

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN OGÓLNO-PAŃSTWOWEGO ZW. KAS CHORYCH W POLSCE

ROK II

MIESIĘCZNIK

ZESZYT 3

WARSZAWA, DN. 1 MARCA 1927 R.

**Biuro Ogólno-Państw. Związku Kas Chorych w Polsce przeniesione
na ul. Lwowską 13.**

DR. FRANCISZEK GRODECKI.

STOSUNEK IZB LEKARSKICH DO KAS CHORYCH.

Powszechnie jest znany mniej, lub więcej nieprzychylny stosunek Izb Lekarskich do Kas Chorych. W całej jednak pełni i w swoim ponurem, oświetleniu stosunek ten odzwierciedla się w opublikowanym w Biuletynie Nr. 2 Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, protokule zjazdu międzyizbowego, jaki się odbył w Warszawie w dn. 2 i 3 maja 1926 r.

Oto na plenarnem posiedzeniu, po rozpatrzeniu opracowanego przez Komisję Naczelnej Izby (sic) projektu ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, powzięto następujące uchwały:

- a) opowiedzieć się za wprowadzeniem górnej granicy w wysokości 300 zł. miesięcznego zarobku;
- b) zasiłek połogowy winien wynosić 60% zarobku;
- c) składka do ogólnej Kasy Chorych nie może być wyższa od 5% płacy ustawowej, przy czym ubezpieczeni i pracodawcy mają opłacać po równej części;
- d) rady Kas Chorych winne się składać z równej ilości pracodawców i pracobiorców;
- e) pracownicy, którym pracodawcy zapewnią, na wypadek niezdolności do pracy spowodowanej, chorobą świadczenia conajmniej takie, jakich udzielają ogólne Kasy Chorych, nie podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu w ogólnych Kasach Chorych;
- f) ubezpieczony winien być obowiązany zwracać do 10% kosztów lekarstw;
- g) wszelkie papiery zawierające rozpoznanie choroby mogą być dostępne jedynie dla lekarza naczelnego;
- h) przewodniczącym komisji pojednawczej winien być tylko prawnik, mający kwalifikacje sędziowskie;
- i) tylko wolny wybór lekarza może zadowolnić

ubezpieczonego, dlatego też Kasy Chorych winne dać możliwość ubezpieczonym leczenia się u wszystkich lekarzy, zamieszkałych w Okręgu Kasy, o ile oni wyrażą swą zgodę na leczenie pacjentów ubezpieczonych w Kasie, drogą umów zbiorowych;

- k) w zasadzie winno się dążyć do wstrzymania budowy gmachów, przeznaczonych na ambulatorja tam, gdzie istnieje odpowiednia liczba gabinetów lekarskich prywatnych.

Rozpatrzymy pokrótce z kolei te bądź co bądź od dziś już historyczne uchwały.

Przewodnią ich myślą jest zniweczenie Kas Chorych i powrót do tych złych czasów, gdy zdrowiem olbrzymich mas ludności pracującej nie był obowiązkiem opiekować się nikt, zamożniejsi zaś pacjenci opłacali sute honorarja.

Przez wprowadzenie górnej granicy, do wysokości 300 zł. miesięcznego zarobku, w wysokim stopniu zwiększa się złe ryzyko, np. dochód ogólny K. Ch. m. Warszawy zmniejszyłby się o bagatelną kwotę 27%. Jednocześnie proponuje się nieograniczony (i oczywiście bez kontroli) wolny wybór lekarza, który jedynie (??) może zadowolnić ubezpieczonego. Do czego pod względem finansowym, prowadzi ów nieograniczony wolny wybór dowodzą stosunki, panujące u nas w Kasach b. zaboru pruskiego, gdzie olbrzymia większość Kas w żaden sposób nie może związać końca z końcem, lubo tam górna granica nie istnieje. Jakiby zapanował stan przy urzeczywistnieniu tylko dwu postulatów, łatwo przewidzieć: ubezpieczony otrzymywałby minimum świadczeń, — cel Kasy byłby chybiony i o to widocznie idzie Izbom Lekarskim. Jest rzeczą w zupełności zrozumiałą usiłowanie Izb Lekarskich do obrony interesów stanu lekarskiego, który dzięki K. Ch. ulega coraz to większej pauperyzacji. Trudno natomiast zrozumieć, że też

Izby nie zdają sobie sprawy, że powrotu do dni minionych niema, i nie może być, trudno zrozumieć jak mogły Izby Lekarskie zapomnieć, że obok stanu lekarskiego istnieją olbrzymie rzesze pracowników, którzy o ile sprawa dotyczy zdrowia, mają też same prawa co i nababi,—że zdrowie mas ludowych, to potęgą państwa i podstawa jego dobrobytu. I tu właśnie wypukła się antyspołeczna, a więc i antypaństwowa stanowisko Izb. Tu widać jak dalece nie chcą one dbać o sprawy zdrowotne narodu, tu wyszedł na jaw jaknajdalej posunięty egoizm tych, którzy zawsze dawali dowody najzaszczytniejszego altruizmu. Jak dalece autorzy projektu lekarza lekceważą zdrowie szerokich mas, najjaskrawiej bowiem dowodzi żądanie, któremu się wprost wierzyć nie chce, by zasiłek połogowy został zredukowany do 60%. To zakrawa już na niesmaczny żart. Jak może bowiem żądać zespół lekarski, by matka karmiąca swe niemowlę miała zmniejszony zasiłek? Doprawdy dziw bieżę, i rumieniec wstydu pali czoło, gdy się widzi pod takim żądaniem podpisy gremjum Izby Lekarskich. Czyż z punktu widzenia lekarskiego nie powinny były one raczej żądać powiększenia owego zasiłku do 120%.

Nie mniej godne uwagi jest żądanie, by składki były opłacane w połowie przez pracodawców i pracobiorców.

Jaka to szkoda, że obrońcy stanu lekarskiego nie zadali sobie trudu zbadania wysokości przeciętnych zarobków mas robotniczych; możeby się wówczas przekonali, że płace te są tak mizerne, iż pracobiorcy nie byłiby w stanie owych 50% uiszczać bez wielkiego dla siebie uszczerbku. A poza to niech mi wolno będzie zapytać, z jakiego tytułu przedstawiciele stanu lekarskiego dążą do pogorszenia i tak już opłakanych warunków materialnych mas pracujących, — i czy zdają sobie Izby Lekarskie sprawę z tego jakie skutki dla państwa mogłaby spowodować realizacja tych nieziszczalnych marzeń?

Żądanie wystawione pod literą c. również zmierza do zniszczenia Kas, — zwłaszcza przy tak upragnionym wolnym wyborze lekarza.

Nie mniej niefortunnym jest punkt e. „uchwały”. Bardzobym rad wiedzieć, ilu to pracodawców mo-

g'oby zapewnić pracownikom te świadczenia, jakich już dziś Kasy Chorych, których organizacja bynajmniej nie jest zakończona, udzielają?

Żądanie to mogli wystawić tylko ci, dla których zarówno organizacja jak zakres i działalność Kas Chorych są zupełnie obce, nieznanne. Tęgo samego dowodzi i postulat pod literą „g”. Wynika z niego, że np. karty choroby mogą być dostępne tylko dla Naczelnego lekarza Kasy. Ciekaw jestem, jaką właściwie rolę projektodawcy chcieliby nadać lekarzowi naczelnemu? Według przytoczonej tu koncepcji musiałby lekarz naczelnny, zamiast organizacji i kierownictwa lecznictwa, wykonywać obowiązki zwykłego kancelisty, który w rezultacie nie miałby czasu nawet przejrzenia wszystkich kart. Oczywiście naczelnny lekarz i tylko on musiałby opracowywać np. statystykę lekarską. Czy może być dalej posunięta niezajomość sprawy, o której się feruje takie wyroki?

Zostawiając łaskawie naczelnemu lekarzowi dostęp do kart choroby, projektodawcy tak żarliwie bronią godności i powagi stanu lekarskiego, ani jednym słowkiem nie upomnieli się o zapewnienie temuż lekarzowi należnego znaczenia ani w dyrekcji ani w zarządzie. Nic w tem zresztą niema dziwnego, skoro bowiem na całej linii dąży się do zniweczenia Kas Chorych, zapewnienie lekarzowi naczelnemu odpowiedniego stanowiska jest zgoła zbędne, im bowiem w lecznictwie masowem zapanuje większy chaos, tem łatwiej ulegną one tak pożądanej zagładzie.

O wymaganiach punktu k nie wspominam, dostrojone są bowiem do treści uchwał powstałych.

Tak o to w krótkim ujęciu przedstawia się stanowisko elity świata lekarskiego w stosunku do jednej z najbardziej użytecznych instytucyj społecznych, instytucji powołanej do ochrony zdrowia najszerszych warstw ludności, a więc do podniesienia potęgi państwa.

Ze nie przynosi ono zaszczytu, że świadczy o najdalej posuniętym egoizmie zawodowym — o tem nie może być dwóch zdań.

Coby na to powiedzieli: Chałubiński, Baranowski, Chełchowski, Sokołowski i wielu, wielu nieznanym, cichym lekarzy społeczników?

DR. HERMAN HOROWITZ.

WSPÓLDZIAŁANIE INSTYTUCYJ UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH.

Obserwując bliżej rozwój ubezpieczeń społecznych w Polsce Niepodległej uderzyć nas musi widoczna niewspółmierność pomiędzy stopniem zakorzenienia się w rozważaniach teoretycznych przekonania o konieczności organicznego połączenia ubezpieczeń społecznych wszelkiego rodzaju w jedną całość, a intensywnością przejawiania się tych dążeń w praktyce ubezpieczeniowej.

Z jednej strony we wszystkich projektach urzędowych, mających na celu uregulowanie całokształtu ubezpieczeń, idea scalenia ich, stanowi zasadniczą podstawę konstrukcji projektów i znajduje nawet realny wyraz w zorganizowaniu powszechnych terytorjalnych Kas Chorych jako przyszłej podstawy scalonych ubezpieczeń, z drugiej strony w praktyce

istnieją i działają obok siebie wciąż jeszcze instytucje ubezpieczeń społecznych najróżnorodniejszego typu zależnie od tradycji ustawodawczej poszczególnych dzielnic i, co gorsza, idą obok siebie zupełnie luzem bez najmniejszej próby stworzenia jakiegokolwiek wspólnej platformy porozumienia się i współdziałania w istotnych sprawach praktyki ubezpieczeniowej. Nawet w tym jednym wypadku, gdzie ustawa nasza z góry nakłada obowiązek zorganizowania się instytucyj w związki, w ubezpieczeniu na wypadek choroby, stworzenie Związków Okręgowych Kas Chorych szło bardzo powolnie, a trzeba było aż 6-ciu lat istnienia ubezpieczenia na wypadek choroby, aby zorganizować Związek Ogólno - Państwowy.

Taki objaw musi być uważany za nienormalny. skoro się zważy, że pomiędzy działalnością instytucyj ubezpieczeń społecznych rozmaitych kategorii i różnych dzielnic, istnieje już obecnie cały szereg punktów stycznych, zarówno natury prawnej, jak i gospodarczej i społecznej, które domagać się muszą w praktyce rozwiązania przez ścisły kontakt między temi instytucjami.

Ramy artykułu nie pozwalają na wyczerpujące omówienie tych wszystkich zagadnień, które narzucają możliwość współdziałania. Wskażę tylko na kilka przykładów czerpanych z działalności instytucyj ubezpieczenia społecznego.

Już ustawy same przewidują współdziałanie między instytucjami. Wiadomo np., że w ubezpieczeniu od wypadków prawo do renty rozpoczyna się dopiero po 4-ch (w b. dzielnicy austriackiej), wzgl. 13-tu (w b. dz. pruskiej) tygodniach od wypadku. Do tego czasu obowiązek leczenia i wypłata zasiłków poszkodowanemu ciąży w całości na Kasach Chorych, a i potem nie ustają bynajmniej obowiązki Kas Chorych wobec poszkodowanych, wynikające z ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby. Po tym terminie Kasa ma prawo regresu do instytucji ubezpieczeń od wypadków aż do wysokości renty należnej poszkodowanemu.

Z tego wynika:

1) konieczność rozrachunku między Kasami i instytucjami ubezpieczeń od wypadków,

2) zależność faktyczna ciężaru rentowego instytucji od wyników leczenia w Kasie (większe lub mniejsze przywrócenie zdolności zarobkowej),

3) rola Kasy Chorych (wzgl. lekarzy), jako wybitnego świadka dowodowego, w sprawie związku między wypadkiem, a objawami chorobowymi.

Te okoliczności wymagają niewątpliwie opracowania pewnych stałych i jednolitych zasad postępowania we wzajemnym stosunku. Dotychczas postępowanie to reguluje się albo całkiem przypadkowo i bezplanowo, albo tylko jednostronnie według pewnych zasad, które instytucje ubezpieczenia od wypadków mniej lub więcej narzucają poszczególnym Kasom. W każdym razie istnieją bardzo znaczne różnice w postępowaniu instytucji ubezpieczeń od wypadków w tych sprawach, albowiem nie porozumiewają się one z sobą.

W innej sprawie prawnej, niesłuchanie ważnej, dopiero ostatnio, pod wpływem rokowań z zagranicą nastąpiło doraźne porozumienie pomiędzy instytucjami ubezpieczeń inwalidzko-emerytalnych (ubezpieczenie robotnicze w b. dzielnicy pruskiej i na Górnym Śląsku, ubezpieczenie urzędnicze w tych dzielnicach i w b. dzielnicy austriackiej). Wiadomo, że w każdej z wymienionych dzielnic istnieją inne przepisy ustawowe (inne świadczenia, składki, organizacja, inne postępowanie orzecznicze), i że robotnik czy pracownik umysłowy, przechodzący z jednej dzielnicy do drugiej nie miał zapewnionego zaliczenia czasu przebytego w jednej dzielnicy, w dzielnicy drugiej. Szereg konkretnych wypadków tego rodzaju był oddawna niezłatwiony, gdyż sprawa niełatwa i wymagała porozumienia się wszystkich instytucji zainteresowanych. Kiedy przystąpiliśmy do rokowań z zagranicą o wzajemne uwzględnienie okresów ubezpieczeniowych przy emigracji, sprawa ta nie była jeszcze uregulowana w kraju między poszczególnymi dzielnicami. Nie-

wątpliwie w pierwszym rzędzie wpłynął na to brak terenu porozumiewawczego pomiędzy instytucjami ubezpieczeniowymi.

Dotychczas pokutuje, jako niezłatwiona, sprawa t. zw. promieniowania przedsiębiorstw, t. j. zagadnienia, któremu zakładowi ubezpieczeń podlega przedsiębiorstwo położone na terenie jednego zakładu, a zatrudniające swych pracowników także częściowo na terenie innego zakładu (np. ajenci handlowi, albo robotnicy przy budowie kolei, przechodzącej z jednego terytorjum na drugie). Sprawy tego rodzaju mogą być najlepiej rozwiązane na drodze wzajemnego porozumienia instytucji zainteresowanych, z aprobatą Rządu.

Prócz tego rodzaju problemów natury prawnej, istnieje cały szereg zagadnień w dziedzinie praktyki rozmaitych instytucji ubezpieczeniowych, przy wykonaniu ustaw wprowadzie odmiennych jako całość, ale mających jednakże wiele podobieństwa w szczegółach. Sprawy te wołają wprost o współpracę między instytucjami, dzięki czemu można będzie ujednostajnić i uprościć wiele zagadnień ubezpieczeniowych w całej Rzeczypospolitej, oszczędzając przytem wiele wydatków powtarzających się w każdej instytucji ubezpieczeniowej, nie mówiąc już o pracy dla tych samych celów w poszczególnych przedsiębiorstwach, których pracownicy podlegają ubezpieczeniu. Dzięki skoncentrowaniu wysiłków będzie można osiągnąć rezultaty nierównie lepsze, aniżeli dotychczas. Do takich spraw należy rejestracja, ewidencja i pociąganie przedsiębiorstw do ubezpieczenia, ściąganie składek ubezpieczeniowych, wreszcie lokata kapitału instytucji ubezpieczeniowych.

Pomimo znacznych różnic w zakresie ubezpieczeń, w praktyce gros przedsiębiorstw podlega równocześnie wszystkim rodzajom ubezpieczeń, działających na pewnym terytorjum. Każda z instytucji ubezpieczeniowych powtarza odrębnie ten sam wysiłek uchwycenia tych przedsiębiorstw, rejestrowania ich, badania liczby osób zatrudnionych i wypłaconych zarobków, ściągania składek (mówię tylko o ściąganiu, bo sam wymiar składek odbywać się musi w danych warunkach jeszcze osobno), przeprowadzanie egzekucyj, czasem badania położenia finansowego tych przedsiębiorstw (w razie potrzeby rozkładania opłat ubezpieczeniowych na raty, przyjmowania weksli lub udzielania pożyczek hipotecznych).

Nasuwa się myśl utworzenia, nawet mimo różnic w zakresie ubezpieczenia, wspólnym kosztem i dla wspólnego użytku spisu przedsiębiorstw dla poszczególnych terenów, przyczem różnica w zakresie i potrzebach poszczególnych instytucji mogłaby być doskonale uwzględniona przy ustalaniu stosunkowego udziału w kosztach. Spis taki służyłby także w znakomity sposób celom statystycznym, leżącym w interesie całości ubezpieczenia, a także i poszczególnym instytucjom. Może nawet opłacałoby się utworzenie dla tego celu osobnych biur (przy Kasach Chorych) podległych centralnej organizacji i wykonywujących te czynności dla wszystkich tych instytucji. Zwłaszcza dla kontroli meldunków wypłat zarobkowych każda z tych instytucji czyni to osobno i posiada do tego celu szereg urzędników. Tak czy inaczej, nie ulega wątpliwości, że dla interesów instytucji byłoby bardzo korzystne, gdyby porozumiały się one co do sposobu zorganizowania pewnej

wymiany i uzgodnienia swych wiadomości o przedsiębiorstwach, podlegających ubezpieczeniu (rodzaju, zatrudnionych osobach, zarobkach, zdolnościach płatniczych, punktualności w spełnianiu obowiązków wobec instytucji ubezpieczeniowych i t. d.) oraz wspólnego postępowania przy ściąganiu składek, egzekucjach i t. p.

To, co powiedziano o ewidencji przedsiębiorstw dotyczy w pewnym stopniu także ewidencji, a przede wszystkim statystyki ubezpieczonych. I tu zakres ubezpieczonych, nie zawsze jednakowy, jest jednak na tyle zbliżony, a szereg zagadnień, jak np. rozgraniczenie według zarobków, wieku, stanu rodzinnego, i t. d. przedstawia interes tak ogólny dla wszystkich rodzajów ubezpieczenia, że i tu niewątpliwie można by z powodzeniem, w pewnym przynajmniej zakresie, połączyć statystyki, uwzględniając ewentualnie różnice w rozmiarach i szczególne potrzeby poszczególnych rodzajów ubezpieczenia przy rozdziale kosztów.

Pamiętać przytem należy jeszcze i o tem, że pewne grupy osób nieobjęte dziś przez ten lub inny rodzaj ubezpieczenia, będą niemi objęte niewątpliwie pierwej lub później, i że jest rzeczą bardzo ważną właśnie dla rozwoju ustawodawstwa, ażeby przy podejmowaniu odpowiednich kroków były już znane wszystkie zjawiska statystyczne dotyczące grup nowo obejmowanych, a mających pewne znaczenie dla ukształtowania się stosunków w danem ubezpieczeniu. Ubezpieczenia, nie obejmujące jeszcze pewnych grup osób, mają zatem wcale poważny interes w zbadaniu ich zawczasu.

Podczas gdy zagranicą dawno już zrozumiano i nauczone się cenić należyce znaczenie statystyki i związek pomiędzy statystycznym środowiskiem, w którym się operuje, a wynikami operacji zwłaszcza tak par excellence opartych na statystyce, jak ubezpieczenie, u nas w wielu wypadkach uważa się jeszcze statystykę za zbędne obciążenie administracji, wymagania w tym kierunku za wymysły biurokratyczne, od których się bezkarnie, choćby fałszem, można się wykreścić, a wyniki statystyki za materiał, który może służyć zupełnie jednakowo na poparcie każdej, z góry powziętej tezy. Będzie wcale poważnym zadaniem wspólnej organizacji instytucji ubezpieczeniowych, wyjaśnienie sobie wzajemne, jak statystyka może bezpośrednio ułatwić zorientowanie się w gospodarce instytucji, i poznanie przez porównanie z innymi instytucjami, jakie dodatnie lub ujemne okoliczności są wynikiem pewnych obiektywnych warunków, a jakie wynikiem złej lub dobrej gospodarki.

Rezultatem takiego wyjaśnienia będzie niewątpliwie także obmyślenie wspólnego i jednolitego sposobu przeprowadzenia statystyki dla osiągnięcia jaknajlepszych wyników.

Nie na ostatniem miejscu należy postawić potrzebę porozumienia pomiędzy instytucjami ubezpieczeń społecznych, i współdziałania, czy to wszystkich, czy też pewnych grup w takich sprawach, jak ujednostajnienie i ulepszenie biurowości (buchalterja, kasowość i t. d.), a przede wszystkim ustalenie pewnych wspólnych linii wytycznych, co do polityki świadczeniowej (indywidualizowanie traktowania pewnych chorób i kalectw, leczenie ambulatoryjne, inwalidów, sposób przeprowadzania dochodzeń przygotowawczych, wartościowania środków dowa-

dowych przy rozpatrywaniu roszczeń o świadczenia, podejmowanie pewnych wspólnych akcji o znaczeniu ogólnym - zdrowotnych, angażowanie wspólnych lekarzy i t. p.).

Wszystkim ostatnio wymienionym sprawom, będącym właściwą i istotną treścią działalności instytucji, poświęca się bardzo mało uwagi, a w każdym razie istnieje pod tym względem rozbieżność, chaotyczność i brak usiłowań celem pogłębienia tych spraw i uratowania ich przed szablonowem zmechanizowaniem i zbiurokratyzowaniem. Wyjście z tej sytuacji może dać tylko połączony wysiłek na podstawie wielostronnej wymiany obserwacji i wyników badań. Niewątpliwie celowe traktowanie tych spraw oparte na wspólnym wysiłku ochroniłoby instytucje w wielu wypadkach od zarzutów i wyrazów niezadowolenia, jakie je spotykają ze strony ubezpieczonych.

Pałacą wprost wydaje mi się, potrzeba współdziałania instytucji ubezpieczeniowych w sprawie mającej znaczenie gospodarcze i społeczne, wychodzące daleko poza właściwy zakres działalności instytucji ubezpieczeniowych, a jednak z nią ściśle związanej, mianowicie w sprawie lokaty funduszków. Z natury rzeczy instytucje ubezpieczeniowe dla świadczeń długoterminowych muszą gromadzić i gromadzą pewne rezerwy, celem zabezpieczenia przyszłych świadczeń już to bezpośrednio, już też w ten sposób, że odsetki od tych funduszków mają w przyszłości ochronić ubezpieczonych przed niemożliwem do zniesienia wzrostem składek. Dobrze i planowo użyte, mogą te, poważne w sumie ogólnej fundusze, odegrać pewną rolę w gospodarstwie społecznym. Rozdrobnienie i bezplanowo rozproszkowane z powodu braku współdziałania instytucji, ginące niemal bez efektu w gospodarstwie ogólnem. Niesłuchanie ważnem wydaje mi się przeto skoordynowanie akcji poszczególnych instytucji w tym kierunku, po bardzo gruntownem zbadaniu zagadnienia pod każdym względem.

Wydaje mi się conajmniej godnem zastanowienia, czy nie należałoby w obecnych warunkach skierować całego wysiłku w tej dziedzinie na wspólną akcję budowlaną. Z punktu widzenia społecznego byłoby skutkiem bardzo dodatnim: 1) wybudowanie większej ilości nowych mieszkań, zwłaszcza dla ludności robotniczej, żyjącej w najokropniejszych warunkach mieszkaniowych, co również zwiększa liczbę chorych i inwalidów, 2) danie w okresie nekatającego bezrobocia zatrudnienia całym zastępem robotników, zwłaszcza wobec znanego zjawiska, że zatrudnienie przemysłu budowlanego pociąga za sobą zatrudnienie szeregu innych. Tego rodzaju akcja znalazłaby niewątpliwie poparcie i dalszą pomoc finansową rządu na tle ustawy o rozbudowie miast, a może nawet stworzyłaby specjalnie uzasadnione warunki dla zastosowania t. zw. systemu Monda i związania w ten sposób akcji ubezpieczenia od bezrobocia z innymi ubezpieczeniami. Wspólne porozumienie instytucji dałoby może w rezultacie przekonanie, że najodpowiedniejszym będzie pośrednie działanie, przez budowę w pierwszym rzędzie budynków potrzebnych instytucjom ubezpieczenia społecznego, a następnie opróżnienie dla celów mieszkaniowych lokalów zajmowanych przez nie. Dotyczy to zwłaszcza budowy gmachów dla Kas Chorych. Dotychczas Kasy Chorych budowały przy

pomocy pożyczek hipotecznych, zaciąganych w tych zakładach. Nie wszystkie Kasy mogą jednak już obecnie zaciągać takie pożyczki. Może porozumienie instytucji otworzyłoby nowe drogi przez bezpośrednią budowę gmachów dla użytku Kas z zachowaniem jednak prawa własności, z warunkiem opłacania tylko komornego z ewentualną możliwością stopniowego późniejszego wykupywania tych budynków przez Kasy. W niektórych miastach można by również budować wspólne gmachy wszystkich instytucji ubezpieczenia społecznego i ułatwić ubezpieczonym w ten sposób korzystanie z nich, przyczem właścicielem mogłaby być tylko jedna instytucja, a inne opłacałyby komorne.

W obu tych wypadkach lokującym instytucjom ubezpieczenia społecznego należałoby zapewnić oprocentowanie włożonych kapitałów. Oprocentowanie to nie koniecznie musi być największe z osiągalnych, ale na jego korzyść da się powiedzieć wiele, w szczególności istnieje tu zupełna pewność i bezpieczeństwo, a korzyści z tych funduszy pozostają w ubezpieczeniach społecznych, stanowiących wreszcie jedną własność i korzyść tych samych grup społecznych.

Uwagi powyższe nie mają oczywiście służyć jako wskazanie w określonym kierunku, a raczej jako przykład, jak różnorodne zagadnienia nasuwają się na tle wspólnego ujęcia przez instytucje ubezpieczenia społecznego, sprawy lokalu funduszy.

Pragnę z pośród przykładów, dotyczących możliwości i przedmiotów współdziałania tych instytucji, wyliczyć jeszcze jedną sprawę, mającą już precedens i dobre rezultaty w zarządach Kas Chorych. Mam na myśli działalność wspólnej organizacji w dziedzinie lustracji gospodarki złączonych w niej instytucji. Pociąga to za sobą niewątpliwie konieczność pewnego ograniczenia swojej niezależności na rzecz organizacji wspólnej i wydawać się musi ograniczeniem tak (słusznie zresztą) zazdrośnie strzeżonej autonomji. Tak jednakże nie jest. Poddanie się kontroli organizacji wspólnej, czyni, jak doświadczenie poucza, w wielu wypadkach zbędną kontrolę bezpośrednią władz nadzorczych, która wkracza w autonomję całości ubezpieczeń, podczas gdy pierwsza przynajmniej wewnątrz całości ubezpieczenia pozostawia nietkniętą autonomję czynników zainte-

resowanych. Samorząd najlepiej zresztą gwarantowany jest zawsze przez własną dyscyplinę, której jedną formą jest również poddawanie się instytucji tego samego charakteru kontroli związków tych instytucji. Tego rodzaju związki rewizyjne znane są z dobrych wyników i w innych dziedzinach.

Tych kilka przykładów, wyjętych z podstaw działalności instytucji, wskazuje już, jak wiele instytucje ubezpieczenia społecznego wszelkich rodzajów miałyby sobie do powiedzenia i jak bogaty jest materiał, który mogłyby wspólnie przemyśleć, opracować i wcielić w życie.

Dla naczelnych władz nadzorczych organizacja wspólna, za pośrednictwem której i przy pomocy której mogłyby się komunikować z instytucjami i korzystać z materiałów nagromadzonych przez nie z praktyki, byłaby nader cennym udośkondowaniem i pomocą w czuwaniu nad sprawnym funkcjonowaniem ubezpieczenia i przy jego prawnym normowaniu.

Wzajemne poznanie się instytucji ubezpieczenia społecznego rozmaitych rodzajów między sobą, kontakt osobisty kierowników, zaznajomienie się z konieczności urzędników na kierowniczych stanowiskach w jednej instytucji ze sprawami i zakresem działania innych wzmogłoby i pogłębiłoby niewątpliwie zrozumienie potrzeby ściślejszego złączenia i przygotowałoby w praktyce tak pożądane scalenie ustawowe ubezpieczeń społecznych.

Z tych wszystkich względów wydaje mi się wprost nakazem chwili stworzenia jaknajrychlejszej wspólnej organizacji instytucji ubezpieczeń społecznych w Polsce. Ogólno - Państwowy Związek Kas Chorych, jako jedyna organizacja ogólnopolska tego rodzaju, jest z natury rzeczy najbardziej popowołany do ujęcia inicjatywy w swoje ręce. Forma organizacji nasunie jeszcze zapewne niejedną trudność, którą jednakże dobra wola i zrozumienie wspólnego interesu niewątpliwie usunie. Na początek byłaby może wskazana bardziej luźna forma zjazdów perjodycznych ze stałym komitetem organizacyjnym (Radą Zjazdu) i sekretarjatem (biurem), a w miarę tworzenia wspólnych urzędzeń stopniowo narzucać się będą same ściślejsze formy organizacyjne.

HALINA PILICHOWSKA.

STATYSTYKA KAS CHORYCH.

Sposób prowadzenia statystyki w Kasach Chorych posiada bardzo liczne braki. Dotychczasowa statystyka nie odzwierciedla dokładnie istniejącego stanu rzeczy i przynajmniej w pewnych dziedzinach — nie daje podstaw do wysuwania właściwych wniosków.

Postaram się uzasadnić powyższe twierdzenie.

Władze nadzorcze żądają od Kas całego szeregu danych, którymi wiele Kas wcale nie rozporządza. Władze nadzorcze wiedzą o tem, jednakże mimo to żądają nadsyłania takich — niejednokrotnie nieściślych zestawień. I cóż z tego, że większa czy mniejsza liczba Kas przestrzega skrupulatnie terminu i nie naraża się na upomnienia, skoro liczby są nieściśle,

a więc żadnej istotnej wartości nie posiadają? Do liczb takich należą przede wszystkim: ogólna liczba członków ubezpieczonych z podziałem według wieku. Kasy, nie prowadzące ściślej ewidencji członków rodziny, nie prowadzące kartoteki członków, liczb powyższych absolutnie dostarczyć nie mogą, a jeśli czynią zadość poleceniom władz nadzorczych, to stwierdzić należy, że tylko formalnie są w porządku i że liczby podawane w sprawozdaniach osiągnęły często w drodze czysto rachunkowej.

Zakwestjonować również należy ilość osób leczonych w pewnym okresie (kwartalne tabele statystyczne - lekarskie). Przy istniejącym systemie rubryka ta daje raczej ilość zachorowań i to z pe-

wnemi odchyleniami, z natury rzeczy silniejszymi przy chorobach przewlekłych. Jeden i ten sam chory może kilkakrotnie w ciągu kwartału zasiągać porady lekarskiej u rozmaitych specjalistów i za każdym razem figuruje w wykazie lekarza, jako nowy chory. Mało tego: jeśli w leczeniu następuje przerwa, to chory, ponownie z tą samą zgłaszający się chorobą, uwidaczniany bywa w wykazie, jako nowy chory. Wewnętrzna instrukcja lekarska rozmaicie tę przerwę określa: jedne Kasy przyjmują okres trzytygodniowy, inne sześciotygodniowy i t. d. W rezultacie rozporządza Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej niejednolitym materiałem statystycznym.

Są to braki bardzo doniosłe, ponieważ zarówno liczby względne, ilustrujące stosunki osób korzystających z lecznictwa kasowego do liczby osób ubezpieczonych i ich rodzin, jak i stosunek ilości porad do ilości leczonych nie odpowiada ściśle faktycznemu stanowi rzeczy.

A już całkiem nieuchwytną jest „ilość chorych, którzy wyszli z leczenia”. (Dotyczy to, oczywiście, tych chorych, którzy nie pobierają zasiłków). Nadto lekarze niejednokrotnie pomijają tę rubrykę, wskutek czego ilość osób rzekomo leczonych w kwartale znacznie przewyższa liczbę faktycznie leczonych (rubryka 9).

Te „słabe” punkty dotychczasowej statystyki podałam tylko przykładowo.

Sądzę, że dla uniknięcia fikcji — najwłaściwszą rzeczą byłoby przejście do systemu kartkowego. Kartka statystyczna, przeznaczona do wyłącznego użytku biura statystycznego, odda niewątpliwie znacznie większe usługi, niż schemat — tabele statystyczne - lekarskie; lekarze zaś, widząc celowość tej pracy, sumiennie będą wypełniali te kartki. Kartka statystyczna winna zawierać rodzaj choroby, wiek, płeć, zawód i nic ponadto. Otwarta pozostaje kwestja, czy prowadzenie statystyki przerzucić wyłącznie

na urzędników administracyjnych, odciążając w ten sposób lekarzy, czy też wypełniania tych kartek żądać od lekarzy. Wydaje mi się, że jest rzeczą niezbędną, aby rozpoznanie choroby wpisywał (czytelnie!) sam lekarz, natomiast inne dane (wiek, płeć, zawód) — personel administracyjny. Oczywiście, zajęcie to więcej czasu, jednakże pamiętać należy, że czas lekarza jest nierównie droższy przez Kasy opłacany i obciążanie lekarza pracą czysto administracyjną jest tylko pozornie tanie.

Rozporządzając dokładnymi liczbami z podziałem wedle wieku, płci i zawodu i to zarówno co do członków Kasy i ich rodzin, jak i co do chorych korzystających z lecznictwa kasowego możemy wysuwać takie czy inne wnioski o chorobowości wśród członków Kasy i ich rodzin, o związku między pracą w pewnych zawodach a znacznie większą liczbą zachorowań w tym zawodzie i t. d.

Reasumując, sądzę, że jest rzeczą konieczną zwołanie jaknajrychlej konferencji, któraby określiła zakres statystyki Kas Chorych, ujednostajniła pewne pojęcia oraz ustaliła technikę prowadzenia statystyki przez poszczególne Kasy.

Kto wie, czy najbardziej celowe nie byłoby oznaczenie przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej kilku typowych Kas, na które nałożony obowiązek prowadzenia bardzo dokładnej statystyki. (Materiał byłby wprawdzie znacznie szczuplejszy, a e za to zupełnie ścisły). Wzorowe prowadzenie statystyki przez kilka wybranych Kas pociągnęłoby oczywiście, konieczność zezwolenia tym kasom na zwiększenie kosztów administracyjnych.

Kończąc te uwagi, powtarzam jeszcze raz, że jeśli statystyka lekarska Kas Chorych ma dawać rzeczywisty obraz działalności Kas, to rzeczą niezbędną jest zwołanie konferencji zainteresowanych czynników celem ustalenia wytycznych na przyszłość¹⁾.

Poseł JAN PUCHAŁKA.

W SPRAWIE NOWELIZACJI USTAWY O ZABEZPIECZENIU NA WYPADEK BEZROBOCIA²⁾.

Cenne uwagi Dr. Pragierowej i D-ra Müllera w sprawie pomocy dla bezrobotnych, zamieszczone w poprzednich numerach „Przeglądu”, oraz szereg artykułów na ten temat spotykanych w innych organach prasowych, stwierdzają fakt, że kwestja bezrobocia w Polsce, podobnie jak i w innych państwach, wybija się na czoło zagadnień społecznych

¹⁾ Drukując powyższe uwagi o statystyce Kas Chorych musimy zaznaczyć, że — o ile chodzi o ewidencję członków rodzin i kartotekę członków — uwagi autorki mogą odnosić się chyba tylko do niektórych Kas, gdyż wszystkie bez wyjątku Kasy w b. zaborze pruskim, jak i bezwzględna większość Kas w b. zaborze rosyjskim i austriackim prowadzą skrupulatnie ewidencję członków rodzin i kartotekę członków. Jeżeli więc zachodzą nieścisłości w zestawieniach podawanych przez niektóre mniejsze Kasy, które tych urządzeń nie posiadają, to nie może to mieć decydującego wpływu na rezultaty ostateczne z całego państwa. Słuszniejsze są może uwagi o nie-

obecnej doby, a jej rozwiązanie wymagać będzie jeszcze wielu wysiłków.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że pomoc dla bezrobotnych w Polsce jest niedostateczna. Zdają sobie sprawę z tego zapewne te czynniki, które miały i mają wpływ na uregulowanie tej pomocy, a więc rząd, parlament i wreszcie sami bezrobotni.

których rubrykach tabeli statystyczno - lekarskiej. O ile nam jednak wiadomo, Ministerstwo samo uważa je za niecelowe i opracowało już odpowiednie zmiany, które w najbliższym czasie będą wprowadzone w życie. Niemniej jednak uważamy konferencję w sprawie statystyki za potrzebną. Zarząd Zw. Państwowego wystąpił już z odpowiednią inicjatywą

(Przyp. Red.).

²⁾ Na nasze zaproszenie, zabiera głos, w sprawie nowelizacji ustawy o zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia, p. poseł Jan Puchałka, referent tej ustawy w Sejmie. (Przyp. Red.).

Jako referent projektu ustawy o zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia świadom byłem braków ustawy, jakkolwiek w r. 1923, kiedy projekt był poraz pierwszy rozpatrywany, nie przewidywałem ani ja ani też nikt inny, że bezrobocie w Polsce przybierze tak duże rozmiary i będzie tak długotrwałe. Ustawę opracowywano w okresie, kiedy rząd i sejm poważnie przystępował do sanacji finansów państwa i jego życia gospodarczego, kiedy poraz pierwszy próbowano wejść na drogę normalnej gospodarki budżetowej, kiedy podjęto walkę z inflacją i wprowadzono nową walutę, złotego. Wydawało się wówczas, że położenie w Polsce z dnia na dzień będzie się polepszać, a temsamem i kwestja bezrobocia straci na ostrości. Przyszłość ułożyła się inaczej niż przewidywano. Ale mimo różowych wówczas nadziei zwracano przy uchwalaniu ustawy uwagę na te jej braki, które obecnie tak jaskrawo się ujawniają. Przedstawiciele sfer pracujących żądali tak w komisji jak i na pełnym sejmie objęcia ustawą wszystkich pracowników najemnych, wypłacania zasiłków przez cały okres bezrobocia, podwyższenia normy zasiłkowej, przyznania pracownikom większego wpływu w zarządzie Funduszu bezrobocia, obniżenia udziału pracowników w opłatach wzgl. przeniesienie całego ciężaru opłat na pracodawców i rząd, słowem stawiano te same postulaty, jakie się i dziś wysuwa.

Jakkolwiek miałem i mam zrozumienie dla wielu z powyższych postulatów, to jednak jako referent ustawy musiałem brać pod uwagę: 1) stosunek sił w sejmie i senacie, 2) stosunki finansowe państwa, 3) położenie gospodarcze przemysłu zwłaszcza drobnego, 4) nastrój większości społeczeństwa w stosunku do zagadnienia bezrobocia, które jako objaw nowy nie mogło być należycie oceniane. Z tych też powodów należało przy opracowywaniu ustawy zrezygnować z wielu bardzo słusznych postulatów, by przynajmniej nie zaprzepaścić samej zasady o prawie bezrobotnych do opieki i pomocy.

Krytycy ustawy z dnia 18 lipca 1924, pomijają jeszcze jeden moment, powodujący, że ustawa nie zadawała bezrobotnych. Mam tu na myśli charakter ustawy. Już w roku 1923 wynikł spór o to, czy ustawa ma mieć charakter ustawy stałej, obowiązującej w okresie normalnego bezrobocia, czy też ma być raczej ustawą przejściową obliczoną na okres bezrobocia o wyjątkowym napięciu. Ustawodawca poszedł drogą pośrednią, usiłując stworzyć pewnego rodzaju pomost między okresem bezrobocia wyjątkowego, a normalnego. Z tego kompromisu powstały owe ograniczenia co do zakresu zabezpieczenia, terminu pobierania zasiłku, wysokości zasiłku oraz szereg innych postanowień, które nie byłyby się znalazły w ustawie, gdyby zdecydowano się na uchwalenie, albo ustawy o charakterze stałym, albo przejściowym.

Przy nowelizacji ustawy o zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia należy, zdaniem mojem — uznać ustawę za przejściową a w następstwie tego wyeliminować z niej te postanowienia, które wywołują niezadowolenie, a zmuszają rząd do przeprowadzenia równoległe drugiej akcji pomocy dla bezrobotnych, tak zw. akcji doraźnej.

Przechodząc do szczegółowych zmian ustawy uważam za rzecz konieczną rozciągnięcie jej mocy działania na te kategorie pracowników, które nie

są objęte, a więc na wszystkie zakłady pracy, bez względu na to, jaką liczbę pracowników zatrudniają. W ten sposób usunęłoby się tę dużą krzywdę, jaka niezastąpienie spotyka tych, którzy pracują w małych zakładach. Wysiuvane w r. 1923 jako argument trudności co do kontroli małych zakładów, dziś odpadają, bo instytucje przeprowadzające rejestrację i kontrolę bezrobotnych zdobyły już w ostatnich latach potrzebne doświadczenie i bez niebezpieczeństwa dla funduszu ubezpieczeniowego mogą objąć i małe zakłady pracy.

Miałbym pewne zastrzeżenie co do objęcia ustawą również pracowników młodocianych, czego domaga się dr. Pragierowa. Jakkolwiek sam postulat jest słuszny, to jednak obawiam się, że w naszych warunkach gospodarczych napotka jego realizacja na duże trudności, a fundusz bezrobocia może być narażony na poważne straty wobec znanego faktu, że młodociani są elementem najtrudniejszym do kontroli.

Kwestja zniesienia ograniczenia co do okresu pobierania zasiłków winna być rozstrzygnięta w myśl postulatów pracowników, ale tylko w wypadku, jeśli przy nowelizacji ustawy stanie się na stanowisku, że ustawa jest przejściowa. W przeciwnym bowiem razie trzeba określić termin pobierania zasiłków, chociażby ze względu na możliwość ułożenia budżetu, a więc określenia wysokości składek i zasiłków. W tym ostatnim wypadku należałoby przedłożyć obowiązujący obecnie 13, wzgl. 17 tygodniowy okres pobierania zasiłków, ale jednak musiałby ten okres być określony.

Podwyższenie zasiłków nastąpiło już przez rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 6 grudnia 1926. (Dz. U. R. P. Nr. 124 poz. 717) w stosunku do tych, którzy pobierają płace wyższe. Abyby te rzecz należycie uregulować, trzeba zmienić art. 7 ustawy w tym kierunku, że norma zarobków, a więc i zasiłków ulega zwyżce w miarę wzrostu drożyzny, wzgl. że normę tą określa się w złocie. Nie oświadczyłem się za podwyższeniem stopy procentowej zasiłku, bo to spowodowałoby bardzo znaczne obciążenie funduszu bezrobocia, ściślej mówiąc skarbu państwa, który niedobory pokrywa. Nie podzielałm zresztą poglądu dr. Pragierowej, że zasiłek winien być wwrównaniem straty, jaką ponosi ubezpieczony z powodu utraty pracy. Można oczywiście stanąć na tem stanowisku, ale natenczas, trzeba liczyć się z takim podwyższeniem składek, jakiego nie zniesie ani przemysłowiec ani robotnik zwłaszcza w obecnym kryzysie, kiedy liczba bezrobotnych jest tak wielka, a przemysł walczy z dużymi trudnościami.

Ustawowego uregulowania wymaga jeszcze sprawa pomocy dla bezrobotnych w razie choroby. Rozwiązanie tego zagadnienia w Polsce byłoby możliwe tylko w drodze ustawy o zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia, oraz ustawy o przymusowym ubezpieczeniu na wypadek choroby. Trudności, jakie się w tej sprawie nastęrczają, dałbyby się usunąć przez scalenie ustawodawstwa ubezpieczeniowego, bo wtedy pracownik w jednej i tej samej instytucji ubezpieczeniowej korzystałby z pomocy tak na wypadek choroby jak również bezrobocia i niezdolności do pracy, czy starości. Na tego rodzaju scalenie, leżące podobno w zamiarach rządu, na razie się jednak nie zanosí, a w każdym razie przygotowanie

tego rodzaju unifikacji ubezpieczeń społecznych wymagać będzie długiego czasu. Z tego też powodu kwestia ubezpieczenia bezrobotnych na wypadek choroby musi być potraktowana tylko w drodze nowelizacji obowiązującego ustawodawstwa. Według mojego zapatrywania pracownik, który popadł w stan bezrobocia, winien i nadal pozostać członkiem Kasy chorych z wszelkimi z tego tytułu przysługującymi mu prawami. Składki za bezrobotnego winno opłacać państwo i samorzady, w wypadkach zaś stwierdzenia, że wina redukcji czy zamknięcia zakładu leży po stronie pracodawcy, również pracodawca. Obciążenia składkami na rzecz kasy chorych funduszu bezrobocia nie da się przeprowadzić wobec trudności, z jakimi ten fundusz walczy. Narzucanie kasom chorych obowiązku bezpłatnego leczenia bezrobotnych nie jest również do pomyślenia. Nie należy zresztą zapominać, że kasy chorych już dziś ponoszą na rzecz bezrobotnych znaczne ofiary, wobec znanego faktu, że wielu pracowników zagrożonych bezrobociem zgłasza się do kasy chorych, by korzystać z zasiłków, przewidzianych na wypadek choroby. Prawda, że jest to nadużycie, ale walka z niem jest prawie beznadziejna, nawet przy bardzo ścisłej kontroli. Zanewnienie bezrobotnym opieki i pomocy na wypadek choroby będzie dziełem wielkiej doniosłości społecznej i spotka się ze szczerem zadowoleniem pracowników.

Zmiany ustawy pożądanę ze względu na ułatwienie w jej technicznym przeprowadzeniu są już sprawą, która — jak mam wrażenie — nie napotka na większe trudności. Należałoby jeszcze rozważyć sprawę użycia funduszy opłacanych na rzecz bezrobocia. Ustawa przewiduje, że fundusze te mogą być użyte wyłącznie na zasiłki dla bezrobotnych. Już przy uchwalaniu ustawy z dnia 18 lipca 1924 stawiano wnioski, by z tych funduszy udzielać pożyczki na uruchomienie warsztatów pracy. Przeciwnostawiałem się tym wnioskowi, wychodząc z założenia, że przez kilka lat najbliższych Fundusz bezrobocia nie będzie rozporządzał nadwyżkami, które

możnaby lokować czy w formie wkładek oszczędnościowych lub w formie pożyczek. Życie stwierdziło słuszność tego poglądu. Fundusz bezrobocia nietylko niema nadwyżek, ale niedobory, które dopiero w miarę zmniejszenia się liczby bezrobotnych będą znikać.

Wysuwany jest jeszcze inny wniosek a mianowicie, by kwoty wydawane na zasiłki były użyte na uruchomienie warsztatów pracy. Myśl taka wydaje się pozornie słuszna. Udzielanie zasiłków ludziom zdrowym, zdolnym do pracy, gorszy opinię publiczną i niewątpliwie wywiera na samych bezrobotnych wpływ demoralizujący. Danie tym ludziom pracy zamiast zasiłków byłoby przeto najwłaściwszym rozwiązaniem kwestji bezrobocia. Użycie jednak na ten cel funduszu ubezpieczeniowego nie mogłoby nastąpić dopóty, dopóki nie było gwarancji, że wystarczy on na zatrudnienie wszystkich bezrobotnych, uprawnionych do zasiłku. O tem oczywiście w dzisiejszych warunkach mowy być nie może i dlatego zarząd Funduszu bezrobocia ani też Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej nie może zgodzić się na użycie funduszy ubezpieczeniowych na inne cele niż na zasiłki.

Pozostaje w końcu do rozstrzygnięcia pytanie, jaką drogą należy przeprowadzić zmiany ustawy o zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia, wzgl. o ile chodzi o pomoc dla bezrobotnych w razie choroby, ustawy o kasach chorych. Na podstawie znajomości stosunku w naszym parlamencie, obawiałbym się przeprowadzania nowelizacji w drodze uchwał sejmu i senatu. Jest to zresztą zbyt cenne wobec tego, że ustawodawstwo społeczne włączone zostało do pełnomocnictw udzielonych rządowi. Dekret Prezydenta R. P. może w krótkiej drodze rozstrzygnąć to, co w parlamencie wymagałoby całych miesięcy pracy. Z tych powodów nowelizację ustaw winien przeprowadzić rząd w formie dekretu, a rzeczą organizacji pracowniczych jest wywarcie odpowiedniego na rząd w tym kierunku nacisku.

Z. M.

WŁADZE KASY CHORYCH*). (PROJEKT ZMIANY).

Kasy Chorych to nietylko jednostki prawne, lecz i jednostki gospodarcze. Nietylko ściągają składki ustawowe i wypłacają zasiłki pieniężne,

*) Umieszczamy artykuł p. Z. M., jako materiał do dyskusji, mimo, iż z wywodami Szan. Autora bezwzględnie się nie zgadzamy. P. Z. M. domaga się słusznie określenia zakresu działania dyrektora, jednak nie odpowiada na pytanie wobec kogo dyrektor ma być odpowiedzialny.

Niewłaściwą gospodarkę w niektórych Kasach, podnosi p. Z. M. do wysokości maxymy, zapominając o tem, iż samorząd jest jedną z największych zdobyczy naszych w dziedzinie gospodarki zbiorowej, jest szkołą wychowania i pracy obywatelskiej. Najlepszym przykładem są Anglja i Rosja carska. Tylko dzięki pracy samorządowej Anglja mogła postawić gospodarkę publiczną na tak wysokim poziomie, stworzenie zaś samorządu (ziemstwa) w Rosji, świadczyło o nieudolności biurokracji państwowej. Rząd carski był wprost zmuszony do zorganizowania samorządu, mimo absolutyzmu. Rzecz prosta,

lecz organizują i prowadzą własne lecznice, organizują i prowadzą własne apteki i składnice apteczne. Większe Kasy prowadzą nadto związaną z ich

że kwestja organizacji pracy samorządowej (także i w Kasach) jest sprawą nadającą się do rzeczowej dyskusji.

Pana Z. M. razi t. zw. partyjnictwo w Kasach, które, zdaniem jego, „srowadza dyrektora do roli linoskoka”. Naszem zdaniem, t. zw. „partyjnictwo” jest raczej dowodem żywotności instytucji i jej wielkiego znaczenia dla naszego życia społecznego.

Stwierdzamy, iż żaden z projektów nowelizacyjnych, z którymi niejednokrotnie rozprawialiśmy na łamach P. U. S. dość ostro, nie przewiduje zniesienia władz samorządowych.

Uwagi nasze nie wyczerpują oczywiście całokształtu argumentów przeciw poglądom p. Z. M. Chcieliśmy, ogłaszając je, zainicjować dyskusję, która niewątpliwie rozwinie się na ten temat — zastrzegając sobie głos po zakończeniu dyskusji. (Przyp. Red.).

działalnością złożoną, często gospodarke, własne szpitale, wytwórnie leków. To też organizacja władz Kas Chorych winna być dostosowana do ich działalności gospodarczej, musi być sprawna, jednolita i ciągła. Ta okoliczność, że Kasy Chorych są instytucjami publicznymi i czerpiącymi swe środki finansowe ze składek przymusowych zarówno pracodawców, jak szerokich mas pracujących, wymaga tembardziej nietylko kontroli bezpośredniej członków i władz państwowych, lecz i możliwie najlepszej administracji.

Administracja dobra jest wtedy, gdy jej organizacja jest prosta, odpowiedzialność wyraźna, a dobór zarówno sił kierowniczych, jak wykonawczych — wykwalifikowanych. Zbytńa złożoność władz, niejasne lub niewłaściwe rozłożenie odpowiedzialności, niewłaściwy dobór kierownictwa i pracowników odbijają się fatalnie na działalności i rozwoju instytucyj gospodarczych, chociażby ich podstawy finansowe były najmocniejsze i najzdrowsze.

Przyczyny niedomagań Kas Chorych są najróżniejsze, lecz nie najmniejszą jest organizacja władz. Ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby z dn. 19.V 1920 r. orzeka, że władzami Kasy Chorych są: rada, zarząd, komisja rewizyjna i komisja rozjemcza. Wszystkie te ciała pochodzą z wyborów, opartych na głosowaniu pięcioprzymiotnikowym i mają określone ustawowo kompetencje. Lecz ciałem kierowniczym jest Zarząd 9 lub 18 osobowy, wybierany przez radę, a składający się w $\frac{2}{3}$ z przedstawicieli ubezpieczonych i w $\frac{1}{3}$ z przedstawicieli pracodawców.

Ustawa zastrzega, że członek Zarządu nietylko nie może być pracownikiem Kasy Chorych, lecz nie może otrzymywać wynagrodzenia ze swe funkcje, prócz odszkodowania za czas stracony na rzecz Kasy z uszczerbkiem dla jego zarobku (podróże urzędowe, posiedzenia, rewizje Kasy i t. p.) oraz zwrotu poniesionych rzeczywiście wydatków. A więc ustawa mówi, że członek Zarządu nie może być faktycznym bezpośrednim kierownikiem instytucji, gdyż nie może poświęcić całego czasu jej sprawom, musi zarabiać i czerpać środki egzystencji gdzieindziej.

Tymczasem też sama ustawa mówi, że do Zarządu należy ogólne kierownictwo jej czynnościami, administracją oraz zarządzanie majątkiem Kasy (art. 73). Przewodniczący Zarządu lub jego zastępca reprezentuje Kasę nazewnątrz wobec władz i osób trzecich, występuje w imieniu Kasy w sądach i poza niemi (art. 74). Poza wielkimi, zwłaszcza w dużych Kasach Chorych, obowiązkami administracyjnymi, Zarządy Kas Chorych mają też wielkie uprawnienia w sprawie nakładania kar pieniężnych na pracodawców (art. 16) i ubezpieczonych (art. 94).

Jakżeż pogodzić te ogromne obowiązki i uprawnienia, wymagające ciągłego, fachowego i bezpośredniego kierownictwa, z tem, że członkowie Zarządu nie są i nie mogą być związani bytowo z instytucją, którą kierują? Na to doniosłe pytanie niema w ustawie wyraźnej odpowiedzi. Bo wprawdzie w 2 artykułach ustawy wspomnianej jest słowo „dyrektor” Kasy, lecz o uprawnieniach i obowiązkach jego powiedziane jest tyllko, że na wniosek dyrektora Kasy, Zarząd mianuje i zwalnia pracowników, oraz, że dyrektora Kasy powołuje Zarząd, a zatwierdza Urząd Ubezpieczeń (art. 73 ust. II).

Z tego ostatniego warunku możnaby sądzić, że do stanowiska dyrektora przywiązuje ustawa pewną wagę. Ale, niestety, są to tylko domniemania, nieoparte na żadnem zdaniu ani literze ustawy. Wszystkie uprawnienia i obowiązki, nawet kwestjonowanie uchwał, przeciwnych przepisom ustawy lub statutu i wnoszenie sprzeciwu do Urzędu Ubezpieczeń (art. 72 ust. III) nie należą do dyrektora, lecz do przewodniczącego Zarządu. Dyrektor ma tyllko prawo stawiać wnioski, co do mianowania i zwalniania pracowników na podstawie regulaminu służbowego, zatwierdzonego przez Radę Kasy. To też statuty Kas Chorych, rozwijając lukę ustawy, czynią z dyrektorów tyllko szefów biura i przełożonych urzędników Kasy. Dyrektor w nagłych tyllko wypadkach, gdy nie można „na czas postarać się o zarządzenie przewodniczącego Zarządu lub jego Zastępcy ma zarządzić, co koniecznienie potrzeba dla strzeżenia interesów Kasy i jego członków i zdać o tem jaknajrychlejszą sprawę przewodniczącemu”.

Ustawa, jak widzimy, nie kładzie na dyrektora żadnej odpowiedzialności, a jednocześnie wymaga zatwierdzenia go przez władze nadzorcze. Jest w tem rażąca niekonsekwencja. Boć, jeżeli kierownikiem odpowiedzialnym za działalność Kasy Chorych (art. 100) jest Zarząd, jeżeli on ponosi wszystkie konsekwencje złej, czy przestępnej gospodarki, jeżeli on w osobie przewodniczącego, obowiązany jest strzec prawomocności uchwał, to pocóż władze nadzorcze mają zatwierdzać zwykłego i nieodpowiedzialnego kierownika biura? A przecież... ta niekonsekwencja i sprzeczność mają swe głębsze podstawy. Pomimo wszystkich uprawnień ustawowych wybranego Zarządu, jedyną osobą, zdolną do rzeczywistego odpowiadania za gospodarke instytucji, za cały bieg spraw, bo stojącą u steru jej, związaną z nią najbezpośredniej bytem, zorientowaną co do wszystkich trybów i kółek jej maszyneryi, — jest dyrektor i tyllko dyrektor. Przez ręce dyrektora przechodzi cała poczta i wszystkie sprawy Kasy. On referuje sprawy Zarządowi, czy przewodniczącemu i on je załatwia przy pomocy personelu biurowego. I jest to zrozumiałe, boć wieloosobowy Zarząd pozostaje zdala od sprawy Kasy Chorych, a przewodniczący, który musi zarabiać gdzieindziej, wpada do Kasy na godzinę, dwie dziennie i znać całokształtu spraw nie może. Tym sposobem wytwarza się sytuacja, że wprawdzie formalnie odpowiedzialny jest za sprawy Kasy Zarząd, rzeczywistie odpowiedzialną jednostką jest dyrektor Kasy. Jest tak naogół w większości Kas Chorych, bo stan ten wpływa na istoty rzeczy i z tego zastrzeżenia ustawowego, które nie pozwala członkom Zarządu otrzymywać wynagrodzenia za swe funkcje. Lecz dzięki temu stanowi, wytwarza się chaos i zamęt na tle poczucia odpowiedzialności, a często i walka na tle kompetencyj pomiędzy Zarządem i dyrektorem, co w skutkach odbija się fatalnie na gospodarce i działalności tych instytucyj społecznych.

Musimy sobie zdać sprawę, że w Polsce szerokie masy obywateli bardzo słabo są przygotowane do działalności społecznej, a zwłaszcza społeczno-gospodarczej. Szerokie masy obywateli muszą się dopiero uczyć pracować społecznie i gospodarować społecznie. I dlatego ramy i formy, w których one uczyć się mają, muszą być proste, jasne, a odpowie-

działność wyraźnie zakreślona i odpowiadająca zarówno funkcjom, jak przygotowaniu.

Ustawa o Kasach Chorych pod względem budowy władz i odpowiedzialności ich zupełnie tym zasadom nie odpowiada.

Organizacja władz powinna być taka, by wyraźnie wskazywała odpowiedzialność, wypływającą jasno z funkcji pełnionych. Tymczasem rzeczywiście odpowiedzialny za kierownictwo instytucją dyrektor Kasy jest nieodpowiedzialny, rzeczywiście odpowiedzialny za leczenie lekarz naczelny jest również nieodpowiedzialny, bo ustawa nie wspomina, ani słowem o jego obowiązkach, a o uprawnieniach — tylko tyle, że bierze on udział w posiedzeniach Zarządu z głosem doradczym. Natomiast całą odpowiedzialność kładzie na Zarząd, który jeno na posiedzeniach perjodycznych bardzo doraźnie styka się ze sprawami Kasy, a często składa się z osób, które nie są w stanie nawet powierzchownie orjentować się w sprawach i organizacji instytucji. To też praktyka życiowa wykazuje niemal codziennie, że wieloosobowy Zarząd Kas Chorych jest ciałem zgoła nieodpowiednim do kierowania żywą instytucją gospodarczą, że albo jest martwym balastem, obciążającym tylko budżet instytucji swymi djetami, albo, co gorzej, szkodliwym zawalidrogą, starającym się wepchnąć swoich protegowanych na posady, intrygującym i prowadzącym partyjne boje na terenie instytucji, przeszkadzającym dyrektorowi kierować instytucją. Poza tem w naszych warunkach społecznych, kiedy na terenie działania Kasy Chorych, istnieje kilka, lub kilkanaście partyj, walczących o wpływy, stanowisko dyrektora sprowadza się albo do powolnego wykonania woli partji rządzącej, jeżeli jest w zarządzie większość zdecydowana i jednolita, albo też sprowadza się do roli linoskoka, jeżeli tej większości zdecydowanej niema, a trzeba się liczyć z płynną i zmienną konfiguracją sił. Zamiast myśleć o rozwoju instytucji, o najbardziej sprawnym i celowym jej funkcjonowaniu, dyrektor musi wysilać się na dyplomację, na zgłębianie arkanów politycznych, by salwować swą skórę, by zachować posadę. Nie lepiej dzieje się z personelem pracowniczym. Wprawdzie formalnie pracownicy ci zależą od dyrektora i podlegają jemu, faktycznie podlegają władzom partyjnym i u nich szukają oparcia. Przy podziale funkcji i obsadzeniu ich odpowiednimi pracownikami dyrektor stale musi baczyć, by stało się zadość wpływom partyjnym i by nie narazić się czynnikiem wpływowym. Jasne jest, że w takich warunkach funkcjonowanie Kas Chorych musi pozostawiać wiele do życzenia.

Narzekanie na funkcjonowanie Kas Chorych jest powszechne. Inna rzecz, że różne są pobudki tego narzekania. Inna rzecz, że pobudki te często nie mają nic wspólnego z dobrem instytucji ubezpieczeń społecznych, które pomimo licznych braków, są wielkim dobrodziejstwem społecznym. Narzekają na Kasy Chorych ci, co muszą płacić, a więc w pierwszym rzędzie pracodawcy; narzekają ubezpieczeni, którzy pragnęliby, aby Kasy Chorych im dawały to, czego dawać nie mogą, ani nie mają prawa; narzekają ci, którzy nie znają swych praw i obowiązków, a dzięki niewiedzy i nieporadności, nie umieją ze swych praw korzystać. Są przecież narzekania słuszne i braki niewątpliwe, obok których przejść obojętnie i bezkrytycznie społecznikom - ubezpieczeniowcom nie wolno. A niewątpliwie dotychczasowa orga-

nizacja władz Kas Chorych jest źródłem poważnym niedomagań.

Kasy Chorych są instytucjami, opartymi na przymusie, są organizacjami masowymi i gospodarczymi. To są ich cechy niewątpliwe. Przyjrzyjmy się więc, jak są zorganizowane instytucje podobne w innej dziedzinie życia, nie mówiąc o instytucjach gospodarczych, kapitalistycznych. Najbliższym typem instytucji, co do charakteru i zadań jest samorząd miejski. Jest to też organizacja, oparta na przymusie, obejmuje szerokie masy obywateli i ma zadanie gospodarcze. Samorząd przecież miejski ma znacznie szersze zadania i obejmuje całą ludność miast. I to jest różnica poważna.

Jakaż jest budowa władz samorządowych według dekretu o samorządzie miejskim (Dz. Praw. 13, 1919 r. poz. 140)? Ludność wybiera radę miejską, a rada magistrat. Wydawałoby się więc, że organizacja jest ta sama. A przecież tak nie jest. Magistrat, a więc burmistrz i ławnicy — to istotni kierownicy gospodarki miejskiej, to kierownicy *płatni*, oraz poza wielkimi miastami — kierownicy *bezpośredni* poszczególnych działów gospodarki miejskiej. Należy przytem dodać, że tam, gdzie, jak np. w Warszawie kierownikami bezpośrednimi gospodarki nie są, i gdzie obok nich są naczelnicy — urzędnicy, wytwarza się już bałagan i chaos.

Pomimo to, że nie sposób porównywać zakresu gospodarki samorządowej z gospodarkami Kas Chorych, gdyż pierwsza jest znacznie większa i odpowiedzialniejsza, magistraty nie są nigdzie tak liczne, jak zarządy Kas Chorych. W stolicy Rzeczypospolitej, Warszawie ławników razem z prezydentem i wiceprezydentem jest mniej, niż członków Zarządu Kasy Chorych, których jest 18.

Dekret o samorządzie nie przewiduje poza tem zatwierdzanego przez Władze Nadzorcze Dyrektora Magistratu.

Burmistrz, czy prezydent miasta, to gospodarz i głowa miasta. Cały czas poświęca miastu, cały bieg spraw jest w jego ręku. Czy można to samo powiedzieć o przewodniczącym Zarządu Kasy Chorych? On zajęty jest pracą zawodową. Ustawa nie pozwala mu poświęcać całego czasu Kasie Chorych. W Kasie Chorych jest stale i faktycznie nią kieruje dyrektor.

To porównanie ustroju władz Kasy Chorych i samorządu miejskiego musi nas przekonać, że ustrój władz Kasy jest nieodpowiedni. Jeżeli w magistracie wystarczy burmistrz i kilku ławników, to stanowczo w Kasie Chorych wystarczy dyrektor, wybrany przez Radę *tak liczna, jak obecny Zarząd* i zatwierdzony przez Władze Nadzorcze.

Odpowiedzialność dyrektora i kontrola nad jego działalnością są całkowicie zapewnione. Odpowiedzialny on jest przed Radą, która wtedy będzie czemś, jak obecnie jest niczem, kontrolowany bezpośrednio jest przez Komisję Rewizyjną, wybraną przez tąże Radę. Ubezpieczeni, niezadowoleni z jego decyzji w sprawie świadczeń, mogą odwoływać się do Komisji Rozjemczej. Wreszcie, koordynuje i przestuje jego działalność Związek Kas Chorych, a czuwa nad jego praworządnością Władza Nadzorcza.

Usunięcie ze struktury władz zbędnego zgoła, a często szkodliwego wieloosobowego Zarządu Kas Chorych, a utworzenie jednoosobowego Zarządu w osobie Dyrektora, który i tak jest kierownikiem instytucji (jeżeli wogóle jest kierownictwo), wydaje

mi się jednym z najważniejszych posunięć, jakie są niezbędne dla uzdrowienia i usprawnienia tych pożytecznych, a niezbędnych już w naszym życiu społecznym instytucji.

Osiągniemy bowiem przez to:

- 1) przeniesienie odpowiedzialności na istotnego kierownika,
- 2) usprawnienie organizacji i administracji,

H. Z.

SPÓŁKA BRACKA W TARNOWSKICH GÓRACH W R. 1925 i 1926

Wraz z Górnym Śląskiem przejęła Polska w myśl Konwencji Genewskiej z 15 maja 1922 r. obowiązujące na tem terytorjum ustawodawstwo o ubezpieczeniach społecznych.

Ustawodawstwo to przewidywało osobne urzędnictwa ubezpieczeniowe dla górników, t. z. Knappschaftsvereine (Spółki Brackie), które z jednej strony przeprowadzały, jako instytucje zastępcze, ogólne ubezpieczenie na wypadek choroby, z drugiej strony były instytucjami zawodowego ubezpieczenia dodatkowego do ogólnego ubezpieczenia od niezdolności do pracy, na starość i na korzyść pozostałych członków rodzin. Charakter zawodowy ubezpieczenia dodatkowego, zwanego pensyjnym, polegał przedewszystkiem na innej, niż w ogólnym ubezpieczeniu robotniczym, kwalifikacji niezdolności zarobkowej, ponieważ wymagał tylko niezdolności do zarobkowania w danym zawodzie, a nie do zarobkowania wogóle i na krótszym, ze względu na szybkie zużycie sił w górnictwie, czasie wyczekiwania (3 lata).

Knappschaftsverein'y, sięgające początkiem swim średniowiecza, podlegały w Niemczech jeszcze do roku 1925, nie ustawom i nadzorowi Rzeszy Niemieckiej, lecz, wraz z całym górnictwem, ustawodawstwu i władzom górniczym pojedynczych państw związkowych Rzeszy.

Na terytorjum Górnego Śląska zorganizowany był na podstawie pruskiej ustawy z r. 1912, Oberschlesischer Knappschaftsverein z siedzibą w Tarnowskich Górach; należało do niego całe górnictwo górnośląskie z wyjątkiem kopalń ks. Pszczyńskiego, które miały odrębne ubezpieczenie brackie. Wspomniana instytucja, posiadająca przed wojną olbrzymie rezerwy majątkowe, wyrażające się w liczbie wyższej 60 milionów marek, uległa w związku z podziałem Górnego Śląska, w myśl przepisów Konwencji Genewskiej likwidacji, przyczem na miejsce jej powstały nowe instytucje odrębne dla każdej z obu części Śląska. Po polskiej stronie, jako następcą Oberschlesischer Knappschaftsverein — utworzona została „Spółka Bracka” w Tarnowskich Górach.

Polska Spółka Bracka przejęła po dawnej niemieckiej — trzy czwarte jej członków. Majątek Oberschlesischer Knappschaftsverein, ulokowany przeważnie w papierach wartościowych, stopniał wprawdzie podczas wojny bardzo znacznie, pozostała jednak duża liczba lecznic, znakomicie wyposażonych, będących własnością oddziału pensyjnego (Kasy pensyjnej), a użytkowanych przez oddział ubezpieczenia na wy-

- 3) poważne oszczędności budżetowe,
- 4) oddalenie *) wpływów zakulisowych.

Zdaję sobie aż nadto sprawę, że projekt mój nie będzie naogół mile przyjęty przez sfery polityczne i uprawiające politykę na terenie Kas Chorych, ale wierzę, że poważni społecznicy-ubezpieczeniowcy wezmą pod rozważenie i rzeczową ocenę.

padek choroby (Kasę Chorych). O podział tego majątku toczą się jeszcze rokowania z Niemcami (art. 312 Tr. Wers.) obecnie jednak już w posiadaniu i administracji Polskiej Spółki Brackiej znajduje się kilkanaście szpitali, sanatorjów, lecznic dentystycznych, ortopedycznych i t. p. *)

Już ze względu na ten znaczny majątek, ale jeszcze bardziej z uwagi na znaczenie gospodarcze, społeczne i polityczne górnictwa górnośląskiego dla Polski, zasługuje Spółka Bracka, ta może największa rozmiarem polska instytucja ubezpieczenia społecznego, na szczególną uwagę i zainteresowanie.

Organizacja jej, pozostała dotąd prawie niezmienną w porównaniu ze stanem przedwojennym i w przeciwstawieniu do analogicznych instytucji niemieckich, które uległy zasadniczym przeobrażeniom na podstawie ustawy o „Reichsknappschaftsverein” z roku 1925 i noweli do niej z 1926 roku.

Spółka Bracka ma dwa oddziały: Kasę Chorych i Kasę Pensyjną. Zarząd składa się z 10 członków, po połowie z grupy pracodawców i ubezpieczonych (w Niemczech trzy piąte z grupy ubezpieczonych i dwie piąte z grupy pracodawców). Składki opłacane są, (jak w Niemczech) w stosunku tym samym co udział w Zarządzie. Świadczenia i składki są bez porównania niższe od obecnych niemieckich, zarówno bezwzględnie, jak i względnie (w stosunku do zarobku i ze względu na określenie warunków ich uzyskania).

W połowie stycznia b. r. odbyło się Walne Zgromadzenie Spółki Brackiej, na którym autonomiczny Zarząd i administracja (dyrekcja) przedłożyły sprawozdanie z działalności swej za rok 1925 i 1926.

Rzut oka na zmiany personalne, jakie zaszły w zarządzie i administracji, przekonuje nas, że ustąpiło z Zarządu 5 niemieckich przedstawicieli z grupy pracodawców, których miejsce zajęli przedstawiciele polscy, ponadto opuściło swoje stanowisko w administracji 2 niemieckich wyższych urzędników.

W działalności Spółki Brackiej zaznaczył się rok 1925 bardzo znacznym spadkiem liczby ubezpieczono-

*) Według raportu Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej na VII Międzynarodową Konferencję Pracy było w r. 1924: 12 szpitali na 3.801 łóżek, 1 sanatorium dla gruźlików na 250 łóżek, 1 szpital okulistycki na 154 łóżek, 1 otiatryczny na 107 łóżek, 1 dla chorób kobiecych na 100 łóżek i osobne oddziały dla chorób wenerycznych w Rydułtowie, oczny i uszny w Rybniku, 6 dentystycznych stacji i centralne laboratorium dentystyczne, instytut medyko-mechaniczny, uzdrowisko w Jastrzębie — Zdrój (105 łóżek).

*) nie usunięcie, bo to pozostanie zawsze pium desiderium.

nych, a mianowicie: w Kasie Chorych ze 110.551 na 88.308, w Kasie Pensyjnej z 97.707 na 76.806. Wyrównanie tej straty rozpoczęto się dopiero w drugiej połowie r. 1926 (strajk angielski), przyczem liczba ubezpieczonych nie osiągnęła poziomu z początku r. 1925 jeszcze na 1.X. 1926, (dalej brak jeszcze danych), w którym to dniu wynosiła w Kasie Chorych 98.486, w Kasie Pensyjnej 85.923.

Wydatki Spółki Brackiej wynosiły:

| | |
|---|-------------------|
| W Kasie za rok 1925: | 10,536.322.87 zł. |
| W Kasie Chorych za pierwsze 3 kwartały r. 1926: | 8.282.644.90 zł |
| W Kasie Pensyjnej za r. 1925: | 14.722.941.25 zł. |
| W Kasie Pensyjnej za pierwsze 3 kwartały r. 1926: | 12.626.450.61 zł. |

Jak widać z tego zestawienia, wydatki za r. 1926 (po uzupełnieniu IV kwartału) okazały się niewątpliwie znacznie wyższe, niż w r. 1925. Jest to zupełnie uzasadnione z jednej strony wzrostem kosztów rzeczowych (przedewszystkiem świadczeń w naturze), z drugiej wzrostem bezrobocia w I półroczu 1926 r., co pociąga za sobą zawsze wzrost liczby korzystających ze świadczeń.

Dla ilustracji podajemy parę liczb z lecznictwa w r. 1925 i 1926.

W roku 1925 leczono w lecznicach własnych 28.273 ubezpieczonych i 3.288 członków rodzin, zaś w 3 pierwszych kwartałach r. 1926 leczono w lecznicach 39.729 ubezpieczonych i 3.128 członków rodzin. Z porady lekarskiej korzystało ponadto w roku 1925 osob 200.177, zaś w pierwszych trzech kwartałach roku 1926 już 182.544.

W kąpielach i letniskach leczono w r. 1925 ubezpieczonych 764, a członków rodzin 1.004, w 3 kwartałach r. 1926 ubezpieczonych 540, a członków rodzin 1.159.

W klinikach dentystycznych leczono w r. 1925 osób 11.497, a w 3 kwartałach 1926 r. aż 11.880 osob.

Wydatki na środki lecznicze wynosiły w r. 1925 okrago 980.000 złotych, a tyleż samo w 3 pierwszych kwartałach r. 1926.

W liczbach powyższych przebija się wyraźnie te przyczyny wzrostu wydatków, na które wskazaliśmy poprzednio.

Dochody Spółki Brackiej wynosiły:

| | |
|---|-------------------|
| W Kasie Chorych w r. 1925: | 9.370.466.90 zł. |
| W Kasie Chorych w 3 kwartałach r. 1926: | 7.124.448.55 zł. |
| W Kasie Pensyjnej w r. 1925: | 14.720.057.13 zł. |
| W Kasie Pensyjnej w 3 kwartałach r. 1926: | 10.006.305.60 zł. |

Dochody nie dorównały zatem wydatkom i spowodowały deficyt w Kasie Chorych okrago 1.200.000 za r. 1925 i tyleż za 3 kwartały r. 1926 (wzgl. po doliczeniu należności za używanie lecznic Kasy Pensyjnej blisko półtora miliona), w Kasie Pensyjnej w r. 1925 tylko 3.000 złotych, a w 3 kwartałach r. 1926 już przeszło dwa i pół miliona złotych.

Jeżeli dochody (pochodzące głównie ze składek) za r. 1926 uważać się będzie w całości za dochody ze składek i podzieli się je przez średnie liczby członków, to otrzymamy jako składkę przeciętną na jednego ubezpieczonego za 9 miesięcy: w Kasie Chorych złotych 76.28, a w Kasie Pensyjnej 124.86, t. j. miesięcznie w Kasie Chorych 8.48, w Kasie Pensyjnej 13.87. W markach niemieckich wyniesie to mniej, niż połowę

(okrago 4 mk. wzgl. 7 mk.), podczas, gdy w Spółce Brackiej Gliwickiej (po niemieckiej stronie) same składki wynoszą w Kasie Chorych 6% zarobku, t. j. np. przy zarobku 100 mk. miesięcznie, kwotę 6 mk. mies., a w Kasie Pensyjnej zależnie od klasy zarobkowej i zajęcia od 7½ marek do 22½ mk. Najniższa składka w Kasie Pensyjnej niemieckiej jest zatem jeszcze wyższa od przeciętnej polskiej. Porównanie to rzuca raz jeszcze dosadne światło na słuszność założeń przemysłowców górnośląskich, że utrudniona im jest konkurencja z zagranicą przez zbyt wysokie obciążenie społeczne. Podkreślić przytem wypada, że ogromne różnice na niekorzyść naszych robotników wynikają nie tylko z ich niesłychanie niskich zarobków, ale też z niższej wysokości procentowej składek, niż w Niemczech. W naszej Spółce Brackiej po podwyższeniu na ostatniem Walnem Zebraniu (w styczniu b. r.) składek o jedną czwartą, wynoszą one w Kasie Chorych 5%, (w Niemczech 6%), w Kasie Pensyjnej okrago 8% (w Niemczech blisko 9%).

Rozumie się, że odbija się to odpowiednio na świadczeniach, o których już powiedziano wyżej, że są bezporównania niższe, niż w Niemczech.

Pensja inwalidzka wynosiła przed ostatniem Walnem Zebraniem w Spółce Brackiej najmniej od 20 złotych (=10 mk.) do 66 złotych (=33 mk.) po 30 latach w klasie najwyższej; w Niemczech zaś wynosi pensja najniższa 15.13 mk. niem., a dochodzi do 98.80 mk. po 30 latach w klasie najwyższej. Na Walnem Zebraniu naszej Spółki Brackiej w styczniu podwyższono świadczenia pensyjne o 10%, co oczywiście nieznacznie tylko zmniejsza tę dysproporcję. Odpowiednio ustosunkowane są i inne świadczenia: dla wdów, sierot i t. d. Podkreślić należy, że Kasy niemieckie wypłacają również t. zw. pensje starcze, których w Kasie polskiej wcale niema. Otrzymują je w Niemczech górnicy po osiągnięciu 50 r. życia i 300 miesiącach (okrago 30 lat) ubezpieczenia, jeżeli nie wykonują równowartej dotychczasowemu zatrudnieniu pracy zarobkowej, choćby byli zdolni do zarobkowania.

Ze takie znaczne różnice w świadczeniach w porównaniu ze stroną niemiecką mogą utrudniać zdobycie popularności dla rządów polskich na Śląsku i wywołać niespodzianki w rodzaju ostatnich wyborów gminnych, temu nie trzeba się dziwić, a trzeba temu raczej przeciwdziałać przez jaknajrychlejszą poprawę ustawodawstwa.

REDAKCJA I ADMINISTRACJA

„PRZEGLĄDU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH“.

przeniesiona została
na ul. Lwowską 13.

ODPOWIEDZ NA KRYTYKĘ PANA D-RA ŁA-WICZA.

Uzasadnienia moje, wypowiedziane w sprawie konieczności nowelizacji ustawy o Kasach Chorych i oparte na posiadanych przezemnie sprawozdaniach instytucji prowadzących własną pomoc lekarską dla swych pracowników, spotkały się z krytyką pana D-ra Ła-wicza na łamach „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych“ Nr. 6 z dnia I. XI. 1926 roku.

Żałuję, iż krytyka ta, która dążyła do zachwiania słuszności moich twierdzeń, nie dotknęła i nie wyjaśniła tych najważniejszych zarzutów, które z ankiety, dokonanej przez Towarzystwo „Liga Pracy“ przedewszystkiem się wysuwają. Nie wyjaśniła więc szerokiego niezadowolenia z Kas Chorych i obawy przed nimi licznych pracowników, którzy dotychczas korzystają z pomocy lekarskiej, zorganizowanej przez poszczególne instytucje.

Wymownym dowodem słuszności mych uzasadnień jest protest, jaki podniósł Związek Zawodowy Pracowników Samorządowych m. st. Warszawy zarówno w wystąpieniach swoich do Pana Prezydenta Miasta, Pana Ministra Pracy i Opieki Społecznej, Pana Ministra Spraw Wewnętrznych, jak i na publicznem zebraniu w dniu 18 stycznia 1927 roku specjalnie zwołanym dla zaprotestowania przeciwko zaliczeniu pracowników miejskich do Kasy Chorych.

Jest zupełnie niezrozumiałe dlaczego tak wymowny protest najwięcej miarodajnych osób, bo pacjentów mających być uszczęśliwionymi dobrodziejstwami, których sobie wcale nie życzą — pozostał bez należytego uwzględnienia.

Nie poruszony został też przez pana d-ra Ła-wicza jeden z najważniejszych zarzutów, iż terytorjalne monopolowe Kasy Chorych przyczyniają się do marnowania w całej Rzeczypospolitej niezmiernie wielkiej ilości czasu przez liczne rzesze pracowników, udających się po pomoc lekarską, zorganizowaną biurokratycznie. Szkoda ta obok nadmiernie marnowanych wydatków i obok niezadowolenia z Kas Chorych — jest bodaj najdotkliwszą.

Poprawa bowiem stanu gospodarczego państwa polskiego i podniesienia dobrobytu ludności wymaga, aby obywatel polski wykorzystał należycie czas, a więc, aby przedewszystkiem nie był ustawami do marnowania czasu zmuszany. Trudności z jakimi walczy Kasy Chorych i niezadowolenie z ich działalności

są wynikiem wyłącznie błędnej ustawowej drogi obranej w Polsce.

Właściwą drogą byłaby ta, na którą weszły państwa zachodnie, posiadające prawidłowo zorganizowaną pomoc lekarską mianowicie:

pierwszym etapem winno być nakazanie przez ustawę pomocy lekarskiej, zorganizowanej przez Kasy Chorych zakładowe, zawodowe lub terytorjalne; tak jest dziś w tych państwach;

drugim etapem byłoby dobrowolne łączenie akcji poszczególnych Kas Chorych dla wspólnego podjęcia takiej działalności, przedewszystkiem profilaktycznej, jak sanatorium, która jedynie siłami zrzeszonymi dokonana być może;

trzecim etapem, który jeszcze nie nastąpił nawet w Niemczech, kolebce idei ustawowego zabezpieczenia pomocy lekarskiej, byłoby nakazanie złączenia wszystkich Kas zakładowych i zawodowych w wielkie kasy terytorjalne.

Polska w organizacji Kas Chorych wkroczyła na drogę odwrotną: rozpoczęła od etapu trzeciego to jest od budowy ogólnych monopolowych kas na danem terytorjum i od zamykania Kas zakładowych.

Droga ta nie rokuje w żadnym razie powodzenia, gdyż nie odpowiada drodze ewolucji, sprawdzonej w państwach zachodnich.

Droga przyjęta przez Polskę upodobniona jest do budowania domu rozpoczynając od kopuły, gdy w życiu buduje się od fundamentów.

Stąd wynikają wszystkie trudności i ujemne strony, których Kasy Chorych nie są i nie będą zdolne pokonać pomimo wszelkich wysiłków osób stojących na ich czele.

Nieprawdą jest przypisywanie mi zdania o owych „dobrych czasach“, gdy to działała medycyna fabryczna, przeciwnie jestem zwolennikiem szeroko rozwiniętych Kas Chorych zorganizowanych na wzór zachodnio - europejski.

Na polskich Kasach Chorych sprawdziło się przysłowie: „Lepsze jest wrogiem dobrego“.

Z tego powodu nowelizacja Kas Chorych polegająca na dopuszczeniu zastępczych Kas jest konieczna i stanowi jedyną drogę do poprawy istniejącego stanu, wzbudzającego szerokie niezadowolenie.

Dr. S. ŁA — WICZ.

P. P. DRZEWIECKIEMU W ODPOWIEDZI.

Nim przejdę do odparcia zarzutów p. D. zgóry zaznaczyć muszę, że do porozumienia między mną jako społecznikiem-lekarzem, a p. Drzewieckim jako przedstawicielem przemysłu nigdy dojść nie może, stoimy bowiem na dwu biegunach; ja bym pragnął, by ze skarbów i dobrodziejstw *współczesnej* wiedzy lekarskiej mogły korzystać w całej pełni jaknajszersze masy ludności, p. D. natomiast życzyłby sobie, by pomoc lekarska kosztowała jaknajtaniej; czy będzie gorszą, czy lep-

szą, jego to oczywiście zgola nie obchodzi. W tych warunkach polemika jest b. trudna i tem trudniejsza, że p. D. bynajmniej nie usiłuje zgłębić przyczyn i rozmiaru tych zjawisk, jakie wysuwa przeciwko obecnie obowiązującym Kasom Chorych. Postaram się go w miarę moich i znajomości rzeczy wyreczyć.

Jako podstawowy motyw przeciwko K. Ch. p. D. wysuwa „szerokie niezadowolenie z K. Ch. i obawy przed nimi licznych pracowników, którzy dotychczas

korzystają z pomocy lekarskiej zorganizowanej przez poszczególne instytucje".

Otóż niezadowolenie istotnie istnieje, jednak bynajmniej nie jest tak szerokie, jak to sobie p. D. na podstawie artykułów, umieszczonych w swoim czasie w „Kurjerze Warszawskim” wyobraża. Stwierdzić mogę z całą stanowczością, że o ile sprawa dotyczy K. Chorych m. Warszawy, niezadowolenie to w miarę udoskonalenia pomocy lekarskiej stale się zmniejsza. Nie wolno ani na chwilę zapominać, że Kasy Chorych na terenie b. Kongresówki dotąd znajdują się w stanie organizacji, która jeszcze nie prędko się zakończy, z tą zaś chwilą, gdy Kasy będą w posiadaniu wzorowo urządzonych warsztatów pracy lekarskiej, gdy będą posiadały dostateczną liczbę szpitali i sanatoriów, niezadowolenie zredukuję się do minimalnej liczby tych, którzy zawsze i wszędzie ze wszystkiego są niezadowoleni.

Niezadowolenie owo w wysokim stopniu podtrzymuje pracująca inteligencja, która pragnęłaby posiadać wyłącznie dla siebie przeznaczone i urządzone ambulatorja, co oczywiście w obecnych warunkach jest nie do urzeczywistnienia w całej pełni; tam jednak, gdzie owe ambulatorja posiada, nawet inteligencja już nie sarka. Na całej natomiast linii niezadowoleni są pracodawcy, zmuszeni do opłaty składek na rzecz ubezpieczonych pracowników. Ze stanowiska p. D. niezadowolenie to jest zupełnie zrozumiałe: trudno mu się dziwić, gdy marzy o niezdolnych do życia, ale za to taniutkich kasach zakładowych, które jednak nawet zagranicą, na którą się wciąż powołuje p. D., bądź zanikły (Wiedeń), bądź stopniowo zanikają.

Niestety, dawne czasy nie wrócą i czas już wielki, by panowie przemysłowcy prawdę ową zrozumieli, wielką zaś szkoda, że zrozumieć nie zczą.

wadzi, gdy się p. D. dowie, że inейтеi s cmfwpcmfwp

Gdy jednak jest mowa o niezadowoleniu, nie zawadzi, gdy się p. D. dowie, że istnieje i drugi obyczaj wręcz przeciwny; oto ci co doznali dobrodziejstw Kasy a dziś dla rozmaitych przyczyn prawa członkowskie utracili, z nieklamany żalem mówią o tem ile stracili przez utratę opieki kasowej; mówię to na zasadzie licznych rozmów, jakie toczyłem z ex-członkami Kasy Chorych.

Ujawnione przeciwko K. Ch. przez Związek Zawodowy Pracowników Samorządowych Magistratu m. Warszawy źródło swe posiada nie w tem, że organizacja i zakres lecznictwa tam są lepsze; przyczyną opozycji jest *obowiązek płacenia składek* na rzecz Kasy Chorych; w tym względzie linja władz samorządowych odpowiada w zupełności linji pracowników, i one wolą mniej wydać i mniej dać. To jest zrozumiałe. Nikt mnie jednak nie przekona, że lecznictwo tam jest lepsze niż w Kasie Chorych m. Warszawy.

Jest rzeczą godną uwagi, że najbardziej uspołecznieni pracownicy elektrowni i gazowni również założyli w swoim czasie b. ostry protest, gdy Magistrat zamierzał wyłączyć ich z Kasy Chorych i dotąd nie mają najmniejszego zamiaru przejść pod opiekunęce skrzydła lecznictwa samorządowego. P. Drzewiecki o fakcie tym tak bardzo znamienym dla niewiadomych mi przyczyn zamilczał, aczkolwiek jest on mu dobrze znany. Ubolewa p. Drzewiecki nad stratą czasu; ciekaw jestem bardzo, czy udając się do lekarza pacjent czasu nie traci?

Wprawdzie w obecnych warunkach traci go w Kasie Chorych więcej niżby należało, gdyby jednak spo-

łeczeństwo nasze było mniej skłonne do nadużyć, zbudna by była dotychczasowa formalistyka, winę więc tu ponoszą sami ubezpieczeni. O ile mi wiadomo, na całej linji odbywa się obecnie w zarządach praca zmierzająca ku uproszczeniu formalności i mieć należy nadzieję, że niedaleki już czas, kiedy będą one wprowadzone do minimum.

P. Drzewiecki słusznie się troszczy o pomieszenie dobrobytu, ale na to nie tylko czas jest potrzebny, ale i tegie zdrowie, a przecież jest publiczną tajemnicą, że stan zdrowotny w Polsce, zwłaszcza w większych ośrodkach, pozostawia b. dużo do życzenia, warsztaty pracy urągają najelementarniejszym wymaganiom sanitarnym, o tem jednak p. D., acz wie, dyskretnie milczy, a szkoda, bo w tej dziedzinie właśnie przez swój autorytet mógłby b. dużo dobrego zrobić.

Z powyższego wynika, jak bardzo nieuzasadnione są zarzuty wytoczone przez p. D. przeciwko obowiązującej ustawie z dnia 19.5.1920 r. Ustawa ta posiada liczne i to zasadnicze wady, o których jednak p. D. nie wspomina, oczywiście dla tego, że pragnąłby ją usmiercić. Szkoda jednak, że się nie zastanowił na chwilę, jakiby przewrót nastąpił wówczas i jakie mógłby wywołać skutki dla tej właśnie klasy, w której obronie p. D. tak gorąco występuje.

Droga po jakiej p. D. pragnąłby widzieć rozwój instytucyj, powołanych do walki z chorobą, doprowadziłaby nas do stanu b. niepożądanego i dobrze zrobiła Polska, że zaczęła budować gmach duży, i nie od dachu, a właśnie od mocnych fundamentów, gdyż w gmachu tym znaleźli opiekę ci, co jej tak bardzo potrzebowali i co jej niestety w ramach karłowatych Kas Zakładowych miećby w żadnym razie nie mogli.

Byłoby bardzo pożądanem, by wszyscy krytycy istniejących Kas Chorych nie polegali jedynie na żalach malkontentów, a dokładnie zaznajomili się z zakresem działalności tej instytucji. Wtedy, o ile by zechcieli być bezstronni, sąd ich wypadłby niezawodnie inaczej.

Niestety, nie czynią tego, ale też właśnie dzięki tej abstynencji nie mogą dać ważkich dowodów przeciwko obecnym Kasom Chorych; wszędzie niby „szydło z worka” wyłazi chęć obrony więcej mających.

A jednak noblesse oblige...



UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W ROSJI SOWIECKIEJ.

(Dokończenie).

Ogólne kierownictwo w zakresie ubezpieczeń społecznych wykonywa Główny Urząd Ubezpieczeń Społecznych na cały obszar państwa i Urzędy Ubezpieczeń w poszczególnych republikach federacyjnych. Najniższymi komórkami organizacyjnymi są terytorjalne Kasy ubezpieczeniowe, których działalność rozciąga się na okręgi, liczące co najmniej 2.000 ubezpieczonych. Do zakresu działania Kas należy: rejestracja przedsiębiorstw, zakładów, instytucji i osob prywatnych, zatrudniających ubezpieczonych, zaliczanie przedsiębiorstw do klas niebezpieczeństwa, ustalanie wysokości składek za zgodą organów gubernjalnych ściąganie składek, ustalanie wysokości zasiłków w razie czasowej niezdolności do pracy i bezrobocie.

Na czele Kasy stoi Rada Okręgowa wybierana przez miejscowe organizacje zawodowe. Rada wybiera Zarząd i Komisję Rewizyjną, zatwierdza zamknięcia rachunkowe i preliminarz dochodów i wydatków, ustala za zgodą gubernjalnych instytucji ubezpieczeniowych, wysokość świadczeń, uchwała zmiany statutu. Bezpośrednie kierownictwo należy do Zarządu, złożonego z 3 do 7 członków, wybranych przez Radę. Przewodniczącym Zarządu zatwierdzają gubernjalne instytucje ubezpieczeniowe. Orzeczenia Zarządu mogą być zaskarżane do wyższej instancji w ciągu tygodnia.

Na koszty administracyjne Kasy mają prawo wydawać 4 do 8 proc. składek.

Wyższe organy ubezpieczeń społecznych nie są jednolicie zorganizowane; w niektórych republikach utworzone są gubernjalne Kasy ubezpieczeniowe; w innych funkcje te spełniają gubernjalne urzędy ubezpieczeniowe, lub jeden centralny urząd. Kasami gubernjalnymi zarządzają Komitety, wybierane przez Rady Związków Zawodowych. Do zakresu ich działania należy: organizacja Kas, zatwierdzanie statutow, zatwierdzanie przewodniczących Zarządów, zarządzanie funduszami gubernjalnymi, ustalanie rent dla inwalidów i akcja pomocy dla bezrobotnych, zawieranie umów z organami Komisarjatu Zdrowia Publicznego, co do udzielania pomocy lekarskiej ubezpieczonym, wykonywania nadzoru nad Kasami ubezpieczeniowymi i czuwanie nad przestrzeganiem przez nie ustaw, przeprowadzanie rewizji Kas, rozpatrywanie protestów wyborczych, w razie przekroczenia ustawy lub statutu, pozbawianie mandatu winnych członków Zarządu i pociąganie ich do odpowiedzialności sądowej, rozpatrywanie jako ostateczna instancja, skarg na orzeczenia Kas ubezpieczeniowych w sprawie zasiłków w razie czasowej niezdolności do pracy i bezrobocia. Nadzór nad gubernjalnymi kasami wykonywują Komisarjaty Ludowej Pracy poszczególnych republik.

System finansowy ubezpieczenia społecznego oparty jest na składkach, opłacanych wyłącznie przez pracodawców. Wysokość składki zależna jest od kategorii niebezpieczeństwa, do jakiej zaliczone zostało dane przedsiębiorstwo.

Składka wynosi w procentach od wypłacanych zarobków:

| Kategoria. | Na pomoc lekarską. | Na świadcz. gotówk. | Kasa. |
|------------|--------------------|---------------------|-------|
| I. | 4.5 | 11.5 | 16 |
| II. | 5.0 | 13.0 | 18 |
| III. | 6.0 | 14.0 | 20 |
| IV. | 6.5 | 15.5 | 22 |

Jest to t. zw. taryfa normalna od której przewidywane są ustępstwa dla różnych kategorii przedsiębiorstw. I tak: państwowe przedsiębiorstwa przemysłowe i instytucje państwowe płać 10 proc., przedsiębiorstwa transportowe kolejowe i inne 12%. Przeciętna składka wynosi 14 proc. Pracodawca obowiązany jest co miesiąc przedstawić Kasie wykaz zatrudnionych przez siebie pracowników i wypłaconych im zarobków, poczem w określonym terminie wpłacić przypadające od niego składki, obliczone według wyznaczonej dla jego przedsiębiorstwa stopy procentowej. Za pierwszy miesiąc zwłoki Kasa pobiera 10 proc., a za drugi 15 proc.; za trzymiesięczną zwłokę pracodawca odpowiada sądownie. Prócz tego Kasy mają prawo ściągać zaległe składki w drodze przymusowej przez własnych egzekutorów.

Wszystkie wpływy ze składek rozdzielane są pomiędzy następujące fundusze ubezpieczeniowe:

- 1) fundusze operacyjne,
- 2) ogólnie - sowiecki fundusz zapasowy ubezpieczeń społecznych,
- 3) fundusze zapasowe pomocy lekarskiej dla poszczególnych republik związkowych.

Fundusze operacyjne dzielą się na:

1) Lokalne fundusze zasiłkowe, przeznaczone na administrację Kas ubezpieczeniowych i świadczenia gotówkowe,

2) Fundusze pomocy lekarskiej, któremi dysponują miejscowe organy zdrowia publicznego na organizację pomocy lekarskiej dla ubezpieczonych,

3) Gubernjalne fundusze operacyjne, przeznaczone na rozbudowę pomocy leczniczej (zakłady dla ozdrowieńców, sanatoria i t. p.), na udzielanie pomocy słabym finansowo Kasom i na cele propagandy.

Ogólnie - sowiecki fundusz zapasowy administrowany jest przez Główny Urząd Ubezpieczeń Społecznych i przeznaczony na pokrycie wydatków tego urzędu na ogólnopolską akcję profilaktyczną, na subwencjonowanie gubernjalnych funduszy operacyjnych. Fundusz ten jest utworzony z 10 proc. ogólnej sumy wpłaconych składek ubezpieczeniowych.

Fundusze zapasowe pomocy lekarskiej poszczególnych republik administrowane są przez Komisarjaty Zdrowia i przeznaczone są na szerszą akcję w zakresie lecznictwa i na udzielanie finansowej pomocy organom zdrowia publicznego w razie niewystarczalności ich funduszy operacyjnych.

Fundusz ten utworzony jest z 10 proc. składek, wpłaconych do lokalnych funduszy operacyjnych pomocy lekarskiej.

Oto są główne zasady systemu ubezpieczeń społecznych obowiązującego w Rosji dzisiejszej.

Jakie są wyniki jego stosowania? Wszelkstronna odpowiedź na to pytanie byłaby z punktu widzenia ubezpieczeniowego bardzo ciekawa ze względu na pewne cechy systemu rosyjskiego (połą-

czenie wszystkich rodzajów ubezpieczeń, system rezerw finansowych i t. p.) niewypróbowane dotąd nigdzie i czyniąc zeń zupełnie nowy eksperyment w tej dziedzinie.

Niestety! co do najbardziej może dla nas interesującej dziedziny, t. j. co do funkcjonowania i rozmiarów pomocy lekarskiej nie posiadamy żadnych prawie danych.

Z cyfr przytoczonych w Nr. 8 „Internationale Zeitschrift für Soziale Versicherung“ przez szefa centralnego zarządu ubezpieczeń w Moskwie, Miljutina, wydatki na pomoc lekarską stanowią w roku 1924—1925 4.2 proc. od zarobków, na leczenie sanatoryjne i pomoc dla ozdrowieńców 0.35 proc. Te ostatnie wydatki wyrażają się cyfrą 15 milionów rubli.

Nieco światła na funkcjonowanie ubezpieczenia w Rosji Sowieckiej rzuca garść cyfr i uwag, zaczerpniętych z artykułu L. Niemczenki p. t. „Kryzys finansowy ubezpieczeń społecznych“ w Nr. 7 miesięcznika, wydawanego przez Komisariat Ludowy Pracy.

Autor stwierdza przedewszystkiem, że dochody ogólne instytucji ubezpieczeniowych stale wzrastają. W roku obrachunkowym 1924 — 1925 przedstawiały się one, jak następuje:

| | |
|----------|------------------------|
| I kw. | około 105 milionów rb. |
| II. kw. | „ 111 „ „ |
| III. kw. | „ 116 „ „ |
| IV. kw. | „ 142 „ „ |

Razem: 474 milionów rb.

Na rok obrachunkowy 1925—26 preliminowano około 630 milionów rubli.

Ten wzrost dochodów wyjaśnia autor z jednej strony wzrostem zarobków i liczby zatrudnionych, z drugiej coraz zwiększającą się regularnością pracodawców w uiszczaniu należnych składek, dzięki czemu zaległości za okres sprawozdawczy wynoszą zaledwie 5 proc. Gdy np. w r. 1923 suma wypłacanych faktycznie na jednego ubezpieczonego składek wynosiła 20 rb. rocznie, to w 1923—24 wzrosła do 30 rb., a w roku 1924—25 do 75 rb.

Wymienione wyżej względy pozwalają na systematyczne obniżanie stopy procentowej składek. I tak na początku roku 1923 przeciętna składka wynosiła 22,5 proc. zarobków, po dwukrotnej niższe w 1923 dosięgła 15,7 proc., a wreszcie w r. 1924—25 — 14 procent.

Pomimo tak stałego wzrostu dochodów, fundusze rezerwowe instytucji ubezpieczeń społecznych nietylko nie wzrastają, ale przeciwnie stosunek ich do funduszy operacyjnych przedstawia się coraz mniej korzystnie.

Fundusze te w roku 1924—25 przedstawiają się w sposób następujący:

| | |
|------------|--|
| w I. kw. | około 53 milj. rb. t. j. 70-krotny rozchód dzienny, |
| w II. kw. | około 66 milj. rb., t. j. 77-krotną rozchód dzienny, |
| w III. kw. | około 72 milj. rb., t. j. 67-krotny rozchód dzienny, |
| w IV. kw. | około 71 milj. rb., t. j. 53-krotny rozchód dzienny. |

Według posiadanych przez Główny Urząd Ubezpieczeń tymczasowych danych za rok 1925—26

sytuacja w dn. 1 kwietnia 1926 przedstawiała się jeszcze gorzej, bo fundusz rezerwowy równał się tylko 43-dniowemu rozchodowi dziennemu.

Szukając przyczyn tego zjawiska, autor dopatruje się ich głównie w stałym i nieproporcjonalnym wzroście wydatków na zasiłki przy czasowej niezdolności do pracy, których suma w roku, bieżącym przekroczyła już w sposób zastraszający odnośną pozycję preliminarza budżetowego.

Zjawisko to jest tem dziwniejsze, że przeciętna liczba dni choroby niższa jest w Rosji (12.6), niż np. w Niemczech (20.2), lub Austrii (19.3), co przypisywane jest dodatniemu wpływowi na przebieg choroby wypłacania zasiłków od pierwszego dnia, umożliwiającego wstrzymanie się od pracy w samym początku choroby.

Przyczynę zła widzi autor cytowanego artykułu w samej organizacji ubezpieczenia a mianowicie w *rozdziale funkcji leczniczych i finansowych*, uniemożliwiającym skoordynowanie działalności i jakąkolwiek kontrolę instytucji ubezpieczeniowych nad najważniejszymi pozycjami ich rozchodów. „Lekarze udzielający pomocy lekarskiej i lekarskie Komisje Kontrolujące, wydając kartki do szpitala i tem samem dysponujące jedną z najpoważniejszych pozycji w budżecie rozchodowym ubezpieczenia, w tej swojej robocie są całkowicie niezależne od Kas. Kolosalny wzrost wydatków na zasiłki jest wynikiem tego z gruntu nieprawidłowego systemu przy którym instytucje ubezpieczeniowe, ponosząc odpowiedzialność za rozchody, są faktycznie pozbawione wszelkiej możliwości normowania tych rozchodów.

Jedyny środek zaradczy widzi autor w reformie obecnego systemu, w jaknajrychlejszem włączeniu lekarskich Komisji kontrolujących do kompetencji instytucji ubezpieczeniowych w ograniczeniu prawa udzielania zaświadczeń o niezdolności do pracy do lekarzy, którzy zawarli z Kasą umowę i t. p.

Analogiczne stanowisko zajmuje N. Bykhowski, „długoletni działacz ubezpieczeniowy rosyjski, który w broszurze swej p. t. „Les assurances sociales dans U. S. S. R. R. (Paryż 1925), wyrażając się naogół dodatnio o obecnym systemie ubezpieczeń społecznych w Rosji, główną jego wadę widzi w braku łączności pomiędzy organizacją lecznictwa i organizacją finansową pomocy dla ubezpieczonych. Przytoczone poniżej dane dotyczą ubezpieczenia wszystkich kategorii osób, zatrudnionych na podstawie stosunku roboczego lub służbowego, z wyjątkiem robotników rolnych.

Pomimo, że w zasadzie robotnicy ci podlegają na równi z innymi obowiązkowi ubezpieczenia, jednakże ubezpieczenie to faktycznie nie zostało dotąd wprowadzone w życie. Dopiero obecnie Centralna Rada Ubezpieczeniowa opracowała projekt specjalnych przepisów i norm, które mają być zastosowane do ubezpieczenia robotników rolnych. Projekt wychodzi z założenia, że ubezpieczenie rolnicze winno być samowystarczalne i nie może w najmniejszym nawet stopniu obciążać przemysłu. Takie stanowisko uczyniło to ubezpieczenie problematem zaiste trudnym do rozwiązania, jeżeli się weźmie pod uwagę z jednej strony słabą zdolność płatniczą drobnych pracodawców rolnych, z drugiej znacznie wyżej obliczane koszty administracyjne ubezpieczenia na wsi z powodu trudności w ściąganiu składek, rozrzucenia ubezpieczonych po terytorjum Kasy i t. p.

Kwestja ta unormowana została w projekcie Rady Ubezpieczeniowej w sposób następujący:

Gospodarstwa rolne podzielone zostały na trzy kategorie:

1) poniżej 8 wzgl. 12 dziesięcin ziemi ornej (za-
leżnie od okręgu), które zwolnione zostały od obow.
ubezpieczenia i dopuszczone do dobrowolnego ubez-
pieczenia za opłatą składki w wysokości 3 proc. i

2) od 8 do 25 wzgl. od 12 do 40 dziesięcin, któ-
re podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu za opła-
tą 6 proc. i

3) powyżej tych norm, do których ma zastoso-
wanie normalne ubezpieczenie i pełna składka.

Jakimże kosztem zdołano osiągnąć tak znaczne
obniżenie obciążenia pracodawców rolnych? Oczy-
wiście na jednej możliwej drodze, t. j. *znacznego ob-
niżenia świadczeń dla pracowników rolnych w sto-
sunku do tych, z jakich korzystają inne kategorie
ubezpieczonych.*

Jak daleko projekt poszedł po tej drodze
świadczą następujące szczegóły:

Okres pobierania zasiłków w razie czasowej
niezdolności do pracy wynosić ma *1 i pół miesiąca,*

dla położnic — 3 tygodnie przed położeniem i tyleż po
połogu.

Jednorazowe zasiłki w razie położenia lub śmierci
ograniczone są do samych ubezpieczonych z pomi-
nięciem członków rodzin.

Pomoc lekarska z tytułu ubezpieczenia nie przy-
sługuje robotnikom rolnym, którzy korzystać mają
z pomocy organizowanej przez organy zdrowia pu-
blicznego dla ogółu ludności miejskiej.

Są oni również pozbawieni zasiłków w razie
bezrobocia i rent inwalidzkich, prócz tych osób, któ-
re utraciły zdolność do pracy wskutek wypadku przy
pracy lub choroby zawodowej.

Prócz tych ograniczeń projekt przewiduje mo-
żliwość wprowadzenia pewnego okresu wyczekiwa-
nia przed nabyciem prawa do świadczeń. Przy do-
browolnym ubezpieczeniu może być przytem wpro-
wadzony termin prekluzyjny, po którym pracodawca
traci prawo korzystania z przysługującego mu przy-
wileju, co pociąga za sobą obowiązek zapewnienia
swym pracownikom świadczeń w rozmiarach, przy-
sługujących ubezpieczonym.

D. SALAMANDER.

NOWA USTAWA O UBEZPIECZENIU URZĘDNIKÓW PRYWATNYCH I ZAWODÓW POKREWNYCH W AUSTRJI.

Przed kilkoma dniami ogłoszona została w Au-
strji nowa ustawa o ubezpieczeniu urzędników pry-
watnych, obejmująca całokształt ubezpieczenia spo-
łecznego.

Ze względu na to, że również u nas przygoto-
wuje Ministerstwo Pracy projekt ustawy, któraby
miała ująć wszystkie rodzaje ubezpieczenia, będzie
nie od rzeczy zaznaczyć się z nową ustawą austrjac-
ką.

Zaznaczyć należy w krótkim czasie wyjdzie
w Austrii analogiczna ustawa dla robotników.

Poniżej podajemy najważniejsze postanowienia
wspomnianej ustawy.

Kto podlega obowiązkowi ubezpieczenia?

Obowiązkowi ubezpieczenia podlegają wszyscy
pracownicy powołani do usług handlowych, lub wyż-
szych nie handlowych.

Obowiązek ubezpieczenia na wypadek choroby
i od wypadków rozpoczyna się w 14-tym r. życia, na
wypadek bezrobocia w 16-tym, w ubezpieczeniu eme-
rytalnem, w 17 roku życia.

Podstawa obliczenia składek i świadczeń.

Wszystkie składki ubezpieczeniowe i świadcze-
nia gotówkowe oblicza się w procentach t. zw. pod-
stawy obliczeniowej.

Podstawą wysokości składki jest zarobek mie-
sięczny wynoszący przynajmniej 80, a najwyżej 400
szylingów austr. Podstawą wymiaru przy ubezpie-
czeniu na wypadek choroby jest zarobek w przed-
ostatnim miesiącu przed zachorowaniem, w ubezpie-
czeniu od wypadku przeciętny zarobek w ostatnim

roku, a w ubezpieczeniu emerytalnem, przeciętny
zarobek ostatnich 3 lat; prz. czem nie uwzględnia się
podwyżek płacy uzyskanej w ostatnim 1½ lat.

Świadczenia określa się w procentach od podsta-
wy obliczeniowej.

Ubezpieczenie na wypadek choroby.

Świadczenia w ubezpieczeniu na wypadek cho-
roby są przedewszystkiem natury rzeczowej; pomoc
lekarska, lekarstwa, opieka szpitalna. Zasiłki pie-
niężne dzielą się na: chorobowe, położnicze i pogrze-
bowe.

Świadczenia rzeczowe przysługują także człon-
kom rodziny ubezpieczonego, o ile sami nie podlega-
ją obowiązkowi ubezpieczenia. Za członków rodziny
uważa się: żonę, dzieci do 18 roku życia, rodziców,
dziadka i babkę, tych ostatnich jednak tylko wtedy,
jeżeli mieszkają stale u ubezpieczonego i pozostają
na jego wyłącznym utrzymaniu. W miejsce żony
uprawnioną jest do świadczeń rzeczowych, gospody-
ni t. j. osoba, która ubezpieczonemu bezpłatnie
przynajmniej przez 8 miesięcy bez przerwy prowadzi
gospodarstwo. Dziecko ubezpieczonego ma prawo do
świadczeń rzeczowych do 18-tego roku życia, i może
je otrzymywać aż do 24 roku życia, jeżeli z powodu
studiów naukowych, lub zawodowych nie może się
samo utrzymać. Dziecku, które z powodu ułomno-
ści umysłowych, lub fizycznych nie jest w stanie sa-
mo się utrzymać, przysługują świadczenia bez ogra-
niczeń.

Jeżeli pracownik leczy się w ambulatorjum, to
znaczy jest zdolny do pracy, ale potrzebuje pomocy
lekarskiej, lekarstw etc., ma prawo do świadczeń

rzeczowych przez czas nieograniczony; w razie niezdolności do pracy, zależnie od czasu trwania członkostwa, najwyżej jednak przez 78 tygodni.

Prawo do pobierania zasiłków chorobowych trwa zależnie od czasu należenia do kasy, przez 30, 52, lub 78 tygodni. Zasiłek wynosi 2½% płacy podstawowej dziennie, najwyżej 7.50 szyl. dziennie. Jeżeli ubezpieczony, po upływie tego czasu jest jeszcze niezdrowy do pracy, przysługuje mu renta inwalidzka, chory, niezdolny do pracy członek, który pobiera pełną płacę, albo otrzymuje odprawę pieniężną, nie dostaje w pierwszych czterech tygodniach choroby, zasiłku, w piątym i szóstym zaś tygodniu, jeżeli ciągle jeszcze pobiera płacę, dostaje połowę zasiłku. Dopiero z początkiem siódmego tygodnia ma prawo do całkowitego zasiłku na dalszy czas choroby.

Pomoc położnicza należy się tak w czasie ciąży, jak i połoгу, a to zarówno ubezpieczonym, jak i członkom rodziny. Składa się ona z zasiłku stałego, zależnego od składki, przez 6 tygodni po połoгу i z jednorazowego zasiłku w wysokości 120 szyl. austr. za każde dziecko. Karmiącym przysługuje do 12 tygodni po połoгу premia w wysokości zasiłku.

Rozszerzona pomoc lecznicza polega na opiece w zakładach dla rekonwalescentów, sanatorjach, oraz pobycie w uzdrowiskach.

Zasiłek pogrzebowy należy się temu, który ponosi kosztą pogrzebu. Jeżeli kosztą te ponosi osoba prawna, należy się zasiłek tym członkom rodziny, którzy byli na utrzymaniu zmarłego. Na wypadek śmierci członka rodziny, należy się zasiłek ubezpieczonemu.

Zasiłek wynosi, zależnie od tego czy śmierć nastąpiła w 1-szym tygodniu życia, czy w wieku poniżej, czy też powyżej sześciu lat 30%, 60%, lub 90% płacy, w obu pierwszych wypadkach jednak przynajmniej 60 szyl., w ostatnim wypadku przynajmniej 90 szyl.

Ubezpieczenie na wypadek bezrobocia, pozostaje chwilowo bez zmiany.

Ubezpieczenie od wypadków.

Dotychczas podlegali ubezpieczeniu tylko urzędnicy zatrudnieni w przedsiębiorstwach przemysłowych. Teraz rozszerza się ubezpieczenie to na wszystkich pracowników. Pracownikowi należy się w razie wypadku w związku ze służbą odszkodowanie. Także w razie wypadku przy zajęciach domowych, lub innych, do których pracownik został zaangażowany przez pracodawcę, lub na jego zlecenie, a także w razie wypadku, który się zdarzył w drodze do miejsca pracy, lub w drodze powrotnej, należy się uszkodzonemu renta od dnia zakończenia leczenia, aż do odzyskania zdolności do pracy, a to tak długo, jak długo zmniejszenie zdolności do pracy przekracza 25%. Renta od wypadku wynosi przy zupełnej niezdolności do pracy 70% płacy policzalnej, najwyżej 280 szyl. austr. miesięcznie. Jeżeli uszkodzony nie jest zupełnie niezdolny do zarabkowania, należy mu się taka część pełnej renty, jaka odpowiada stopniowi zmniejszenia zdolności zarabkowania.

Przy zupełnej bezsilności może renta wynosić 1½ renty pełnej.

Jeżeli renta od wypadku wynosi przynajmniej 50%, przysługuje na jedno dziecko dodatek 10%-wy, na każde dalsze dodatek 5%-wy renty.

W razie śmierci uszkodzonego, pobiera żona ren-

tę wdowią, wysokości ⅓ pełnej renty, a więc najwyżej 93 szyl. miesięcznie.

Renta sieroca wynosi dla sieroty po jednym z rodziców jedną szesnastą część pełnej renty, dla sieroty, po obojgu rodzicach ¼ część. Także pozostałym po zmarłym rodzicom, dziatkom i rodzeństwu przysługuje ⅓ pełnej renty. Jeżeli zmarły przyczyniał się w znacznej mierze do ich utrzymania i jeżeli nie pozostawił wdowy i sierot, mających prawo do zasiłku.

Ubezpieczenie emerytalne.

Ubezpieczeni mają dopiero po 5 lat opłacania składki, prawo do świadczeń ubezpieczenia emerytalnego.

Najważniejszymi świadczeniami ubezpieczenia emerytalnego są: renta inwalidzka i renta na starość. Renta inwalidzka przysługuje w razie stałej niezdolności do pracy i wynosi po 5 latach 40% płacy policzalnej, i wzrasta w każdym następnym roku o 1%.

Podkreślić należy, że ustawa chroni pracownika przed skutkami następującego w późniejszym wieku zmniejszenia zdolności do pracy, gdyż może żądać ustalenia płacy policzalnej wedle płacy z 45-tego roku życia, a więc z czasu pełnej zdolności do pracy.

Renta na starość przysługuje mężczyźnie po ukończeniu 65-tego, kobiecie po ukończeniu 60 roku życia, jeżeli przez 5 lat byli ubezpieczeni. Jeżeli ubezpieczenie trwało przynajmniej 10 lat, to przysługuje mężczyznom po 60, kobietom po 55 roku życia prawo do renty na starość. Taka renta na starość wynosi po 5 latach 40% i wzrasta w każdym roku o 1%.

Pracownik może pobierać rentę, tylko pod tym warunkiem, że nie wykonuje żadnego zawodu, podlegającemu obowiązkowi ubezpieczenia. Jeżeli więc uprawniony do poboru renty na starość chce z niej korzystać, musi o ile nie jest bezrobotny, ustąpić z posady.

Jeżeli pobierający rentę jest tak niezdolny, że musi mieć stałą opiekę i pomoc, przysługuje mu dodatek specjalny, który wraz z rentą musi wynosić przynajmniej 70% płacy policzalnej.

Pobierającym rentę inwalidzką i na starość przysługuje na każde dziecko do 18 roku życia — w razie studjów naukowych, lub zawodowych do 24 roku życia, w razie zupełnej niezdolności do pracy bez ograniczeń — dodatek w wysokości 6% podstawy obliczeniowej.

Minimum renty: ustawa przewiduje dla pobierających rentę pewne minimum, które przy policzalnych dochodach niżej 120 szyl. wynosi 50%, niżej 175 szyl. 40%.

Renta po zmarłych: renta wdowią wynosi ⅓ tej renty, która przysługiwała zmarłemu, jako renta inwalidzka. W razie ukończenia 55 roku życia otrzymuje wdowa podwyżkę renty, tak, że otrzymuje przynajmniej 30% policzalnych dochodów ubezpieczonego. Renta wdowią przysługuje też wdowie, która zawarła związek małżeński po 50-tym roku życia, jeżeli małżeństwo to trwało więcej, niż 3 lata, albo jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła wskutek jakiegoś wypadku, albo jeżeli w małżeństwie urodziło się lub zostało legitymowane dziecko, wreszcie, jeżeli wdowa w chwili śmierci ubezpieczonego znajdowała się w ciąży.

Renta sieroca wynosi 12% policzalnych poborów

dla sierot po jednym z rodziców, a dla podwójnie osieroconych dzieci 24%.

Kobieta, która po 5 latach ubezpieczenia w ciągu 2 lat po zamążpójściu występuje z zakładu ubezpieczeniowego, albo 2 lata po wystąpieniu wychodzi zamąż, otrzymuje dodatek na wyprawę w wysokości 5% za każdy z pierwszych 120 miesięcy ubezpieczenia, a 2% za każdy dalszy.

Dla wdów i sierot, które nie przekroczyły czasu wyczekiwania, jest przewidziana odprawa.

Składki. Składka wynosi dla wszystkich gałęzi ubezpieczenia 15% podstawy obliczeniowej. Z tego płacą ubezpieczeni i przedsiębiorca po połowie.

Za ubezpieczonych poniżej 17 lat płaci całą składkę przedsiębiorca.

Zaliczenie lat pracy.

Bardzo ważną jest sprawa, jaki czas pracy zostaje zaliczony, ponieważ rozstrzyga to o wysokości renty. W pełni zalicza się ubezpieczonym wedle starej ustawy czas pracy od roku 1909. Na wypadek zakupu lat przy reorganizowaniu ubezpieczenia emerytalnego — zalicza się jeszcze pięć lat z przed roku 1909.

W połowie zalicza się czas pracy z przed roku 1904.

W $\frac{1}{2}$ zalicza się, nieuwzględniony na podstawie innych przepisów, czas pracy o ile był to najem pracy, który byłby tworzył podstawę ubezpieczenia w myśl nowej ustawy. To postanowienie jest ważne dla tych ubezpieczonych, którzy dopiero w myśl nowej ustawy podlegają ubezpieczeniu. Ważne jest ono jednakowoż także dla tych, którzy już przed starą ustawą emerytalną, a więc przed rokiem 1909, względnie 1904 pracowali. Do zaliczenia wymagane jest przeprowadzenie dowodu takiej pracy w przeciągu dwu najbliższych lat.

Podwyższenie dotychczasowych rent. Renty tych którzy uzyskali już rentę inwalidzką, lub na starość, ulegają podwyżce. Pobierających rentę starców zrównuje się z tymi, którzy na podstawie nowej ustawy pobierają rentę. Ich poprzednie pobory przelicza się według pewnego klucza. W ten sposób podwyższa się prawie wszystkie renty.

Ubezpieczenie na wypadek choroby dla pobierających rentę. Inowacją ustawy jest także to, że pobierający rentę podlega ubezpieczeniu od choroby bez wpłacania składki. Oni i ich rodziny mogą korzystać z bezpłatnej pomocy lekarskiej, lekarstw, etc., koszta ponosi „Zakład główny dla ubezpieczenia pracowników”, który w myśl tej ustawy otrzymuje taką nazwę.

REGULAMIN.

RADY PRZYBOCZNEJ PRZY KOMISARZU POWIATOWEJ KASY CHORYCH.

Okręgowy Urząd Ubezpieczeń w Warszawie ogłosił pismem okólnem z dn. 29.XII.1926 r. Nr. 11913/26 regulamin wspomniany. Ze względu na wagę sprawy, ogłaszamy regulamin w całości.

§ 1. Rada Przyboczna jest powołanym przez Okręgowy Urząd Ubezpieczeń organem opiniodawczym przy Komisarzu Pow. Kasy Chorych w

§ 2. Rada Przyboczna składa się z 6 członków, przyczem $\frac{2}{3}$ stanowią przedstawiciele ubezpieczonych, $\frac{1}{3}$ pracodawców, zatrudniających 2, lub więcej pracowników, ubezpieczonych w Pow. Kasie Chorych w — Przewodniczącym Rady jest z urzędu Komisarz, względnie jego zastępca.

§ 3. Członkowie Rady nie mogą być jednocześnie płatnymi pracownikami Kasy. Członkom Rady przysługuje prawo do odszkodowania za czas poświęcony sprawom Kasy i do zwrotów kosztów podróży. Normy odszkodowania ustala na wniosek Komisarza Okręgowy Urząd Ubezpieczeń.

§ 4. Do kompetencji Rady Przybocznej należy opinjowanie w sprawach: 1) tabelki składek, 2) wysokości świadczeń w naturze, 3) wymienionych w art. 76 i 83, II ustawy z dnia 19 maja 1920 r., 4) nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości, 5) inwestycyjnych, 6) zakupów ruchomości, których wartość przekracza jeszcze dziesiątą część przeciętnych miesięcznych wpływów Kasy, 7) umów z pracownikami Kasy, 8) nadzwyczajnych świadczeń członkom Kasy, 9) rozpisania wyborów do władz Kasy.

§ 5. Komisarz obowiązany jest przedkładać Radzie miesięczne sprawozdania finansowe, oraz z ruchu chorych i członków Kasy.

§ 7. Przewodniczący zwołuje posiedzenie Rady przynajmniej raz na miesiąc. O każdym posiedzeniu

zawiadamia pisemnie członków Rady na 7 dni przed terminem, podając czas, miejsce i porządek obrad.

§ 8. Na żądanie $\frac{2}{3}$ członków Rady przewodniczący obowiązany jest zwołać nadzwyczajne posiedzenie z porządkiem dziennym wskazanym przez wnioskodawców.

§ 9. Posiedzenia Rady są prawomocne, jeżeli bierze w nich udział większość członków. W razie niedojścia posiedzenia Rady do skutku, z powodu braku większości członków, następne posiedzenie winno być zwołane w 2 tygodnie później z tym samym porządkiem dziennym i jest prawomocne bez względu na ilość obecnych.

§ 10. Na posiedzeniach głosują tylko członkowie Rady. Uchwały zapadają większością głosów. W razie równości głosów decyduje głos przewodniczącego.

§ 11. Komisarz ma prawo odwołać się od każdej uchwały Rady do Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń, którego decyzja jest ostateczną.

§ 12. Na posiedzeniach referuje komisarz, lub urzędnik, delegowany przez niego. Na posiedzeniach nadzwyczajnych, zwołanych na żądanie $\frac{2}{3}$ członków Rady, referują wnioskodawcy.

§ 13. W każdej sprawie członek ma prawo przemawiać 2 razy. Referent ma głos ostatni. W kwestiach formalnych, przewodniczący udziela głosu tylko 2 mówcom: jednemu za, drugiemu przeciw wnioskowi przemawiającym.

Z każdego posiedzenia spisuje się protokół, który winien zawierać: 1) porządek dzienny, 2) nazwiska obecnych, 3) powzięte uchwały ze wskazaniem liczby głosów, za i przeciw uchwale, 4) sprzeciwy członków Rady i Komisarza przeciw uchwałom.

§ 15. Protokoły z posiedzeń Rady są odsyłane

w ciągu 10 dni od dnia posiedzenia do Okr. Urzędu Ubezpieczeń i Okr. Związku Kas Chorych.

§ 16. Niniejszy regulamin może być zmieniony przez Okr. Urząd Ubezpieczeń z urzędu, względnie na wniosek Komisarza, lub $\frac{2}{3}$ członków Rady.

Naszem zdaniem § 6-ty regulaminu wymagałby pewnych drobnych poprawek. W myśl art. 69 ust. z 19 V. 1920 r., dyrektor i lekarz naczelny mają na posiedzeniach Zarządu Kasy głos doradczy. Należałoby, w tym duchu uzupełnić § 6 regulaminu.

Mamy również pewne wątpliwości, co do stylizacji § 11, który uprawnia komisarza do odwołania się od każdej uchwały Rady do Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń, którego decyzja jest ostateczna. Naszem

zdaniami, słowa ostatecznie należałoby wykreślić, albowiem zarządzenia władzy nadzorczej I instancji tylko w wypadkach w ustawie wyczerpująco wymienionych są ostateczne, t. zn., że nie można się od nich odwołać. We wszystkich innych wypadkach decyzje Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń nie mogą pozbawiać zainteresowanych środka prawnego. Z tych powodów należałoby słowa „którego decyzja jest ostateczną” wykreślić w zupełności.

Zyczyłoby sobie należało, by także i inne Okr. Urz. Ubezp. szczególnie w tych okręgach, gdzie w wielu Kasach nie ma wybranych władz kasowych, wydały odpowiednie regulaminy Rad Przybocznych, by skończył się okres dotychczasowej niepewności prawnej.--- (Przyp. Red.).

PRACE KAS I ZWIĄZKÓW.

ROZBUDOWA KASY CHORYCH M. WARSZAWY.

Niezmiernie szybki rozwój Kasy Chorych m. Warszawy, pociągający w konsekwencji konieczność tworzenia coraz to nowych placówek leczniczych w różnych punktach miasta, skłonił Zarząd Kasy Chorych m. Warszawy do opracowania planu podziału obszaru całego miasta na sześć wielkich dzielnic w znaczeniu leczniczym i administracyjnym.

Ze względu na rozległość granic miasta było konieczne stworzenie kilku naturalnych centrów, pomieszczonych w porośniętym skupiskach ludności w pewnych dzielnicach, a nie według podziału administracyjnego, ażeby w ten sposób zapewnić zamieszkałym tam ubezpieczonym jaknajszerszej pojętą i jaknajdoskonalszą pomoc lekarską, dając jej zarazem możliwość załatwienia w swej dzielnicy wszystkich formalności, związanych z otrzymywaniem świadczeń Kasy Chorych.

Pierwszy etap realizacji wspomnianego planu przypada na lata 1924 — 1926.

Istniejące do tego czasu ambulatorja Kasy Chorych m. Warszawy mieściły się wyłącznie w lokalach przerobionych z mieszkań prywatnych, a więc pod każdym względem nieodpowiednich, zwłaszcza, gdy się weźmie pod uwagę wzrastająca wciąż frekwencja chorych.

Stosownie do opracowanego planu rozbudowy, Zarząd Kasy Chorych m. Warszawy, w latach 1924 — 1925 nabył szereg wielkich nieruchomości, a mianowicie: przy ul. Solec Nr. 93, agiellońskiej 34, Mławskiej 68, Marjańskiej 1, Prostej 54, Krypskiej 10, plac przy ul. Wolskiej i 30-to morgową posiadłość leśną w Podobłociu pod Życzynem.

Przy ul. Marjańskiej Nr. 1 zbudowano wielkie ambulatorjum dzielnicowe, urządzone według najnowszych wymagań, które oddano do użytku ubezpieczonych w końcu 1925 roku, jednocześnie powstało wzorowe ambulatorjum podmiejskie przy ul. Krypskiej Nr. 10, urządzone podobnie.

Brak poważniejszych kapitałów inwestycyjnych nie pozwolił Zarządowi realizować w dalszym ciągu omawianego planu rozbudowy, natomiast pod wpływem odczuwanej stale potrzeby punktów leczniczych, stworzono cały szereg mniejszych ambulatorjów i zakładów leczniczych w lokalach wynajętych, a mianowicie: ambulatorja ogólne przy ul. Marszałkowskiej Nr. 107, Grójeckiej 26, Śniadeckich 6, Nowódzkiej 63, zakład rentgenologiczny przy ul. Puławskiej Nr. 5, zakład helio-terapeutyczny przy ul. Mokotowskiej 61 i Mławskiej 68, nabyto zakład przyrodolecznicy przy ul. Smolnej Nr. 10, gabinety dentystyczne przy ul. Mokotowskiej 61, Przyokopowej Nr. 29 i Marjańskiej Nr. 1.

Pozatem przebudowano niektóre ambulatorja i otwarto szereg aptek. W związku z temi inwestycjami zwinięto kilka

najbardziej nieodpowiednich ambulatorjów, a mianowicie: przy ul. Barskiej, Konarskiego, Wspólnej, Młynarskiej, Grochowskiej i Belwederskiej.

Obecnie, dzięki uzyskaniu pożyczki w sumie 820,000 zł w złocie z Banku Gospodarstwa Krajowego, sfinansowanej przez Zakład Ubezpieczeń i Zakład pensyjny we Lwowie oraz przeznaczeniu na cele inwestycyjne funduszu zapasowego w sumie 2.500.000 zł., Kasa Chorych m. Warszawy przystępuje do dalszej rozbudowy.

W roku bieżącym będzie zbudowane wielkie ambulatorjum dzielnicowe przy ul. Wolskiej, także ambulatorjum przy ul. Solec i biura centrali Kasy przy ul. Solec.

Plany ambulatorjum przy ul. Wolskiej są już opracowane i zatwierdzone, a wstępne roboty będą rozpoczęte z wczesną wiosną.

Będzie to wielki gmach czteropiętrowy. Znajdzie w nim pomieszczenie 47 wzorowo urządzonych gabinetów lekarskich, apteka, zakład rentgenologiczny, zakład przyrodolecznicy obejmujący działy: wodolecznictwo, słonych kąpiel, elektro — i foto - terapię, nadto na dachu będą urządzone kąpiele słoneczne.

Pozatem w gmachu tym mieścić się będzie Pogotowie dzielnicowe i garaż.

Ze względu na wielki nakład pracy, jakiego wymagać będzie urządzenie wewnętrzne tego ambulatorjum, zostanie ono oddane do użytku ubezpieczonych nie wcześniej, jak na jesieni 1928 roku.

Nieco trudniej przedstawia się sprawa z budową na Solcu. Ażeby uzyskać plac pod budowę należy zburzyć część znajdujących się tam starych budynków, w których mieszczą się biura dyrekcji i Zarządu Kasy, przychodnia dentystyczna i garaż.

Ażeby umożliwić rozpoczęcie robót przygotowawczych do oczyszczenia terenu, Kasa Chorych m. Warszawy wynajęła lokal przy ul. Wiejskiej Nr. 16, do którego zostały przeniesione wszystkie biura, zajmujące lewą oficynę, przeznaczoną na rozbiórkę.

Według opracowanych planów, nieruchomość przy ul. Solec Nr. 93 będzie przebudowana w sposób następujący: Dom od ul. Czerwonego Krzyża zostanie nadbudowany o jedno piętro. W miejscu, gdzie ulica ta załamuje się pod kątem prostym będzie wzniesiony gmach pięciopiętrowy, zaś od ul. Solec stanie gmach czteropiętrowy.

Wewnątrz posesji, od głównego gmachu w kierunku południowym staną dwa skrzydła trzypiętrowe, a pomiędzy nimi wielki hall dwupiętrowy.

W ten sposób, gmach na Solcu będzie przedstawiać się

w postaci dwóch wielkich podków otwartych ku południu, co zapewni wszystkim pomieszczeniom masę słońca i światła.

W gmachu głównym przy ul. Czerwonego Krzyża będą rozlokowane biura centralne Kasy, w gmachu bocznym przy tejże ulicy będzie pomieszczone wielkie ambulatorjum dzielnicy Powiśla, zawierające około 40 gabinetów lekarskich, biuro dzielnicowe, zakład przyrodolecniczy, zakład rentgenowski, zakład wodolecniczy, zakład elektro - terapeutyczny, aptekę i pogotowie.

W gmachu narożnym przy ul. Solec mieścić się będą biura zarządu i dyrekcji. Będzie tam również urządzona wielka sala posiedzeń, w której będą się odbywać pozatem wykłady i odczyty.

Główny gmach ulegnie gruntownym przeróbkom, wszystkie zaś części tej wielkiej budowy otrzymają jednolitą elewację.

Całkowite wykonanie opisanego planu, wymagać będzie około dwóch lat i spodziewane jest w końcu przyszłego roku.

Poza temi dwoma kapitalnymi budowami w r. b. zamierzone jest przeprowadzenie całego szeregu drobniejszych prac inwestycyjnych o charakterze przejściowym, mających na celu wyłącznie usprawnienie niektórych placówek.

A więc, obecnie przygotowanym jest obszerny lokal, wynajęty przez Kasę w domu przy ul. Wolskiej Nr. 19, do którego niebawem zostaną przeniesione apteki z ul. Wolskiej Nr. 66 i Żytniej 40.

Pozwoli to w pierwszym rządzie na uporządkowanie biur, dzięki uzyskaniu wolnych pomieszczeń po aptekach, nadto na Żytniej zostanie urządzony gabinet lamp kwarcowych.

Podobnie przy ul. Mławskiej będzie powiększona apteka, która już dziś w stosunku do potrzeb ubezpieczonych w tej dzielnicy okazuje się niewystarczająca.

Dotychczasowa liczba 18 lamp kwarcowych w r. b. będzie powiększona do 22, z tego w zakładzie na Mokotowskiej czynnych jest 8, na Jagiellońskiej 3, na Smolnej 4, na Mławskiej i na Żytniej będzie 7, oraz będzie powiększona liczba foteli dentystrycznych w ambulatorjach na Marymoncie, na Karmelickiej i na Krypskiej

W związku z pociągnięciem do obowiązku ubezpieczenia w Kasie Chorych nauczycieli prywatnych szkół średnich i wyższych oraz pracowników miejskich, wynika konieczność utworzenia kilku nowych ambulatorjów, ale wobec tego, iż decyzje w tych sprawach zapadły dopiero w ostatnich tygodniach, odpowiednie projekty nie zostały jeszcze wypracowane.

Ten drugi okres rozbudowy Kas Chorych m. Warszawy pragnie zakończyć zbudowaniem ewentualnie nabyciem wielkiego szpitala dla gruźlików, co pozwoli na racjonalne leczenie tej kategorii chorych, a zarazem uwolni Kasę od konieczności korzystania z różnych tego rodzaju zakładów prywatnych przeważnie źle urządzonych.

Trzeci okres rozbudowy, którego realizowanie przypadnie na lata 1929 — 1930, obejmuje budowę dwóch wielkich ambulatorjów dzielnicowych: na Pradze i przy ul. Mławskiej Nr. 68.

Stosownie do wspomnianego już kilkakrotnie planu rozbudowy, czwarte wielkie ambulatorjum dzielnicowe ma stanąć na placu przy ul. Jagiellońskiej Nr. 34, gdzie Kasa posiada własny dom. W ambulatorjum tem będzie 28 gabinetów lekarskich, apteka oraz zakłady: przyrodolecniczy z elektroterapią i lampami kwarcowymi i ortopedyczny.

Pięta wielkie ambulatorjum dzielnicowe stanie na placu Kasy przy rogu ulicy Mławskiej i Sapieżyńskiej. W gmachu tym o trzech piętrach znajdują pomieszczenie 24 gabinety lekarskie i zakład elektroterapeutyczny.

Wszystkie te ambulatorja będą urządzone nowoczesnie, w myśl wymagań wiedzy medycznej.

Z chwilą doprowadzenia do skutku wszystkich omówio-

nych zamierzeń. Kasa Chorych m. Warszawy, pozyska możliwość zdecentralizowania pomocy lekarskiej, gdyż każde ambulatorjum dzielnicowe będzie wyposażone we wszystkie działy lecznictwa.

Jednocześnie ulegną likwidacji ambulatorja drobne o charakterze tymczasowym, które w braku wielkich i wzorowo urządzonych dzielnic niosą pomoc ubezpieczonym w warunkach, pozostawiających nieraz wiele do życzenia.

Po zaspokojeniu, dzięki realizacji szeroko zakrojonego programu Kasy Chorych m. Warszawy, najpilniejszych potrzeb, przyjdzie kolej na organizację lecznictwa zapobiegawczego, o tem jednak narazie mówić jeszcze zawcześnie.

J. P.

**

Ustawa o zasiłkach dla optantów i reemigrantów.

Traktat Wersalski i oparta na nim decyzja Rady Ligi Narodów z dn. 17 lipca 1922 r. jako też konwencja Genewska z 15 maja 1922 r., zawarta między Polską a Niemcami w sprawie Górnego Śląska, w części tylko rozwiązały sprawę świadczeń dla polskich reemigrantów z Niemiec, posiadających uprawnienia z tytułu ubezpieczeń społecznych.

Tylko reemigranci, którzy wrócili do b. dzielnicy pruskiej przed 13 grudnia 1921 r. oraz reemigranci górniczy, mieszkający w Polsce w dniu 17 lipca 1922 r. mają zagwarantowane w myśl cytowanych traktatów świadczenia z tytułu ubezpieczeń społecznych. Reemigranci, niepodpadający pod jedną z powyższych kategorii, jak również reemigranci, którzy wrócili do b. dzielnicy pruskiej wprawdzie przed 13. 12. 1921 r., ale pobierali w Niemczech renty z ubezpieczenia wypadkowego, z tytułu wypadku zaszłego po terminie przełomowym, przewidzianym w decyzji Rady Ligi Narodów (1 styczeń 1919 dla Poznańskiego, 1 styczeń 1920 dla Pomorza) nie otrzymywali żadnych świadczeń od instytucji ubezpieczeniowych polskich, będąc równocześnie pozbawionymi tych świadczeń ze strony instytucji niemieckich, w myśl postanowień niemieckich ustaw ubezpieczeniowych o spoczywaniu renty na wypadek opuszczenia granic Rzeszy Niemieckiej przez rencistę cudzoziemca.

Znaczna część pozbawionych rent reemigrantów utraciła je w związku z powstaniem R. P. Należeli tu przedewszystkiem renciści, którzy przed przewrotem listopadowym 1918 r wrócili do Małopolski, do Niemieckiego Gubernatorstwa w Warszawie oraz do Austrjackiego Gubernatorstwa w Lublinie. Pobierali oni świadczenia z Wiednia, gdyż do tych terytorjów, jako należących do Austrii, względnie do obszarów okupowanych, Niemcy postanowień o cudzoziemcach nie stosowali. Z chwilą powstania Polski, Niemcy przestali płacić renty, pozostawiając rencistów bez zaopatrzenia, wobec czego położenie wielu stało się wprost rozpaczliwe. Próby zawarcia z Niemcami konwencji, któraby zniósła w odniesieniu do rencistów obywateli polskich surowe przepisy o cudzoziemcach, mieszkających poza terytorjum, na którym obowiązują niemieckie ustawy ubezpieczeniowe, nie doprowadziły do pozytywnego rezultatu. Pozostała zatem jedyna droga — pomocy państwowej.

Min. Pr. i Op. Sp. (Dep. Ubezpieczeń Społecznych) opracowało dwa projekty ustaw, które ustaliły wysokość zasiłków jakoteż sposób wypłaty tych zasiłków przez instytucje ubezpieczeniowe. Jeden projekt, przeznaczony dla Górnego Śląska, został uchwalony przez Sejm Śląski, jako ustawa z dn. 8-go lipca 1925 r. o zasiłkach dla osób, którym niemieckie instytucje wstrzymały renty z tytułu ubezpieczeń społecznych. Drugi projekt został uchwalony przez Sejm, jako ustawa z dn. 23-go lipca 1926 roku o zasiłkach dla osób, którym niemieckie instytucje wstrzymały renty z tytułu ubezpieczeń społecznych (Dz. U. R. P. Nr. 83 poz. 464). Przepisy tej ustawy obowiązują na

całem terytorjum Rzeczypospolitej Polskiej z wyjątkiem województwa śląskiego art. 13).

Uprawnionymi do zasiłków (w myśl ustawy powyższej) są renciści—obywatele polscy, posiadający w dniu wejścia w życie ustawy (14 sierpień 1926 r.) prawo do rent w niemieckich instytucjach ubezpieczeń społecznych z tytułu 1) ubezpieczenia od wypadków, 2) ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy, na starość i na korzyść pozostałych po ubezpieczonych rodzin, 3) ubezpieczenia urzędników prywatnych, 4) ubezpieczenia emerytalnego w Kasach brackich, w którym z powodu ich zamieszkania w Polsce instytucje niemieckie wstrzymały wypłaty rent po 31 października 1918 r. na mocy przepisów niemieckich ustaw ubezpieczeniowych o cudzoziemcach (§ 615 i 1313 niemieckiej ordynacji ubezpieczeniowej z 19. 7. 1911 r. i § 76 niemieckiej ustawy o ubezpieczeniu urzędników prywatnych z 20. 12. 1911 r.). Warunkiem wstrzymania zasiłków jest, by uprawniony mieszkał w Polsce w dniu wejścia w życie ustawy i nie otrzymywał już renty z instytucji polskiej. Uprawnione do poboru zasiłku są również wdowy i sieroty po osobach powyżej wymienionych, o ile w dniu wejścia w życie ustawy nabyły prawo do rent wдович i sierocych

Reemigranci, którzy powrócili do Polski; o dniu wejścia w życie ustawy, nie mogą otrzymać zasiłku. Rada Ministrów może jednak w myśl ust. 3 art. 1 przedłużyć termin końcowy powrotu do Polski. Przedłużenie tego terminu usunęłoby również niejedną niejasność, pozostałą niewątpliwie wskutek uchwalenia przez Sejm ustawy po 1 lipca 1926, którą to datę projekt ustawy, złożony w Sejmie w r. 1925, przewidywał jako termin końcowy powrotu. Jakkolwiek ustawa nie mówi wyraźnie o uprawnieniach do renty z emerytalnych kas kolejowych (Oddział A) oraz pobierających renty, którzy z Niemiec emigrowali naprzód do Francji lub gdzieindziej, a potem dopiero powrócili do Polski, to jednak nie zachodzą widoczne przeszkody do pobierania zasiłku—o ile naturalnie termin powrotu do Polski nie został przekroczony. Tu należą również ci, którzy pobierali renty względnie nabyli uprawnienia do rządowych instytucji niemieckich (Ausführungsbehörde).

Praktycznie rzecz biorąc, starający się o zasiłek winien

posiadać orzeczenie rentowe wystawione przez instytucję niemiecką, natomiast termin samego doręczenia (przed lub po powrocie do Polski) nie powinien odgrywać żadnej roli.

Zachodzi pytanie, czy i reemigranci z Wolnego Miasta Gdańska podlegają przepisom tej ustawy? Zachodzić mogą dwa wypadki. Jeżeli uprawnienia odnośnych emigrantów przejęła instytucja ubezpieczeniowa gdańska i to na mocy umowy gdańsko - niemieckiej — zasiłek niewątpliwie nie należy się. O ile jednak uprawnienie zostało przejęte przez Niemcy i renty zostały później utrzymane z powodu pobytu poza granicami Niemiec — wówczas zasiłek mógłby być wypłacony.

Art. 2 ustawy określa wprawdzie wysokość zasiłków odnośnie do każdego rodzaju ubezpieczenia, upoważnia jednak Radę Ministrów do ewentualnego podniesienia ich wysokości w drodze rozporządzenia.

W razie zbiegu prawa do kilku zasiłków wypłaca się tylko jeden zasiłek, przyczem w razie różnej ich wysokości—zasiłek najwyższy.

Prócz stałego zasiłku, otrzymają uprawnieni jednorazową zapomogę jako ekwiwalent za zaległe renty. Zapomoga ta nie może jednak przekraczać kwoty 200 zł., przyczem należy z niej potrącić sumę zasiłków, wypłaconych z tytułu doraźnej pomocy dla powracających do kraju rencistów od czerwca 1925 r. do dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Uprawnienie do zasiłku spoczywa, jak długo uprawniony przebywa poza granicami Polski.

Ustawa mówi o wypłacie zasiłków i jednorazowych zapomóg, nie obejmujących zatem innych świadczeń jak leczenie, naprawa protez i t. d.

Wypłacanie zasiłku zostało powierzone Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu, Zakładowi ubezpieczenia od wypadków w rolnictwie w Poznaniu oraz Zakładowi ubezpieczenia urzędników prywatnych w Poznaniu. Instytucje te znając dokładnie ustawodawstwo niemieckie ubezpieczeniowe, potrafią łatwiej zbadać czy zgłaszający się o zasiłek ma prawo domagania się od strony instytucji niemieckiej. Z tego też względu przekazano orzecznictwo w tych sprawach organom sądowym ubezpieczeń społecznych w b. dzielnicy pruskiej.

DR. P. F.

Bilans Kasy Chorych m. Łodzi na dzień 1-go stycznia 1926 r.

Stan czynny:

| | Zł. gr. |
|----------------------------------|---------------------|
| Gotówka | 32,893.15 |
| Papiery procentowe i waluty obce | 3,139.20 |
| Składki członkowskie i kary | 2,067,642.41 |
| Nieruchomości | 391 645 18 |
| Budowle | 91,019.84 |
| Weksle procentowe | 11,234.55 |
| Depozyty | 502.— |
| Ruchomości | — — |
| Inwentarz żywy | — — |
| Zapasy | 394,810.08 |
| Dłużnicy | 439,143.92 |
| Udziały | 51,026.30 |
| Świadczenia zwrotne | 162,698.89 |
| Sumy przechodnie | 433,367.07 |
| Niedobór | 275,756.81 |
| Razem | 4.354,879.40 |

Stan bierny:

| | Zł. gr. |
|-----------------------------|---------------------|
| Fundusz zapasowy | 3,217,223.11 |
| Składki członkowskie i kary | 74,912.51 |
| Wierzyciele | 265,911.21 |
| Akcepty | 107,475.55 |
| Depozyty | 225.— |
| Zobowiązania | 47,114.30 |
| Sumy przechodnie | 642,017.72 |
| Razem | 4.354,879.40 |

Rachunek działalności Kasy Chorych m. Łodzi.

Wydatki

Dochody

| | Zł. i gr. | Zł. i gr. | Strsunek proc. do wydatk. | | | | Złote i grosze |
|---|--------------|---------------|---------------------------------|-------|--|------------|----------------|
| 1. Świadczenia: | | | | | | | |
| a) zasiłki pieniężne | 3.761.420.86 | | 29.56 | | | | |
| b) pomoc lekarska, szpitalna, apteczna, kąpiele i t. p. | 6.708.673.39 | | 52.72 | | | | |
| c) wydatki pośrednie | 674 878.11 | 11.144.972.36 | 5.31 | 87.59 | | | |
| 2. Wydatki administracyjne: | | | | | | | |
| a) personalne | 1.011.653.57 | | 7.95 | | | | |
| b) rzeczowe | 199.774.65 | 1.211.428.22 | 1.57 | 9.52 | | | |
| 3. Koszty ogólne: | | | | | | | |
| a) utrzymanie władz Kasy | 50.359.77 | | 0.40 | | | | |
| b) koszty wydawnictwa „Wiadomości K. Ch. m. Łodzi“ | 4 986.75 | | 0.04 | | | | |
| c) składki na Okr. Zw. K. Ch. m. Łodzi | 183.413.99 | | 1.44 | | | | |
| d) straty na 51 szt. akc. Banku Polsk. | 2.030.14 | | 0.02 | | | | |
| e) procenty i opłaty manipulacyjne | 674.11 | | — | | | | |
| f) amortyzacja: | | | | | | | |
| nieruchomości 10 ⁰ / ₀ | 14.263.— | | | | | | |
| ruchomości 100 ⁰ / ₀ | 93.963.58 | | | | | | |
| inwent. leczn. 100 ⁰ / ₀ | 17.774.— | | | | | | |
| inwent. żyw. 100 ⁰ / ₀ | 143.50 | 126.144.08 | 0.90 | 2.89 | | | |
| g) 367.608.84 | | | | | | | |
| 4. Fundusz zapasowy: | | | | | | | |
| a) 10 ⁰ / ₀ od ogólnej kwoty wymierzonych w 1925 roku składek członk. | 1.331.414.50 | | | | | | |
| b) kary nałożone | 10.517.71 | 1.341.932.21 | | | | | |
| | | 14.065.941.63 | | 100.— | | | |
| 1. Składki członkowskie: | | | | | | | |
| wymierzone w czasie od 1. I. do 31.XII 1925 r. | | | | | | | 13.314.145.27 |
| 2. Wpływy różne: | | | | | | | |
| a) 50 ⁰ / ₀ zwrotu od Skarbu Państwa za wypłacone zasiłki pożycznicze w myśl art. 48 Ust. z dnia 19 V 1925 r. | | | | | | 404.873.13 | |
| b) odsetki z rachunków bieżących w bankach | | | | | | 3'033.84 | |
| c) odsetki od weksli protestowanych | | | | | | 90.22 | |
| d) odsetki od weksli przyjmowanych od firm za składki członkowskie | | | | | | 8.335.12 | |
| e) różnica kursu na dolarach przy kupnie materiałów opatrunkowych | | | | | | 240.30 | |
| f) nadwyżka ze sprzedaży preparatów aptecznych własnej wytwórni | | | | | | 268.92 | |
| g) różne drobne wpływy | | | | | | 41.63 | |
| h) wymierzone kary na pracodawców | | | | | | 9.083.85 | |
| i) zwrot kosztów egzekuc. i inkasa | | | | | | 19.135.69 | |
| j) zwrot kosztów ogł. o licytacjach | | | | | | 29.502.99 | |
| k) kary wpłacone przez ubezpiecz. | | | | | | 1.433.86 | 476.039.55 |
| 3) Niedobór | | | | | | | 275.756.81 |
| | | | | | | | 14.065 941.63 |

67

NOWE WYDAWNICTWA.

„WIADOMOŚCI LEKARSKIE”.

Okręgowy Związek Kas Chorych we Lwowie przystępuje do wydawania miesięcznika lekarskiego pod nazwą „Wiadomości lekarskie”.

Ma to być pismo przeznaczone wyłącznie dla lekarzy praktyków, a więc przede wszystkim dla lekarzy kasowych na prowincji.

Stosunki materialne nie pozwalają lekarzom uzupełniać swoich wiadomości przez wyjazdy na dopełniające kursy do siedzib uniwersyteckich. Nadmierne zajęcie pracą codzienną nie pozwala na studjowanie obszernych elaboratów, jakie przynoszą fachowe czasopisma lekarskie, nie dostosowane do potrzeb lekarza - praktyka.

Za przykładem więc zagranicy, gdzie wychodzą pisma w rodzaju kompendjów naukowych, streszczeń wszystkiego tego, co w świecie nauki, eksperymentu, doświadczenia lekarskiego pojawi się nowego — chce Związek lwowski wypełnić tę lukę w polskim piśmiennictwie lekarskiem.

Jest to tembardziej wskazane, że wydawnictwa zagraniczne, szczególnie niemieckie, mają w Polsce zbyt nadzwyczajny, prenumerowane są w tysiącach egzemplarzy.

Pierwszy numer tego miesięcznika w skromnych rozmiarach ósemki, o 32 stronach objętości — za bardzo niską cenę 1 zł. — wyjdzie w najbliższym czasie.

Wydawnictwo to, redagowane będzie przez zespół lekarzy Związku — przy poparciu wielu klinicystów, lekarzy szpitalnych i wybitnych praktyków — i liczy na coraz szersze koła współpracowników w całej Polsce.

W podobnych pismach niemieckich współpracują najwybitniejsi uczeni i profesorowie, zabierają w szczególności głos, w odpowiedziach na często ciekawe pytania i problemy, skierowane do redakcji pisma a wysuwane przez lekarzy praktykujących, w sprawach leczenia i rozpoznawania chorób.

Pismo to, powinno znaleźć gorące poparcie w instytucjach Kas Chorych, które tyle okazują zrozumienia i dobrych chęci, w kierunku starań polepszenia i utrzymania na należytej wyżynie swego leczenia.

Dr. S.

NOWE WYDAWNICTWA KRAKOWSKIEGO ZWIĄZKU KAS CHORYCH. W Bibliotece związkowej ukazała się „Ustawa o ubezpieczeniu na wypadek

choroby”, zawierająca obowiązujące rozporządzenia i wyjaśnienia Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej. Wydawnictwo to opracowała p. Leontyna Frankowska, Referendarz Głównego Urzędu Ubezpieczeń. Książka ta o 234 str. druku, oprawna w płótno, jest do nabycia w cenie 7 zł. we wszystkich księgarniach oraz w Okręgowym Związku Kas w Krakowie.

W tejsamej Bibliotece ukażą się w najbliższym czasie dwie nadzwyczaj pożyteczne książki, których brak zupełny w polskiej literaturze medycznej bardzo się daje odczuwać. Będzie to: *D-ra Mieczysława Kosińskiego* książka: „O masażu”, zaopatrzona w 60 ilustracji, według oryginalnych zdjęć. Druga książka, to praca *D-ra Władysława Medyńskiego*: „O diatermji”, również bogato ilustrowana. Ponadto w druku znajdują się: „Okólniki” Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń we Lwowie i w Warszawie, zaś w Bibliotece „Lekarz Praktyk” praca prof. *d-ra Kostrzewskiego* z Krakowa: „O tryprze u mężczyzn”.

Jako tomik II *Biblioteki Higjeniczno-Społecznej* Związku ukaże się w najbliższym czasie praca prof. *d-ra Kazimierza Karaffy - Korbuta* p. t.: „Przemysł a zdrowie”, praca ta będzie ilustrowana 12 rysunkami.

Czyniąc zadość dawno odczuwanej potrzebie wydawania popularnego pisma, któreby w sposób jasny i przystępny szerzyło wśród członków Kas znajomość podstawowych zasad profilaktyki, oraz pouczało ich o zadaniach Kas Chorych, Związek krakowski przystąpił do wydawnictwa miesięcznika:

„DROGA DO ZDROWIA”. Będzie to miesięcznik o 16-tu kolumnach druku, poświęcony sprawie zdrowia i higjeny członków Kas Chorych na ziemiach Polski. Współpracownictwo przyrzekli i szereg ciekawych artykułów nadesłali pp. lekarze oraz pracownicy Kas Chorych. Każdy numer będzie bogato ilustrowany, a o pięknie typograficznem tego nowego wydawnictwa mówi wystarczająco nazwisko prof. *Antoniego Procajłowicza*, jednego z najwybitniejszych grafików polskich, który prowadzi stronę zdobniczą pisma. Pismo to, w ograniczonej naturalnie liczbie egzemplarzy, rozdawane będzie bezpłatnie członkom Kas Chorych.

T R E Ś Ć :

Dr. Fr. Grodecki: Stosunek Izb Lekarskich do Kas Ch.
Dr. Herman Horowitz: Współdziałanie Instytucji Ubezp. Społecznych.

Halina Pilichowska: Statystyka Kas Chorych.

Poseł Jan Puchałka: W sprawie nowelizacji ustawy o zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia.

Z. M.: Władze Kasy Chorych.

H. Z.: Spółka Bracka w Tarnowskich Górach w roku 1925 i 1926.

Piotr Drzewiecki: Odpowiedzi na krytykę p. *D-ra Ła-wicza*.

Dr. S. Ła-wicz: P. P. Drzewieckiemu w odpowiedzi.

Leontyna Frankowska: Ubezpieczenia społeczne w Rosji sowieckiej.

D. Salamander: Nowa ustawa o ubezpieczeniu urzędników prywatnych i zawodów pokrewnych w Austrii.

Regulamin Rady Przybocznej przy komisarzy Pow. K. Ch.

Prace Kas i Związków.

Dr. P. F.: Ustawa o zasiłkach dla optantów i reemigrantów.

Bilans Kasy Ch. m. Łodzi na dzień 1-go stycznia 1926 r.

Nowe wydawnictwa.

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

Prenumerata:

Rocznie zł. 18
Kwartalnie „ 4.50
Numer pojedynczy „ 1.50

Cena ogłoszeń:

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

Redaktor: DR. ALFRED KRIEGER.

Wydawca: OGÓLNO-PANSTWOWY ZW. KAS CHORYCH.