „Dr. N., jak jasno wynika z danych ustalonych na przewodzie sądowym, w jawnej zmowie z innymi współoskarżonymi posługiwał się systemem obrony, mającym na celu zdekompletowanie pełnego składu Sądu i utrudnienie procedury sądowej".

Tak ocenił Sąd Lekarski w Lublinie korzystanie z prawa przez obwinionego, które mu zostało zastrzeżone w ustawie.

Również jest jaskrawą rzeczą, że mimo sprzeciwu obwinionych dopuszczono na członków Sądu lekarzy obwodu Łuckiego, należących do tego samego Związku, który wniósł doniesienie przeciw oskarżonym. Wogóle widocznym jest, że na przewodzie sądowym jedną stronę walczącą stanowił Sąd, a drugą oskarżeni. Jest to typowym dowodem, że temat, o który się ta walka toczy, nie nadaje się do przewodu sądowego, bo do przewodu sądowego nadają się tylko sprawy, które mogą być traktowane przedmiotowo i sędziami mogą być tylko osoby, które nie są zainteresowane w walce. W tym wypadku rozchodzi się właśnie o walkę dwóch obozów, z których każdy ma interes przeciwny i zamiast walczyć w sposób praktykowany w gospodarczym ustroju, to jest przez pertraktacje lub arbitraż, wybrało się tu drogę sądową, gdzie jedna strona walcząca jest sędzią, narzucając przeciwnej stronie walczącej rolę oskarżonego i chce w ten sposób tejże stronie przeciwnej odbierać prawo wykonywania praktyki, uważając za stanowy interes, interes reprezentowany przez swoją grupę, a interesy drugiej grupy za przeciwne interesom stanu lekarskiego.

Nie ulega wątpliwości, że w ten sposób prowadzenia walki jest zupełnie niewłaściwy, a decyzja powinna należeć do władzy państwowej, a nie do sądów lekarskich

Władza państwowa rozważy wszystkie podniesione zarzuty ogólne z jednej i drugiej strony i powezmie decyzję, wychodząc jednak z założenia, że w pierwszej linji musi decydować interes ogółu ubezpieczonych.

Dr. RAFAŁ BUBER.

CZY ART. 16 UST. O OB. UB. NA WYP. CHOR. MOŻE BYĆ STOSOWANY DO OSÓB PRAWNYCH?

I.

Orzeczeniem z dnia 16 maja 1925 roku Zarząd Powiatowej Kasy Chorych w Drohobyczu nałożył na spółkę akcyjną L-a za niezgłoszenie pracownika T. B. obowiązek opłaty zaległej składki w kwocie 12 zł. 50 gr. oraz sumy 62 zł. 50 gr. tytułem pięciokrotnej składki.

Starostwo w Drohobyczu wskutek rekursu spółki akcyjnej zniżyło pięciokrotną składkę do wysokości dwukrotnej składki.

Natomiast województwo lwowskie decyzją z 23. 7. 1926 L. O. S. 8767—26 uchyliło orzeczenie Starostwa i zwolniło spółkę akcyjną w zupełności od obowiązku opłaty pięciokrotnej względnie dwukrotnej składki a decyzję swoją umotywowało tem, że „w myśl obowiązujących przepisów karno - administracyjnych wymierzanie kar dopuszczalnem jest jedynie odnośnie do osób fizycznych a nie prawnych".

Przekraczałoby ramy niniejszej rozprawy, gdy bym chciał wykazać, że pogląd Województwa w tej ogólnikowej formie, w jakiej znalazł wyraz w uzasadnieniu przytoczonej decyzyi, jest mylny. Pokrótce tylko zaznaczę, że nie posiadamy jeszcze polskiej ustawy, normującej jednolicie całokształt prawa administracyjno - karnego, a tem samem kwestję zdolności zawinienia osób prawnych, poszczególne zaś ustawy, jak np. ustawa o państwowym podatku dochodowym, ogłoszona rozp. Min. Sk. z 30. 4. 1925 Nr. 58 poz. 411 (w art. 1/5, 54 i 93) lub ustawa o pań-

stwowym podatku przemysłowym z 15. 7. 1925 Nr. 79 poz. 550 (w art. 54, 55 i 103) wyraźnie dopuszczają wymierzanie kar pieniężnych osobom prawnym, a ustawa o K. Ch. tego conajmniej nie wyklucza, gdyż mówiąc o pracodawcach nie czyni różnicy między osobami fizycznemi a prawnemi.

Dla naszego celu wystarcza stwierdzić, że pięciokrotność z art. 16 nie jest karą, w znaczeniu ustawowem i dlatego może być stosowaną do osób prawnych nawet i w tym wypadku gdyby pogląd Województwa był słuszny.

Sprawa zaś, o którą idzie, ma dla Kas Chorych doniosłe znaczenie, bo gdyby praktyka zainicjowana przez Województwo lwowskie miała się ustalić, osoby prawne, a zatem wszelkie spółki akcyjne, spółki z ogr. odp., banki, fabryki, kopalnie itd. byłyby de facto wolne od nałożonego na pracodawców (art. 15) obowiązku zgłaszania swych pracowników a to tembardziej, ile że w ustawie naszej brak przepisu, któryby dozwalał pięciokrotność z art. 16, tak samo jak i kary z art. 95/I nakładać na osoby fizyczne reprezentujące osoby prawne.

Najwięksi więc pracodawcy, na których właściwie ubezpieczenie na wypadek choroby się opiera, mogliby bezkarnie pracowników swych nie zgłaszać i wyrządziliby w ten sposób Kasom Chorych niedające się wprost przewidzieć szkody pod względem finansowym i organizacyjnym i dlatego obszerniejsze omówienie danej kwestji jest wskazane.

II.

O skutkach niezgłoszenia pracownika ustawa o K. Ch. wspomina w dwóch miejscach t. j. w art. 16 i art. 95/I.

Według art. 16 zarząd na opieszałych pracodawców poza zaległą składką ma prawo nałożyć obowiązek zapłacenia jedno—do pięciokrotnej kwoty zaległych składek.

Według art. 95/I, zaś Urząd ubezpieczeń może orzekać za niezgłoszenie wczas pracownika karę pieniężną do 30 zł. (w razie rozmyślnego działania) względnie do 10 zł. w wypadku niedbalstwa.

Art. 95/I mieści się w XI rozdziale ustawy zatytułowanym: „Przepisy karne", rozdział ten nie obejmuje art. 16 ani go nawet nie cytuje.

Karę z art. 95/I orzeka Urząd *ubezpieczeń* (obecnie Okręgowy U. U.) a zatem Urząd publiczny władny nakładać kary w znaczeniu ustawy, pięciokrotność z art. 16 nakłada *Zarząd Kasy*, który nie jest urzędem taksamo jak i Kasy Chorych urzędami nie są (wyjaśnienie M. Pr. i O. Sp. z 4. 5. 1923 Nr. 1751/VII, wyrok Najwyższego Sądu z 17. 2. 1922 rej 520 ogł. w Orz. Sądów Polskich za r. 1922 Nr. 458) a zatem · kar administracyjno - prawnych orzekać nie może.

Pominąwszy więc, że uznanie sankcji z art. 16 za karę na równi z sankcją z art. 95/I nie dałoby się pogodzić z ogólną zasadą prawną, że nie wolno jednego i tego samego czynu dwukrotnie karać („ne bis in idem") wynika z samego zestawienia obu przytoczonych przepisów, że tylko kara przewidziana w art. 95/I jest karą, w ścisłem znaczeniu, zaś pięciokrotność z art. 16 nią nie jest.

Nie zmienia postaci rzeczy, że ustawa w innem miejscu art. 76/I-c (w rozdziale o prawach i obowiązkach Zarządu) sankcję z art. 16 nazywa karą, gdyż nie można chyba przypuszczać, by ustawa o K. Ch. że tak powiem mimochodem i zupełnie okolicznościowo, w zdaniu ubocznem jednego ze swych przepisów, chciała umieścić a właściwie przeszwarcować tak kardynalne postanowienie, czyniące wyłom w zasadach organizacji władz i urzędów publicznych t. j. podnoszące Zarząd K. Ch. do godności urzędu publicznego i nadające mu prawo orzekania kar w ścisłem znaczeniu.

Nomenklaturę użytą w art. 76/c przypisać należy wyłącznie nie dość troskliwej reakcji i nie dość ścisłej terminologji, jakie niestety w ustawie o K. Ch. niejednokrotnie spotykamy i które sprawiły, że w tym artykule użyto słowa „kara", nie w znaczeniu naukowem i ustawowem, lecz w tem znaczeniu potocznem, w jakiem każde przykre następstwo niepoprawnego zachowania nazywa się karą.

III.

Z zasady obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek choroby wynika konsekwentnie, że pracownik z chwilą objęcia pracy podlegającej ubezpieczeniu nabywa automatycznie prawo do ustawowych świadczeń bez względu na to, czy pracodawca zgłosił go w Kasie Chorych i przypadającą zań składkę uiścił, lub też zgłoszenia i opłaty składki zaniechał.

Ponieważ zaś z jednej strony utrzymywanie należytej ewidencji osób podlegających ubezpieczeniu a zatem należyte zgłaszanie ich przez pracodawców ma dla Kas Chorych podstawowe znaczenie a z drugiej strony świadczenia na rzecz pracowników niezgłoszonych narażają Kasy na szkodę, przeto ustawy o Kasach Chorych przewidują dwojaką sankcję przeciw pracodawcy na wypadek niezgłoszenia pracownika a mianowicie:

a) sankcję karną, która — jak wszelka inna sankcja karna ma za zadanie zagrożeniem kary przynaglać pracodawców do przestrzegania ustawy a nałożeniem kary odstraszać ich od nieprzestrzegania jej,

b) sankcję gospodarczą, która ma za zadanie wynagrodzić Kasie Chorych szkodę poniesioną przez nią wskutek niezgłoszenia pracownika.

I tak austrjacka ustawa o ub. na wyp. chor. z 30. 3. 1888 oraz czeskosłowacka ustawa o ub. pracobiorców na wyp. chor. nieud. i star. z 9. 10. 1924 nakłada na pracodawcę za niezgłoszenie wczas pracownika poza dotkliwą grzywną (§ 67 austr. ust., §§ 260 i 261 cz. sł. ust.) ponadto obowiązek wynagrodzenia wszelkich wydatków, poniesionych przez Kasę w odniesieniu do niezgłoszonego pracownika (§ 32 aust. ust.) względnie zapłacenia zaległości składki z odsetkami zwłoki oraz wynagrodzenia wydatków poniesionych przez Kasę w odniesieniu do niezgłoszonego pracownika (§ 20 cz. sł. ust.)

Inną nieco drogą poszła niemiecka ordynacja ubezpieczeniowa (Reichsversicherungsordnung), na której nasza ustawa o K. Ch. się wzorowała.

Wprawdzie także i ustawa niemiecka przewiduje sankcję karną na wypadek niezgłoszenia pracownika (§ 530), ale kiedy ustawa austrjacka i czeskosłowacka — o ile idzie o sankcję gospodarczą — każe pracodawcy zwrócić Kasie poniesione przez nią w każdym poszczególnym wypadku *konkretnie* obliczyć się mające wydatki, ustawa niemiecka wydatki te ryczałtuje określając je w wysokości jedno- do pięciokrotnej składki (§ 531), przyczem przeprowadza ścisłą dystynkcję między sankcją karną a sank-

cją gospodarczą („*niezależnie od kary* Kasa ściągnie od pracodawcy zaległą składkę i może nań nałożyć obowiązek zapłacenia jedno- do pięciokrotnej zaległych składek § 531).

Te postanowienia niemieckiej ustawy ustawa nasza przejęła żywcem, prawie dosłownie i dlatego stwierdziwszy przedtem, że pięciokrotność z art. 16 nie jest karą, możemy obecnie stwierdzić, że jest ona odpowiednikiem obowiązku zwrotu wydatków przewidzianego w ustawie austrjackiej i czeskosłowackiej.

To też Ministerstwo Pracy i Op. Społ. reskryptem z 28.7 1926 Nr. 2667/U. 3. i z 30. 9. 1926 Nr. 2786/U. 3. zupełnie słusznie wyjaśniło, że „jedynie przewidziana w art. 95/I ust. o Kasach Chorych sankcja za nieuwiadomienie o przyjęciu do pracy osób podlegających obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek choroby jest karą w ścisłem znaczeniu, natomiast grzywna przewidziana w art. 16 nie jest karą w ścisłem znaczeniu lecz ma na celu umożliwienie Kasom Chorych zryczałtowanie ogółu strat, jakie może ponosić Kasa skutkiem niezgłoszenia pracowników w należytym terminie".

Jeżeli zaś pięciokrotność z art. 16 nie jest karą, to chyba nie ulega wątpliwości, że można ją wymierzać osobom prawnym tak samo jak im się wymierza składki.

OGRANICZENIE KOMPETENCJI IZB LEKARSKICH.

Znany ze swej swoistej działalności publicystycznej redaktor „Lekarza Kasy Chorych" dr. Djonizy Hellin, wydobywszy, w jemu tylko wiadomy sposób, raport Naczelnego Lekarza Kasy Chorych m. Warszawy odczytano na plenarnem posiedzeniu Zarządu Kasy, z powodu ujemnej opinji wyrażonej o trzech lekarzach kasowych wniósł do Izby Lekarskiej Warszawsko - Białostockiej skargę, zarzucając Naczelnemu Lekarzowi dr. Grodeckiemu uchybienie wobec etyki lekarskiej. Do skargi tej dołączył odpis wzmiankowanego raportu. I oto na tej podstawie Zarząd Izby przekazał sprawę Sądowi Izby, który wdrożył postępowanie sądowe. Delegowany do przeprowadzenia dochodzenia wstępnego członek Izby dr. N. pomimo zgłoszenia przez oskarżonego protestu o niewłaściwości w danym wypadku postępowania sądowego, dochodzenie przeprowadził i sprawie nadano dalszy bieg.

Powiadomiony o tem Zarząd Kasy Chorych niezwłocznie zgłosił do Zarządu Izby protest, jednocześnie zaś wniósł do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych skargę treści następującej:

136-84 Dz. 8606 GK. 9 listopada 26 r.
Kancelarja Główna

Do
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
Departament V Sanitarny
w miejscu.

W dniu 7 stycznia r. b. na posiedzeniu Zarządu, Naczelny Lekarz Kasy Dr. Franciszek Grodecki złożył pisemne oświadczenie, które w załączeniu przesyłamy.

Opierając się na niem, Dr. Djonizy Hellin złożył do Zarządu Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej skargę, która została przez Zarząd Izby przekazana Sądowi Izby i ten wdrożył przeciwko Dr. Grodeckiemu dochodzenie, nie uważając nawet za potrzebne zawiadomienie o tem Zarządu Kasy Chorych.

W dniu 24 października r. b. pomimo protestu, zgłoszonego przez Dr. Grodeckiego, który wyjaśnił, że w sprawach wynikających z wykonania przez niego obowiązków służbowych, nie może on podlegać Sądowi Korporacyjnemu, delegowany przez Sąd Izby Dr. N. dochodzenie przeprowadził.

Ponieważ wyjaśnienie złożone w dniu 7 stycznia r. b. przez Naczelnego Lekarza Kasy Chorych — Dr. Grodeckiego wynikło z wykonywania przez niego obowiązków służbowych, a zważywszy, że Sąd Najwyższy wyjaśnił (zbiór orzeczeń 1920 r. Nr. 135 i 1921 r. Nr. 168 Izba II), że lekarze Kasy Chorych są urzędnikami w zrozumieniu części 4-ej art. 636 K. K., a przeto analogicznie do kontraktowych funkcjonarjuszów państwowych, o których mowa w Ustawie z dn. 19 marca 1925 r. (Dz. U. R. P. Nr. 32, poz. 224), są kontraktowymi urzędnikami samorządowej instytucji państwowej, jaką jest Kasa Chorych, a przeto narówni z urzędnikami Kasy w myśl art. 73 Ustawy z dn. 19 maja 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. R. P. Nr. 44, poz. 272) ponoszą w razie popełnienia przestępstwa służbowego odpowiedzialność na mocy przepisów zawartych w części 37 K. K. wynika stąd, że pracujący w Kasie Chorych lekarze w razie popełnienia wykroczenia służbowego na terenie działalności ich w Kasie Chorych, nie mogą podlegać Sądom Korporacyjnym, jakim bez wątpienia jest Sąd Izby Lekarskiej.

W danym przypadku Izba Lekarska mogła zwrócić się do Zarządu Kasy Chorych z wnioskiem o pociągnięcie Naczelnego Lekarza do odpowiedzialności sądowej. W żadnym jednak razie nie miała prawa do przekazania Sądowi Izby Lekarskiej sprawy wynikłej na tle stosunków służbowych pomiędzy Naczelnym Lekarzem Kasy Chorych, a lekarzem tejże Kasy. Ustawa bowiem z dnia 2. 12. 1921 r. o ustroju i zakresie działalności Izb Lekarskich (Dz. U. R. P. 1921 r. Nr. 105 poz. 763) takich uprawnień Izbom Lekarskim nie nadaje.

Zważywszy, że postępowanie Izby Lekarskiej niezgodne jest z Ustawą z dnia 2. 12. 1921 r. Zarząd Kasy Chorych m. Warszawy prosi Ministerstwo o uchylenie decyzji Izby Lekarskiej, przekazującej Sądowi Izby sprawę Naczelnego Lekarza Kasy Chorych.

Przewodniczący (—) *Koralewski.*

Dyrektor (—) *Exner.*

Zarząd Izby Lekarskiej protestu Zarządu Kasy Chorych nie uwzględnił, natomiast Ministerstwo Spraw Wewnętrznych wystosowało do Zarządu Izby Lekarskiej Warszawsko - Białostockiej reskrypt treści następującej:

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.

Warszawa, dnia 20 stycznia 1927 r.

Po zbadaniu aktów Sądu Izby Lekarskiej Warszawsko - Białostockiej, dotyczących spraw D-ra Franciszka Grodeckiego obwinionego o postępki, nielicujące z etyką lekarską, wstrzymuję definitywnie dalsze postępowanie Sądu Izby Lekarskiej w powyższej sprawie na zasadzie art. 45 *) ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich (Dz. Ust. Nr. 105 poz. 763).

Zarzuty bowiem czynione D-rowi Grodeckiemu dotyczą jednej z czynności jego jako Naczelnego Lekarza Kasy Chorych, do której jest nietylko uprawniony., ale i obowiązany. Wdrożenie więc postępowania w tym wypadku jest niedopuszczalne, jako przeciwdziałające urzędowaniu Naczelnego Lekarza Kasy Chorych w charakterze funkcjonarjusza tejże Kasy przy wykonywaniu ustawy z dnia 19. 5. 1920 roku o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. Ur. 44 poz. 272).

Stanowisko Sądu Izby Lekarskiej wyrażone w piśmie z dnia 14 stycznia 1927 r. Nr. S. I. 64/27 jest sprzeczne z zasadami administracji państwowej, gdyż Sąd Izby narówni z innymi organami Izby podlega zwierzchniemu nadzorowi Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

O powyższej mojej decyzji zawiadomi Pan Naczelnik Izby Przewodniczącego Sądu Izby oraz strony zainteresowane.

za Ministra (—) *Wroczyński.*

Brzmienie przytoczonego reskryptu jest zupełnie wyraźne i tak dalece kategoryczne, że zapewne w przyszłości Izby lekarskie zaniechają dotychczasowej swej polityki i zaprzestaną wtrącać się w sprawy niepodlegające ich kompetencji.

Dla lekarzy pracujących w Kasach Chorych na stanowiskach administracyjnych reskrypt Ministerstwa Spraw Wewnętrznych posiada szczególnie doniosłe znaczenie, umożliwia bowiem lojalne wykonywanie obowiązków służbowych.

Ta poważna sprawa D-ra Grodeckiego, jest jednocześnie kompromitacją Izby lekarskiej Warszawsko - Białostockiej. Odpowiedzialni kierownicy Izby, używający bombastycznych tytułów jak np. „naczelnik i pisarz" (zresztą przewidzianych w ustawie) ośmieszyli *ideę* przedstawicielstwa zawodowego. Jeszcze krok dalej, a Izba lekarska zamieni się w Trybunał Stanu, pozywając np. członków Rządu-lekarzy przed Sąd Izby lek. (w obecnym Rządzie zasiada dwóch lekarzy) „za czyny nie licujące z etyką stanu lekarskiego". Od ludzi, którzy się tak kompromitują można się wszystkiego spodziewać. **(Przyp. Red.).**

ODPOWIEDŹ ZWIĄZKU PAŃSTW. NA KWESTJONARJUSZ M. B. P.

W Nr. 1/1927 P. U. S. umieściliśmy kwestjonarjusz M. B. P. w sprawie ubezp. skarbowych. Umieszczamy uchwałę Zarządu z dn. 15.XII 1926, będącą odpowiedzią na pytania kwestjonarjusza. (Przyp. Red.).

PYTANIE 1.

Projekt konwencji winien zawierać zobowiązanie wszystkich państw do wprowadzenia przymusu ubezpieczenia społeczne na wypadek choroby dla wszystkich pracowników najemnych oraz tych pracowników, którzy mimo braku faktycznej umowy o pracę uważać należy za pracowników najemnych (sui generis) np. niestale zatrudnieni, chałupnicy.

PYTANIE 2.

Projekt konwencji obejmować winien wszystkich pracowników bez względu na wysokość ich wynagrodzenia, przynależność państwową i rodzaj wykonywanej pracy.

Ze względów technicznych dla pracowników państwowych uznać należy za dopuszczalne utworzenie odrębnych zakładów ubezpieczeniowych, opartych pod względem organizacyjnym i administracyjno - fianasowym na tych samych zasadach, na jakich zbudowano powszechne instytucje ubezpieczenia chorobowego.

PYTANIE 3.

Projekt konwencji winien przewidzieć bezwzględny obowiązek wypłacania zasiłków przez zakłady ubezpieczeniowe, jak długo chory jest niezdolny do pracy, bez względu na chorobę (przyczynę) która wywołała niezdolność do pracy i czas należenia do instytucji ubezpieczeniowej; należy również odrzucić czas wyczekiwania.

Wypłata zasiłków winna następować od pierwszego dnia choroby.

Wstrzymanie wypłaty zasiłków wypłacanych na tych zasadach może nastąpić tylko wówczas, o ile chory opuszcza dobrowolnie granice państwa bez zezwolenia instytucji ubezpieczeniowej.

PYTANIE 4.

Wysokość wypłaconego zasiłku winna być uzależniona od wysokości płacy ubezpieczonego, jaką otrzymywał przed zachorowaniem. Jednolity zasiłek bez względu na wysokość ostatniej płacy uważam za niewłaściwy, albowiem przyczynia się eo ipso do obniżenia normy zasiłkowej i krzywdzi ubezpieczonych lepiej uposażonych. Wysokość zasiłku winna wynosić conajmniej 60 proc. płacy faktycznej.

PYTANIE 5.

Okres wypłaty odszkodowania winien wynosić 52 tygodnie. Jednocześnie należy zalecić wszystkim państwom wprowadzenie ubezpieczenia inwalidzkiego. Instytucje ubezpieczenia chorobowego nie mogą bowiem ponosić wydatków, które ciążyć winny na organizacji ubezpieczenia inwalidzkiego. Prawo do otrzymywania zasiłków w ubezpieczeniu inwalidzkiem winno być tak unormowane, by między wy-

*) Art. 45 opiewa: Nadzór zwierzchni nad Nacz. Izbą lek. i poszczególnemi Izbami lek. i ich działalnością wykonywa Ministetr Zdrowia Publ. W razie przekroczenia przez te Izby zakresu działania lub postępowania w sposób niezgodny z ustawami i przepisami Minister zarządza uchylenie nieprawidłowości, wstrzymując wykonanie przeciwnych ustawie uchwał, wreszcie rozwiązuje władze Izby.

płatą zasiłku chorobowego a inwalidzkiego nie było żadnych przerw.

Konwencja winna przewidzieć dopuszczalność pobierania wyłącznie od ubezpieczonych pewnego specjalnego dodatku do składki (1 — 2%), celem utworzenia funduszu specjalnego na pokrycie wydatków leczniczych ubezpieczonych, którzy wyczerpali prawo do świadczeń w instytucjach ubezp. chor.

PYTANIE 6.

Konwencja powinna przewidzieć wprowadzenie świadczeń nadzwyczajnych: podwyższenie zasiłku dla rodziny chorego. Inne wspomniane w kwestjonarjuszu świadczenia nadzwyczajne są zbędne ze względu na odpowiedź na pytania 4 i 5-te.

PYTANIE 7.

Konwencja winna przewidzieć zasiłek pogrzebowy dla ubezpieczonych i członków jej rodziny, będących na utrzymaniu ubezpieczonego.

PYTANIE 8.

Kwestja wyboru lekarza, jako zagadnienie czysto organizacyjne, winna być pominięta w konwencji.

Projekt konwencji winien przewidzieć leczenie, któreby według aktualnego stanu nauki, umożliwiało całkowite wyleczenie chorego, a więc leczenie ogólne i specjalistyczne oraz bezpłatne udzielanie lekarstw.

PYTANIE 9.

Pomoc lekarska i lekarstwa winny być udzielane przez cały czas wypłacania odszkodowania. W wypadkach wyczerpania tego prawa, instytucje ubezpieczenia chorobowego winny mieć prawo przedłużenia okresu lecznictwa, o ile choroba według opinji lekarza jest uleczalna, jako indywidualne świadczenie nadzwyczajne, aż do wprowadzenia powszechnego ubezpieczenia inwalidzkiego.

PYTANIE 10.

Ponadto instytucje ubezpieczeniowe winny mieć prawo udzielania świadczeń nadzwyczajnych, t. j. leczenia sanatoryjnego, w zakładach dla uzdrowieńców i wszelkich kuracji specjalnych, o ile przekraczają granice zwyczajnych zabiegów specjalistycznych. Koszty budowania i prowadzenia tych instytucji winny być przerzucone na Związki przymusowe w tym celu stworzone.

PYTANIE 11.

Konwencja winna przewidzieć udzielanie świadczeń obowiązkowych także i członkom rodziny ubezpieczonego, o ile są przez niego utrzymywane. Przez rodzinę rozumieć należy conajmniej żonę ubezpieczonego i jego dzieci.

PYTANIE 12.

Konwencja winna uznać zasadę powszechności i terytorjalności instytucji ubezpieczeniowej z wyłączeniem wszelkich kas zastępczych.

PYTANIE 13.

1) Instytucje terytorjalne winny mieć pewne minimum członków.

2) Instytucje ubezpieczeniowe winny mieć obowiązek tworzenia funduszów rezerwowych. Część tych funduszów winna służyć do stworzenia centralnego funduszu rezerwowego instytucji ubezp. chorobowych całego państwa dla wspólnych (konwencją oznaczonych) celów.

Odpowiedź nasza na pytanie 12-te rozwiązuje inne zagadnienia pytania 12-go.

PYTANIE 14.

Ubezpieczeni winni mieć przeważającą większość we władzach kierujących instytucją.

PYTANIE 15.

Ubezpieczeni winni opłacać 40% składki, pracodawcy 60%.

Pomoc państwa lub innych terytorjalnych ciał prawno-publicznych winna być pośrednia, przez budowanie szpitali, sanatorjów, współdziałanie (finansowe i organizacyjne) z kasami w dziedzinie akcji profilaktycznej, opieki nad matką i dzieckiem i przyznaniu instytucjom ubezpieczeniowym specjalnych zniżek kosztów szpitalnych.

PYTANIE 16.

Projekt konwencji winien przewidywać utworzenie sądów ubezpieczeniowych, w których skład (także w instancjach apelacyjnych) wchodzić winni przedstawiciele ubezpieczonych i pracodawców, jako ławnicy. Przewodniczącymi tych sądów winni być fachowi urzędnicy państwowi.

Dr. ADAM MUELLER.

KONIECZNOŚĆ ZNOWELIZOWANIA USTAWY O UBEZPIECZENIU NA WYPADEK BEZROBOBIA.

Przy uchwalaniu ustawy o zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia w dn. 18 lipca 1924 r. nie zdawano sobie sprawy z tego, że bezrobocie nie będzie epizodem krótkotrwałym, lecz będzie zjawiskiem chronicznem, trwającem już *trzeci rok*. To też art. 13 powyższej ustawy postanawiał, że bezrobotny otrzymuje zasiłek przez 13 tygodni w roku, a prawo do otrzymania zasiłku przez dalsze 13 tygodni nabywa po upływie roku od daty otrzymania poprzedniego zasiłku i przepracowania 140 dni. Wobec przedłużania się bezrobocia uchwalono wprawdzie ustawę z dn. 28 stycznia 1925 r., przedłużającą okres zasiłkowy do 17 tygodni w roku a w ciągu pierwszego roku od wejścia w życie ustawy z dn. 18 lipca 1924 r. (t. j. do 31 sierpnia 1925 r.) do 26 tygodni ale tylko na mocy specjalnego zarz. Ministerstwa Pracy i Op. Społ. na wniosek Zarządu Głównego Funduszu Bezrobocia. Ale i ta nowela nie mogła rozwiązać problemu pomocy bezrobotnym wobec tego, że bezrobocie z masowego stało się także długotrwałem.

Ponieważ Sejm nie uchwalił dalszej noweli (z wyjątkiem noweli z dn. 28 października 1925 r., o ubezpieczeniu pracowników umysłowych), przeto rząd zmuszony był zorganizować dalszą akcję pomocy bezrobotnym na podstawie uchwał Rady Ministrów, względnie instrukcji Min. Pracy i Op. Społ. Ponieważ instrukcje te nie są ogłaszane ani w dzienniku ustaw, ani w „Monitorze Polskim", przeto podam najważniejsze postanowienia instrukcji Min. Pracy i Op. Sp. z dn. 19. 8. ub. r., wydanej na podstawie § 8 uchwały Rady Ministrów z dn. 4. 8. ub. r., obecnie wprowadzonej w większych ośrodkach bezrobocia.

Podczas gdy bezrobotny otrzymuje zniżki ustawowe przez 13 względnie 17 tygodni w roku po przepracowaniu 140 dni *bez względu na stan majątku* lub *dochodu,* to zapomogę z funduszów państwowych otrzymuje bezrobotny, *nie mający majątku lub dochodu* bez ograniczenia terminu.

Za majątek pozbawiający prawa do zapomóg, w myśl § 8 instrukcji, uważa się: a) kapitał rozporządzalny w wysokości przewyższającej 500 zł.; b) majątek ruchomy lub nieruchomy o wartości sprzedażnej, przewyższającej 1000 zł.; **) c) kapitał rozporządzalny oraz majątek ruchomy lub nieruchomy, nieprzekraczający granic, nakreślonych pod p. „a" i „b" § 8 (jak wyżej) o ile łączna suma kapitału wraz z połową sprzedażnej wartości majątku przewyższa 5000 złotych. Ubrania i sprzętów domowych, służących do codziennego użytku bezrobotnego lub członków jego rodziny w rachubę się nie bierze, a dochód pozbawiający prawa do korzystania z zapomóg, uważa się jedynie dochód, równy lub przewyższający ewentualną zapomogę (§ 9 instrukcji). Co miesiąc przedłuża się na podstawie uchwały Rady Ministrów państwową akcję pomocy doraźnej dla bezrobotnych na poszczególnych terenach.

Nowelizacja ustawy musi zatem iść w kierunku przedłużenia świadczeń zasiłkowych dla bezrobotnych, przyczem możnaby je podzielić na zwyczajne (do 17 tygodni) i nadzwyczajne (na czas nieograniczony) — jak obecnie w państwowej akcji pomocy doraźnej.

Po przeszło dwuletniem stosowaniu ustawy o zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia okazała się także konieczność zmian organizacyjnych. W myśl art. 19 ustawy, organami miejscowemi funduszu bezrobocia były zarządy obwodowe, powołane do życia w siedzibie państwowego urzędu pośrednictwa pracy. W myśl art. 20 ustawy zakres działania zarządu obwodowego był bardzo wielki. Ustawą sanacyjną upoważniono Min. Pracy i Op. Społ. do zlikwidowania niektórych zarządów obwodowych, skutkiem czego zlikwidowano dotąd kilkanaście zarządów obwodowych a tereny ich przydzielono do sąsiednich zarządów obwodowych. W praktyce zakres działania tych zarządów ograniczono na rzecz dyrekcji Funduszu Bezrobocia w Warszawie, zasadę decentralizacji wyrażoną w ustawie zastąpiono w praktyce centralizacją (przesyłania wkładek na konto PKO.) Obecnie zaczyna zwyciężać słuszna zasada umiarkowanej decentralizacji, a mianowicie, tworzenie wojewódzkich zarządów obwodowych, które muszą otrzymać większą samodzielność. Przedewszystkiem należałoby ograniczyć buchalterję Dyrekcji Funduszu Bezrobocia a usamodzielnić buchalterję wojewódzkich biur Funduszu Bezrobocia.

Co się tyczy rejestracji, ewidencji i kontroli bezrobotnych oraz wypłaty zasiłków, to poleconem jest zupełna decentralizacja przez powierzenie tych czynności urzędom gminnym. Obecnie Fundusz Bezrobocia przekazuje te czynności sejmikom (radom) powiatowym, a te urzędom gminnym. Powierzenie tych czynności sejmikom (radom) powiatowym następuje na podstawie umowy za wynagrodzeniem 3—5 proc. od sumy wypłaconych zasiłków. Nowelizacja powinna iść w tym kierunku, by czynności te można było powierzać sejmikom (radom) powiatowym przymusowo na podstawie uchwały zarządu obwodowego Funduszu Bezrobocia — jak to jest obecnie dopuszczalne odnośnie do gmin. Nadto ciężar kosztów administracyjnych, połączonych z temi czynnościami, należy nałożyć na sejmiki (rady powiatowe), względnie gminy, gdyż obecnie po myśli art. ustawy o zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia.

Rada ministrów może najwyżej połowę dopłat, przypadających na skarb państwa, przy równoczesnem wskazaniu źródeł pokrycia obciążyć gminy miejskie i gminy wiejskie, posiadające większe zakłady górnicze i przemysłowe, które określi rozp. Min. Pracy i Op. Społ.

Ściąganie wkładek powierzone zostanie zapewne w przyszłości Kasom Chorych, gdyż już dziś zarządy obwodowe Funduszu Bezrobocia muszą się zwracać do Kas Chorych o 1) spisy zakładów pracy, zatrudniających conajmniej 6 pracowników, 2) posługują się danemi Kas Chorych, dotyczącemi czasu zatrudnienia bezrobotnych i t. p. W dalszym planie musi nastąpić skupienie poszczególnych działów ubezpieczeń w powiatowych zakładach ubezpieczeń społecznych, które powstaną niezawodnie w miejsce pow. Kas Chorych. Oczywiście nowelizacja ustawy o zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia musi objąć także inne kwestje, jednakowoż w powyższym artykule ograniczyłem się do najistotniejszych. *)

*) Artykuł p. D-ra Müllera jest uzupełnieniem artykułu p. D-ra Pragierowej, który umieściliśmy w Nr. 1 1927 P. U. S. Projekty reorganizacyjne D-ra M. mogą oczywiście podlegać dyskusji, do której zapraszamy znawców tej dziedziny ubezpieczeń społecznych.

**) Od 15/XII 1926 r. 5000 zł.

ORZECZENIE S. N. W SPRAWIE EGZEKUCJI SĄDOWEJ W MAŁOPOLSCE.

W sprawie egzekucji sądowej składek kasowych w Małopolsce, o której kilkakrotnie pisaliśmy, wydał S. N. (I. III) nowe orzeczenie na korzyść K. Ch. ze względu na wielką wagę, jaką sprawa ta posiada dla małopolskich K. Ch. orzeczenie ogłaszamy w całości. (Przy. Red.).

Sąd Najwyższy pod przewodnictwem S. S. N. D-ra Mierzeńskiego a w obecności S. S. N. D-ra Barańskiego i Fedyńskiego jako sędziów w sprawie egzekucyjnej Powiatowej Kasy Chorych w Nowym Targu, wierzycielki przeciw N. N., zobowiązanemu o zł. 5.088.22 gr. zpn., na rekurs rewizyjny wierzycielki i zobowiązanego od uchwały Sądu Okręgowego w Nowym Sączu jako Sądu rekursowego z dnia 3 lipca 1926 r. L. cz. R. III 225/26, którą uchwałę Sądu powiatowego w Nowym Targu z dnia 10 czerwca 1926 r. **L. cz. 1846/26** na rekurs zobowiązanego zmieniono, postanowił: 1) Nie uwzględnić rekursu wierzycielki. 2) Odrzucić rekurs zobowiązanego.

Uzasadnienie:

W myśl art. 107 z dnia drugiej ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (Kasy Chorych) pozostają na ziemiach b. zaboru austr. aż do dalszego zarządzenia nadal w mocy obowiązującej przepisy prawne dotyczące postępowania administracyjnego i cywilno - sądowego wraz z egzekucyjnym i konkursowym w przedmiocie ściągania i zabezpieczenia zaległych należności Kas Chorych. W myśl §§ 38 ustaw. z 30 1888 austr. Dz. U. Nr. 33 (poz. art. 53 I. polskiej ustawy o Kasach Chorych) zaległe należności Kas Chorych ściągane są w drodze administracyjnej. Z tego nie wynika jednak, jakoby egzekucja sądowa dla ściągania lub zabezpieczenia takich należności na ziemiach b. zaboru austr. zasadniczo była wykluczona. Tak nie jest. W myśl bowiem art. III u. wpr. O. e. oraz § 1 L. 13 o. e. zaległości opłat na rzecz Kas Chorych, a więc opłat mających charakter świadczeń na cele publiczne, mogą być ściągane w drodze egzekucji sądowej pod warunkami § 54 o. e. w szczególności pod warunkiem, że wykaz zaległych zależności na rzecz Kasy Chorych zawiera potwierdzenie władzy politycznej stancji, **że wykonaniu nie stoi na przeszkodzie żaden wiszący a skutkiem** wstrzymującym wykonanie zaopatrzony środek prawny (§ 70 austr. ustawy — por. jednak art. 79 polskiej ustawy o Kasach Chorych).

Gdy tedy w danym wypadku wykaz zaległości opłat na rzecz egzekwującej Kasy Chorych nie posiada powyższego potwierdzenia, przeto z powodu tego jedynie braku, zaskarżona uchwała jest uzasadniona wskutek czego rekurs wierzycielki nie mógł odnieść skutku.

Odrzucony natomiast rekurs zobowiązanego w p-kcie kosztów jako niedopuszczalny w myśl § 528 p. c. § 78 o. e. (Orzeczenie z dnia 17.XI 1926, III R. 904/26).

LEONTYNA FRANKOWSKA.

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W ROSJI SOWIECKIEJ*).

Sposób zapewnienia warstwom pracującym pomocy w razie wypadków losowych ulegał już w Rosji porewolucyjnej kilkakrotnym zmianom.

System *ubezpieczenia*, przyjęty w początkach rewolucji marcowej, zmieniony został dekretem z dn. 31 października 1918 r. na system powszechnego państwowego *zabezpieczenia*, którego koszty pokrywane być miały nie ze składek zainteresowanych czynników, lecz z ogólnego budżetu państwa. Udzielanie pomocy należało do Komisarjatu Ludowego Opieki Społecznej i jego lokalnych organów. Jednakże w roku 1921 w związku ze zmianą polityki gospodarczej, wskutek której państwo przestało być jedynym procodawcą, powstała konieczność ponownego wprowadzenia systemu ubezpieczenia. Zmiana ta została dokonana ustawą z dn. 15 listopada 1921, która następnie weszła w skład ogólnego kodeksu pracy. Ustawa ta obejmuje ubezpieczenie na wypadek czasowej niezdolności do pracy, choroby, połogu, inwalidztwa, kalectwa, śmierci i bezrobocia oraz ubezpieczenie wdów i sierot.

Zakres przysługującej ubezpieczonym, w myśl tej ustawy, pomocy jest następujący:

Bezpłatna pomoc lekarska, t. j. leczenie ambulatoryjne, wzgl. w domu chorego dla obłożnie chorych, leczenie szpitalne, leczenie sanatoryjne, pomoc położnicza i dentystyczna, dostarczanie lekarstw, środków opatrunkowych i protez.

Zasiłki w razie czasowej niezdolności do pracy, spowodowanej chorobą, wypadkiem, ciążą, połogiem, kontuzją lub ciężką chorobą członków *rodziny*, w wysokości rzeczywistego zarobku, obliczanego w ten sposób, że ogólna suma zarobku danego ubezpieczonego za ostatnie dwa miesiące przed zachorowaniem dzieli się przez ilość dni roboczych w tych miesiącach przyczem maksimum policzalnego zarobku wynosi, w myśl rozporządzenia Ludowego Komisarjatu Pracy z dn. 24 lipca 1924, — 5 rubli dziennie. Obecnie w związku ze wzrostem zarobków przewidywane jest podwyższenie granicy policzalnego zarobku do 20 rb. dziennie. Zasiłek wypłacany jest tylko za dni robocze od pierwszego dnia niezdolności do pracy aż do wyzdrowienia względnie przejścia w stan trwałej niezdolności do pracy, położnicom, pracującym fizycznie — w ciągu 8 tygodni przed połogiem i 8 po połogu, innym — przez 6 tygodni przed i 6 po połogu.

*) N. Bykhowski: Les assurances sociales dans l'U. S. R. R. (Paris 1925). Miljutin: Die Sozialversicherung im Verbande der Sovjetrepubliken (Internationale Zeitschrift für Sozialversicherung Nr. 8/9 1925 i 8/1926, Waprosy truda Nr. 7 i 22/1926.

Prócz normalnych zasiłków tej samej wysokości, co i zasiłki w chorobie ubezpieczone otrzymują na miesiąc przed połogiem jednorazową zapomogę w wysokości 50 proc. przeciętnego lokalnego zarobku miesięcznego na zakup wyprawki dla niemowlęcia, a przez 9 miesięcy po połogu $^1/_8$ tego zarobku miesięcznie na koszty lepszego odżywiania się w okresie karmienia.

Zasiłek pogrzebowy wynosi za dzieci poniżej lat 10 — 50 proc., za dzieci powyżej tego wieku i dorosłych — 100 proc. przeciętnego zarobku miesięcznego.

Koszty zasiłków z powodu czasowej niezdolności do pracy stanowią najpoważniejszą pozycję w wydatkach na ubezpieczenie społeczne w Rosji sowieckiej.

Według urzędowych danych za rok obrachunkowy 1924—1925 dosiągły one w pierwszej połowie tego okresu 54 proc. rozchodów. Na 100 ubezpieczonych przypadało w r. 1924 : 992.3 dni zasiłkowe (z powodu choroby lub połogu) i 68.5 wypadków choroby. Przeciętna liczba dni choroby wynosiła 12.6. Wydatek na zasiłek wyrażał się w pierwszem półroczu 1924 — 1925 cyfrą 808 rb. 39 kop. na 100 ubezpieczonych.

Zasiłek w razie bezrobocia przez okres 6 miesięcy w ciągu roku od dnia zgłoszenia się, jednakże nie wcześniej niż od dnia zarejestrowania się na giełdzie pracy. Okres ten może być przedłużony do 9 miesięcy.

Do zasiłków mają prawo:

1) wykwalifikowani robotnicy i pracownicy umysłowi o wysokich kwalifikacjach, którzy otrzymali specjalne wykształcenie (inżynierowie, lekarze itp.)

2) robotnicy niewykwalifikowani, którzy są członkami organizacyj zawodowych i przed utratą zarobku nieprzerwanie trudnili się pracą najemną przez 1 rok.

3) pracownicy umysłowi, którzy są członkami organizacyj zawodowych i przed utratą zarobku pozostawali w zatrudnieniu nieprzerwanie przez okres conajmniej 3 lat.

4) pracownicy umysłowi, którzy nie są członkami organizacyj zawodowych i przed utratą zarobku zatrudnieni byli nieprzerwanie przez okres conajmniej 5 lat,

5) małoletni poniżej lat 18, o ile przedtem byli zatrudnieni (wzgl. 16 o ile wykonywali pracę na zezwolenie inspektora pracy),

6) zdemobilizowani i urlopowani członkowie czerwonej gwardji i marynarze, o ile przed wstąpieniem do służby wojskowej trudnili się stale pracą najemną.

Pod względem wysokości zasiłków ubezpieczeni podzieleni są na 2 kategorje: do pierwszej należą osoby, wymienione pod 1) i 6) oraz osoby, które zapadły na gruźlicę przy pracy w instytucjach do walki z gruźlicą wśród dzieci, do drugiej wszyscy pozostali.

Zasiłek w I. kategorji wynosi 30 proc. przeciętnego zarobku miesięcznego w II kat.—20 proc. W razie choroby i połogu bezrobotni otrzymują zasiłki w tej samej wysokości, przyczem okresu tego nie wlicza się do maksymalnego okresu zasiłkowego.

Wydatki na zasiłki dla bezrobotnych stanowią 10 proc. ogólnych kosztów ubezpieczenia.

Renty inwalidzkie dla inwalidów pracy, t. j osób, które utraciły zdolność do pracy wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej, wymierzane są według ostatniego rzeczywistego zarobku przed inwalidztwem.

Stosownie do stopnia niezdolności do pracy inwalidzi podzieleni są na 3 grupy; wysokość renty w I grupie wynosi całkowity zarobek, w II — $^2/_3$, a w III — połowę tego zarobku. W razie śmierci inwalidy pracy pozostałe rodziny otrzymują: złożone z 3 osób niezdolnych do pracy — $^3/_4$, z 2 osób $^1/_2$, z jednej osoby — $^1/_3$ jego pełnego zarobku. Od dnia 1-go maja 1925 osoby, których częściowa niezdolność do pracy pozostaje w związku przyczynowym z wykonywaniem pracy najemnej otrzymują: zaliczone do IV grupy — $^1/_5$, do V grupy — $^1/_6$, a do VI grupy — $^1/_{10}$ całkowitego zarobku.

Renty inwalidzkie dla osób, które utraciły zdolność do pracy z innych przyczyn, oraz dla pozostałych po nich rodzin, wymierzone były w/g. przeciętnego lokalnego zarobku w miejscu ich zamieszkania. Od 1 stycznia 1926 r. weszły w życie nowe przepisy przyznające osobom, których inwalidztwo nastąpiło po 1 października 1925 r. rentę w wysokości ich pełnego rzeczywistego zarobku. Zależnie od stopnia niezdolności do pracy inwalidzi podzieleni są na trzy grupy; wysokość renty w I grupie (t. zw. pełna renta wynosi u inwalidów z przed 1 października 1925 r. $^2/_3$ przeciętnego miesięcznego zarobku, dla późniejszych całkowity zarobek rzeczywisty, w II grupie— $^2/_3$, a w III grupie — $^1/_2$ pełnej renty. Rodziny, złożone z 3 osób otrzymują $^2/_3$, a z 2 osób — $^1/_2$, a z jednej osoby $^1/_3$ pełnej renty danego ubezpieczonego.

Prócz normalnych rent inwalidzkich wypłacane są niektórym kategorjom nauczycieli emerytury w wysokości 240 rb. rocznie. Warunkiem otrzymania emerytury jest 25 letni okres służby, z czego przynajmniej 5 lat pod rządem sowieckim. Wydatki na renty inwalidzkie stanowią 21,5 ogólnych kosztów ubezpieczenia.

Organizacja ubezpieczeń społecznych jest analogicznie do systemu angielskiego „dwutorowa": świadczenia lecznicze udzielane są przez Komisarjat Ludowy Zdrowia Publicznego i jego organy lokalne, świadczenia gotówkowe przez instytucje ubezpieczeniowe, podległe Komisarjatowi Pracy.

W skład Komisarjatu Zdrowia wchodzi specjalny departament pomocy leczniczej dla ubezpieczonych, przy którym funkcjonuje Rada ubezpieczeń robotniczych złożona z przedstawicieli Rady Centralnej i Komitetów Związków zawodowych, departamentu ochrony pracy, centralnej instytucji ubezpieczeń społecznych i Wyższej Rady ekonomji społecznej.

Na tych samych zasadach zorganizowane są sekcje pomocy leczniczej dla ubezpieczonych z radami ubezpieczeń społecznych przy organach lokalnych Komisarjatu Zdrowia. Zarówno departament centralny, jak i organy lokalne organizują pomoc leczniczą, dla ubezpieczonych i ich rodzin, zakładają i utrzymują zakłady lecznicze, angażują potrzebny personel i t. p.

(Dokończenie nastąpi).

PRACE KAS I ZWIĄZKÓW.

SPRAWOZDANIE LEKARSKIE K. CH. M. WARSZAWY ZA PAŹDZIERNIK 1926.

I Ruch chorych w ogólności.

	W przychodniach					Na mieście						Liczba przekazów				
	Liczba porad lekarskich			Liczba godz. ordyn.	Przec. liczba porad na 1 godz.	Liczba porad lek. rejon. na mieście			Wies liczba dni pracy lak rejon.	Przec. dzien. liczba wizyt na 1 lekarza rejonow.	Liczba wizyt lek. specj.	Inne wizyty na mieście			Do szpit ogólnych	Do zakładów położniczych
	pierw.	dalsz.	razem			pierw.	dalsz.	razem				pierw.	dalsz.	razem		
Oddziały Ogółem	44559	111903	156462	19864	7,9	8939	8647	17586	1981	8,9	727	278	421	699	1736	223
Przychodnie dentystyczne	9845	24210	34055	7900	4,3											
Ogółem wszystkich	54404	136113	190517	27764	6,9	8939	8647	17586	1981	8,9	727	278	421	699	1736	223

II. Ruch chorych w przychodniach wg specjalności lekarzy.

Choroby wewnętrzne			Chor. nerwowe		
Liczba porad	Liczba godzin ordyn.	Przec. liczba porad na 1 godz	Liczba porad	Liczba godzin ordyn.	Przec. liczba porad na 1 godz.
39259	6677	5,9	6570	1155	5,7

Chor. oczu			Chor. gardła, nosa i uszu		
Liczba porad	Liczba godzin ordyn.	Przec. liczba porad na 1 godz.	Liczba porad	Liczba godzin ordyn.	Przec. liczba porad na 1 godz
15365	1370	11,2	11300	1368	8,3

Chor. dziecięce			Chor. chirurgiczne		
Liczba porad	Liczba godzin ordyn.	Przec. liczba porad na 1 godz.	Liczba porad	Liczba godzin ordyn.	Przec. liczba porad na 1 godz
13255	2055	6,5	24604	1842	13,3

Chor. płucne			Ortopedja		
Liczba porad	Liczba godzin ordyn.	Przec. liczba porad na 1 godz.	Liczba porad	Liczba godzin ordyn.	Przec. liczba porad na 1 godz.
1096	192	5,7	606	145	4,2

Chor. ginekologiczne			Chor. skór.-wener.		
Liczba porad	Liczba godzin ordyn.	Przec. liczba porad na 1 godz.	Liczba porad	Liczba godzin ordyn.	Przec. liczba porad na 1 godz.
12782	1947	6,6	24825	2280	10,9

Dentystyka			Przych ogólne			Razem		
Liczba porad	Liczba godz. ordyn.	Przec liczba porad na 1 godz.	Liczba porad	Liczba godz. ordyn.	Przec. liczba porad na 1 godz.	Liczba porad	Liczba godz. ordyn.	Przec. liczba porad na 1 godz.
34055	7900	4,3	6800	833	—	190517	27764	6,9

ŚNIATYN: WSPÓŁPRACA K. CH. Z SAMORZĄDEM.

Na posiedzeniu Zarządu K. Ch. odczytano pismo do Starostwa z dnia 1 grudnia ub. r. następującej treści:

„Da Zarządu Kasy Chorych w Śniatynie. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych Dep. V Służby Zdrowia reskr. z dnia 11/10 ub. r. poleciło zorganizowanie w powiecie, przychodni przeciwjagliczej. Tutejszy Wydział Rady Powiatowej zamierza wstawić do budżetu swego na rok 1927 kwotę 1200 zł. na walkę z jaglicą. Byłoby bardzo pożądane, ażeby tutejszy Zarząd Kasy Chorych utworzył przychodnię przeciwjaglicą przy swoich ogólnych ambulatorjach w Śniatynie i w Zabłotowie z uwzględnieniem leczenia osób nieubezpieczonych w Kasie Chorych, pobierając za te świadczenia powyższą kwotę od Wydziału Powiatowego, jako subwencję. Przy dobrej chęci Zarządu Kasy Chorych zorganizowanie akcji przeciwjagliczej jest także do uskutecznia, zwłaszcza, że lecznictwo tych chorych nie wymaga żadnych większych wkładów pieniężnych, a dla Kasy Chorych otwiera się piękne pole pracy społecznej.

W przekonaniu, że tut. Zarząd Powiatowej Kasy Chorych poprze powyższą akcję, proszę o powiadomienie mnie o powziętej decyzji. Starosta Golczewski m. p.".

Przewodniczący Zarządu K. Ch. zaznacza, że oprócz powyższej subwencji Kasa mogłaby otrzymać subwencję w kwocie 1500 zł., w razie przeniesienia do siebie przychodni przeciwjagliczej. Koszty leczenia niecłonków Kasy obowiązane będą zwrócić Kasie odnośne Związki Samorządowe, względnie Wydział powiatowy. Przeniesienie do budynku Kasy powyższych ambulatorjów stoi na przeszkodzie lokator, zajmujący trzy pokoje i kuchnie w budynku Kasy. W toku przeprowadzonej dyskusji podnosili członkowie Zarządu Helstein, Czaczkes i Singer ważność odzyskania od lokatora zajmowanych przez niego ubikacyj tak dla lecznictwa kasowego, jakoteż dla ogólngo, tutejszego powiatu, przyczem poruszono sprawę utworzenia również ambulatorjum dla leczenia dentystycznego. W rezultacie uchwalono jednozgodnie upoważnić Przewodniczącego Zarządu w razie uzyskania subwencji od samorządów, pokryć z tych kwot koszt wynajmu innego mieszkania dla lokatora w budynku Kasy do kwoty 1.500 złotych.

SPRAWOZDANIE KASOWE KASY CHORYCH m. KRAKOWA za czas od 1.I—31.X. 1926r.

PRZYCHODY	SUMA Zł.	gr.	ROZCHODY	SUMA Zł.	gr.	% w stosunku do przychodów
Składki członków:						
Wpłacone składki	3.780.077	81	Zasiłki pieniężne dla niezdolnych do pracy	1.057.367	42	25,2
Kary	15.734	69	Zasiłki połogowe	144.215	10	3,2
Odsetki	15.834	17	Zasiłki pogrzebowe	70.311	19	1,5
Inne	3.434	55	Zwroty pieniężne	162.450	80	3,6
Administracja własnych nieruchomości	13.632	21	Płace personelu leczniczego i kontroli chorych	706.888	33	18,8
Obroty na rachunkach zapasowych	3.670.007	91	Leki i środki opatrunkowe	382.542	66	10,1
			Obce szpitale i zakłady za leczenie, koszty własnych środków przewozowych	470.148	23	14,0
			Koszty administracyjne.			
			a) osobowe	364.519	01	9,6
			b) rzeczowe	42.072	76	1,0
			Inne wydatki	102.547	07	2,5
			Administracja własnych nieruchomości	24.935	01	0,8
			Obroty na rachunkach zapasowych	3.970.723	76	9,7
Razem	7.498.721	34	Razem	7.498.721	34	100

SPRAWOZDANIE LEKARSKIE K. CH. M. KRAKOWA

z czynności lekarzy, z lecznictwa, z ruchu choryeh oraz ze statystyki chorób w październiku 1926.

Ogólna ilość porad 37.731.
Z tego przypada:

Na choroby wewnętrzne	13.855
„ „ chirurgiczne	3.881
„ „ nosa, gardła i uszu	1.676
„ „ skórne i weneryczne	3.787
„ „ kobiece	2.351
„ „ oczne	3.195
„ „ systemu nerwowego	864
„ „ dziecięce	1.512
„ „ jamy ustnej (dentystyka)	6.002
Ordynowano ogółem godzin	4.283¾
W tem było nadliczbowych godzin	100¾

Ruch w pracowni bakterjologiczno - chemicznej:

Wykonano	— —
Rozbiorów	1.294
Nakłuć żylnych	168
Innych zabiegów	5

Zabiegi w chorobach dróg moczowych:

Cystoskopij	17
Kateteryz moczowod.	6
Rozszerzenie cewki	8
Płukań i drobnych zabiegów	121

Zabiegi fizykalne w Lecznicy Okr. Zw. Kas Chorych:

Leczono djatermią	709
„ Roentgenem	145
„ lampą kwarc.	2.568
„ lampą Sollux	— —
„ masażem	757
„ elektryzacją	384
„ gimnastyką Zanderowską	1.413
„ zastrzykami podskórnemi	98

Zabiegi fizykalne w Filji w Podgórzu:

Leczono djatermią	589
„ lampą kwarcową	2.330
„ lampą Solloux	191
Wykonano zastrzyków podskórnych i wśródżylnych	428

Ruch w przychodni przeciwgruźliczej:

Zgłosiło się po raz pierwszy	96
„ „ powtórnie	512

Ruch w Lecznicy dla piersiowo chorych w Prądniku Białym:

Pozostało z ubiegłego miesiąca	31
Przybyło w bieżącym miesiącu	7
Opuściło wśród miesiąca	8
Zmarło	2
Pozostaje na następny miesiąc	28

Założono odmę piersiową:

U chorych	9

Ogólna ilość odwiedzin lekarskich

w mieszkaniu chorych	1.580
Wydano protez	309
Wydano przekazów do szpitali i klinik	476
Wydano przekaz. do Leczn. Okr. Zw. K. Ch.	7
Wysłano do Lecznicy w Bystrej	5
Wysłano do innych miejsc klimatycznych	13

Porodów było:

U członków	56
U rodzin członków	226

Zmarło:

Członków	33
Osób rodzin członków	79

Niezdolnych do pracy

w ostatnim dniu miesiąca było	1.212

Komisja Rewizyjno - Lekarska:

Przedstawiono chorych	225
Uznano za zdolnych	116
Uznano za niezdolnych	109

Ruch w aptekach:

W Centrali wydano leków na recepty	21.144
W aptece Filji podgórskiej wydano leków na recepty	8.303

UWAGI:

1) Przedłużono leczenie w Bystrej czterem osobom.

2) Rozszerzono działalność w przychodni przeciwgruźliczej.

3) Przyjęto kobiet w przychodni skórno - wenerycznej, przeznaczonej wyłącznie dla kobiet po raz pierwszy 68, po raz drugi 309.

Ruch członków:

Stan czł. z dn. 30 września 1926 r. było: mężczyzn 29,995, kobiet 20.665, razem 50.660.

W miesiącu październiku 1926 r. wstąpiło: mężczyzn 4.990, kobiet 3.169, razem 8.159.

Razem: mężczyzn 34.985, kobiet 23.834, razem 58.819.

W miesiącu październiku 1926 r. wystąpiło: mężczyzn 5.050, kobiet 2.470, razem 7.520.

Stan członków z dn. 31 października 1926 roku wynosi: mężczyzn 29.935, kobiet 21.364, razem 51.299.

BUDOWA DOMU WŁASNEGO P. K. CH. W BIAŁEJ (MAŁOPOLSKA).

Powiatowa Kasa Chorych w Białej została zorganizowaną w myśl ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby z dn. 19.V. — 1920 r. z początkiem roku 1921. Zamianowany wówczas przez Ministr. Pracy i Opieki Społ. Komisarz rządowy, przejął od dawnej Powiatowej Kasy Chorych jednopiętrowy skromny budynek.

Najważniejszem zadaniem ówczesnych władz Kasy, było znalezienie odpowiedniego pomieszczenia na biura i przychodnie Kasy. Nie mogąc znaleźć pomieszczenia takiego w mieście, przystąpiono w sierpniu 1921 r. do nadbudowy jednego piętra.

Z chwilą ukończenia nadbudowy miała Kasa do dyspozycji 10 pokoi tak, że mogła urządzić 2 przychodnie i pomieścić biura.

Zdawało się wówczas, że lokal ten wystarczy Kasie na szereg lat. Niestety, już po roku życie postanowiło inaczej. Czynności Kasy rozszerzały się i Kasa ponownie zmuszona była szukać dalszych pomieszczeń na przychodnie, biura, aptekę i t. d. Zaczęto myśleć o nadbudowie III-go piętra, jednakowoż plan ten zaniechano, gdyż okazał się niepraktyczny. O przystąpieniu do budowy własnego gmachu w r. 1923, wobec dewaluacji pieniądza, nie można było wogóle myśleć.

Tymczasem stary budynek Kasy nie odpowiadał zupełnie celowi. O rozwinięciu lecznictwa nie było można w ówczesnych warunkach nawet myśleć, gdyż wszystkie w tym kierunku uchwały Zarządu Kasy, rozbijały się o brak odpowiedniego pomieszczenia.

To też z końcem 1924 r. wobec stabilizacji pieniądza, Zarząd Kasy widząc, że stan taki nie da się dalej utrzymać, uchwalił po dokładnem zbadaniu sprawy tak pod względem organizacyjnym i finansowym, przystąpić do budowy nowego gmachu, któryby odpowiadał najnowszym wymogom higieny. Do budowy przystąpiono w połowie kwietnia 1925 r. Koszta budowy preliminowano na około 350.000 złotych. Niestety, Kasa takiej kwoty nie miała do dyspozycji, a pożyczki na budowę, mimo usilnych starań Zarządu, nie było można uzyskać.

Wobec takiego stanu, należało zapewnić Kasie dochody nadzwyczajne, aby nie dopuścić do ewentualnego ograniczenia świadczeń Kasy na rzecz ubezpieczonych i ich rodzin.

Z inicjatywy Przewodniczącego p. Dr. Grossa, Zarząd zwołał w miesiącu marcu 1925 r. konferencję pracodawców, zatrudniających ponad 50 pracowników, celem zaznajomienia ich z trudnościami Kasy.

Konferencja ta odbyła się pod przewodnictwem dyrektora Banku Gospodarstwa Krajowego w Białej, przy udziale zastępców wszystkich prawie fabryk w powiecie.

Na konferencji tej przewodniczący Zarządu wykazał szczegółowo konieczność wybudowania gmachu na własnej parceli 1½ morgowej przy ul. Hettwera, podnosząc jednocześnie, że jedynym wyjściem, ażeby jaknajśpieszniej skończyć budynek nowy i umożliwić przeprowadzenie się i nie obciążając Kasy płaceniem wysokich procentów i amortyzacji ewentualnej pożyczki. Plan ten można zrealizować w formie podwyżki składki na czas ograniczony, np. 1 rok, dla zupełnego pokrycia potrzebnej jednorazowej inwestycji.

Przewodniczący Zarządu na konferencji tej zaznaczył, że to podwyższenie składek, wynoszące dla pracodawcy $^6/_{10}\%$ jest minimalne i pracodawca nawet wówczas, gdyby nie mógł tej drobnej kwoty kalkulować w cenie towaru, może je uzyskać ograniczając minimalnie własne potrzeby personalne.

I gdyby nawet kwoty tej nie można kalkulować do ceny produktu, to kwota jest tak mała, że wobec korzyści jaką przedstawia ofiarowanie tej kwoty dla przeszło 20.000 osób, które mają korzystać z lecznictwa w Kasie Chorych, jest drobną tembardziej, jeżeli się uwzględni, że ma to trwać tylko przez czas ograniczony.

Na konferencji przedstawiono wówczas szczegółowo ruch członków na I piętrze, gdzie w pewnych dniach zbiera się w poczekalni 500 osób, mogących umieścić wygodnie najwyżej 40 osób, a na piętrze drugim, gdzie jest likwidatura i kasa, przebywa w pewnych dniach 350 osób, a miejsca jest tylko na 20 osób. Wobec tego ubezpieczeni muszą stać na ganku, kurytarzach i schodach i że niejeden ubezpieczony dla uniknięcia tego natłoku zniecierpliwiony wraca do domu, nie załatwiając sprawy.

Uczestnicy konferencji po obejrzeniu starego budynku Kasy i po przeprowadzeniu dyskusji, uznając słuszność przytoczonych argumentów zgodzili się na podwyższenie składki z 6½ na 7½%, czyli o 1% na przeciąg jednego roku. Fundusz ten miał służyć wyłącznie na budowę gmachu. Na podwyżkę zgodzili się również i przedstawiciele ubezpieczonych.

Zwołana następnie Rada Kasy uchwaliła jednomyślnie zmianę statutu o podwyższeniu na przeciąg jednego roku składki o 1%, t. j. na 7½% płacy ustawowej.

Zmianę statutu Okręgowy Urząd Ubezpieczeń we Lwowie zatwierdził. Uchwałą Rady dnia 1 czerwca 1925 r., podwyżkę składki wprowadzono w życie.

Mając w ten sposób zapewniony specjalny dochód przeznaczony na cele budowy około 130.000 zł. za 1 rok, Zarząd mógł spokojnie przystąpić do budowy.

W chwili rozpoczęcia budowy, Kasa w dniu 16 kwietnia 1925 r. rozporządzała następującemi funduszami:

P. K. O. około	Zł.	6.000.
Bank	„	82.000.
Okr. Zw. Kas Chorych Kraków	„	87.000.
RAZEM:	Zł.	175.000.—

Z tego Kasa mogła dysponować kwotą	Zł.	80.000.
Plus 1% podwyżki około	„	130.000.
„ nadwyżka „	„	60.000.
RAZEM:	Zł.	270.000.

Ponieważ koszta budowy preliminowano na kwotę zł. 350.000, przeto należało poczynić starania, celem pokrycia brakującej kwoty zł. 80.000.

W tym celu rozpoczęto z budowniczym pertraktacje, które doprowadziły do zawarcia umowy tej treści, że Zarząd Kasy zobowiązał się zapłacić do końca roku 1925 około 200.000 złotych, zaś resztę do końca lipca 1926 r., natomiast budowniczy zobowiązał się wykończyć budynek i oddać go Kasie do użytku do końca roku 1925.

Podwyżka 1% wynosi na ubezpieczonego minimalną kwotę, której nie odczuwa ani ubezpieczony płacąc $^{1}/_{10}$%, ani pracodawca płacący $^{6}/_{10}$%.

Dla zobrazowania tego twierdzenia wymienię trzy przykłady konkretne:

1) W firmie N. zatrudniającej 184 robotników miesięczny wymiar składek wynosi przy składce 6½%, Zł. 934.29, zaś przy 7½%, Zł. 1.075.56, czyli, że na 184 robotników 1% podwyżka wynosi Zł. 141.27 miesięcznie, a więc na 1 robotnika przeciętnie Zł. 0.77 miesięcznie, z czego wypada na ubezpieczonego 31 groszy miesięcznie, a na pracodawcę 46 groszy.

2) W firmie M., zatrudniającej 338 robotników, miesięczny wymiar wynosi przy składce 6½% — Zł. 2.011.63 gr., 7½% — Zł. 2.321.89 gr., czyli, że na 338 robotników podwyżka wynosi 310.26 zł. miesięcznie, a więc przeciętnie na ubezpieczonego Zł. 0.92, z czego ubezpieczony płaci 0.37, zaś pracodawca 55 groszy miesięcznie.

3) W firmie T. zatrudniającej 632 pracowników, miesięczny wymiar przy 6½% składce wynosi Zł. 4.057.72, zaś przy 7½% — Zł. 4.652.02, czyli o 594.30 zł. więcej, a więc na jednego ubezpieczonego miesięcznie — 94 grosze. Ubezpieczony płaci 37 groszy, zaś pracodawca 57 groszy (od każdego pracownika).

Rada Kasy podwyżkę tę w roku 1926 (tak pracodawcy, jak i ubezpieczeni) jednogłośnie prolongowała do końca roku.

Dzięki tej uchwale budynek wykończono i z początkiem lutego 1926 (niespełna rok od chwili rozpoczęcia budowy) Zarząd Kasy mógł przenieść wszystkie działy do nowego budynku.

Budynek Kasy Chorych dostosowany do wymogów Kasy, posiada:

Sutereny: mieszkanie dozorcy domu i szofera, magazyn apteczny (połączony schodkami krętemi z laboratorjum apteki) łazienki, mającej oddział męski i oddział żeński po 4 natryski i wanny (oddział męski i kobiecy), a nadto łazienki zaopatrzono w 3 wanny dla kąpieli leczniczych, kotłownia (w całym budynku z wyjątkiem mieszkań prywatnych), centralne ogrzewanie i ciepła i zimna woda) i piwnice.

Parter: Lecznictwo fizykalne 2 pokoje, pokój dla badań mikroskopijnych, mała poczekalnia, duża hala, służąca za poczekalnię z której idzie się do przychodni: dla chorób skórnych i wenerycznych, ambulatorjum chorób wewnętrznych dla kobiet i dzieci, dla mężczyzn, laboratorjum aptecznego oraz składnicy leków.

I piętro: Kontrola chorych pracodawców, gabinet przewodniczącego Zarządu i dyrektora Kasy, przedzielony pokojem, w którym umieszczono ekspedycję i centralę telefoniczną, dalej sekretarjat, kasa, likwidatura i saldokonti pracodawców, ewidencja i rachuba, sala posiedzeń oraz gabinet naczelnego lekarza.

Ewidencja członków, likwidatura, jak również kasa i gabinet dyrektora połączone są z dużą poczekalnią (halą) tak, że ubezpieczeni wzgl. pracodawcy, załatwiają swoje sprawy przy okienkach (do gabinetu dyrektora wejście z poczekalni).

Na II piętrze (mansarda) 3 mieszkania prywatne, (dyrektora, kierownika apteki i urzędnika Kasy).

Budynek ma trzy klatki schodowe, z których środkowa dochodzi tylko do parteru, zaś z poczekalni na parterze do poczekalni na I piętrze prowadzą boczne schody i schody główne idące z poczekalni na parterze do poczekalni na I piętrze.

Zarząd Kasy rozpisując konkurs na budowę gmachu był zdania, że sutereny (częściowo), i parter winien być przeznaczony na cele lecznictwa, zaś I piętro wyłącznie winna zajmować administracja. Podział okazał się nadzwyczaj praktyczny. Zarząd Kasy zamierza utrzymać podwyżkę 1% w roku 1927, by móc przystąpić do budowy własnego szpitala.

Z chwilą wybudowania własnego szpitala, nastąpi obniżenie składek na 6½%.

Robert Janik.

RADOM, DZIAŁALNOŚĆ POW. KAS CHORYCH W DZIEDZINIE WALKI Z GRUŹLICĄ.

Drugi Zjazd Przeciwgruźliczy we Lwowie powziął szereg ważnych uchwał w zakresie skoordynowania akcji zwalczania gruźlicy oraz wskazał na doniosłą rolę Kas Chorych w tej akcji.

Dotychczas Kasy Chorych szczególnie w b. zaborze rosyjskim, jako instytucje młode, nie miały możności podjęcia na szerszą skalę walki z gruźlicą, której leczenie przeważnie traktowane jest na równi z leczeniem innych chorób. Nadewszystko skuteczne leczenie gruźlicy w szpitalu stosowane być może w rozmiarach bardzo szczupłych, z powodu przepełnienia szpitali, w których jest poprostu niemożliwością umieszczanie większej ilości gruźlików. Pozostaje leczenie ambulatoryjne i domowe oraz sanatoryjne.

Leczenie w przychodniach daje przeważnie nikłe rezultaty, w domu zaś, z uwagi na przeważnie ciężki już stan chorych, daje wyniki wprost ujemne ze względu na daleko idącą możliwość zakażenia otoczenia w obecnych warunkach mieszkaniowych.

Pozostaje leczenie sanatoryjne, które jest zbyt kosztowne, aby mogło być szerzej stosowane przez Kasę Chorych; wybiera się jedynie wypadki rokujące wyzdrowienie.

Tu jednak poruszyć wypada akcję zapobiegawczo leczniczą, która jest najbardziej celową, gdyż opanowuje chorobę w zarodku i w tej dziedzinie Kasa Chorych wiele zdziałała. Chodzi mianowicie o letnie kolonje dla dzieci, dotkniętych silną anemją.

Kasa tut. już w lecie 1923 r. t. j. w drugim roku swego istnienia, uruchomiła w porozumieniu z miejscowym Magistratem, o parę kilometrów od Radomia, w lesistej miejscowości **kolonję,** z której korzysta przez lato kilkadziesiąt dzieci członków Kasy. W następnym roku również na tych samych zasadach funkcjonowała kolonja w tej samej miejscowości, przyczem rezultaty były naogół dodatnie: ogólna poprawa, widoczne wzmocnienie organizmu, przyrost wagi.

W r. 1925 ilość dzieci, wysyłanych przez Magistrat znacznie wzrosła i Kasa Chorych zmuszona była podjąć staranie o uruchomienie kolonji na własną rękę. Poczynione zostały starania u Rządu w kierunku uzyskania w pobliżu Radomia działki lasu w długoletnią dzierżawę. Pertraktacje przeciągnęły się i sezon minął niewykorzystany. Przez zimę i wiosnę bież. roku wzniesiono na wydzierżawionej w Rajcu parceli dom drewniany z obszerną werendą oraz zabudowania gospo-

darmo i od 1 lipca zamieszkało tam 55 dzieci, w jednym sezonie dziewczęta, — w drugim chłopcy.

Koszt utrzymania jednego dziecka przy 5-ciokrotnem podawaniu obfitego posiłku dziennie wynosił przeciętnie zł. 1.95.

Ogólnie: w okresie dwu misięcy — 3410 dni utrzymania kosztowało zł. 6.644,43.

Dzieci pozostawały pod nadzorem 3-ch sanitarjuszek-kierowniczek; lekarz dojeżdżał normalnie dwa razy w tygodniu. Wyniki naogół dodatnie z mniej lub więcej znaczną poprawą (przyrost wagi do 4 klg.).

Akcję prowadzenia letniej kolonji dziecięcej w Rajcu pod Radomiem uzupełnia udział tut. Kasy w Kolonji dziecięcej im. D-ra Brudzińskiego w Busku, Kasa zakupiła tam jedno wieczyste łóżeczko w głównym pawilonie, gdzie kuracja trwać może cały rok; prócz tego co roku od 3-ch lat wysyła kilkoro dzieci, specjalnie zakwalifikowanych, na każdy sezon kolonji letniej w Busku (gruźlica kości, skóry, gościec).

W luźniejszym nieco związku z akcją zapobiegawczą przeciw gruźlicy stoi zorganizowanie Stacji Opieki nad matką i niemowlęciem również w porozumieniu z Magistratem.

We wrześniu ub. roku na konferencji przedstawicieli obu instytucyj ustalone zostały główne wytyczne wspólnego działania i od 1.XII 1925 r. otwarta została w lokalu Kasy Chorych odpowiednio przygotowanym i wyposażonym, **Stacja Opieki i Kropla Mleka.**

Specjalnie preparowane pożywki oraz mleko sterelizowane wydawane jest dla niemowląt oraz dla starszych, co pozwala Kasie Chorych zaopatrywać karmiące matki w mleko dobrego gatunku, zamiast dotychczas stosowanego systemu wypłacania ustawowych zasiłków pokarmowych w gotówce, za którą nabywany był często alkohol.

Dzieci od lat 2 do 6 otrzymują według wskazówek lekarza ściśle określone racje mleka.

Przy instytucji czynnych jest 2-ch lekarzy, którzy udzielają odpowiednich wskazówek higienicznych, oraz fachowa kierowniczka.

W okresie jednego roku pod opieką Stacji znajdowało się, przeciętnie około 250 niemowląt i około 130 dzieci starszych miesięcznie.

W ciągu roku wydano około 40 tysięcy litrów mleka po cenie 50% niższej od rynkowej za sumę około 12 tysięcy złotych.

Stacja Opieki i Kropla Mleka pozostaje pod nadzorem i kierownictwem fachowem P. K. P. D., rozwija się i zyskuje uznanie.

Obecnie uruchomiony zostanie oddział Stacji w ambulatorjum dzielnicowem Kasy Chorych na krańcu miasta, aby ułatwić warstwom robotniczym dostęp do tej instytucji, która przez racjonalne odżywianie niemowląt i dostarczanie dobrego mleka starszym dzieciom może przyczynić się dzielnie do zapobiegania wzrostowi charlactwa, jako podłoża gruźlicy.

Dla całokształtu zobrazowania poczynań tut. Kasy Chorych w dziedzinie walki z gruźlicą wspomnieć należy o **Przychodni Przeciwgruźliczej,** założonej wspólnie z Magistratem na mocy umowy, zawartej w dniu 22 marca 1925 r.

Przychodnia czynna jest w niedzielę w ambulatorjum kasowem; lekarz specjalista chorób płucnych, opłacany wspólnie przez obydwie instytucje, przyjmuje wszystkich, zgłaszających się o poradę, w zasadzie jednak najbiedniejszych, którzy otrzymują również bezpłatnie i lekarstwa, wydawane przez Kasę Chorych na r-k Magistratu. Nadto bezpłatnie dokonywane są analizy, prześwietlenia Roentgenem oraz w razie potrzeby kuracja w fizykalnych gabinetach Kasy Chorych. Nadto Wydział Opieki Społecznej dostarcza wyjątkowo biednym — środków żywności.

Członkowie Kasy i ich rodziny mają prawo korzystania z porad w przychodni narówni z innymi. Do Przychodni skierowani są również chorzy, ujawnieni w drodze wywiadu.

Działalność Przychodni wykazuje stały rozwój (ponad 30 osób w dni przyjęć), zwiększenie się ilości chorych, zachęconych do korzystania z lecznictwa przez wydatną opiekę nad nimi, w drodze częstokrotnego odwiedzania ich w domu i zasięgania informacji o przebiegu kuracji (system wywiadów).

W okresie od 22 marca 1925 r. do 1 września 1926 roku udzielono porad 1,206, przeprowadzono wywiadów 335. Ogólne koszty w okresie sprawozdawczym wynosiły zł. 2,766.30 na co składają się pozycje: wynagrodzenie lekarza, opiekunki zdrowia, lekarstwa i analizy.

LWÓW, OKR. ZWIĄZEK K. CH. KURSY DLA PRACOWNIKÓW K. CH.

Podajemy spis wykładów tych Kursów.

1) Nadzór państwowy nad Kasami Chorych	3	godz.
2) Zarys organizacji władz i urzędów z którymi Kasy Chorych wchodzą w styczność	4	„
3) O medycynie społecznej i higjenie	4	„
4) O organizacji lecznictwa w Kasach Chorych	8	„
5) Ogólno Państwowy i Okręgowe Związki K. Ch.	6	„
6) O ustawie ubezpieczeń na wypadek choroby	80	„
7) O Zakładzie ubezpieczeń od wypadków	15	„
8) O Zakładzie pensyjnym dla funkcjonarjuszy	7	„
9) O Funduszu Bezrobocia	3	„
10) O zasadach ubezpieczeń społecznych zagranicą	5	„
11) Ogólne wiadomości z dziedziny prawa	10	„
12) Wierzytelności Kas Chorych	4	„
13) Administracja wewnętrzna Kas Chorych	12	„
14) Rachunkowość w Kasach Chorych	60	„
15) Organizacja dostawy leków	1	„
16) Wykłady z ekonomji politycznej	12	„
17) Wykłady z zakresu statystyki	6	„

Kurs rozpoczął się dnia 9 stycznia 1927. Otwarcie kursu dokonał p. Przewodniczący Jan Szczyrek, poczem p. poseł Tadeusz Reger wygłosił referat na temat „Zasady Ubezpieczeń Społecznych".

Na kurs przyjęto 50-ciu kandydatów.

I-szy kurs urządzono dla pracowników Okręgowego Związku Kas Chorych we Lwowie, Kasy Chorych miasta Lwowa i Powiatowej Kasy Chorych we Lwowie, dalsze kursy urządzone będą dla pracowników Kas Chorych prowincjonalnych.

O WYDANIE ROZPORZĄDZENIA WYKONAWCZEGO DO USTAWY ZASIŁKOWEJ Z DN. 23 LIPCA 1926 R. (DZ. U. NR. 83, POZ. 464).

Jak wiadomo ustawa z dn. 23 lipca r. b. o zasiłkach dla osób, którym niemieckie instytucje wstrzymały renty z tytułu ubezpieczeń społecznych, przyszła z pomocą finansową inwalidom pracy (względnie pozostałym po nich rodzinom), którym w r. 1918 niemieckie zakłady ubezpieczeń społecznych wstrzymały renty z tego powodu, że zamieszkują poza granicami Niemiec (w Polsce). Niestety, dotąd nie wydano rozporządzenia wykonawczego do powyższej ustawy, co przeszkadza wejściu jej w życie. Ponieważ chodzi tu o najbiedniejszych, czekających na renty od r. 1918 (!), przeto Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej powinno bezzwłocznie wydać rozporządzenie wykonawcze *).

Dr. A. M.

---

*) W sprawie poruszonej przez Dr. A. M. umieścimy w numerze następnym wyjaśnienia D-ra P. F., oparte na instrukcjach M. P. i O. S. w tej materji. — (Przyp. Red.).

KSIĄŻKI.

ROCZNIK STATYSTYCZNY MIASTA ŁODZI. ROK 1925.

Redagował Edward Rosset, nacz wydz. Stat. Mag. m. Łodzi. Łódź, 1926. Str. XVI+208.

W roku bieżącym Łódź wyprzedziła znowu Warszawę, wydając rocznik statystyczny za rok 1925 wcześniej, niż za lata poprzednie. Rocznik posiada przedewszystkiem te zalety, że w obecnym swym układzie ukazuje się już w czwartym wydaniu, dając cyfrowy obraz polskiego „Manchestru" w pewnej ciągłości rozwoju od pierwszych lat niepodległości naszego kraju.

Omawiany rocznik większych zmian w stosunku do poprzedniego wydania nie zawiera. Zwrócić chcemy uwagę na dość szczegółowo potraktowaną w roczniku statystykę gruźlicy. Dane zaczerpnięte z wywiadów domowych u chorych, wykazują ścisły związek pomiędzy zachorowaniami na gruźlicę i warunkami mieszkaniowemi w jakich znajduje się robotnik polski. W pokoju chorego mieszka 5 i więcej osób w przeszło połowie (50,1 proc.) zbadanych wypadków, 4 osoby w 24,6 proc. wypadków. Więcej, niż połowa chorych gruźlików dzieli łóżko z innymi członkami rodziny (52,9 proc.). W 1924 roku miało to miejsce u 68,8 proc. chorych, w 1923— u 59,9 proc.

Jak wykazuje inna tablica rocznika przyrost nowobudowanych izb mieszkalnych jest znikomo mały w porównaniu z przyrostem ludności miasta. Sto parę cyfr:

Przyrost ludności	Wybudowano nowych izb miesz.
Rok 1923 — 33.487	716
„ 1924 — 14.206	1005
„ 1925 — 20.176	745

Dość dużo miejsca udziela rocznik kwestji alkoholizmu. Obszerny dział zajmuje hygjena publiczna. — Jednakże brak zupełnie w roczniku obecnym danych o działalności Łódzkiej Kasy Chorych i redakcja nie uważała za potrzebne wytłomaczyć tej luki, wspominając w słowie wstępnem o wartościowych danych dotyczących stanu lekarskiego w Łodzi ogłoszonych po raz pierwszy. *S. T.*

ROCZNIK AMBULATORJÓW K. CH. Z R. 1925.

(JAHRBUCH 1925 der Ambulatorien des Verb. der Krankenkassen Berlin) 189 str.

Niemieckie K. Ch. nie znały do niedawna instytucji ambulatorjów, lekarze udzielali bowiem pomocy lekarskiej wyłącznie u siebie w domu. Stan ten wywoływał mimo to i wśród lekarzy i wśród Kas niesłychane wprost tarcia, długotrwałe zatargi i t. d. Inflacja i zupełna ruina niem. K. Ch. w r. 1923 antagonizm ten zaostrzyła jeszcze bardziej. Kasy chcąc się ratować, przystąpiły do nowej organizacji lecznictwa — do zakładania ambulatorjów. Jak wiadomo w Niemczech istnieją cztery typy K. Ch. Otóż wszystkie Kasy na terenie Berlina utworzyły specjalną organizację z kuratorjum na czele, które kieruje ambulatorjami berlińskiemi. Po dwuletniej pracy istniało w r. 1925 już 38 ambulatorjów specjalistycznych zatrudniających 500 lekarzy, higienistek i t. d. Ambulatorja udzielają porad przeważnie członkom rodzin.

Rocznik poświęcony jest przedewszystkiem zagadnieniom lekarskim. Z tych powodów omówi, na łamach naszego pisma, poruszone problemy, fachowe pióro lekarskie. Stwierdzając na razie tę doniosłą inowację niemieckich Kas Ch., podkreślić musimy duży rozmach pracy. Ambulatorja te nietylko leczą chorych, są jednocześnie poradniami dla ubezpieczonych we wszystkich sprawach związanych z chorobą, lub zdrowiem ludzkiem. Udziela się tam porad prawnych matkom nieślubnym, porad fachowych w dziedzinie świadczeń kasowych a wreszcie młodzieży porad w dziedzinie sportowej. Całokształt organizacji opisanej w „Roczniku" świadczy, iż K. Ch. w Niemczech wchodzą na nowe zupełnie tory w dziedzinie organizacji lecznictwa.

TREŚĆ:

Poseł Zygmunt **Zaremba:** Raport prof. Kemerera o ubezpieczeniach społ. w R. P.

Dr. Henryk **Kłuszyński:** Z zagadnień lecznictwa w Kasach Chorych.

Osw. **Einfeld:** Stosunki zawodowe i zarobkowe członków K. Ch. m. Warszawy.

Międzynarodowy Kongres Kas Chorych.

Dr. Adolf **Gross:** Walka lekarzy wolnopraktykujących z Kasami Chorych.

Dr. Rafał **Buber:** Czy art. 16 ust. z 19.V.1920 może być stosowany do osób prawnych.

Ograniczenie kompetencji Izb lekarskich.

Odpowiedź Związku Państw. na kwestjonarjusz M. B. P.

Dr. Adam **Müller:** Konieczność znowelizowania ust. o ubezp. na wyp. bezrobocia.

Leontyna **Frankowska:** Ubezpieczenia społeczne w Rosji sowieckiej.

Prace Kas i Związków.

Książki.

Redakcja i Administracja: Sosnowa 4, telefon 37-61. Konto P. K. O. Warszawa Nr. 51-150

Prenumerata:

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

Cena ogłoszeń:

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

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

Odbito w drukarni „Robotnika", Warecka 7.