

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN OGÓLNO-PAŃSTWOWEGO ZW. KAS CHORYCH W POLSCE

ROK II

MIESIĘCZNIK

ZESZYT 7

WARSZAWA, DN. 1 LIPCA 1927.

DAWID SALAMANDER

Z pośród pracowników na niwie ubezpieczenia społecznego ubył jeden z najdzielniejszych, bł. p. Dawid Salamander, dyrektor i długoletni urzędnik Kasy chorych m. Lwowa. W sile wieku męskiego, w 56-tym roku życia, w pełni sił, zmarł nagle, pozostawiając lukę, która da się dotkliwie odczuć tak potężnej, a dla ogółu miasta Lwowa tak zbawiennej instytucji, jaką jest Kasa chorych m. Lwowa. Zmarł w tym okresie życia, kiedy mógł jeszcze dużo zdziałać dla instytucji, mógł jej służyć, tak swoją pracą, gorliwą, jak i bogatym doświadczeniem; był bowiem bez przerwy 34 lat urzędnikiem, przez lat 30 stałym urzędnikiem Kasy chorych, a w latach powojennych jej kierownikiem i dyrektorem.

Zmarły był w najlepszym tego słowa znaczeniu „self-made-man'em”, człowiekiem, który własnymi siłami, własną pracą wybił się na to stanowisko, jakie zajmował w ostatnich latach swego pracowitego życia. Pochodził z ubogiej rodziny. To też już po ukończeniu 6-ciu klas gimnazjalnych, musiał przerwać studia i przygotowywać się do zajęcia zarobkowego; jako eksternista przygotowywał się do matury szkoły handlowej, zarabiając przytem na życie jako handlowiec, poczem 1-go marca 1893 r. wstąpił do Kasy chorych m. Lwowa, w której, dzięki pracy swej i zdolnościom, zajmował coraz to bardziej odpowiedzialne stanowiska, aż wreszcie po wojnie został kierownikiem tej instytucji i był jej kierownikiem w tych właśnie latach, kiedy to dzięki nowoczesnemu ustawodawstwu społecznemu Polski Niepodległej Kasa chorych m. Lwowa niegdyś mała, przez ogół społeczeństwa niedoceniana i lekceważona instytucja, stała się instytucją potężną, która obejmuje olbrzymią większość ludności miasta Lwowa swoją opieką.

Poza swoją pracą zawodową zmarły od wczesnej młodości oddaje się pracy społecznej, staje pod sztandarem tej partji, której celem jest wyzwolenie klasy pracującej. Pracuje w organizacjach zawodo-

wych, stwarza potężną organizację urzędników i pomocników handlowych, a równocześnie bierze wybitny udział w życiu politycznym. Do końca życia pozostaje wierny ideałom swej młodości; w ostatnich latach, w latach powojennych, jako członek P. P. S. i mąż zaufania zawodowych organizacji robotniczych, w których pracy i walce brał czynny udział, piastuje zaszczytną godność radnego miasta Lwowa. Na posterunku tym spełnia również sumiennie i gorliwie swe obowiązki; znajomość stosunków i życia ludności pracującej Jego rodzinnego miasta, znajomość niedoli i potrzeb tych szerokich rzesz, z pośród których sam wyrósł, pozwala Mu, przy znanej Jego pracowitości, spełnić należycie to zadanie, które Mu w tej dziedzinie pracy społecznej powierzył lud pracujący miasta Lwowa. Nie dziw tedy, że pogrzeb Jego, który odbył się 22-go maja b. r. przemienił się w olbrzymią manifestację całej ludności miasta Lwowa, bez względu na narodowość i wyznanie; nie tylko Jego praca, ale i osobiste zalety Jego umysłu i serca zdobyły Mu głębokie sympatje w szerokich sferach lwowskiego społeczeństwa. Prócz przedstawicieli Rady miasta Lwowa, instytucji służących sprawom ubezpieczenia społecznego, zawodowych stowarzyszeń robotniczych i urzędniczych, wielu kulturalnych i filantropijnych stowarzyszeń, — prócz organizacji politycznych P. P. S. i zawodowych robotniczych, których działaczem gorliwym był Zmarły, trumnie Zmarłego towarzyszyły nieprzejrzane tłumy ludności. Zmarły, gorliwy działacz P. P. S. cieszył się wielkimi sympatjami i zaufaniem żydowskiej ludności, która obdarzyła Go zaszczytnym mandatem członka Rady Wyznaniowej Gminy izraelskiej m. Lwowa.

Zarówno liczne przemówienia przedstawicieli różnych organizacji, stowarzyszeń i instytucji, jak i tłumny udział nieprzejrzanych rzesz na pogrzebie Zmarłego świadczyły o Jego pracy i zasługach dla dobra ogółu! Cześć Jego pamięci!

UMIĘDZYNARODOWIENIE UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CHOROBY.

(X. sesja Międzynarodowej Konferencji Pracy).

Trudno ocenić społeczną wartość opracowanych ostatnio przez Międzynarodowe Biuro Pracy wstępnych projektów konwencji o 1) ubezpieczeniu na wypadek choroby najemnych pracowników przemysłowych i handlowych, chałupników i służby domowej i 2) ubezpieczeniu na wypadek choroby rolnych pracowników najemnych oraz 3) projektu zalecenia dotyczącego ogólnych zasad ubezpieczenia chorobowego, nie wnikając równocześnie w bezpośrednie cele i zadania międzynarodowego ustawodawstwa pracy. Można je rozumieć w sposób dwojaki. Można mianowicie uważać, że zmierza ono do ustalenia drogowskazów postępu społecznego, które wprowadziłyby ustawodawstwa socjalne poszczególnych państw na drogi nowe i nieznane, otwierając przed nimi szerokie horyzonty reform ustrojowych. Ale można też bronić zapatrywania, że międzynarodowe ustawodawstwo pracy ma raczej na celu prawne określenie społecznego minimum, a więc w pierwszym rzędzie zmniejszenie rozpiętości między państwami społecznie postępowymi i zacofanymi i — co za tem idzie — międzynarodowe wyrównanie ciężarów społecznych produkcji. Przegląd praktyki Międzynarodowej Organizacji Pracy wykazuje, że jeżeli teza pierwsza znajduje pewne urzeczywistnienie w zastosowaniu do „zaleceń” (z których, jak wiadomo, nie wynikają żadne zobowiązania państwowe i które dlatego przyjmowane są na konferencjach bardzo łatwo i bez większych skrupułów), to naodwrot tezie drugiej, odpowiada naogół rozwój międzynarodowego ustawodawstwa pracy w właściwym tego słowa znaczeniu, na jakie składają się uchwalane przez konferencje „projekty konwencyjne”. Już sam statut M. O. P. przyznaje w art. 405, że projekty konwencji i zalecenia nie są niczem innym, jak tylko wyrazem społecznego minimum międzynarodowego. Tekst większości projektów konwencji — m. in. również obu wstępnych projektów konwencji o ubezpieczeniu chorobowym — stwierdza czarno na białym, że na przyjmujące je państwa spada obowiązek wprowadzenia w życie ustawodawstwa społecznego „co najmniej równowartościowego” przepisom tejże konwencji. Charakter minimalny postanowień konwencji podkreśla również w naszym wypadku projekt zalecenia, wspominając we wstępie, że „projekty konwencji ustanawiają minimalne warunki, którym od początku winien czynić zadość każdy system ubezpieczenia chorobowego”. Umiarkowanie większości projektów konwencji wynika zresztą również z przesłanek natury oportunistycznej. Muszą być bowiem uchwalane większością kwalifikowaną 2/3 głosów konferencji, w której mają prawo brać udział delegacje 56 państw, w tem 18 amerykańskich, 3 afrykańskich, 5 azjatyckich i 2 australijskich, — nie brak więc wśród nich przedstawicielstw państw egzotycznych, zupełnie pozbawionych ustawodawstwa spo-

łecznego i mniejszych państw europejskich, bardzo słabo w dziedzinie społecznej zaawansowanych. To też nic dziwnego, że w dążności ku osiągnięciu — co najmniej przepisanej, ale pozatem jeszcze możliwie silnej i przeważającej — większości, poświęca się nie raz to i owo, by tylko — nawet kosztem naruszenia zasad umownych, bardziej doskonałych a dojrzalszych już do umiędzynarodowienia — osiągnąć pozytywne rezultaty i uratować konferencję przed fiaskiem.

Nie przesądzając, czy ten stan rzeczy jest dobry, czy zły, musimy stwierdzić, że przedstawia się właśnie tak, a nie inaczej.

Tylko biorąc pod uwagę wszystkie te okoliczności, możemy zrozumieć — oczywiście nie usprawiedliwić — różnicę, jaka zachodzi między poziomem naszego ustawodawstwa w zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby, a poziomem projektów wstępnych konwencji, przygotowanych przez Międzynarodowe Biuro Pracy — na niekorzyść tych ostatnich! — w wielu punktach zasadniczej wagi, by tylko wymienić osobowy zakres ubezpieczenia, rozmiary świadczeń, pieniężnych i w naturze dla ubezpieczonego, zasady organizacji ubezpieczenia i t. p. Można sobie zadać pytanie, czy różnice te nie są zbyt wielkie i zbyt doniosłe. Jeżeli bowiem z jednej strony ujęte w projekcie zalecenia zasady przewodnie ubezpieczenia na wypadek choroby odpowiadają nącgół wytycznym asekuracji chorobowej, uznanym dziś międzynarodowo, a wprowadzonym bodaj czy nie w formie najczystszej w Polsce, to jednak z drugiej strony wstępne projekty konwencji nie mogą nie wzbudzić pewnych zastrzeżeń i wątpliwości. Również i w porównaniu z dotychczasowym międzynarodowym ustawodawstwem w zakresie ubezpieczeń społecznych — a Międzynarodowa Organizacja Pracy może się już pochwalić 9 zaleceniami i 7 konwencjami ubezpieczeniowo - społecznymi, — projekty przemysłowej i rolnej konwencji chorobowej nie mogą uchodzić za wyraz postępu społecznego.

Rząd Polski w odpowiedzi na kwestjonariusz Międzynarodowego Biura Pracy wyraził opinię, że jakkolwiek „konwencja oczywiście zawierać będzie minimum żądań, nie kępując kontrahentów, co do dalszego rozwoju in plus ubezpieczenia na wypadek choroby”, to jednak, byłoby rzeczą niebezpieczną dla państw, w których ubezpieczenie to osiągnęło już rozwój względnie wysoki, gdyby minimum przewidziane w konwencji było zbyt niskie i poważnie odbiegało od poziomu już w danym kraju osiągniętego — dałoby to bowiem podstawę elementom niechętnym ubezpieczeniom do żądania obniżenia istniejącego poziomu z powoływaniem się na autorytet międzynarodowy”. Oczywiście, powoływanie się w tym duchu na konwencję dałoby się pogodzić z charakterem konwencji jako wykładnika społecznego minimum i

oczywiście byłoby niezgodnym z prawnymi i moralnymi przesłankami M. O. P. Niemniej trudno oprzeć się wrażeniu, że gdyby projekty konwencji w tekście proponowanym, przez Międzynarodowe Biuro Pracy zostały uchwalone — a dotychczasowa praktyka uczy nas, że projekty M. B. P. nie ulegają znacznym zmianom na konferencji (a jeżeli tak, to raczej w kierunku pogorszenia ich, niż polepszenia) — to mogłyby one być, podkreślam raz jeszcze, wbrew słuszności i dobrej wierze zużytkowane w państwach przodujących w dziedzinie ubezpieczenia społecznego przeciw obecnemu ustawowemu stanowi rzeczy jak i przeciw dalszej rozbudowie ubezpieczeń społecznych. To też przed wszystkimi czynnikami publicznymi, które doceniają ogólną doniosłość społeczną ubezpieczenia na wypadek choroby, stają dwa równoległe i równorzędne zadania: 1) wywarcia w miarę możliwości odpowiedniego nacisku na konferencję w kierunku reformy wstępnego projektu konwencji, (podwyższenie ogólnego jego poziomu i usunięcie z niego tych punktów, które mogłyby się najboleśniej odbić na ustawodawstwie krajowym) i 2) uświadomienia opinii publicznej w poszczególnych krajach o właściwym charakterze konwencji, jako aktów międzynarodowego ustawodawstwa, których zadaniem nie jest nic innego, jak tylko wytyczenie dolnej granicy ustawodawstwa społecznego. Szczególnie wdzięczne zadania tak w jednym jak i w drugim kierunku otwierają się przed rządowymi i społecznymi czynnikami polskimi, które po odpowiedzi Rządu Polskiego na kwestjonariusz M. B. P. wysunęły się siłą rzeczy na pierwszy plan w dyskusji na temat umiędzynarodowienia ubezpieczenia na wypadek choroby.

Badając dwa wstępne projekty konwencji o ubezpieczeniu chorobowym, z których pierwszy (dotyczący przemysłu, handlu, chałupnictwa i służby domowej) składa się z 8 artykułów, a drugi (dotyczący rolnictwa) z 7 artykułów, przyczem treściowo pokrywają się z sobą prawie zupełnie (tak, że można w dalszym ciągu mówić o jednym!), możemy z łatwością przeprowadzić granicę między dwiema kategoriami ich postanowień. Pierwsza z nich stanowią sformułowania ogólne i ryczałtowe, nie precyzujące dokładniej obowiązków spadających na państwa — kontrahentów z chwilą ratyfikacji konwencji i przeważnie nie wymagające scharmonizowania z nimi ustawodawstw narodowych M. B. P. najwidoczniej oświadczą się za tego rodzaju prawnym ujęciem zagadnień ubezpieczenia chorobowego wtedy, gdy wydaje mu się niemożliwym sprowadzenie do wspólnego mianownika zbyt rozbieżnych postanowień ustawodawstw poszczególnych państw w zakresie ubezpieczenia chorobowego. Tak więc gdy chodzi o zagadnienie tak drażliwe, ale i tak doniosłe, jak sprawa pokrycia kosztów ubezpieczenia chorobowego, wstępny projekt konwencji zadawała się nic nie mówiącym postanowieniem art. 7, że „ubezpieczeni i ich pracodawcy winni przyczyniać się do pokrycia kosztów ubezpieczenia chorobowego”, nie próbując nawet najogólniej określić, jaka część winna obciążać ubezpieczonych, a jaka pracodawców. To samo da się powiedzieć o związanej do pewnego stopnia z tem zagadnieniem sprawie udziału ubezpieczonych i praco-

dawców w administracji ubezpieczeniowej. Art. 6 oświadcza się za powierzeniem administracji ubezpieczenia na wypadek choroby instytucjom autonomicznym, podlegającym kontroli władzy publicznej i nie mającym celów dochodowych; nakłada dalej na państwa obowiązek ustawowego powoływania ubezpieczonych do udziału w administracji ubezpieczenia zgodnie z warunkami określonymi bliżej przez ustawodawstwa narodowe, przyczem w kierowniczych organach ubezpieczenia winna im być przyznana co najmniej połowa głosów — na tem kropka, pauza. Natykając się z kolei na problemat form organizacyjnych ubezpieczenia — kasy terytorjalne czy zawodowe, kasy przedsiębiorstw, czy kasy pomocy wzajemnej — wstępny projekt wstrzymuje się od wyraźnego wypowiedzenia się za jedną z tych form organizacyjnych a przeciw wszystkim innym, zachowując w tej mierze dyplomatyczne milczenie, poza ogólnikami, nie sięgającymi głębiej w sedno rzeczy. Ogólniki tego typu nie są z natury rzeczy społecznie szkodliwe, ale też nie mogą przyczynić się do ujednostajnienia i podniesienia międzynarodowego poziomu polityki społecznej w dziedzinie ubezpieczenia chorobowego; a przecież, zgodnie z definicją Stefana Bauera, celem międzynarodowego ustawodawstwa pracy jest wyrównanie — i to nie ku dołowi, lecz ku górze — ustawowej ochrony pracy w szerokim tego słowa znaczeniu.

Drugą kategorję norm projektu wstępnego konwencji stanowią normy bardziej szczegółowe i dokładnie ujęte, które ilościowo górują zresztą nad kategorją pierwszą i wyciskają na nim swe piętno. Niestety, prawie zawsze projekt, schodząc z wyżyn ogólnych zasad na grunt ścisłych sformułowań, decyduje się na wyjęcie przed międzynarodowy nawias ustawodawstw społecznych stosunkowo skromnych tylko i umiarkowanych postanowień, które nawet jako minima rażą swą niewspółmiernością z ustawodawstwami społecznie postępowymi jak czeskim, austriackim, polskim i niemieckim.

Wyliczymy przykładowo punkty, w których rozbieżność pomiędzy międzynarodowym a środkowo-europejskim narodowym ustawodawstwem dałaby się odczuć szczególnie dotkliwie: 1) zakres osobowy ubezpieczenia (projekt przewiduje w pięciu odstępach art. 2 od a) do f) całą serję wyjątków od zasady powszechności ubezpieczenia chorobowego), 2) zasiłek chorobowy (wyliczenie w projekcie całego szeregu sytuacji, w których ubezpieczony nie ma do niego prawa i warunków, od których może być uzależnione jego udzielanie) 3) pomoc lekarska (ujęcie w projekcie wypadków, w których jej udzielanie może być wstrzymane, dopuszczenie udziału finansowego ubezpieczonych przy pokrywaniu kosztów lecznictwa, uzależnienie pomocy lekarskiej dla członków rodziny od dobrej sytuacji finansowej instytucji ubezpieczeniowej).

Ale postanowienia jednej i drugiej kategorji nie wypełniają jeszcze całokształtu przepisów prawnych, których należałoby się spodziewać w fazie, gdyby ubezpieczenie chorobowe miało być unormowane w całej jego rozciągłości. Nie trudno zauważyć w projekcie poważnej luki rzeczowe. Nietylko odpowiedź na pewne ważne pytania wypadła bardzo

ogólnikowo ale—co więcej—nie znajdujemy w projekcie wogóle odpowiedzi na cały szereg pytań wielkiej doniosłości praktycznej. Czy należy przewidzieć udzielanie przez instytucje ubezpieczeniowe świadczeń dodatkowych i nadzwyczajnych? (pytanie szóste kwestionariusza, zupełnie nie uwzględnione w tekstach projektów). Czy ubezpieczenie chorobowe ma udzielać zasiłków pogrzebowych dla ubezpieczonego względnie członków jego rodziny? (pytanie siódme, również pominięte w tekście). Czy ubezpieczonemu winien przysługiwać ograniczony wybór lekarza? (pytanie ósme). Komu należy oddać rozstrzyganie sporów między instytucją ubezpieczeniową a ubezpieczonymi? (pytanie szesnaste). Czy zadaniem ubezpieczenia na wypadek choroby winno być zorganizowanie prewencji przeciw chorobowej? (pytanie dziesiąte) i t. p. Lukę tę powstały z przesunięcia unormowania pewnych działów chorobowego ubezpieczenia z tekstu konwencji do tekstu rekomendacji; pamiętając o istotnej różnicy między waleorem prawnym postanowień ujętych w formę prawną konwencji i zalecania, możemy sobie z tego łatwo zdać sprawę, jak głęboko sięga ten pozornie zewnętrzny podział materiału między oba akty międzynarodowego ustawodawstwa. Obok luk powstałych w ten sposób nie możemy również nie zauważyć luk, wyrażających się w pominięciu pewnych zagadnień tak gruntownem, że nie znalazły one miejsca ani w kwestionariuszu ani w projekcie konwencji ani w projekcie zalecania. Mamy tu na myśli zagadnienia bardzo różnorodnej natury. Wystarczy dla przykładu wskazać na brak postanowień o połączeniu z ubezpieczeniem przymusowem ubezpieczenia dobrowolnego (które zasługiwałyby na uwzględnienie), o związku między ubezpieczeniem chorobowem pracowników najemnych i osób samodzielnie zarobkujących (wiadomo, że granica między oboma temi działami ubezpieczeń społecznych, oparta na ściśle prawnych kryteriach nie oddziela od siebie dziedzin asekuracji socjalnej o istotnie różnych celach i zadaniach) o stosunku między ubezpieczeniem chorobowem a innymi działami ubezpieczenia społecznego (brak wzmianki o postulacie scalenia ubezpieczeń społecznych, które wedle sprawozdania komisji ogólnej na VII sesji konferencji winno się przeciw organizacyjnie opierać na ubezpieczeniu chorobowem), wreszcie brak wśród świadczeń ubezpieczenia uormowania świadczeń połogowych) odesłanie nas w tej mierze do konwencji waszyngtońskiej nie ułatwia sprawy, bo konwencja ta nie wyczerpuje całości zagadnienia wszak dotyczy tylko

przemysłu i nie obejmuje żadnych świadczeń poza odszkodowaniem).

W jakim kierunku winna iść polska polityka na X sesji Międzynarodowej Konferencji Pracy? Leży niewątpliwie w naszym państwowym i społecznym interesie, by postanowienie ogólne stosunkowo elastyczne i rozciągalne zostały zastąpione bardziej konkretnymi. Interesy polskiego ubezpieczenia na wypadek choroby nakazują też akcję w kierunku wypełnienia luk wstępnego projektu konwencji bez względu na okoliczność, czy odpowiadają im postanowienia zawarte w zaleceniu (w tym wypadku chodziłoby o przeniesienie ich z rekomendacji do konwencji) czy też pozbawione są odpowiedników w tekście zalecania. Wreszcie należałoby uczynić wszystko, co tylko możliwe, by zbyt umiarkowane postanowienie zastąpić bardziej zbliżonemi do niveau najbardziej postępowych europejskich ustawodawstw społecznych. Jest to program maksymalny. Ale rozpatrując osiemnaście ustawodawstw w przedmiocie przymusowego i ośm w przedmiocie dobrowolnego ubezpieczenia na wypadek choroby państw — członków M. O. P. musimy dojść do wniosku, że międzynarodowe ich uzgodnienie nie będzie mogło być posunięte tak daleko, by mogło w pełni uwzględnić wszystkie postulaty reformy wstępnego projektu konwencji. To też w walce o wprowadzenie ich w życie możliwie wszystkich i w możliwie szerokim zakresie nie powinna delegacja polska o tem zapominać, że stosunkowo największe niebezpieczeństwa grożą ubezpieczeniu chorobowemu ze strony postanowień szczegółowych a odbiegających zbyt daleko w dół od poziomu naszego ustawodawstwa społecznego, o ile nie dałoby się poprawić pewnych grup postanowień konwencji, to raczej należałoby zgodzić się na przeredagowanie ich na postanowienia ogólne, nie wchodzące zbyt szczegółowo w meritum sprawy, a nawet w ostatecznym wypadku na przeniesienie ich zalecania, byle nie dopuścić do międzynarodowego usankcjonowania zbyt niskiego minimum ubezpieczenia chorobowego, chociażby nawet ten jej charakter minimalistyczny był jeszcze wyraźniej uwypuklony w ostatecznym tekście konwencji niż w jej obecnym projekcie wstępnym. Tak przedstawiać się winny linje wytyczne naszej polityki na X sesji Międzynarodowej Konferencji Pracy.

Krytyczne omówienie projektów M. B. P., z którego wynika bardziej dokładny i szczegółowy program polityki polskiej na X sesji M. K. P., zawiera artykuł p. t. „Projekty konwencji i zalecania o ubezpieczeniu chorobowem”.

DR. HENRYK KLUSZYŃSKI.

ZAGADNIENIA LECZNICTWA W KASACH CHORYCH.

Granice akcji przeciwgruźliczej.

Ze wszystkich stron nadchodzą wiadomości o zamierzeniach, planach i działalności Kas Chorych w zakresie walki z gruźlicą. Kupuje się tereny, buduje się sanatoria, istniejące rozszerza się i zwiększa. Kasy otwierają przychodnie przeciwgruźlicze, jed-

nem słowem na tem polu zaczynają Kasy Chorych rozwijać bardzo żywą i energiczną działalność. Kasy Chorych nie szczędzą zatem pieniędzy, gdyż akcja taka wymaga wielkich ofiar materialnych. Czy te wielkie ofiary, przez Kasy Chorych ponoszone,

będą miały wpływ na zmniejszenie się śmiertelności w kraju? Na pierwszym Zjeździe przeciwgruźliczym w Krakowie w roku 1925 jeden z referentów udowodnił, że zmniejszenie się śmiertelności za granicą w Anglii i Belgii było następstwem istnienia setek przychodni przeciwgruźliczych, w których ludność szukała porad i uświadamiała się o sposobach wystrzegania się tej choroby. Był to pogląd mylny nie uwzględniający całego szeregu czynników społecznych, które o wiele silniej zaważyły na spadku zachorowań na gruźlicę w krajach zachodnich. Na drugim kongresie przeciwgruźliczym we Lwowie w roku 1926 w dyskusji zaznaczyłem, że rola Kas Chorzych o zwalczaniu gruźlicy tak długo będzie nikła, jak długo istnieć będą dyspozycje społeczne w rozszerzaniu się gruźlicy, wobec których Kasy Chorzych są bezsilne. Spadek śmiertelności gruźlicy na Zachodzie jest następstwem w pierwszym rzędzie zmniejszenia się i osłabienia dyspozycji społecznych a dopiero w dalszym planie tworzenia przychodni przeciwgruźliczych i całej akcji przeciwgruźliczej. Będę się starał pogląd ten udowodnić cyframi statystycznymi z rozmaitych krajów Zachodniej Europy.

Przez wpływy społeczne (dyspozycje społeczne) rozumiemy, oprócz niedostatecznego i złego odżywiania się, niehigieniczne warunki mieszkaniowe, wpływ stałego pobytu w warunkach pracy źle wentylowanych i zanieczyszczonych organicznymi i nieorganicznymi substancjami. Gruźlica występuje nie tylko w krajach przemysłowych o gęstym zaludnieniu, ale i tam, gdzie miasta większe są rzadkością i gdzie ubezpieczeni zajęci są przeważnie na roli. Prof. Grotjahn w jednej ze swoich prac podnosi wpływ uprzemysłowienia na dobrobyt całej ludności i w następstwie zmniejszenia się gruźlicy. Zmniejszenie się śmiertelności gruźlicy — powiada — występuje zawsze przy przejściu ludności żyjącej w warunkach agrarnych do warunków przemysłowych. Twierdzenie takie wywoła zapewne zdziwienie, gdyż istnieje prawie dogmat, że gruźlica płucna jest zjawiskiem przedewszystkiem wielkich miast i przemysłu, że w miarę wzrostu uprzemysłowienia miast i krajów i nagromadzenia przez to wielkich mas w centrach przemysłowych, następował wzrost gruźlicy.

Tezę tę obalił w znakomitej książce Dr. Georg Wolff: „Der Gang der Tuberkulosesterblichkeit und die Industrialisierung Europas“ (Pochód śmiertelności gruźlicy a uprzemysłowienie Europy).

Tak mogło być na Zachodzie przed 50 laty, kiedy istniały prymitywne warsztaty pracy i fabryki i niehigieniczne mieszkania a nie dziś, kiedy istnieje ustawodawstwo ochronne i inspektorat pracy. Prawny dozór nad pracą fabryczną rozpoczął się wówczas, kiedy robotnicy w centrach przemysłowych zaczęli się organizować zawodowo. Złe warunki higieniczne istnieją w młodych państwach przemysłowych. W państwach zaś, gdzie istnieje dłuższa kultura przemysłowa (Anglja, Belgja, Niemcy), a więc w państwach najbardziej zaludnionych posunęła się znacznie higiena pracy i higiena u robotników. Temu głównie faktowi przypisać należy, że w tych państwach śmiertelność gruźlicy jest niska, w przeciwieństwie do innych krajów, nawet nie tak

gęsto zaludnionych (Francja, Polska, Rosja, Finlandja, Norwegja) i to z przeważającą ludnością rolną. To też śmiertelność wskutek gruźlicy wzrasta wszędzie tam, gdzie zbiega się niekorzystny spłot wpływów gospodarczych i higienicznych. Wojna światowa wykazała, jak ważnym czynnikiem jest odżywianie. Alfons Fiszer w dziele: „Zarys higieny społecznej” powiada: „Bez prątku gruźliczego niema gruźlicy. **Prątek gruźliczy ustępuje przed tanim chlebem**”.

Jaskrawym przykładem jak gruźlicę można skutecznie zwalczać, jest Anglja. Najgęściej zamieszkała, z wielkimi miastami przemysłowymi i handlowymi (Londyn, Bristol, Cardiff, Birmingham, Manchester i t. d.), które tworzą jeden wielki okrąg przemysłowy, okazuje najkorzystniejszy stan gruźlicy. Kiedy jeszcze w r. 1871 — 1875 śmiertelność z gruźlicy wynosiła na 10.000 mieszkańców 29.41, to już w następnym pięcioleciu spadła na 28.91, a w r. 1881 — 85 wynosi już 25.42, a w roku 1906 — 10 spada na 15.68, w czystych okręgach przemysłowych na 11.07, a w czasie od 1911 — 1915 spadła na 10.82, podczas gdy w Irlandji w r. 1912 wynosiła 16.98, w Szkocji w r. 1909 wynosiła 19.7, a w r. 1923 już tylko 11.8 na 10.000 mieszkańców.

Należy zatem stwierdzić, że śmiertelność z gruźlicy w gęsto zamieszkałych miastach przemysłowych, Anglii jest niższa niż w rzadko zaludnionej i chłopskiej Irlandji. Nie znaczy to, że praca fabryczna działa korzystniej na zdrowie, niż pobyt na świeżem wiejskiem powietrzu. Nie ulega jednak wątpliwości, że kwitnący przemysł w Anglii nie był bez wpływu na podniesienie się dobrobytu mas robotniczych, że obok ustawodawstwa społecznego była prowadzona racjonalna polityka mieszkaniowa i odżywiania, nadto klasa robotnicza, uświadamiana przez związki zawodowe, wywalczyła sobie lepsze wynagrodzenie — a wszystko to razem musiało wpłynąć na korzystny stan życiowy robotników. Stan higieniczny fabryk w drugiej połowie 19 w. tak się poprawił, że nawet w niebezpiecznych zakładach, jak szlifierniach stalowych, robotnicy nie byli narażeni na gruźlicę! Ustawodawstwo mieszkaniowe zostało wprowadzone już w r. 1848, burzono wówczas całe dzielnice i budowano nowe domy higieniczne.

Mylny jest przeto pogląd D-ra Kazimierza Dąbrowskiego, który w artykule „Rola przychodni w społecznej walce z gruźlicą”. („Gruźlica”, listopad 1925), twierdzi, że od r. 1887, kiedy założono pierwszą przychodnię w Anglii, rozpoczyna się spadek śmiertelności gruźlicy. Jest on o wiele wcześniejszy, kiedy robotnicy otrzymali lepsze mieszkania i w następstwie podniesionych zarobków, mogli się lepiej odżywiać i wogóle żyć życiem higienicznym. Dopiero na tem korzystnym podłożu wpływ przychodni mógł się uwydatnić.

Przypatrzmy się drugiemu państwu przemysłowemu — Belgji, w której przeszło 50% ludności pracuje w przemyśle, a tylko 16% w rolnictwie. Śmiertelność gruźlicy wynosiła w r. 1896 — 1900 na 10.000 mieszkańców 24.88, a w r. 1906 — 1910 już tylko 12.88, czyli spadła o 50%, a na gruźlicę płucną tylko 10.13. Belgja zatem, typ państwa przemysłowego, wprawdzie małego, okazuje cyfry z gruźlicy zbliżone do cyfr angielskich. Charakterystycznym

jest, że równorzędnie z rozwojem przemysłu w ostatnich dziesiątkach lat, zmniejszyła się śmiertelność z powodu gruźlicy:

Rok	Śmiertelność
1871 — 1875	33.58
1876 — 1880	32.31
1881 — 1885	25.42
1906 — 1910	12.88

Przyczyny działały te same co w Anglii.

Lepsze warunki płacy, dobre odżywianie, higieniczne mieszkanie — oto były czynniki, wpływające na szybkie zmniejszanie się śmiertelności wskutek gruźlicy.

Bardzo korzystnie przedstawia się spadek śmiertelności z gruźlicy w Danji z ludnością przeważnie rolniczą, stojącą na wysokim stopniu oświaty, z przeciętną zamożnością. Na 10.000 mieszkańców zmarło na gruźlicę płuc w roku 1901 — 1905 — 14.66, w roku 1906—1910 — 12.70, w roku 1920 — 10.6, a w r. 1922 — 9.5. Tak niska śmiertelność jest następstwem poważnych zarządzeń sanitarnych, jak zupełna izolacja wszystkich zakaźnych chorych, a od roku 1905 działają dwie ustawy o zwalczaniu gruźlicy. Wszystkie przypadki gruźlicy muszą być zgłoszone, istnieje przymus dezynfekcji każdego mieszkania w razie śmierci lokatora lub po zmianie mieszkania. Istnieje również prawo przeniesienia gruźlika niebezpiecznego dla otoczenia do szpitala na koszt publiczny. Druga ustawa ustala dotacje finansowe dla umieszczenia chorych w sanatorjach, w domach dla gruźlików, jak również dotacje dla członków rodzin na utrzymanie za cały czas pobytu żywiciela w zakładzie. W takich warunkach racjonalnie prowadzona akcja przeciwgruźlicza musi wydać rezultaty.

Nieco gorzej przedstawia się sprawa w Szwajcarii. Śmiertelność z gruźlicy płuc jest bardzo niekorzystna. Na 10.000 mieszkańców w r. 1906 — 10 wynosiła śmiertelność z gruźlicy płuc 18.90, a w roku 1911 — 15 — 15.25, a na gruźlicę wogóle 20.27. Jakie są przyczyny tej wysokiej śmiertelności? Ludność ma przeciętną wysoką kulturę, żyje na świeżym górskim powietrzu i w zdrowych zewnętrznych warunkach. Gęstość zaludnienia nie jest wielka, tylko w centrach przemysłowych, jak w Bazylei, Bernie, Genewie, Lozannie, Zurichu, ale miasta te nie mogą reprezentować takich centrów przemysłowych, jak w Anglii, Niemczech, ale mimo to jest śmiertelność z gruźlicy w Szwajcarii bardziej niekorzystna, aniżeli w tych krajach. Nie ulega wątpliwości, że polityka mieszkaniowa i żywnościowa Szwajcarii nie jest troskliwą dla własnej ludności. Znaną jest rzeczą, że mimo ogromne bogactwo mleka, ludność miejscowa go nie posiada. Cierpi ludność wskutek niedostatecznych warunków mieszkaniowych i odżywczych, gdyż wszystko jest obliczone na zarobek sezonowy. Szwajcarja ma wprawdzie wiele higienicznych korzyści, ale masy gospodarczo się nie wzniosły. Ludność miejscowa Szwajcarii jest biedna i bez wielkich wymagań.

Podobny obraz mamy w krajach alpejskich Austrii. Przed wojną śmiertelność z gruźlicy wynosiła

w całej Austrii 28.87 na 10.000 mieszkańców, a w pojedynczych prowincjach była śmiertelność jeszcze wyższa jak w Dolnej Austrii 39.5, Górnej 27.8, Styrii 29.8, Voralberg 40.6. Ani zatem dobre powietrze górskie, ani naturalny tryb życia ludności chłopskiej nie powstrzymały pochodzenia gruźlicy. Przeciwnie, jest znacznie wyższa, niż w krajach przemysłowych Europy. W Voralbergu jest bardzo rozpowszechnione chałupnictwo, niskie płace zarobkowe, niehigieniczne warsztaty pracy i mieszkania. To też śmiertelność z gruźlicy była bardzo wielka, jako następstwo nędzy i braku higienicznej kultury.

Gorszy jest obraz na Węgrzech. Śmiertelność jest tu wyższa, aniżeli w Austrii. Ludność mieszka przeważnie na wsi, gdyż Węgrzy są typem państwa agrarnego i wielkiej własności. Kultura higieniczna dochodziła najwyżej do bram węgierskich magnatów i kilku miast.

Mamy przed sobą dwa obrazy: Państwo przemysłowe, Anglię z jej wolnościowo zorganizowanym, uświadomionym proletariatem, a państwo agrarne węgierskie z ludnością żyjącą w nędzy, brudzie i starych przesądach.

Tam gruźlica gwałtownie się zmniejsza — tu zbiera obfite żniwo.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę państwo niemieckie, spostrzeżemy, że śmiertelność z gruźlicy jest najniższa tam, gdzie ludność żyje w korzystnych warunkach gospodarczych i kulturalnych. W Saksonii ogromnie uprzemysłowionym kraju wyniosła już w roku 1913 śmiertelność z gruźlicy 10.2 na 10.000 mieszkańców, podczas gdy w Bawarii, w kraju przeważnie rolniczym, o klimacie alpejskim, 14.7. Zmniejszenie się śmiertelności z gruźlicy nie jest ani przywilejem państw przemysłowych, ani agrarnych, lecz występuje zawsze tam, gdzie obok korzystnych gospodarczych i społecznych warunków idzie równolegle kulturalne podnoszenie się ludności. Dlatego jest niską w Anglii, Belgii, Danii, a wysoką na Węgrzech, i jak zobaczymy dalej, w Polsce.

Nie ulega wątpliwości, że zarządzenia profilaktyczne w łączności z odkryciem prątka Kocha przyczyniły się do zmniejszenia śmiertelności z gruźlicy. Jednak wysokie znaczenie miało nie tylko wprowadzenie ustawodawstwa ochronnego, ale przede wszystkim ogólne podniesienie gospodarczych, higienicznych i kulturalnych warunków mas pracujących.

Ze podniesienie się stopy życiowej klasy pracującej miało pierwszorzędne znaczenie w zmniejszeniu się śmiertelności z gruźlicy, dowodzi fakt, że w Anglii śmiertelność z gruźlicy spadała jeszcze długo przed odkryciem prątka Kocha, podczas gdy w innych krajach, jak Francji, Węgrzech, z opóźnionym gospodarczym rozwojem, cyfra śmiertelności z gruźlicy spadała znacznie później, albo wcale nie spadała.

Przechodzę teraz do Polski. Według przybliżonej statystyki umiera rocznie na gruźlicę około 60.000 — 80.000 osób, czyli współczynnik śmiertelności na 10.000 mieszkańców wypadnie około 26. Jeżeli weźmiemy pod uwagę niektóre miasta, to stan ten jeszcze znacznie gorzej się przedstawi. I tak:

Warszawa miała w 1924 r. śmiertelność z gruźlicy na 10.000 mieszkańców 27,8, Łódź 29,7 (w roku 1925 25,3), Lwów 34,7, Kraków 44,7, Poznań 25,4, Lublin 41,4, Bydgoszcz 17,4, Sosnowiec 36,9, Białystok 29,3.

Cyfrы te są straszne i są ciężkim oskarżeniem na stosunki sanitarne, panujące w Polsce. Anglja posiadała ten sam współczynnik śmiertelności z gruźlicy co obecnie Polska, przed 50 laty. O pół wieku jesteśmy zatem cofnięci w rozwoju zdrowotności ludności naszego kraju. Nie należy się temu dziwić. Stopa życiowa mas ludowych jest bardzo niska, płace zarobkowe nie wystarczające na dostateczne odżywianie się, mieszkania niehigieniczne, przepełnione, ogólna kultura higieniczna bardzo prymitywna. W tych warunkach gruźlica musi robić znaczne postępy. Cała akcja przeciwgruźlicza robi mimowoli wrażenie budowy gmachu od dachu, a nie od fundamentów. Należy pójść śladem Zachodu, gdzie na-przód postarano się o gospodarcze i kulturalne podniesienie się mas, a potem przyszła nauka lekarska i zaczęła stosować wszystkie te środki, które służą do zwalczania gruźlicy. W Polsce musi być akcja przeciwgruźlicza prowadzona równorzędnie przez tworzenie nowoczesnych warunków mieszkaniowych, ekonomicznego podniesienia się ogółu ludności. Nie chcę przez to powiedzieć, że Kasy Chorych mają zaprzestać swej pięknej akcji przeciwgruźliczej. Przeciwnie, muszą ją pogłębić, rozszerzyć, ale równocześnie krzycheć i wołać, że wysiłki ich będą niedostateczne, a często chybione, jeżeli państwo i samorządy nie wystąpią z racjonalną polityką mieszkaniową, a masom ludowym nie uda się podnieść stopy życiowej, by móc lepiej się odżywiać i żyć w warunkach prawdziwej kultury higienicznej. Jeden z wybitnych uczonych niemieckich, Ran-

ke, powiada: „Przy gruźlicy nie rozchodzi się o epidemję, jak ospy, cholery, dżumy, lecz o chorobę, która trwa od niepamiętnych czasów. Jest zależna od odżywiania i od sumy pracy do wykonania. Jest wrażliwa na przepracowanie, troskę i cierpienie”. Zapewne na gruźlicę nie działa korzystnie praca przemysłowa, lecz wpływy połączone z uprzemysłowieniem tam, gdzie przyczyniły się do podniesienia się stopy życiowej mas ludności, obok działania ustawodawstwa społecznego w najszerszym zakresie. W państwach o przewadze ludności rolniczej, w których kultura i dobrobyt jest równomiernie rozdzielona, a nie na kilku posiadaczy ziemi, jest cyfra śmiertelności z gruźlicy korzystna, gdyż nie przemysłowa praca, o ile ona się odbywa w warunkach ochrony zdrowia, ani rolna jest rozstrzygającym czynnikiem, lecz jedynie gospodarcze, higieniczne i kulturalne następstwa, które wynikają dla mas pracujących z wzrastającym dobrobytem.

Dlatego zupełnie zgadzam się z opinią wypowiedzianą przez Dr. Mieczysława Gantza w artykule „Walka społeczna z gruźlicą”, że „sprawiedliwość jednak zniewala do zaakcentowania, że ani najmańdrzej prowadzona propaganda, ani rejestracja, ani szereg innych wymienionych sposobów niewiele pomogą w zwalczaniu gruźlicy, jeżeli przedewszystkiem państwo nie pomyśli o ulepszeniu ogólnych warunków higienicznych w postaci rozwiązania sprawy mieszkaniowej, rozszerzenia sieci wodociągów i kanalizacji i t. p., a także jeśli nie zwróci należytej uwagi na poprawę warunków ekonomicznych szerszych warstw ludności. Walka z gruźlicą, któraby nie miała w swym planie podniesienia warunków życia szerokich warstw ludności, nie może być istotnie skuteczna”.

ALFRED KRIEGER.

KURSY DLA PRACOWNIKÓW KAS CHORYCH.

Rezultaty i doświadczenia.

Dnia 31 maja odbyła się uroczystość zamknięcia kursu dla pracowników Kas, zorganizowanego przez Zarząd Ogólno - Państwowego Związku Kas Chorych w Polsce.

Zamknęliśmy pewien dział pracy, wobec czego należy ocenić krytycznie wartość naszej pracy i wyzyskać w przyszłości nabyte doświadczenie.

Kursy dla pracowników Kas Chorych nie są u nas rzeczą nową. Organizuje je od kilku lat Okręgowy Związek Kas Chorych w Krakowie, przystąpiły do tej pracy także Związek lwowski i poznański.

Konieczność urządzania tego rodzaju kursów nie podlega dyskusji. Domagają się organizowania kursów państwowe władze nadzorcze, odczuwają ich potrzebę Kasy w swej pracy codziennej, rozumieją ich znaczenie pracownicze Związki zawodowe. Związek Zawodowy pracowników Kas Chorych zwrócił się oficjalnie do Zarządu naszego z prośbą o urządzenie kursów następnych i rzucił przytem myśl, w

zasadzie słuszną, wydawania specjalnych podręczników, lub przynajmniej skrutów wykładów.

Nad wszystkim góruje fakt, iż Kasy Chorych w swej przeważającej liczbie są instytucją młodą, mającą mało ukwalifikowany personel, że tworzono je wówczas, gdy nie było nadmiaru rąk do pracy — w czasie gorączki inflacyjnej. Stąd też płyną braki pod względem osobowym, jedną bowiem z głównych bolączek Kas jest brak wyszkolonego personelu.

Uchwała naszego Zarządu z dn. 4. 8. 1926 r. w sprawie zorganizowania kursów dla pracowników brzmiała, iż „szkoła przeznaczona jest przedewszystkiem dla pracowników obu Kas warszawskich z tem, że dopuszczeni będą także i pracownicy innych Kas”. Realizując powyższą uchwałę porozumieiliśmy się z Zarządem Kasy Chorych m. Warszawy i Pow. Kasy Chorych w Warszawie z prośbą o zgłoszenie kandydatów na kurs. Efekt był nadzwyczajny. Z Kasy Chorych m. Warszawy zgłosiło się 64 kandy-

dtów, z Powiatowej Kasy Chorych w Warszawie — 4, a z P. Kasy Chorych w Żyrardowie — jeden.

Tak wielka liczba słuchaczy (69 osób) zmusiła nas do podzielenia kursu na dwie grupy, by ułatwić pracę praktyczną. Wobec tego, iż słuchacze pracowali przede wszystkim w Kasie Chorych m. Warszawy, nie mogło być mowy o zwolnieniu ich z pracy. Kurs odbywać się mógł tylko w godzinach popołudniowych przez 3 dni w tygodniu po 3 godziny dziennie.

Zespół wykładowców, po załatwieniu prac przedwstępnych, stanął wobec pytania zasadniczego: jakie kwalifikacje mają słuchacze. W naszych warunkach jest to pytanie dość drażliwe. Wojna światowa, tułaczka wojenna, wrzenie rewolucyjne w Rosji, wojna polsko - rosyjska i późniejsze trudności gospodarcze, wytrąciły naszą młodzież z normalnej koleji, zmuszając wielu do bardzo wczesnego zarobkowania, co uniemożliwiło naukę, którą po krótkich zazwyczaj borykaniach trzeba było przerwać. Okoliczności wspomniane wywołały u starszego pokolenia zmiany zawodowe. Ludzie, którzy niejednokrotnie nawet nie słyszeli o istnieniu ubezpieczeń społecznych, rozpoczęli pracę w Kasie — prosto „znalazła się posada”. Mieliśmy z tego powodu na kursach ludzi, mających wykształcenie akademickie, ba nawet uniwersyteckich pracowników naukowych, a obok nich osoby, które ukończyły kilkuklasową szkołę powszechną. Wśród tych dwóch skrajności byli ludzie z wykształceniem średnim, mający najrozmaitsze szkoły, — niezawsze ukończone. W hierarchii pracowniczej w Kasie panowała ta sama różnorodność od kierowników wielkich działów pracy kasowej po inkasentów. A jeżeli dodamy, że najmłodszy słuchacz miał lat 18, a najstarszy zgorą pięćdziesiąt, to okoliczności uzmysłowią nam trudności, na jakie siłą rzeczy napotkać musiała realizacja uchwały Zarządu z 4. 8. 1926 r.

Narzucić się musiało pytanie, na jakim poziomie utrzymać szkołę. Czy wyjaśniać pojęcia elementarne, czy stanąć na stanowisku, iż każdy słuchacz ma choćby minimalne przygotowanie. Znając teren naszej pracy wybraliśmy oczywiście ewentualność pierwszą. Kursy nasze wbrew zamierzeniom i uchwałom Zarządu z dn. 4. 8. 1926 r., że „poziom szkoły będzie odpowiednio wysoki dla kształcenia i dokształcania kierowników działów Kas Chorych”, nie miały tak wysokiego poziomu.

Oto pierwsze nasze doświadczenie: **nadzwyczaj staranny dobór słuchaczy, pod względem kwalifikacji i przygotowania.** Konieczność organizowania kursów dla pracowników naszych Kas Chorych jest bezsporna, musimy tworzyć kursy, a nawet szkoły o typie niższym lub najwyższym, z tem jednak zastrzeżeniem, by poziom umysłowy i przygotowanie słuchaczy było możliwie jednolite.

Organizując kursy, nie znając zupełnie słuchaczy, zastanowić musieliśmy się nad pytaniem, co wykładać. Czy szkoła ma dać wykształcenie ogólne, czy też spełniać swój cel specjalny, dając wiadomości wyłącznie fachowe w najściślejszym tego słowa znaczeniu. Wybraliśmy drogę pośrednią. Ułożyliśmy plan wykładów pod tym kątem widze-

nia, że pracownik Kasy Chorych musi mieć pewne wiadomości ogólne, choćby dla zrozumienia całości kształtu zagadnień ubezpieczenia chorobowego w dziedzinie teorii i praktyki. Np. tylko wykład z dziedziny historii ubezpieczeń chorobowych zagranicą umożliwi zrozumienie zasad ustawy naszej z 19.V 1920 r. Z tych powodów przedmiotem wykładów była i teoria i historia ubezpieczeń chorobowych. Zrozumienie, iż ubezpieczenia chorobowe nie są zamkniętą lub oderwaną częścią naszej administracji prawno - politycznej zmuszało nas do zaznajomienia słuchaczy z podstawowymi zasadami prawa publicznego i td., itd.

Pod tym kątem widzenia ułożony program naszych kursów, przedstawiał się w sposób następujący:

- 1) Ustawa z 19. 5. 1920 r.
- 2) Ustawa o ubezpieczeniu od wypadków.
- 3) Ustawa o ubezpieczeniu na wypadek bezrobocia.
- 4) Nadzór państwowy nad Kasami Chorych.
- 5) Teoria ubezpieczeń społecznych.
- 6) Historia ubezpieczeń chorobowych zagranicą.
- 7) Związki Kas Chorych u nas i zagranicą.
- 8) Administracja w Kasach Chorych.
- 9) Ekonomja.
- 10) Statystyka.
- 11) Podstawowe zasady prawa.
- 12) Higjena społeczna.
- 13) Lecznictwo w Kasach Chorych.
- 14) Buchalterja.

Układając program, zdawaliśmy sobie sprawę z jego rozmiarów i czasu jaki będzie potrzebny do zrealizowania. Doświadczenie wykazało, że program był zbyt obszerny. Powody były natury obiektywnej, w pierwszej mierze brak przygotowania części słuchaczy w dziedzinie ekonomji i teorii ubezpieczeń społecznych.

W programie naszym pominąć musieliśmy niestety ważną dziedzinę prawa prywatnego. Przedmiot dla pracowników niezbędny, a przynajmniej jego najważniejsze rozdziały np. zobowiązania, najem pracy i t. d.

Zainteresowanie wykładami było rozmaite, zależne przeważnie od poziomu umysłowego słuchaczy i zdolności do opanowania wykładanego przedmiotu. Przyznać trzeba zupełnie obiektywnie, iż wysłuchanie i opanowanie tak wielkiego materiału, podanego nawet w formie najbardziej przystępnej, wymaga bardzo dużego wysiłku myślowego.

Czy plan nauk odpowiedział oczekiwaniom?

Naogół tak. Nabyte doświadczenie wskazuje jednak, że **program nie może być układany in abstracto, t. zn. bez jednoczesnego poznania poziomu umysłowego słuchaczy.** Jest to okoliczność dużej wagi, zwłaszcza przy układaniu programu II kursu, w którym w znacznej większości uczestniczyć będą pracownicy małych Kas prowincjonalnych.

Wykłady odbywały się sposobem uniwersyteckim. W czasie wykładu słuchacze zadawali wykładowcom pytania. W ten sposób zawiązywała się dyskusja, która zbliżała wzajemnie wykładowców i słuchaczy. Brak czasu nie pozwolił nam na urządzenie ćwiczeń praktycznych. Niestety. Uważamy

tego rodzaju ćwiczenia za rzecz bardzo pożyteczną. Umożliwiają one słuchaczom szybsze opanowanie przedmiotu, dają możliwość stałej kontroli, zmuszają do stałej i systematycznej pracy. Na następnym kursie **praca seminaryjna zorganizowana być musi od 1-go wykładu, jako integralna część kursu.**

Słuchacze posługiwali się częściowo podręcznikami naukowymi, polecanymi przez wykładowców, częściowo skrótami („konspektami”) dostarczanymi przez wykładowców. W praktyce okazało się dopiero, jak uboga jest nasza literatura naukowa. Nie mamy odpowiedniego podręcznika z dziedziny ubezpieczeń społecznych (jedyny istniejący Grabowskiego jest przestarzały), nie mamy podręcznika z dziedziny encyklopedji prawa, teorii ekonomji, brak komentarza systematycznego do ustawy z 19. 5. 1920 r. słowem, że faktycznie trudno było polecić jakąkolwiek książkę. Próby polecenia książek w obcych językach zawiodły, albowiem zaledwie kilku słuchaczy znało na tyle języki obce, by mogli swobodnie czytać.

Być może, że szkoły dla pracowników staną się instytucją stałą, a wówczas uda się wydać choćby kilka podręczników dla pracowników Kas Chorych, których jest w całej R. P. około 4.000. Niestety nasza oficjalna wiedza uniwersytecka nie zajmuje się — z małemi wyjątkami — ubezpieczeniami społecznymi. W naszych kołach kasowych brak zaś sił intelektualnych, poświęcających się badaniom naukowym. Argument o braku zbytu odpada, gdyż tych kilka tysięcy osób, zatrudnionych w Kasach Chorych (nie licząc innych zakładów ubezpieczeń społecznych) przy pewnej pracy z pewnością wykupi normalny nakład (2.000 egzemplarzy) książki naukowej. **Dobre podręczniki będą środkiem pomocniczym na kursach i ułatwią licznym rzeszom pracowniczym nie uczęszczającym na kursy, zapoznawanie się z ubezpieczeniami społecznymi.**

Szeroki plan nauk naszego kursu narzucił pytanie, czy nie należy tworzyć kursów specjalnych, obejmujących ściśle ograniczony zasób wiadomości, potrzebnych pracownikowi w danym dziale pracy kasowej. Oczywiście może być mowa tylko o Kasach największych (Warszawa, Łódź, Sosnowiec) gdzie znaczna część pracowników od szeregu lat spełnia te same czynności. Pracownik Kasy mniejszej pracuje faktycznie we wszystkich działach, pomijając już okoliczność, iż w Kasach tych nie ma tak ściśłego podziału na wydziały.

Trudno wymagać np. od pracownika kartoteki, by zechciał poświęcić się dłuższemu studjum (trwającym kilka miesięcy) z dziedziny teorii ekonomji czy ubezpieczeń społecznych. Można z całą pewnością przyjąć, iż pracownik ten nie wyjdzie poza dotychczasowy obręb swej pracy. Wprawdzie każdy z nas nosi laskę marszałkowską w tornistrze, wiemy jednak z doświadczenia, że zaledwie nieliczne jednostki potrafią wybić się na wyższe stanowiska, reszta spędzi życie w dotychczasowym warsztacie pracy, zwłaszcza, że na rynku pracy umysłowej nie zanoszą się w najbliższej przyszłości na polepszenie konjunktury.

Stwórzmy więc nowy typ kursu specjalnego, obok istniejących kursów ogólnych, by wychować

specjalistów lub choćby umożliwić im uzupełnienie ich wiadomości. Istnieje jednak pewna trudność, której nie zapoznajemy — brak jednolitej administracji kasowej. Cóż z tego, że np. (by zostać przy przykładzie) pracownik kartoteki ukończy 2-tygodniowy kurs swego działu pracy, gdy w każdej kasie istnieje inny system kartoteki. Pracownik nie wiele odniesie korzyści i nie potrafi może zrozumieć celu urządzanego kursu. Bezspornie argument ten przemawia raczej przeciw tego rodzaju kursom specjalnym, jednak istnieje pewna suma wiadomości w danym dziale, które zainteresują i przyniosą korzyść wszystkim uczestnikom, bez względu na system pracy w danej kasie. Byłyby te kursy krótkie (20 — 30 godzin) ograniczające się do bardzo konkretnych zagadnień praktycznych. Zarząd Związku Państwowego rozważa po nabytych doświadczeniach kursu pierwszego, czy nie należy **urządzić w najbliższym sezonie zimowym kursów specjalnych dla pracowników naszych trzech największych Kas Chorych.** Trudno już dzisiaj mówić o szczegółach, sprawa ta może być załatwiona dopiero po porozumieniu się z Kasami zainteresowanymi.

Na kursach naszych brali udział, jak wspomnieliśmy, pracownicy Kasy warszawskiej. Wszyscy pracowali jednocześnie zawodowo, poświęcając szkole godziny popołudniowe. Systematyczne uczęszczanie w tych warunkach na kursy, nie jest bynajmniej rzeczą łatwą. Słuchacze byli niejednokrotnie zmuszeni do przzerwiania pracy na kursach, mając zajęcie w Kasie w godzinach popołudniowych. Zrozumiałem jest wobec tego, iż frekwencja była bardzo niejednolita. Jak zazwyczaj, po kilku wykładach zmniejszyła się o 30 proc., spadając później nieznacznie tak, że przy końcu kursu mieliśmy normalnie około 40 słuchaczy. Do egzaminu zgłosiło się 36, zdawało już tylko 28, z czego 24 z wynikiem dodatnim. **Warunkiem powodzenia kursów i ustalenia frekwencji na kursach, jest całkowite zwolnienie słuchaczy od pracy zawodowej.**

Poziom egzaminów był dosyć wysoki. Wykładowcy kładli główny nacisk na wiadomości praktyczne, domagając się ścisłych odpowiedzi, z ograniczeniem do minimum materiału pamięciowego, w formie definicji, wyliczeń i t. d.

Zamieszczamy nasze uwagi krytyczne możliwie najbardziej obiektywnie, wobec czego na końcu odpowiedzi musimy na pytanie zasadniczej wagi, a mianowicie, co dały kursy ich słuchaczom?

Organizując kurs, zdawaliśmy sobie oczywiście sprawę, iż 150 — 170 godzin przesłuchanych wykładów nie jest wystarczającym okresem do zdobycia poważnego zasobu wiedzy z najrozmaitszych przedmiotów. Celem naszym było zainteresowanie słuchaczy przedmiotem wykładów, przyzwyczajenie do ścisłego myślenia i stworzenie choćby elementarnych podstaw do dalszej pracy. Praca ta jest bardzo konieczna, ułatwi ona pracę zawodową, rozszerzy horyzont myślenia, stanie się impulsem do szlachetnej ambicji zawodowej. W pracy zawodowej wytwarza się z reguły pewien kwiatyzm, tendencja do poprzestania na rzeczach dotychczas osiągniętych. Kursy nawet w naszych skromnych rozmiarach, mo-

gą stać się środkiem celowym do przerwania tego stanu, a w ostatniej linii do zwiększenia kwalifikacji zawodowych i intelektualnych naszych pracowników kasowych. Rzecz zrozumiała, iż okoliczności te nie mogłyby pozostać bez wpływu na całokształt pracy praktycznej naszych instytucji ubezpieczeniowych.

Ogłaszamy nasze uwagi, pragnąc poddać ocenie

publicznej wysiłek Zarządu Związku Państwowego. Byłoby rzeczą, dla przyszłej naszej pracy, ze wszechmiar pożądaną, by udało nam się wywołać dyskusję w tej sprawie. Na tej drodze należałoby się niejedno wyjaśnić, a przede wszystkim cel, zadania i typ stałej szkoły dla pracowników Kas Chorych.

Dr. STANISŁAW DOBROWOLSKI.

O PEWNYCH ZAGADNIENIACH Z DZIEDZINY UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH.

W związku z ukazaniem się projektu Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej ustawy o ubezpieczeniu robotniczym wywiązała się obszerna dyskusja, zarówno w Radzie Ubezpieczeń Społecznych jak i poza Radą, co do pewnych zagadnień związanych z teorią ubezpieczeń. Zagadnienia te dotyczą właściwie nie tego tylko projektu, a mają charakter o wiele ogólniejszy, a pochodzą one przeważnie z niedostatecznego zrozumienia istoty i zadań ubezpieczenia wogóle lub też przyjętego systemu finansowego. Wyjaśnienie tych pojęć w związku z obu ubezpieczeniami projektami Ministerstwa jest celem niniejszego artykułu.

Prawie że jednomyślność panuje w sprawie wzrostu rent z biegiem czasu należenia uprawnionego do ubezpieczenia. Mianowicie spotkało się ze sprzeciwem ustalenie przez Ministerstwo renty inwalidzkiej w ubezpieczeniu robotniczym w stałej wysokości, t. j. niezależnej od tego, ile czasu rencista opłacał składki. Zdaniem oponentów byłoby to sprzeczne z zasadami słuszności i sprawiedliwości. Jest to skutkiem dość rozpowszechnionego błędnego ujmowania istoty ubezpieczenia oraz nieodróżniania instytucji ubezpieczeniowej od instytucji oszczędnościowej. Instytucja ubezpieczeniowa winna zwrócić wszystkim ubezpieczonym łącznie ogólną sumę opłat po potrąceniu oczywiście kosztów administracji, natomiast co do poszczególnych ubezpieczonych nie zachodzi i nie może zachodzić równowaga. Fakt, że ubezpieczony, który dłużej opłaca składki otrzymuje taką samą rentę jak i ten co opłacał składki krócej, nie jest w większej mierze krzywdą pierwszego, jak to, że na loterii może grający posiadający jeden bilet wygrać duży los, a posiadający więcej nie wygrać nic — jest to kwestja wypadku. Zasada ubezpieczenia jest ta sama co i zasada loterii. Na loterii nie obliczonej na zysk, jak np. loteria państwowa, ogólna cena wszystkich biletów po potrąceniu kosztów i prowizji jest równa ogólnej sumie wygranych, ale wygrane i cena biletów dla poszczególnych graczy nie znajdują się z sobą w żadnym stosunku. Tak samo i w ubezpieczeniu — jedni stracą, inni wygrają. Na to niema rady, i gdybyśmy chcieli tego uniknąć, trzebaby wprowadzić zamiast ubezpieczenia przymusowe kasy oszczędności, czy coś w tym rodzaju, a tego chyba nikt nie żąda. Wprowadzenie wzrostu renty, tej niewspółmierności opłat ze świadczeniami dla poszczególnego ubezpieczonego nie uchyla, a tylko je maskuje.

Z powyższych uwag nie wynika bynajmniej, że wzrastająca renta nie jest zgodną z istotą ubezpieczenia, przeciwnie, ubezpieczać można wszystko i we

wszelkich rozmiarach — jedynym warunkiem jest to, by przynajmniej jeden z czynników decydujących o świadczeniach miał charakter przypadkowy, np. termin uzyskania świadczeń, wysokość świadczeń i t. p. Idzie tu tylko o zaakcentowanie, że niema przy ubezpieczeniu na niezmienną rentę żadnej krzywdy ani niesprawiedliwości. Pozatem uzasadnione są teoretycznie każde świadczenia, o ile tylko ogólna ich suma równoważy się z ogólną sumą opłat uzyskanych od wszystkich ubezpieczonych. Pomimo więc, że argumenty, które wysuwają zainteresowani są zupełnie niesłusznie, niema jednak powodu do sprzeciwiania się ich żądaniom, o ile tylko nie stoi z nimi w sprzeczności interes ogółu. Ten interes wymaga, by minimum renty nie było zbyt niskie, gdyż w przeciwnym wypadku rencista byłby ciężarem dla społeczeństwa, a wzrost renty jest oczywiście ograniczony przez wysokość składki, którą można pobierać.

Inna rzecz, czy jest to korzystne dla samych ubezpieczonych. Zadaniem wszelkiego ubezpieczenia jest odszkodowanie za pewne mniej lub więcej zależne od przypadku straty. Np. właściciel budynku ubezpiecza ten budynek od ognia normalnie nie dla osiągnięcia jakiegokolwiek zysku, a jedynie w tym celu, by w razie pożaru tow. ubezpieczeń zwróciło mu straty. Premja jest to tylko opłata za prawo właściciela żądania tego odszkodowania w razie pożaru. To też każdy dąży do ubezpieczenia swych budynków w ich pełnej wartości. Jeżeli jednak nie może opłacać dość wysokiej składki, to może ubezpieczyć budynek w części jego wartości. Lecz nigdy nikomu nie przyjdzie na myśl żądać od towarzystwa, by odszkodowanie za dom wzrastało w zależności od czasu ubezpieczenia. Niezupełnie, ale podobnie przedstawia się sprawa w ubezpieczeniach społecznych. Idzie tu o odszkodowanie za utratę zdolności do pracy. W myśl przyjętego w obu ostatnich projektach systemu ubezpieczony opłaca składki za prawo żądania od instytucji renty w razie jeżeli zajdzie uprawniająca do tego okoliczność w tymże roku, lub w bezpośrednią bliskim okresie czasu. Żadnych rezerw tu się dla poszczególnych ubezpieczonych nie zbiera. Naturalnem dążeniem jest pełne czyli stuprocentowe odszkodowanie. Jednak pociągnęłoby to zbyt wysoką składkę. Z konieczności więc trzeba się zadowolić niepełnem odszkodowaniem, musimy jednak dążyć do tego, żeby jaknajwięcej wyeliminować ryzyko utraty środków do życia. Jeżelibyśmy założyli, że w przyszłości wszyscy nowowstępujący do ubezpieczenia w myśl projektu o ubezpieczeniu pracowników umysłowych będą mieli koło 20 lat, to okaza-

łoby się, że za tę samą składkę, za którą można dać świadczenia przewidziane w projekcie, t. j. po pięciu latach wyczekiwania 40 proc. rentę, która później wzrasta do 100 proc., możnaby dać po tymże okresie wyczekiwania rentę w niezmiennej wysokości koło 85 proc., a przyjmując obecny rozkład według wieku rentę ponad 60 proc. Może teraz powstać pytanie, czy z punktu widzenia przezorności lepiej jest zapewnić sobie rentę, która, o ile przypadnie w młodym wieku, skazuje rencistę prawie na nędzę i zdeklasowanie, a zato później mieć rentę wysoką, czy też lepiej mieć prawo zawsze do renty niedużej, ale umożliwiającej o tyle o ile znośne warunki życia. Ale to już rzecz samych ubezpieczonych. To też w ubezpieczeniu pracowników umysłowych, gdzie można pobierać większe składki, gdzie więc można było ustalić stosunkowo wysoką rentę początkową, od razu w projekcie wprowadzono rentę wzrastającą. Inaczej nieco przedstawia się sprawa w ubezpieczeniu robotniczym. Tu nie można pobierać tak dużej składki, a z drugiej strony zachodzi konieczność zachowania dostatecznego minimum. Wobec tego w projekcie ustalono rentę niezmienną. Jeżeli by jednak od tego odstąpić, wobec żądań zainteresowanych, to w każdym razie rozpięcie w wysokości rent musiałyby być minimalne. Powinniśmy jednak zawsze pamiętać, że żądanie wzrastającej renty nie jest rzeczowo uzasadnione, a jest raczej skutkiem tradycji, przyzwyczajień, czy też prosto upodobań.

Drugi zarzut wysunięty w Radzie dotyczy tego, że obliczenie obciążenia nie uwzględnia zarobków ubezpieczonych. Tak jest istotnie, lecz niebezpieczeństwo wynikające stąd może być dość poważne tylko w ubezpieczeniu pracowników umysłowych i jest znacznie złagodzone przez to, że oblicza się świadczenia od przeciętnego zarobku ubezpieczonego. Przy kapitałowym systemie pokrycia przyjętym w projekcie o ubez. pracowników umysłowych, składka zostaje zużyta niezwłocznie na pokrycie wartości kapitałowych nowopowstałych zobowiązań. Wobec tego w zasadzie powinno się obliczać renty od zarobków w ostatnim roku. Lecz tu staje na przeszkodzie brak statystyki zarobków, z której możnaby otrzymać jakieś dane co do zależności zarobków od wieku. Musimy pamiętać, że składka opłacana w jednakowej procentowej wysokości niezależnie od zarobku daje taki sam rezultat, jak takąż składka liczona od przeciętnego zarobku wszystkich ubezpieczonych w danym roku. Natomiast świadczenia, o ile są obliczone od ostatnich zarobków, będą przyznawane przeważnie od wyższego zarobku, niż przeciętny, a to dlatego, że zarobki urzędnicze rosną znacznie z wiekiem, a właśnie większość rent będzie przyznawana w wieku późniejszym. Tak więc przeciętny zarobek, od którego w danym roku przyznano renty, byłby wyższy od przeciętnego zarobku, od którego pobrano składkę i w braku statystyki nie można tej różnicy ująć liczbowo. Wobec tego nie można było w ubezpieczeniu pracowników umysłowych obliczać rent od ostatnich zarobków, a trzeba było dążyć do tego, by przeciętna podstawa wymiaru renty była możliwie zbliżona do przeciętnej podstawy wymiaru składki. Przyjęto więc założenie, że przeciętny zarobek wszystkich ubezpieczonych w danym roku będzie równy przeciętnej wysokości pod-

staw wymiaru rent obliczonych z przeciętnych zarobków ubezpieczonych w czasie trwania ubezpieczenia. Metoda ta polega na zastąpieniu, zapożyczając terminologii z całkiem innej dziedziny wiedzy, średniej zbiorowej (Schaarmittelwert) przez średnią czasową (Zeitmittelwert). Co innego w ubezpieczeniu robotniczym, tu zarobki wzrastają z wiekiem bardzo nieznacznie, w późnym wieku nawet często się zniżają. Można więc przypuszczać, że tu przeciętny zarobek robotnika, dla którego powstaje prawo do świadczeń w danym roku, będzie mniej więcej ten sam, lub bliski, co dla ogółu robotników w tymże roku.

W związku z powyższymi zagadnieniami znajduje się również sprawa zaliczania uprawnień nabytych w jednym z ubezpieczeń, np. robotniczym, przy przejściu do drugiego, np. urzędniczego. Sprawa rozrachunków pomiędzy różnymi zakładami nie jest nowa. W dotychczasowym ubezpieczeniu pensyjnym, opartym na systemie premjowego pokrycia ekspektatyw przyjęto jako zasadę przekazywanie nowemu zakładowi rezerwy ubezpieczonego. Obliczenie jednak tej rezerwy w sposób właściwy tj. jako różnicy pomiędzy wartością spodziewanych świadczeń na rzecz ubezpieczonego i wartością spodziewanych opłat ubezpieczeniowych, było ze względów praktycznych zupełnie niemożliwe, a to z następującego powodu. Ubezpieczeni opłacają tu składkę przeciętną jednakową dla wszystkich, wynika stąd, że np. ubezpieczony przystępujący do ubezpieczenia w młodym wieku i nie obciążony rodziną płaci składkę wyższą, niż to odpowiada wartości spodziewanych przez niego świadczeń, a co za tem idzie rezerwa obliczona w chwili przystąpienia do ubezpieczenia jest nie zerem, a wielkością ujemną. Gdyby taki ubezpieczony przeszedł do innego zakładu, to nie tylko że dawny zakład nie powinienby nowemu nic przekazywać, lecz odwrotnie jeszcze nowy winienby tę ujemną rezerwę pokryć. Wobec oczywistej niemożliwości w praktyce takiego rodzaju rozrachunków, obliczono rezerwę jako różnicę pomiędzy spodziewanymi świadczeniami a spodziewanymi opłatami w założeniu, że ubezpieczony płaci składkę nie przeciętną a indywidualną. Sprowadza się to do tego, że składka opłacana w rzeczywistości zostaje przedstawiona jako suma dwóch składników: składki indywidualnej oraz pewnego wyrównania, które może być dodatnie lub ujemne. Przy przejściu ubezpieczonego do innego zakładu uwzględnia się tylko składnik pierwszy, a drugi stanowi zysk lub stratę zakładu i właśnie przeciętna składka powinna być tak obliczona, by się te zyski równoważyły ze stratami. Pierwszy składnik jest zupełnie analogiczny do premji w ubezpieczeniu prywatnym i może być zatem w znany powszechnie sposób rozłożony na dwa składniki: premję na pokrycie bieżącego ryzyka (Risikoprämie) i premję oszczędnościową (Sparprämie), która idzie na tworzenie rezerwy. W taki sposób składka przeciętna w ubezpieczeniu pensyjnym byłaby przedstawiona jako suma trzech składników. W tem rozumowaniu przyjmuje się, że z chwilą zajścia okoliczności uprawniających do renty zakład winien wydzielić ze swych funduszy sumę odpowiadającą wartości kapitałowej renty.

Przy przyjęciu systemu kapitałowego pokrycia mamy tylko dwa składniki, które jednak nie są tu iden-

tyczne z poprzednimi: premje na pokrycie bieżącego ryzyka oraz wyrównanie. Żadnej indywidualnej rezerwy tu się nie tworzy. Wyrównanie idzie tu przede wszystkim na skompensowanie tego, że jedni płacą za dużą, a inni za małą składkę, a po drugie na tworzenie pewnej rezerwy, ale nie dla poszczególnych ubezpieczonych, a dla całego ubezpieczenia, o ile przeciętny stan uprawnień wzrasta z biegiem czasu. Nie pozostaje zatem ze składki nic coby można było przekazać nowemu zakładowi.

Powstaje teraz pytanie, czy nowy zakład może coś zaliczyć ubezpieczonym, o ile dawny zakład za nich nic nie przekaże. Na podanym niżej fikcyjnym przykładzie można się przekonać, że istotnie może. Niech będą dwa zakłady o jednakowych świadczeniach A i B, niech przeciętny wiek ubezpieczonych w obu zakładach będzie jednakowy niech dalej ubezpieczeni w A mają zaliczonych 10 lat należenia, a w B—20 lat. Przypuśćmy teraz, że pewna dość liczna grupa w wieku równym przeciętnemu wiekowi w tych zakładach, a mająca 15 lat zaliczenia zostanie przeniesiona z A do B. Łatwo widzieć, że zarówno A jak i B będą mogły obniżyć składki z powodu obniżenia przeciętnego stanu zaliczenia lat, stracą na tem tylko ci, którzy przechodzą, gdyż wobec wyższego stanu zaliczenia lat w B składka w B była oczywiście większa od składki w A. Widzimy więc, że może się zdarzyć, że nowy zakład może nic nie otrzymać, a pomimo to zaliczyć przechodzącym ubezpieczonym pewną liczbę lat bez obciążania przez to swych dawnych ubezpieczonych. Wprawdzie jeszcze wygodniej byłoby tu zakładowi B nic nie zaliczyć przechodzącym, od czego winien on jednak odstąpić w imię solidarności społecznej. Oczywiście, o ile przeciętny wiek lub przeciętny stan zaliczenia lat przechodzących jest wyższy od tychże wielkości dla nowego zakładu, to ci przechodzący stanowią pewien ciężar. Nie znaczy to jednak, że dawny zakład winien ten ciężar kompensować. W powyższym przykładzie, gdyby wspomniana grupa przeszła z B do A, obydwa zakłady by na tem straciły, a zyskałyby tylko przechodzący. Ich zysk pokryty byłby częściowo przez pozostających ubezpieczonych w B oraz dawnych ubezpieczonych w A. Przykład powyższy jest dość sztuczny. W praktyce możliwe są jeszcze inne kombinacje. Może się zdarzyć, że dawny zakład traci na przechodzących, a nowy zakład zyskuje i odwrotnie. Należy tu z całym naciskiem zaznaczyć, że każdy zakład ubezpieczeniowy oparty na jednakowej dla wszystkich składce może, nie obciążając swych dawniejszych członków, zaliczyć każ-

demu dość młodemu ubezpieczonemu, który nawet nigdy nigdzie nie był ubezpieczony, pewną ilość lat nie wzamian za to nie otrzymując, byleby tylko indywidualna składka odpowiadająca nowopowstającemu z temi uprawnieniami była nie wyższa od składki w zakładzie. Jeżeli się tego jednak nie robi, to tylko dla tego, że wygodniej jest nic nie zaliczyć, a niema żadnej racji, by się tego zysku pozbywać tem bardziej, że zakład będzie w innych wypadkach zmuszony przyjmować niekorzystnych ubezpieczonych. Z powyższych wywodów wynika, że wszelkie praktykowane dotychczas lub projektowane przekazywania pewnych sum jako rezerw, czy też sum z wpłaconych składek, stoją w bardzo tylko luźnym związku z konsekwencjami finansowemi, spowodowanemi dla zakładów przez przechodzenie ubezpieczonych.

Jak widać z powyższego, trudności, na które napotyka tu teoria, dadzą się przewyciężyć tylko przez uznanie jaknajdalej idącej społecznej solidarności między zakładami, które winny zaliczać przechodzącym nabyte uprawnienia bez przekazywania jakichkolwiek sum. W praktyce jednak nie będzie ani takiej solidarności, ani też nie dadzą się tak łatwo przełamać przesady, pochodzące z dawniejszych form ubezpieczeń, a zgodnie z któremi koniecznie trzeba nowemu zakładowi coś dać, o ile ma on cokolwiek zaliczyć nowowstępującemu ubezpieczonemu. Trzeba więc szukać rozwiązania na innej drodze, niż by to wynikało z czystej teorii. To też projekty rządowe przewidują, że dawny zakład winien przekazać nowemu sumę otrzymanych składek wraz z odsetkami. Jednak należy pamiętać, że nie jest to zwrot składek, gdyż składki są dawniej zużyte, na owe świadczenie. Obciążenie z tego tytułu wynikające, nie jest uwzględnione w obliczeniach, a to przede wszystkim z tego powodu, że sumy, które tu będą wchodziły w grę, będą albo niewielkie, jak np. przy przechodzeniu z ubezpieczenia robotniczego do ubezpieczenia pracowników umysłowych, albo też, o ile idzie o przechodzenie z ubezpieczenia pracowników umysłowych lub robotniczego na służbę komunalną i t. p., będzie zachodziła w znacznej mierze kompensata. Z drugiej strony niema absolutnie żadnych danych, na których możnaby się oprzeć dla liczbowego ujęcia tych sum. Nie oznacza to jednak, że można te rzeczy lekceważyć. Nowe zakłady, a szczególnie zakład ubezpieczenia pracowników umysłowych powinny prowadzić dokładną statystykę tych przekazów z tem, by przy przepisanej ustawowo rewizji składek uwzględnić ewentualne zyski czy też straty, wynikające z tego źródła.

UMOWA Z LEKARZAMI KASY CH. M. POZNANIA.

Podajemy w całości umowę, zawartą przez Zarząd Kasy Chorych m. Poznania ze Związkiem Lekarzy Państwa Polskiego, obwód Poznański z dnia 4. 2. 27., ze względu na odrębne stosunki w b. dzielnicy pruskiej.

Nadmieniamy, że umowę z dnia 2. 10. 24, Zarząd Kasy Chorych m. Poznania wypowiedział Związkowi Lekarzy z dniem 1. 12. 26., albowiem przewidywała ona opłacanie czynności lekarskich wedle systemu punktowego i powodowała w wielu wypadkach

rozrzutność w leczeniu. Kasa, płacąc 1 złoty za każdy punkt, znalazła się w bardzo trudnej sytuacji finansowej, gdyż lwia część jej dochodów pochłaniały honorarja lekarskie, a przytem bardzo poważne sumy musiała ona wypłacać jako zasiłki członkom Kasy, uznanym przez odnośnych lekarzy za niezdolnych do pracy.

Nie od rzeczy będzie dodać, że czynnikiem, który w dużej mierze przyczyniał się do podtrzymywania frekwencji chorych i potęgowania się liczby

członków niezdolnych do pracy, był właśnie ów, wyżej wspomniany system punktowy.

Nic też dziwnego, że Kasa Chorych nie była w stanie podolać swym zobowiązaniom i że suma jej długów z każdym dniem zwiększała się.

Nie chcąc znaleźć się pewnego dnia w sytuacji bez wyjścia, Zarząd Kasy postanowił przeprowadzić rewizję wszelkich umów, zawartych przez Kasę i zerwać te, któreby okazały się dla Kasy niekorzystnymi; między innymi, przyszła kolej i na umowę ze Związkiem Lekarzy.

Co się tyczy tej ostatniej, to z chwilą zerwania tejże, postanowił Zarząd Kasy skończyć z poprzednim, przewidzianym w wyżej wspomnianej umowie, systemem punktowym, przeciwstawiając mu system ryczałtowy.

Pod tem też hasłem rozpoczęto pertraktacje z przedstawicielami Związku Lekarzy, mające na celu zawarcie nowej umowy. Po długich debatach zgodził się wreszcie Związek Lekarzy zasadniczo na ryczałt, żądając jednak 21% miesięcznie od sumy przypisanych składek, do czego Kasa winnaby była dopłacać jeszcze 5% miesięcznie również od sumy przypisanych składek, na amortyzację zaległych przez Kasę honorarjów lekarskich.

Zarząd Kasy zaproponował pierwotnie 15%, później 17% tytułem ryczałtu miesięcznego, względnie 20% miesięcznie, jednak już z uwzględnieniem amortyzacji odnośnych zaległości.

Jednak porozumienia nie osiągnięto i pertraktacje rozbiły się.

Zarząd Kasy, stojąc z jednej strony twardo na zajętych przez siebie stanowisku, z drugiej jednak strony, mając na uwadze to, że ważność starej umowy, niebawem wygasa i wobec niezawarcia nowej umowy, Związek Lekarzy, ponad wszelką wątpliwość ogłosił stan bezkontraktowy w stosunku do Kasy Chorych m. Poznania, co w jeszcze większym stopniu mogłoby się odbić na finansach Kasy, zwrócił się o interwencję w danej sprawie do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej w Warszawie, jak również niezależnie od tego poczynił pewne kroki, mające na celu zabezpieczenie opieki lekarskiej członkom Kasy, na czas ewentualnego stanu bezkontraktowego między Kasą Chorych, a Związkiem Lekarzy w Poznaniu.

W międzyczasie jednak, pośród członków Związku Lekarzy, prądy umiarkowane wzięły górę, wobec czego nastąpił pewien zwrot w stosunku do Zarządu Kasy Chorych m. Poznania, a objawem tego był wybór nowej delegacji przez Związek Lekarzy, mającej na celu nawiązanie dalszych pertraktacji z Zarządem Kasy.

Jednak warunki, dotyczące umowy z lekarzami, przedstawione Zarządowi Kasy Chorych, przez wyżej wspomnianą delegację, mimo to, że propozycje były już o wiele mniej wygórowane, niżeli żądania poprzednie, nie mogły być przez Zarząd Kasy przyjęte i za obopólną zgodą zwrócono się do Dyrektora Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń w Poznaniu, p. Barańskiego, z prośbą o interwencję w odnośnej sprawie, względnie o arbitraż.

Wobec powyższego, dnia 31. 12. 26. odbyła się konferencja pod przewodnictwem p. dyrektora Ba-

rańskiego, w której wzięli udział przedstawiciele Zarządu Kasy i Związku Lekarzy i na tej to konferencji osiągnięto porozumienie co do dwu zasadniczych punktów umowy, a mianowicie: 1) Zarządowi Kasy przyznano prawo bezpośredniego wyboru Naczelnego Lekarza Kasy i członków Lekarskiej Komisji Kontrolnej, o wyborze których decydował poprzednio Związek Lekarzy; 2) w sprawie ryczałtu honorarjów lekarskich zgodzono się, jak wspomnieliśmy na arbitraż p. dyr. Barańskiego. Wydał on orzeczenie, ustalające odnośny ryczałt na 17% miesięcznie od sumy przypisanych składek, przyczem na amortyzację zaległych honorarjów lekarskich, Kasa wpłacać będzie ponadto Związkowi Lekarzy, w porze letniej 4%, a w porze zimowej 3 proc. miesięcznie od sumy przypisanych składek.

UMOWA

**zawarta między Związkiem Lekarzy Zachodniej
Polski Tow. zap. (Okręg Związku P. P.)
a Kasą Chorych miasta Poznania.**

§ 1. Między Kasą Chorych miasta Poznania, reprezentowaną w myśl art. 74. ustawy z dnia 19 maja 1920 r. (Dz. U. R. P. Nr. 44, poz. 272) przez Przewodniczącego Zarządu, p. Władysława Adamka, z jednej strony, a Związkiem Lekarzy Obwód Poznański, reprezentowanym przez uprawnionych do zawarcia umowy członków Związku Lekarzy Z. P. w osobach PP. Prof. Dr. Adama Karwowskiego, Dr. Stefana Janiszewskiego, Dr. Władysława Ossowskiego z drugiej strony, zostaje zawarta niniejsza umowa, regulująca wzajemne stosunki między obu stronami.

Prawo i obowiązek praktyki w Kasie Chorych miasta Poznania na podstawie niniejszej umowy mają wszyscy członkowie Związku Lekarzy obwodu poznańskiego, którzy do dnia 31 grudnia 1926 r. praktykowali dla Kasy Chorych miasta Poznania. W razie ustąpienia lekarza z praktyki kasowej, gwarantuje Związek zastąpienie go na życzenie Kasy Chorych przez innego odpowiedniego lekarza. Dalsze przyznania PP. lekarzom prawa praktyki kasowej dokonuje się przez zawiadomienie Zarządu Kasy Chorych przez Zarząd Związku Lekarzy o fakcie wpisania przez tenże Zarząd na listę lekarzy kasowych poszczególnych PP. lekarzy. Zastępować lekarza kasowego może tylko lekarz aprobowany i przez Związek Lekarzy Z. P. Obwód Poznański, Kasie Chorych miasta Poznania podany.

§ 2. Od wykonywania praktyki kasowej tak dla ubezpieczonych, jak i członków rodzin, wyjąwszy wypadki nagłe, w których zwłoka groziłaby niebezpieczeństwem, wyłączeni są wszyscy lekarze, zatrudnieni w Kasie Chorych miasta Poznania za pensją stałą.

§ 3. Członkowie Kasy, względnie ich rodziny mają prawo wolnego wyboru lekarza z pośród wszystkich członków Związku Lekarzy, mających prawo praktyki kasowej. Zarząd Kasy Chorych miasta Poznania zobowiązuje się umieścić dla członków Kasy na miejscach widocznych i dostępnych spis lekarzy, uprawnionych do praktyki kasowej. Zarząd Kasy Chorych zobowiązuje się nie wpływać, ani też

urzędnikom swoim nie pozwolić wpływać na członków Kasy w kierunku wyboru lekarza.

Związek Lekarzy zobowiązuje się do udzielania przez swych członków pomocy lekarskiej członkom ubezpieczonym i ich rodzinom wedle ich najlepszej wiedzy, na równi z innymi prywatnymi pacjentami. Lekarze kasowi są zobowiązani:

a) leczyć pacjentów Kasy Chorych na warunkach niniejszej umowy bez pobierania jakichkolwiek dopłat;

b) pobierane z aptek na rachunek Kasy Chorych miasta Poznania środki lecznicze i opatrunkowe używać wyłącznie tylko dla chorych przekazanych przez Kasę Chorych miasta Poznania.

§ 4. Za swe czynności otrzymują lekarze wynagrodzenie w wysokości 17.5% miesięcznego przypisu składek przy składkach, wynoszących 6.5% płacy podstawowej. W razie strajku 50% ogółu ubezpieczonych lub lokautu, zastosowanego przez pracodawców względem 50% ogółu ubezpieczonych, płaci Kasa Chorych miasta Poznania jako ryczałt 17.5% od przeciętnej sumy przypisanych składek w ostatnich trzech miesiącach. Powyższą należność wpłaca Kasa Chorych miasta Poznania do wskazanego przez Związek Lekarzy Z. P. Banku na konto Związku Lekarzy Z. P. każdego 25. dnia miesiąca. Honorowanie poszczególnych PP. lekarzy za ich czynności dokonuje na podstawie systemu punktowego Zarząd Związku Lekarzy Z. P., przyczem ustala się, że zobowiązania Kasy Chorych miasta Poznania wobec poszczególnych PP. lekarzy, za ich czynności w miesiącu ubiegłym, zostają spełnione z chwilą wpłacenia wyżej wymienionego ryczałtu do banku wskazanego przez Związek Lekarzy.

§ 5. Kasa Chorych m. Poznania oblicza i uiszcza się ze swojego, powyżej wyszczególnionego ryczałtu w następujący sposób: 22 dnia każdego miesiąca Kasa Chorych przesyłać będzie Zarządowi Związku Lekarzy do wiadomości zestawienie przypisanych składek za miesiąc poprzedni. Od sumy przypisu składek za ubiegły miesiąc Kasa Chorych miasta Poznania wpłaca 25 dnia każdego miesiąca 17.5% jako należność PP. lekarzy za miesiąc ubiegły. Kasie Chorych miasta Poznania przysługuje prawo wpłacenia 10% ryczałtu w wekslach żyrowanych przez siebie (pod warunkiem, że weksle będą miały pełną wartość kredytową w Banku Polskim). Weksle powinna Kasa Chorych przysyłać do Związku Lekarzy najdalej 15. każdego miesiąca.

Pierwsze zestawienie przypisanych składek z należności 17.5% winno być przesłane Związkowi Lekarzy do 25. II. 1927 r., a weksle do 15. II. 1927 r. Ostatni surowy bilans winien być przesłany do 25. I. 1928 r. a weksle do 15. I. 1928 r., mimo, że w myśl postanowień § 16-go umowa kończy się 31. XII. 1927 r.

§ 6. A) W ryczałcie powyżej ustalonym nie mieści się opłata lekarzy za leczenie członków i ich rodzin Kas Chorych pozamiejscowych, leczonych na zlecenie Kasy Chorych miasta Poznania. Kasa Chorych miasta Poznania opłaca za leczenie tych członków Kas Chorych pozamiejscowych, którzy zamieszkują w Poznaniu, a pracują gdzieindziej, według systemu punktowego, przyczem punkt wynagradza się podług przeciętnych, wyznaczonych przez Związek

Lekarzy Z. P. Obwód Poznań dla lekarzy miejscowych na podstawie ryczałtu Kasy Chorych miasta Poznania. Za wszystkich innych członków Kas Chorych pozamiejscowych, opłacają Kasy Chorych zamiejscowe, jak dotychczas, względnie według umowy, która ma być zawarta z Okręgowym Związkiem Kas Chorych, przyczem Kasa Chorych miasta Poznania nie przyjmuje odpowiedzialności za wyrównanie tych rachunków.

B) W wypadku obłożnej choroby członka Kasy Chorych miasta Poznania lub jego rodziny, znajdujących się poza granicami miasta Poznania, Kasa Chorych miasta Poznania, w razie wezwania lekarza z Poznania, opłaca osobno poza ryczałtem kosztą przewozu lekarzy kasowych oraz stratę czasu według taryfy Wojewódzkiej z dnia 9. maja 1925 r. (Dz. U. Woj. Pozn. z dn. 9. V. 1925 Nr. 19, poz. 259), punkt B. 8 i 10.

Zwrot kilometrowego oraz za stratę czasu według wyżej wymienionej taryfy należy się lekarzom za wyjazd w obrębie miasta jedynie do dzielnic: Naradowice, Ławica, Rataje, Dębiec i Górczyn.

PP. lekarze zobowiązują się w granicach możliwości do przekazywania obłożnie chorych, mieszkających na peryferiach miasta, do lekarzy, mieszkających najbliżej miejsca zamieszkania chorego.

PP. lekarze obowiązani są donosić Kasie Chorych miasta Poznania natychmiast o wezwaniu do obłożnie chorego poza granicami miasta, celem przekazania chorego do właściwej Powiatowej Kasy Chorych.

Wypłata rachunków poza ryczałtem przedstawionych na podstawie postanowień niniejszego §-u p. B), następuje w 30 dni po ich przedłożeniu w wysokości 1 zł. za punkt.

§ 7. PP. lekarzom nie wolno zapisywać dla chorych, leczonych na rachunek Kasy Chorych miasta Poznania lekarstw i specyfików zagranicznych, o ile można je zastąpić krajowymi, krajowych zaś, o ile takie same wyrabia laboratorium farmaceutyczne Kasy Chorych miasta Poznania. W wyjątkowych wypadkach przysługuje lekarzowi naczelnemu prawo zatwierdzenia lekarstwa zabronionego. Spis wyrabianych i wydawanych przez Kasę Chorych specyfików i leków będzie ustalony przez Komisję lekarsko - apteczną. Komisja lekarsko - apteczna uzupełniać będzie spis w miarę przybywania nowych wyrobów. W razie zapisania środka zabronionego, kosztą wydania takiego środka ponosi Związek Lekarzy. Powyższe postanowienie wchodzi w życie po doręczeniu PP. lekarzom przez Kasę Chorych miasta Poznania wspomnianego spisu.

§ 8. Celem ustalenia racjonalnego a oszczędnego systemu zapisywania lekarstw, utworzy się mieszana Komisję Lekarsko - Apteczną, w skład której wchodzi dwóch przedstawicieli Związku Lekarzy, dwóch przedstawicieli Zarządu Kasy Chorych, naczelnik lekarz Kasy Chorych miasta Poznania, naczelnik aptekarz Kasy Chorych miasta Poznania i jeden przedstawiciel kontraktowanych aptek.

Do kompetencji Komisji Lekarsko - Aptecznej należy:

a) opracowanie wskazówek oszczędnego ordynowania recept,

b) kontrola i ocenianie przedstawionych przez naczelnego aptekarza poszczególnych recept, nieodpowiadających postanowieniom § 7. niniejszej umowy uchwałę Komisji.

Panowie lekarze zobowiązują się ze swej strony do ścisłego stosowania się do postanowień i uchwał Komisji Lekarsko-Aptecznej.

§ 9. Obie strony ustalają zgodnie:

- a) lekarze leczący ustalają niezdolność do pracy tylko u obłożnie chorych;
- b) u nieobłożnie chorych ustala niezdolność do pracy tylko Komisja Kontrolna i Naczelny lekarz;
- c) przekazy do szpitali zatwierdza, poza wypadkami nagłymi, lekarz naczelny lub Komisja Kontrolna lotna.

§ 10. Zarządowi Kasy Chorych miasta Poznania przysługuje prawo powołania do życia Komisji Kontrolnych, opłacanych z funduszu Kasy Chorych. Wybór członków Komisji Kontrolnych należy wyłącznie do Zarządu Kasy Chorych z tem jednym ograniczeniem, iż członek Komisji Kontrolnych w chwili powołania go winien być członkiem Związku Lekarzy Z. P. Obwód Poznań. Oznaczenie ilości Komisji Kontrolnych, skład ilościowy tychże Komisji i oznaczenie wysokości wynagrodzenia członków Komisji, należy wyłącznie do kompetencji Zarządu Kasy Chorych.

Do obowiązków Komisji należy:

- a) uznawanie niezdolności do pracy na wniosek poszczególnych Panów lekarzy;
- b) uznawanie potrzeby leczenia szpitalnego.

§ 11. Zarządowi Kasy Chorych miasta Poznania przysługuje prawo dowolnego wyboru osoby na stanowisko naczelnego Lekarza; jakoteż zawarcia dowolnej umowy z wybranym przez siebie kandydatem. Zarząd Kasy Chorych miasta Poznania zobowiązuje się ze swej strony zawrzeć umowę tylko z takim kandydatem, który w chwili podpisania umowy jest członkiem Związku Lekarzy Z. P.

§ 12. Zarządowi Kasy Chorych przysługuje prawo dowolnego angażowania lekarzy do Zakładu fizykalnego już otwartego, lub w przyszłości mogących się otworzyć przez Kasę jego oddziałów, pod warunkiem, że lekarze zaangażowani w chwili podpisania umowy winni być członkami Związku Lekarzy Z. P.

§ 13. Związek Lekarzy zobowiązuje się ustalić dla potrzeb członków Kasy i ich rodzin lekarskie dyżury nocne. Szczegóły organizacji dyżurów nocnych zostaną uwzględnione osobną umową, mającą być

zawartą między Związkiem Lekarzy Z. P. Obwód Poznań a Zarządem Kasy Chorych miasta Poznania, w jak najkrótszym czasie.

§ 14. Zarząd Kasy Chorych miasta Poznania współdziała we własnym interesie z Związkiem Lekarzy Z. P. aby ubezpieczeni przestrzegali ściśle regulamin dla chorych, w szczególności, aby chorzy zgłaszali się do lekarzy kasowych w godzinach przyjęć przez poszczególnych lekarzy podanych, aby chorzy zamawiali lekarzy w godzinach przedpołudniowych, a wezwania lekarza do mieszkania ograniczali tylko do obłożnie chorych, odwiedziny zaś natychmiastowe oraz nocne tylko do rzeczywiście nagłych wypadków, grożących choremu niebezpieczeństwem życia.

§ 15. Obie strony godzą się na oddanie wszelkich sporów mogących wyniknąć z niedotrzymania lub przekroczenia postanowień niniejszej umowy Komisji Pojednawczej, powołanej przez Okręgowy Urząd Ubezpieczeń na zasadach ujętych postanowieniami art. 84 ustawy z dnia 19 maja 1920 r. (Dz. U. R. P. 44poz. 272).

Obie strony godzą się, iż do Komisji Pojednawczej należeć będzie 4 członków powołanych w myśl postanowień art. 84 ustawy z dnia 19 maja 1920 r.

Obie strony przyznają powstałej w ten sposób Komisji Pojednawczej prawo i charakter Sądu Rozjemczego.

§ 16. Umowa niniejsza obowiązuje od 1. 1. do 31 grudnia 1927 r. Każdej ze stron przysługuje prawo wypowiedzenia niniejszej umowy na 6 tygodni przed upływem wyżej wymienionego terminu, przyczem Zarząd Kasy przyjmuje do wiadomości a Zarząd Związku Lekarzy stwierdza, iż jest upoważniony przez P. P. lekarzy członków Związku Lekarzy, Obwód Poznań do zawarcia jakoteż do przyjęcia ewentualnego wypowiedzenia niniejszej umowy.

W razie niezachowania powyższego terminu, umowa niniejsza zostanie automatycznie przedłużoną zawsze na rok, przyczem dla każdej ze stron zastrzeżone jest prawo 8-tygodniowego wypowiedzenia niniejszej umowy po dniu 31 grudnia 1927 r.

§ 17. Umowa niniejsza może być poddana rewizji w razie, gdyby w okresie trwania umowy weszła w życie nowelizacja ustawy o Kasach Chorych. Rewizja umowy w tym wypadku nastąpi na żądanie jednej ze stron.

§ 18. Koszta stempla niniejszej umowy ponoszą obie strony do połowy, przyczem wartość niniejszej umowy ustala się na 500.000 zł.

Poznań, dnia 4 lutego 1927 r.

Dr. D. BUCHHEIM.

WŁADZE KASY CHORYCH

(Dalszy ciąg dyskusji).

Będąc od początku istnienia obecnej ustawy o Kasach chorych członkiem zarządu jednej z większej Kas chorych, a zarazem jako prawnik poświęcając wielką ilość czasu dla spraw teje Kasy chorych z doświadczenia mego w tym kierunku doszedłem do przekonania, że ustrój władz i ich uprawnień nie jest należycie w ustawie unormowany z wielką szko-

dą dla działalności Kas chorych. Korzystam tedy z tego, że na łamach szanownego Pisma pod nagłówkiem (Władze Kasy chorych) p. Z. N. poruszył tę istotną sprawę i pozwolę sobie na podstawie mego długoletniego doświadczenia stwierdzić, że p. Z. N. słusznie przyjmuje, iż Kasy chorych są instytucjami na wskrós gospodarzami i dlatego administracja ich musi

być prosta, odpowiedzialność organów zarządu wyraźna i dokładnie unormowana, a dobór sił kierowniczych, a jeszcze bardziej wykonawczych wykwalifikowanych staranny.

Obecne przyczyny atoli niedomagań administracji Kas chorych leżą nie tylko w organizacji ustawodawczej, ale także w tem, że rzesze pracowników u nas są w przeważnej części jeszcze analfabetami, którzy nie dorosli jeszcze do tego, aby mieli zrozumienie potrzebne do prowadzenia gospodarki w tak ogromnych jednostkach gospodarczych, jakimi są obecne Kasy chorych. Naszemu robotnikowi jeszcze daleko do robotnika angielskiego. Jednakowoż zgodzić się nie mogę z zapatrywaniem p. Z. N., by samorząd z Kasy chorych zupełnie usunąć. Musi atoli nastąpić pewna zmiana w organizacji samorządu Kas chorych. Przy obecnym stanie ustawodawstwa Kas chorych Zarząd Kasy chorych, w którego rękach leży cała gospodarka oraz odpowiedzialność za tę gospodarkę, składa się w swojej większości (2/3 części) właśnie z pracujących nie dorosłych jeszcze do takich zadań w szczególności w mniejszych środowiskach na prowincji. Skutki takiego stanu są te że we wszystkich Kasach mniejszych Zarząd ten jest wprost manekinem, a właściwym kierownikiem i administratorem jest dyrektor Kasy, który wedle ustawy za gospodarkę tę nie jest odpowiedzialnym. Natomiast we wielkich środowiskach, gdzie masy robotnicze są już więcej uświadomione i wykształcone, to wskutek rozpolitykowania się niestety ludności, szczególnie tych uświadomionych mas robotniczych, Zarząd Kas chorych staje się terenem walk politycznych i rzeczywiście dzieje się to, że dyrektor Kasy często lawirować musi przy swojej pracy, aby się nie naraził partji wpływowej w Zarządzie. Te niedomaganie dadzą się usunąć przez zmianę ustawy co do organizacji Zarządu Kas chorych. Ponieważ pracodawcy w przeważnej części u nas są więcej wykształceni i więcej doświadczeni aniżeli stan pracujących, powinien się Zarząd Kas składać w połowie z pracodawców, a w połowie z ubezpieczonych, wprowadzając w ten sposób do Zarządu więcej elementu gospodarczo i umysłowo więcej wyrobionego. Ta remedura atoli jest jeszcze nie dostateczną, gdyż Zarząd i jego przewodniczący nie mogą się oddać w całości sprawom administracji Kas chorych i dlatego nie są fachowo wyrobieni. Ten brak uzupełnić powinien dyrektor Kasy, który jako kierownik całego biura Kasy jest fachowo wyrobionym. Atoli ażeby tenże dyrektor był rzeczywiście doradcą fachowym i uzupełnił te braki w Zarządzie, winno być jego stanowisko w ustawie dokładnie określone tak co do jego uprawnień, jako też co do jego obowiązków oraz jego odpowiedzialności. Obecna ustawa w tym kierunku żadnych postanowień nie zawiera. Tę lukę ustawową, stara się wprowadzić wzorowy statut Kas chorych uzupełnić postanawiając, że dyrektor jest bezpośrednim or-

ganem wykonawczym Zarządu i bierze udział w posiedzeniach Zarządu z głosem doradczym, ale zaraz dodaje, że w sprawach służbowych podlega zarządzeniom przewodniczącego Zarządu, o ile nie sprzeciwiają się przepisom ustawy i statutu. To ostatnie postanowienie robi iluzorycznym postanowienie, że dyrektor jest organem wykonawczym Zarządu: Zresztą te postanowienia statutu wzorowego są tylko ogólnikami nie określającymi dokładnie stanowiska dyrektora. Wedle mego zdania winna ustawa zawierać postanowienia, że:

I) dyrektor jest bezpośrednim organem wykonawczym uchwał i postanowień Zarządu i za ściśle wykonanie tych postanowień odpowiedzialnym jest przed zarządem, a nie przed przewodniczącym Zarządu.

II) dyrektor bierze udział w posiedzeniach Zarządu i Komisji rozjemczej z głosem doradczym i uprawnionym jest przeciw uchwałom Zarządu i Komisji rozjemczej wnieść sprzeciw do Urzędu ubezpieczeń, o ile uchwały te są sprzeczne z ustawą i statutem. Wniesienie takiego sprzeciwu powoduje zawieszenie zekwestjonowanej uchwały.

III) do dyrektora należy kierownictwo całej służby biurowej i tylko w sprawach tejże służby podlega zarządzeniom przewodniczącego Zarządu.

Postanowienia tu pod II i III wymienione, mają na celu usunięcie anomalji, jakie się zakradły w większych Kasach chorych, a mianowicie, że przewodniczący prowadzi często politykę na własną rękę i jako przełożony dyrektora nie daje mu wykonać uchwał i zarządzeń Zarządu, które przewodniczącemu nie są na rękę. Wprawdzie zdają sobie sprawę, że wzmocnienie elementu fachowego przez wzmocnienie stanowiska dyrektora przy obecnych stosunkach nie wyda tak dalece dodatnich skutków, jakie są konieczne, ale wszystkiego naraz naprawić nie można. Rozchodzi się tu mianowicie o jedną zasadniczą a bardzo ważną kwestję. Administracja Kas chorych jak z praktyki się przekonałem, wymaga nie tylko znajomości gospodarczych ale i znajomości prawnych, jak np. przy rozstrzygnięciu kwestji obowiązku ubezpieczenia, kwestji praw do świadczeń, kwestji czy pewną osobę uważać należy za członka rodziny uprawnionego do korzystania z Kasy chorych i t. d. Tym, który mieć winien znajomości prawnicze, aby w tym kierunku uzupełnić braki członków Zarządu, jest dyrektor Kasy. A więc ustawowo winno się żądać, by dyrektorem Kasy chorych mógł zostać tylko prawnik mający poza tem praktykę zawodową Kas chorych. Ten postulat atoli chwilowo przeprowadzić się nie da, ponieważ nie można usunąć tych wszystkich urzędników Kasowych, którzy po kilkadziesiąt lat służby mają za sobą. Natomiast przyjęcie dyrektora odtąd bezwarunkowo musi być uzależnionem od wykazania ukończonych studjów prawnych.

KAZIMIERZ JAROSZEWSKI.

JAKICH LEKARZY CHCEMY MIEĆ W KASACH CHORYCH.

Kwestja jakimi powinni być lekarze w Zakładach Ubezpieczeń Społecznych, a w szczególności w Zakładach Ubezpieczenia na wypadek choroby (Kasach Chorych) jest kwestją bardzo doniosłej wagi. Zależnie od stosunku lekarza do Instytucji Ubezpieczeniowej, albo Instytucja ta rozwija się w racjonalnym kierunku, albo zatracą swój właściwy charakter. Ciągłe zatargi z lekarzami w Kasach Chorych wynikają zazwyczaj albo z powodu niezrozumienia przez lekarzy zadań i celu Instytucji Ubezpieczeniowych, albo

wskutek chęci naginania interesów społecznych do własnych potrzeb, wreszcie przez niedocenywanie pracy lekarza w Instytucji, spychanie jego znaczenia na dalszy plan.

Żeby obiektywnie rozważyć ten problem, musimy najpierw zapoznać się z kierunkiem, w którym rozwija się nasze ubezpieczenie społeczne.

Dotychczas mamy kilka rodzajów ubezpieczeń, a więc: Ubezpieczenie emerytalne pracowników umysłowych (Zakład Pensyjny). Ubezpieczenie od wypad-

ków, Ubezpieczenie na wypadek braku pracy i wreszcie Ubezpieczenie na wypadek choroby (Kasy Chorych).

Ubezpieczenia te powstały albo na podstawie ustaw polskich, albo też pozostały po zaborcach i opierają się na dawnych ustawach zaborczych.

Dążeniem jednak prawodawstwa polskiego jest stworzenie jednolitej ustawy polskiej, któraby obejmowała wszystkie rodzaje ubezpieczeń, a to zarówno ubezpieczenie od wypadków choroby, jak i ubezpieczenie na wypadek braku pracy, ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa, emerytalne, oraz wdów i sierot.

Te wszystkie rodzaje ubezpieczeń musi objąć jedna administracja tak, aby wzajemnie się uzupełniały, a przez to stanowiły jedną całość ubezpieczeń społecznych.

Wielkie zatem zadanie ubezpieczenia społecznego szerokich warstw pracujących nie może być przyczepkiem do jakiegoś zrzeszenia lekarskiego, ale przeciwnie, zawód lekarski musi w Kasach Chorych znaleźć szerokie pole do pracy dla siebie.

Niestety, obecnie jeszcze większość lekarzy, a w szczególności Związek Lekarzy Państwa Polskiego wypowiedział wojnę całemu ubezpieczeniu społecznemu, chcąc z niego zrobić albo parodię ubezpieczenia, albo też zniszczyć go doszczętnie.

Jakie tego są motywy?

W pierwszym rzędzie słyszymy zarzut, że Kasy Chorych dążą do poderwania materialnej egzystencji lekarzy, i tu jest pierwsze złudzenie. Jeżeli sobie lekarze przerachowują porady lekarskie w Kasach Chorych na 10 lub 20-złotowe honoraria, to mają rację, że w ten sposób powstała kwota byłaby znacznie większą, niż to co pobierają lekarze w Kasach. Ale jest pytanie, ileby z pośród ubezpieczonych w Kasie poszło do lekarzy, zmuszonych do płacenia takich kwot.

Sprawdzić to możemy chociażby na przykładzie jak mało leczą się ludzie nie należący do Kasy Chorych.

Powiat drohobycki liczy mieszkańców 164.928, z czego ubezpieczonych w Kasie wraz z rodzinami jest przeciętnie 47.500 osób, a zatem, zaledwie 28.8%. W powiecie tym mamy 66 lekarzy, z pośród których Kasa zatrudnia stale 31, czyli 47%, nie licząc lekarzy dorywczo zatrudnionych w Kasie, jak roentgenologów i na zastępstwa w czasie urlopów. Jak z powyższego wynika, w Kasie jeden lekarz przypada na 1.583 ubezpieczonych, zaś na 35 lekarzy niezatrudnionych w Kasie, przypada jeden lekarz na 3.355 mieszkańców, nie podlegających obowiązkowi ubezpieczenia, czyli więcej niż 100%.

Jeżeli jeszcze zważymy, że w Kasie ubezpieczeni to najbiedniejsi obywatele powiatu, robotnicy, urzędnicy lub część bezrolnego lub małorolnego chłopstwa, idącego na zarobek do miasta i zarabiającego zaledwie na skromne wyżywienie, a natomiast pozostała ludność to kupcy, przemysłowcy, wolne zawody, obszarnicy, bogaci chłopcy, pełnomocnicy firm i nieliczna grupa urzędników państwowych, a więc w większości ludzi zamożnych, mogących pozwolić sobie na wydatek na leczenie, to wśród lekarzy pozakasowych dobrobyt powinien być przynajmniej trzykrotnie wię-

kszy niż u lekarzy kasowych, a jest przeciwnie.

Gdybyśmy jednak mieli wszystkich mieszkańców powiatu ubezpieczonych w Kasie, to Kasa musiałaby zatrudniać w tym stosunku 104 lekarzy, a nie 66, jak to jest w powiecie, czyli obecna ilość lekarzy byłaby zamała dla mieszkańców powiatu.

Jak zatem z powyższego wynika, z istnienia Kas jest podwójna korzyść:

Po pierwsze, że niedostatek wśród lekarzy wolno praktykujących jest o tyle złagodzony, o ile większa ilość mieszkańców powiatu jest ubezpieczona w Kasie, dając podwójnej ilości lekarzom przez to zatrudnienie.

Po drugie zdrowotność ludności dzięki opiece lekarskiej poprawia się w porównaniu z tem, co było dotychczas i co jest wśród ludności nieubezpieczonej w Kasie. A przytem i godność lekarza jako człowieka pracy, Kasa podnosi. Oszczędza mu przykrości, aby przy łożu chorego, często z niedostatku chorego wyciągać rękę po zapłatę.

W jaki jeszcze sposób u niektórych lekarzy odbywa się targ o zapłatę przy łożu chorego, o tem lepiej zamilczeć.

Forma zarobkowania wolno praktykującego lekarza jest formą upokarzającą godność człowieka.

Daleko szczytniejsza jest forma, gdy lekarz pobiera za swoją pracę zapłatę, służąc nie jednostkom, a całemu społeczeństwu. Gdy lekarz w takiej roli staje u łoża chorego, nie naraża siebie na upokorzenie i otoczeniu chorego oszczędza często wiele przykrości.

Powiedzą niektórzy lekarze: dobrze, niechaj nam wszystkim dadzą utrzymanie w Kasie Chorych. Związek Lekarzy Państwa Polskiego niczego więcej nie chce, tylko osiągnięcia tego przez wolny wybór między wszystkimi lekarzami. Zupełnie słusznie, wszyscy lekarze powinni znaleźć zatrudnienie w instytucjach społecznych, ale też i wszyscy mieszkańcy Rzeczypospolitej powinni być ubezpieczeni w Kasach Chorych.

Nie może jakiś odsetek obywateli Państwa dźwigać na sobie nałożonego ciężaru utrzymania zawodu lekarskiego. Zaprowadzenie wolnego wyboru lekarzy wśród części mieszkańców ubezpieczonych w Kasie, byłoby zgubne dla Kasy Chorych, a nie dałoby lekarzom tego, czego się spodziewają od wolnego wyboru dla siebie.

Rozpoczęłaby się licytacja o popularność wśród symulantów, kosztem Kasy.

Dotychczasowe doświadczenie w kasowej praktyce uczy nas, że tam, gdzie Kasy płaciły lekarzom za każdą oddzielną wizytę, tam wizyty te wzrastały w nieskończoność. Chęć zwiększonego zarobku gnała lekarza więcej razy do chorego, niż to było potrzebnem, często ze szkodą dla lecznictwa, bo w tym sztucznym nawale pracy leczenie było tylko pozornem. To też Kasy chcąc mieć wysoko postawione lecznictwo, muszą pracę lekarza ryczałtować, dając mu całkowite utrzymanie miesięczne. Lekarz pracujący w Kasie musi całkowicie dla niej poświęcać swoją wiedzę i swój trud. Jeżeli lekarz traktować będzie pracę w Kasie jako uboczny zarobek, to rzecz oczywista, nie będzie jej traktował z tem oddaniem jej się, jak traktuje pracownik główne źródło swojego dochodu.

Związek lekarzy Państwa Polskiego chcąc wmówić w społeczeństwo, że lekarze to ludzie specjalnego pokroju, u których nie doszuka się ani wad, ani błędów ludzkich, a zatem można bez kontroli, bez rachunku, oddać majątek społeczny w ich ręce.

My natomiast jesteśmy odmiennego zdania. W lekarzach widzimy tylko ludzi, wraz z ich zaletami i wadami. I chcemy zachować ten sam stosunek pracownika do instytucji dającej mu pracę, jak to ma miejsce przy wszystkich innych rodzajach pracy.

Słyszymy często opowiadanie o nadzwyczajnej odpowiedzialności lekarzy, o specjalnem posłannictwie, ale to jest dobre dla ludzi naiwnych, nie zaś dla ludzi trzeźwo sprawę rozważających.

Odpowiedzialność inżyniera budującego most, czy architekta budującego kamienicę, jest większą, niż lekarza, który leczy człowieka.

Pierwsi przez nieumiejętne wykonanie swej roboty narażają dziesiątki, a czasami i setki osób na śmierć, a w razie katastrofy zostają zamknięci w więzieniu.

Lekarz leczący człowieka, jaką ponosi odpowiedzialność?

Odpowiedzialność za śmierć człowieka, chociaż często może ten człowiek umarł wskutek nieumiejętnego lub niedbałego leczenia, jest żadna. Udowodnić winę lekarza jest rzeczą prawie niemożliwą.

A przecież zawodu inżynierskiego nikt nie traktuje jako uprzywilejowanego w świecie pracy.

Zawód lekarski musi powoli podporządkować się potrzebom społeczeństwa. Chałupnictwo w lecznictwie powoli musi zaniknąć. Rozwój ubezpieczenia społecznego i rozwój urządzeń leczniczych w Państwie musi z czasem radykalnie zmienić system leczenia. Lecze-

nie chorych musi wyjść z prywatnych gabinetów lekarzy, a przenieść się do klinik, Kas Chorych, szpitali, sanatorjów i publicznych zakładów zdrowia.

W ten sposób postawione lecznictwo da lekarzom warsztat pracy naukowej, w tych warunkach ustać musi dyplomowane szarlatanstwo pewnych warstw lekarzy, a sumienna praca i wiedza znajdzie uznanie.

Tak pojmowana praca musi dać lekarzowi i jego rodzinie zapewnioną egzystencję, jaka się należy człowiekowi o pewnych potrzebach kulturalnych.

Tego rodzaju zarobki, jak to ma miejsce w szpitalach i klinikach, muszą się zmienić radykalnie.

Jakich zatem chcemy mieć lekarzy w Kasach Chorych z powyższego jasno wynika.

Lekarz społecznik nie widzi swojego zabezpieczenia przez ściąganie honorarjów u łoża chorego człowieka, ale szuka oparcia swojej egzystencji o instytucję społeczną, która mu dała zabezpieczenie materialne, bez przykrych upokorzeń, a zarazem dałaby mu pożyteczny warsztat pracy, zwiększając zapotrzebowanie sił lekarskich, bez wytwarzania wzajemnej konkurencji.

Uniezależnienie się od większej lub mniejszej frekwencji chorych ma również doniosłe znaczenie pod względem etycznym, gdyż w psychice lekarza nie wytwarza chęci gonienia za cudzem nieszczęściem.

Stan zdrowotny społeczeństwa powinien być dumą każdego lekarza społecznika, a to może być wtedy, gdy lekarz egzystencję swoją opiera nie na ilości wizyt u chorych, a na pracy naukowej, jakby społeczeństwo doprowadzić do stanu możliwie zdrowotnego.

Takich właśnie chcemy mieć lekarzy w Kasie Chorych!

DR. R. B.

NOWA USTAWA O OPLATACH STEMPLOWYCH A UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

W nr. 123 Dr. U. R. P. pod poz. 713 za r. 1926 ogłoszonym zostało rozporządzenie wykonawcze Ministra Skarbu do ustawy o opłatach stempłowych z dnia 1 lipca 1926. Ubezpieczenia społeczne dotyczą następujące postanowienia tego rozporządzenia wykonawczego:

§ 129. Wpłaty i wypłaty, wymienione w art. 96 są wolne od opłat — jako dokonywane z tytułu ubezpieczenia przymusowego (art. 97, punkt 1) w przypadkach następujących:

1) w zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby — gdy są dokonywane na mocy ustawy z dnia 19 maja 1920 r. (Dz. U. R. P. Nr. 44 poz. 272), obowiązującej na całym obszarze Rzeczypospolitej z wyjątkiem górnośląskiej części województwa śląskiego (art. 103) powołanej ustawy oraz rozporządzenie z dn. 27 lipca 1920 r. Dz. U. R. P. Nr. 88 poz. 578, lub na mocy §§ 165 — 536 niemieckiej ordynacji ubezpieczeniowej z dnia 19 lipca 1911 r. (Dz. Pr. Rzeszy Niem. str. 509), obowiązującej w górnośląskiej części województwa śląskiego.

2) w zakresie ubezpieczenia na wypadek bezro-

bocia — gdy są dokonywane na mocy ustawy z dnia 18 lipca 1924 r. (Dz. U. R. P. Nr. 67 poz. 650), obowiązującej na całym obszarze Rzeczypospolitej (art. 40 powołanej ustawy),

3) w zakresie ubezpieczenia od wypadków — gdy są dokonywane:

a) na mocy ustaw austriackich wymienionych w art. 1 ustawy z dnia 30 stycznia 1924 (Dz. U. R. P. Nr. 16 poz. 148), a obowiązujących w myśl powołanej ustawy z r. 1924 na obszarze b. dzielnic austriackiej i rosyjskiej;

b) na mocy §§ 537 — 1225 niemieckiej ordynacji ubezpieczeniowej z dnia 19 lipca 1911 r. (Dz. Pr. Rzeszy Niem., str. 509), obowiązujących na obszarze województw poznańskiego i pomorskiego oraz górnośląskiej części województwa śląskiego;

c) na mocy ustawy z dnia 8 listopada 1921 r. w przedmiocie zaopatrzenia pracowników polskich kolei państwowych w b. zaborze austriackim w razie nieszczęśliwych wypadków (Dz. U. R. P. z 1922 roku Nr. 2 poz. 5);

d) na mocy ustawy z dnia 26 listopada 1925 r.

w sprawie uzupełnienia odszkodowania osób dotkniętych skutkami nieszczęśliwych wypadków przy pracy w b. dzielnicy rosyjskiej lub na wychodźstwie w Rosji (Dz. U. R. P. Nr. 125 poz. 892);

4) w zakresie ubezpieczenia na starość, na wypadek niezdolności do pracy oraz ubezpieczenia na rzecz wdów i sierot;

a) na obszarze b. dzielnicy austriackiej — na mocy ustawy z dn. 16 grudnia 1906 r. (austr. Dz. P. P. Nr. 1 z 1907 r.) oraz na mocy ustawy z dnia 28 lipca 1889 r. o bractwach górniczych (austr. Dz. P. P. Nr. 127);

b) na obszarze województwa poznańskiego i pomorskiego oraz górnośląskiej części województwa śląskiego — na mocy §§ 1226 — 1500 niemieckiej ordynacji ubezpieczeniowej z dnia 19 lipca 1911 roku (Dz. Pr. Rzeszy Niem. str. 509), ustawy niemieckiej o ubezpieczeniu funkcjonariuszów prywatnych z dnia 20 grudnia 1911 roku (Dz. Pr. Rzeszy Niem. str. 989), ustawy o bractwach górniczych (Zb. Ustaw pruskich z 1912 roku str. 137) oraz rozporządzenia Ministra b. Dzielnicy Pruskiej z dnia 10 września 1920 roku w przedmiocie kasy emerytalnej robotników kolei żelaznych w b. dzielnicy Pruskiej (Dz. Urz. Min. b. dz. pr. Nr. 56 poz. 455).

§ 130. Ubezpieczenia dobrowolne, zawierane z instytucją ubezpieczeń przymusowych, powołaną do życia przez ustawę (punkt 1 artykułu 97) są przewidziane:

1) w zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby — w art. 8 *) Nr. 44 poz. 272), oraz w §§ 176 i 495 niemieckiej ordynacji ubezpieczeniowej z 1911; 2) w zakresie ubezpieczenia od wypadków — w art. V i VI ustawy austriackiej z dnia 20 lipca 1894 roku (austr. Dz. P. P. Nr. 168), jak również w przypadku, gdy zrzeszenie przedsiębiorców, wymienione w § 58 ustawy austriackiej z dnia 28 grudnia 1887 roku (austr. Dz. P. P. Nr. 1 z 1888 r.), przyrzeka drogą

*) Oraz w art. 13 (Dr. R. B.).

umowy korzyści przewyższające minimum ustawowe; 3) w zakresie ubezpieczenia, na wypadek niezdolności do pracy oraz ubezpieczenia na rzecz wdów i sierot — a) na obszarze b. dzielnicy austriackiej; w § 28 austr. cesarskiego rozporządzenia z dnia 25 czerwca 1914 r. (austr. Dz. P. P. Nr. 138), w art. 19 i 50 (w punktach „a” i „b”) ustawy z dnia 10 czerwca 1921 r. (Dz. U. R. P. Nr. 59 poz. 370) oraz w § 11 ustawy z dnia 17 września 1892 r. (austr. Dz. P. P. Nr. 178); b) na obszarze województw poznańskiego i pomorskiego oraz górnośląskiej części województwa śląskiego: w §§ 1243 i 1472 — 1483 niemieckiej ordynacji ubezpieczeniowej z 1911 roku, w § 15 niemieckiej ustawy o ubezpieczeniu urzędników prywatnych z dnia 20 grudnia 1921 roku (Dz. Pr. Rzeszy Niem. str. 989) oraz w §§ 13 i 17 ustawy o bractwach górniczych (Zb. Ustaw pruskich z 1912 roku str. 137).

§ 131. Umowy ubezpieczenia, zwalnające od ubezpieczenia przymusowego (punkt 2 artykułu 97) są przewidziane: 1) w zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby — w §§ 503 — 516 niemieckiej ordynacji ubezpieczeniowej z 1911 roku, 2) w zakresie ubezpieczenia na starość na wypadek niezdolności do pracy, ubezpieczenia na rzecz wdów i sierot: a) dla obszaru b. dzielnicy austriackiej — w §§ 64 i 65 ustawy austriackiej z dnia 16 grudnia 1906 roku (austr. Dz. P. P. Nr. 1 z 1907 r.) w brzmieniu ustalonem ustawą z dnia 10 czerwca 1921 roku (Dz. U. R. P. Nr. 59 poz. 370), b) dla obszaru województw poznańskiego i pomorskiego oraz górnośląskiej części województwa śląskiego — w §§ 1360 — 1380 niemieckiej ustawy o ubezpieczeniu urzędników prywatnych z dnia 20 grudnia 1911 roku (Dz. Pr. Rzeszy Niem. str. 989).

Wpłaty i wypłaty dokonywane na mocy umów, zwalnających od ubezpieczenia przymusowego, nie podlegają opłacie nawet wówczas, gdy rozmiar ubezpieczenia umówionego przewyższa rozmiar ubezpieczenia przymusowego.

PRACE KAS I ZWIĄZKÓW.

Zjazd Delegatów Okręgowego Związku Kas Chorych w Warszawie.

Dnia 4 b. m. w Sali przy ul. Siennej 16 odbył się Zjazd Okręgowego Związku Kas Chorych, który zgromadził około 120 delegatów Kas, należących do Związku. Obradom przewodniczył poseł R. Jaworowski.

Pierwszy punkt porządku dziennego obejmował sprawozdanie ogólne z działalności Okręgowego Związku Kas Chorych w Warszawie za rok ub., które przedstawił Przewodniczący Zarządu Związku, p. K. Koralewski.

Sprawozdanie ogólne z działalności Związku da się streścić w kilku słowach. Pierwszy rok istnienia Związku był rokiem organizacji. Szerokiej działalności być nie mogło. Zarząd wybrany przed rokiem odziedziczył niedobór do pokrycia w sumie przeszło 23.000 zł. Długów do spłacenia było 19.461 zł. Obecnie Związek długów niema, a bilans na 1 stycznia r. b. został zamknięty nadwyżką 142.707,00, w czym mieści się 106.919 zł. zaległych składek od Kas i 1.320 zł. niewpłaconych przez Kasy na organizację.

W ten sposób został osiągnięty program działalności Związku, nakreślony przez Zarząd, a polegający na spłaceniu długów, zebraniu funduszków na dalszą akcję, poznaniu przez lustrację organizacji Kas oraz udzielaniu Kasom rad, wskazówek, a nawet pomocy materyjalnej.

W okresie sprawozdawczym Związek przeprowadził 64 lustracje w 45 Kasach; lustracje te trwały razem 182 dni i miały charakter raczej instruktorski niż rewizyjny. Zadaniem lustracji było poznanie ogólnego stanu Kas w zakresie biurowości, administracji, gospodarki i lecznictwa, natomiast lustracje o charakterze rewizyjnym odbywały się wyłącznie na wniosek Władz Nadzorczych.

Lustracyjne spostrzeżenia niedomagań finansowych i gospodarczych Kas prowadziły Związek do interwencji przy zawieraniu lub odnawianiu umów z lekarzami, aptekarzami, przy zakupach towarów, przy zawieraniu umów najmu lokalu, a w razie stwierdzenia istotnej potrzeby kredytów pieniężnych Związek interwenjował w instytucjach finansowych o udzielenie tego kredytu lub też sam udzielał kredytów z posiadanych zasobów. Poza tem Związek współdziałał w uregulowa-

niu życia wewnętrznego Kas, należących do Związku w liczbie 54. W tym celu Związek rozesłał Kasom szereg regulaminów dla władz samorządowych Kas, dla organów wykonawczych i dla poszczególnych działów Kas. Regulaminy te opracowane przy udziale Dyrektorów Kas pozwolą stworzyć jednolity typ Kas Związkowych. Również retaksacja recept przeprowadzana przez Związek umożliwia kontrolę nad sposobami zapisywania leków i przyczynia się do zmniejszenia wydatków na ten cel. Wskutek skierowywania chorych z prowincji do lekarzy specjalistów w Warszawie i do szpitali powstała konieczność urządzenia przez Związek odpowiedniego lokalu dla zapewnienia przyjezdnym pomieszczenia i opieki i z tego względu Zarząd Związku uchwalił założyć infimerję. Uchwała ta w najbliższym czasie zostanie zrealizowana. Należy stwierdzić, że Kasy obdarzały Związek zaufaniem i we wszystkich ważniejszych sprawach zasięgały rady i opinii Związku, a zaleceniom jego nie odmawiały posłuchu.

W roku bieżącym przewidziane jest znaczne rozszerzenie działalności Związku.

Z kolei Dyrektor Związku p. B. Dratwa przedstawił sprawozdanie rachunkowe za rok ubiegły: dochody i wydatki zamknięto sumą 277,748 zł. przyczem nadwyżka wyniosła 142,707 zł.; z wydatków należy zanotować koszty administracyjne — 49,516 zł. i koszty ogólne — 34,086 zł. Bilans zamknięto sumą 223,108 zł. Wyjaśniając poszczególne pozycje bilansu Dyrektor p. Dratwa zaznaczył między innymi, iż retaksację recept przeprowadzono w 20 Kasach, przyczem zretaksowano 34,676 recept na ogólną sumę 69,571 zł.; różnica wynikła z nieprawidłowego obliczania przez apteki wyniosła 2,285 zł.

W drugiej połowie lutego b. r. Związek zapoczątkował pośredniczenie w zakupach przyrządów lekarskich, środków leczniczych i opatrunkowych i na ten cel Kasy Związkowe do dn. 1 marca b. r. wydały 52,000 zł.

Sprawozdania powyższe zostały przyjęte bez dyskusji, podobnie jak i preliminarz budżetowy na rok 1927, przewidujący w wydatkach i dochodach 322,500 zł. Po zreferowaniu przez Dr. J. Zawadzkiego projektowanych zmian w Statucie Związku, Zjazd uchwalił projektowane zmiany z małymi poprawkami. Do ważniejszych zmian należą: zmiana sposobu obliczania składek na rzecz Związku oraz praw delegatów na Zjazd. Wybory do Zarządu Związku i do Komisji Rewizyjnej dały wynik następujący: do Zarządu weszli PP.: K. Koralewski, A. Szczypiorski, A. Prągiel, J. Zawadzki, Fr. Urbański, R. Pieczyrak, Muszyński, D. Meduski, i M. Jastrzębowski, na zastępców zaś PP.: W. Preiss, J. Gierłowski, Hryniewicz, C. Dylewski, Witkowski, Spaszyński, J. Kosmaczewski, J. Gdyk, J. Pawłowski; do Komisji Rewizyjnej PP.: J. Niemczyk, A. Dobraczyński, W. Szaykowski, na zastępców PP.: Kakietek, W. Perliński i Olszewski.

Na zakończenie Zjazdu Dr. A. Krieger, Redaktor „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych” wygłosił referat o projektowanej przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej nowelizacji Ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby i t. d., przedstawiając najważniejsze zmiany zawarte w noweli i wyjaśniając wszystkie konsekwencje, na jakie narażone zostałyby Kasy w razie wprowadzenia w życie omawianego projektu. Zajmującego referatu zgromadzeni wysłuchali z wielkim zainteresowaniem, poczem przewodniczący zamknął obrady Zjazdu.

Program I-go Kursu dla pracowników Kas Chorych Okr. Zw. Kas Chorych w Poznaniu.

- 1) Władze Nadzorcze Kas Chorych — godz. 3 p. dyr. A. Korski.
 - 2) Historia ubezpieczeń społecznych — godz. 5 p. dr. St. Rudkowski.
 - 3) Ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby z 19.X.1920 r. — Interpretacje i wyjaśnienia — godz. 30 p. ref. St. Rulski.
 - 4) Administracja kasowa, księzkowość i krytyka bilansu kasowego — godz. 40 p. ref. S. Przybylski.
 - 5) Stosunek instytucji ubezp. długoterminowych do Kas Chorych — godz. 10 p. Guzy.
 - 6) Obowiązujące ustawodawstwo socjalne na ziemiach b. zaboru pruskiego — godz. 7 p. dyr. Barański.
 - 7) Ogólne wiadomości z zakresu prawa oraz zarys organizacji władz i urzędów w b. dzielnicy pruskiej — godz. 5 p. adw. Hundt.
 - 8) Organizacja lecznictwa kasowego — godz. 10 p. dr. Kunicki.
 - 9) Apteka kasowa — godz. 5 vacat.
 - 10) Korespondencja w Kasach Chorych — godz. 5 p. dr. St. Rudkowski.
 - 11) Wykłady z języka polskiego — godz. 15 vacat.
- Ogólna ilość godzin — 135.
Kurs trwa od 20 czerwca do 20 lipca b. r.

Godziny ranne:

- 1) 20.VI—26.VI — 6 dni à 4 godz. = 24 godz.
- 2) 27.VI—29.VI — 2 dni à 5 godz. = 10 godz.
- 3) 30.VI—2.VII — 2 dni à 3 godz. = 6 godz.
- 4) 2.VII—3.VII — 1 dzień à 5 godz. = 5 godz.
- 5) 4.VII—10.VII — 6 dni à 4 godz. = 24 godz.
- 6) 11.VII—17.VII — 6 dni à 4 godz. = 24 godz.
- 7) 18.VII—20.VII — 2 dni à 4 godz. = 8 godz. Razem 101 godzin.

Godziny popołudniowe:

- 1) 20.VI—25.VI — 5 dni à 2 godz. = 10 godz.
- 2) 30.VI—2.VII — 2 dni à 3 godz. = 6 godz.
- 3) 4.VII—9.VII — 5 dni à 2 godz. = 10 godz.
- 4) 11.VII—15.VII — 4 dni à 2 godz. = 8 godz. Razem 34 godzin.

Razem godzin 135.

Egzamin:

Środa 20 lipca — rano godz. 8, — po poł. godz. 6.
Czwartek 21 lipca — rano godz. 8, — po poł. godz. 6.
Piątek 22 lipca — rano godz. 8, — po poł. godz. 6.
Sobota 23 lipca — rano godz. 7, — po poł. godz. 6.
Niedziela godz. 11 — rozdanie świadectw.

Z Posiedzeń Zarządu K. Ch. M. Łodzi.

W marcu b. r. odbyło się pod przewodnictwem p. F. Kałużyńskiego 6 posiedzeń Zarządu Kasy.

Oprócz spraw bieżących, Zarząd uchwalił na swem posiedzeniu w dniu 1 marca wyasygnować 420 tysięcy złotych na leczenie klimatyczno - zdrojowe ubezpieczonych w roku

bieżącym, oraz wysłać specjalną Komisję Zarządu z p. Dyrektorem Dr. Samborskim i Naczelnym Lekarzem Dr. Tomaszewiczem do zwiedzenia willi i pensjonatów w Busku, Zakopanem, Szczawnicy, Inowrocławiu i Krynicy i ustalenia warunków, na jakich mogliby zostać tam umieszczeni członkowie Kasy Chorych m. Łodzi.

Na tenże posiedzeniu postanowiono również, by lecznicę przy ul. Łagiewnickiej (na Bałutach) budować według projektu inż. arch. Szereszewskiego. Zaakceptowano również podwyżkę opłat w szpitalach prywatnych za leczenie chorych członków Łódzkiej Kasy Chorych.

W dniu 4-ym Zarząd Kasy zawarł spółkę drogową z Magistratem m. Tuszyńca oraz Zarząd gminy Kruszew na wybudowanie drogi bitej z Tuszyńca do lasu Kasy Chorych w Tuszyńcu Poparalskim, gdzie Zarząd Kasy Chorych buduje drugi pawilon sanatoryjny dla dzieci chorych na gruźlicę.

Na następnym posiedzeniu w dniu 8-ym marca r. b. postanowiono ogłosić konkurs na budowę lecznicy Kasy Chorych (obliczonej na 2000 pacjentów dziennie) przy ul. Zimnej.

W dniu 15-ym ub. m. przyjęto do zatwierdzającej wiadomości zawarte umowy z właścicielami pensjonatów w Szczawnicy, Rabce, Krynicy, Busku Kieleckim i Inowrocławiu w sprawie umieszczenia na okres 5-ciu miesięcy letnich kilkuset kuracjuszy — członków Kasy Chorych m. Łodzi.

Na posiedzeniu w dniu 22-III b. r. uchwalono wyasygnować niezbędne sumy (około 250.000 zł.) na rozbudowę zabudowań gospodarczych Centrali Kasy, gdyż obecne pomieszczenia nie odpowiadają potrzebom.

W dniu 29 ub. m. postanowiono powołać Komisję do podjęcia czynności przygotowawczych, związanych z mającymi się odbyć w b. r. wyborami do Rady Kasy Chorych. Rozpatrzono również szczegółowo projekt „Ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby oraz o ubezpieczeniu robotników na wypadek niezdolności do zarobkowania, a ich rodzin na wypadek śmierci ubezpieczonego”. Projekt powyższej ustawy został opracowany przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej; i przesłany Zarządowi Kas Chorych do zaopiniowania. Zarząd Kasy Chorych m. Łodzi opracował cały szereg poprawek do projektu i wydelegował pp. Przewodniczącą Komisji Administracyjno - Prawnej red. Kuka i Dyrektora Dr. Samborskiego na zjazd delegatów Kas Chorych w Warszawie, który się odbył w dniu 7 kwietnia.

Pabjanice. Etaty dla pracowników P. K. Ch.

Zarząd tej Kasy (mającej 12.400 członków) ustanowił na posiedzeniu w dn. 9. II. b. r. następujące etaty:

	osób	grupa	uposaż.
1. Dyrektor Kasy	1	..	V
2. Kierow. Wydz. Administracyjnego i zarazem sekretarz	1	..	VI
3. Kierow. Wydz. Finansowego i zarazem buchalter	1	..	VI
4. Referenci Działów: Biura zgłoszeń, Obrachunkowego, Gospodarczego, Kartoteki	4	..	VIII
5. Kierownicy Oddziałów Kasy w Łasku i Żelowie	2	..	VIII
6. Buchalterja:			
st. rachmistrz	1	..	VIII
rachmistrze	3	..	IX
7. Dział Obrachunkowy:			
st. rachmistrz	1	..	IX
rachmistrz	1	..	X
kontroler firm	1	..	IX
inkasent	1	..	IX
8. Kartoteka			
urzędników	2	..	IX
urzędnik	1	..	X
kontroler chorych	1	..	IX
9. Biuro Zgłoszeń:			
urzędników	1	..	X
10. Sekretariat:			
urzędników	1	..	IX
11. Dział Gospodarczy:			
urzędnik	1	..	IX
12. Kasa:			
kasjer	1	..	VIII
urzędnik do oblicz. zasiłków	1	..	VIII
13. Apteka:			
st. rachmistrz	1	..	VIII
urzędników do zestawienia i opisywania recept	2	..	X
14. Personel leczniczy:			
akuszerki	2	..	IX
pielęgniarka przy lampie kwarcowej	1	..	X
laborant	1	..	IX
higienistki w gab. dentystycznym	2	..	XI
15. Oddziały Kasy w Łasku i Żelowie			
urzędników	2	..	IX
16. Szpital kasowy:			
Zarządzająca	1	..	IX
akuszerki	2	..	IX
pielęgniarki	3	..	X

PRZEGLĄD PISM I KSIĄŻEK.

Nowiny społeczno-lekarskie.

Z dniem 1-go kwietnia „Nowiny Społ.-Lek.” wydawane dotychczas jako dział „Nowin Lekarskich” w Poznaniu, zaczęły wychodzić jako odrębne pismo 2-tygodniowe. W artykule wstępnym redakcja podkreśla ciągłość dotychczasowej pracy, stwierdzając, że „nie jesteśmy nowicjuszami w życiu społeczno-lekarskim”. „Nowiny” będą więc, jak ze słów tych wyznika, służyły swym dotychczasowym ideałom.

Z artykułów, które bezpośrednio nas interesują wymienić należy artykuł p. D-ra Świąteckiego (Bydgoszcz) p. t.: „Walka czy współpraca”. Autor stwierdza, iż istnieją dwa typy lekarzy kasowych „zadzierzyci” i „potulni” wobec Kas. Oba typy obniżają powagę lekarzy w Kasach.

A dalej czytamy: „Utarł się w pewnych koterjach komunał, że Związek Lekarzy zwalcza Kasy Chorych, jako in-

stytucje zbędne. Wytworzyło się takie mniemanie wskutek płytkiego rozumowania uprzedzonych i stronniczych opiniodawców. Wszak dla każdego, kto umie bezstronnie z obserwacji wyciągać wnioski, i głębiej fakty analizować, jest jasnym, że nie Kasy Chorych „jako instytucję, lecz stosunki w nich pielęgnowane zwalcza się i dopóty zwalczać się będzie, aż ulegną zmianie.

Czyż może człowiek postępowy i wykształcony, a do tych przecie lekarze należą, wygłaszać przekonanie, że ubezpieczenie szerokich warstw pracującego ludu na wypadek choroby i niezdolności do pracy jest akcją nie mającą sensu i racji bytu? Że Kasy Chorych są instytucją niepotrzebną?

„Więc między twory wybujałej fantazji należy złożyć tego rodzaju komunały o zwalczaniu Kas Chorych przez lekarzy. Nikt z nas idei Kas Chorych nie zwalcza.

Zwalczamy zaś, to trzeba wyraźnie podkreślić, tylko metodę pracy administratorów kasowych, która dąży świadomie do wyzysku pracy lekarza".

Autor dochodzi w końcu do wniosku, że „w dyskusjach między lekarzami powinien nowy temat wejść na porządek dzienny, i powinno być rozstrząsane to zagadnienie — czy jest możliwość współpracy rzetelnej i twórczej z kierowniczymi siłami Kas Chorych już teraz?

Należy, moim zdaniem, ku tej współpracy dążyć i społeczeństwu zainteresowanemu w rozwoju Kas Chorych dobitnie a często tłumaczyć, że rozwój tej instytucji tylko na współodpowiedzialnej współpracy tych trzech czynników opierać się powinni: lekarza, ubezpieczonego i administratora".

Nasze Kasy Chorych przyjmą oczywiście tego rodzaju ofertę, o ile wyjdzie od ogółu lekarskiego, z całym zrozumieniem.

Niestety, jakże inaczej przedstawia się ta współpraca w praktyce?

Charakterystyczny przykład z ostatnich czasów. W „Kurierze Warszawskim" (z 6.III.1927 r. Nr. 64) pisze p. Dr. Maksymilian Flaum: „Najsprawniej choćby funkcjonujące Kasy Chorych dają tylko pozory leczenia i całą pracę lekarską obniżają do poziomu nie dozwolonego, niezgodnego z wysokim posłannictwem lekarza". Nie wiemy czy autor tych słów jest lekarzem Kasy Chorych, ale czy wobec twierdzenia tego ogół Kas może mieć zaufanie do współpracy z lekarzami?

Zarzucić nam ktoś może, iż to jest głos jednostki. I oficjalne organizacje lekarskie nie godzą się na ową „współpracę". Na str. 21 „Nowin Społ. - Lek.", w numerze, w którym pisze p. Dr. Świątecki o współpracy czytamy, iż Naczelna Izba Lekarska odmówiła „wzięcia udziału w pracach w projektowanej przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej Rady Ubezpieczeń Społecznych, wychodząc z założenia, że sprawy zdrowotne winny być rozpatrywane przez Państwową Radę Zdrowia".

Pan Minister, mimo tej charakterystycznej uchwały, powołał do życia Radę Ubezpieczeń Społecznych i Rada ta będzie pracowała, a „sprawy zdrowotne" będą załatwiane bez udziału Naczelnej Izby Lekarskiej. Nie naszą rzeczą jest udzielenie rad tak poważnej instytucji jaką jest N. I. L., wydaje się nam jednak, iż nieobecni niekoniecznie muszą mieć słuszość.

„Cerkiew komunistyczna“.

Tym mianem ochrzcił nasze Kasy Chorych w „Kurierze Warszawskim Nr. 48 sędziwy dziś publicysta p. Aleksander Świętochowski.

Nie zajmowalibyśmy się tym nowym atakiem, gdyby nie nazwisko podpisanego autora.

Twórca pozytywizmu warszawskiego, długoletni redaktor najdemokratyczniejszego naówczas organu w Warszawie „Prawdy", dziś współpracownik „Kurjera Warszawskiego", dawniej realny myśliciel, dziś bujający w obłokach obrońca opornych płatników Kasowych i przywilejów stanowych. Tem-pora mutantur...

W całym artykule nie można się dopatrzeć ciągłości, myśl urywa się i ginie wątek, a logicznego związku nie można się doszukać nawet w podpisie autora.

Przychodzi czas kiedy największy nawet talent winien w odpowiedniej chwili złamać pióro...

Dr. W. S.

Sprawozdanie Związku Kas Chorych Wiednia i Dolnej Austrii.

Leży przedemną bardzo szczegółowo opracowane sprawozdanie z r. 1926. Sprawozdania Związku są zawsze nader interesującą lekturą dla działaczy Kasowych, gdyż zawierają dużo ciekawego i pouczającego materiału i przez porównanie stwierdzić możemy, jak wielkie są u nas jeszcze braki w zakresie rozbudowy Kas Chorych a zwłaszcza najważniejszych gałęzi t. j. lecznictwa.

Kasy Chorych należące do wiedeńskiego związku nie zajmują się wcale organizacją lecznictwa dla swych członków, lecz jest ona wyłączną atrybucją związku, któremu Kasy opłacają stały umówiony ryczałt ze swych składek. Do związku należy 44 Kas Chorych z ogólną liczbą członków w roku sprawozdawczym 429.712. Liczba lekarzy związkowych wynosiła we Wiedniu 226 a na prowincji 505 t. j. razem 731 przez co przypada dla jednego lekarza około 600 ubezpieczonych. Związek zorganizował na prowincji zakłady specjalnych metod leczenia, aby w ten sposób udostępnić ubezpieczonym lecznictwo specjalistyczne i uwolnić ich od długich i nużących podróży do Wiednia. Jest to najracjonalniejsza metoda organizowania wyższego lecznictwa na prowincji, muszą być naturalnie odpowiednie siły fachowe do dyspozycji. Związek subwencjonował poradnie przeciwgruźlicze i popierał Kursy uzupełniające dla lekarzy prowincjonalnych udzielając uczestnikom stypendjów. Ogólna ilość zgłoszeń chorobowych wynosiła 134.666.

O leczeniu dentystycznym powiada sprawozdanie, że próchnica zębów jest chorobą, na którą zapada 90% wszystkich osób, przeto leczenie i zwalczanie tej choroby kosztuje tak wiele, że nawet nie da się pomyśleć, aby instytucje ubezpieczeń społecznych mogły ponosić wszystkie koszty. Należy się zadowolić, gdy się obejmie wielki krąg członków, którzy najbardziej potrzebują pomocy dentystycznej. Związek założył 42.203 członkom 133.612 plomb. W każdym razie z pomocy dentystycznej w naszych Kasach korzysta znacznie więcej ubezpieczonych. Protez dentystycznych wydał związek 15.311 ubezpieczonym. Ta część lecznictwa przedstawia się u nas nieco gorzej.

Ciekawe są dane statystyczne z instytucji lekarzy rewizyjnych, którzy we Wiedniu dokonali w r. 1925 badań rewizyjnych 65.839, a z tej cyfry zbadano na niezdolność do pracy zawodowej 36.504 osób, a uznano za zdolnych 21.125 tj. 60,6%, na prowincji zaś zbadano 20.877 osób, z czego na niezdolność przypada 15.571 a za zdolnych uznano 8.899 tj. 57,1%. Z tych cyfr wynika, jak ważnym czynnikiem w Kasach Chorych są komisje rewizyjne dla zwalczania symulacji lub przeciwdziałania zbyt łatwemu zwalnianiu ubezpieczonych od pracy.

Mimo, że liczba członków zmniejszyła się w r. 1925 prawie o 50.000 osób wzrosły wydatki na lekarstwa prawie o 33%, podczas gdy taksa lekarska wzrosła tylko o 12%. Prawdziwa przyczyna wzrostu tkwi w sposobie zapisywania, skarży się Związek. A przecież wydatki na lekarstwa wynoszą zaledwie 33% sumy honorariów lekarskich, mimo, że do wydatków aptecznych zaliczone zostały środki pomocnicze jak protezy, gorsety i t. d. Biorąc pod uwagę, że Związek nie posiada własnych aptek tylko wszystkie lekarstwa są pobierane z aptek publicznych, muszą uważać ten stosunek procentowy za bardzo korzystny, gdyż w polskich Kasach Chorych wynosi ten stosunek od 50 do 120 proc. Mimo to skarży się Związek „że zabobonna wiara w lekarstwa u członków pochłania rocznie tak wielkie ofiary pieniężne".

Związek posiada jeden z najpiękniejszych zakładów położniczych Wiednia obliczony pierwotnie na 1200 porodów ro-

cznie, w którym w roku sprawozdawczym odbyło się 3114 porodów a więc prawie trzy razy tyle. Charakterystyczne, co świadczy o wysokim poziomie zakładu, że sześć wypadków śmierci było za cały rok 1925 tj. około 0,2%.

Związek posiada sześć własnych domów wypoczynkowych, 2 domy gminne, wszystkie położone w przepięknej okolicy alpejskiej. Z domów tych korzystało 3987 osób, które przebyły razem 110.196 dni czyli na jednego ubezpieczonego 27 dni.

Oprócz tego wysłano do miejsc zdrojowych przeważnie do własnych zakładów 1990 osób z 54.915 dniami pobytu, co na jednego kuracjusza wynosi 27 dni. Tylko w zakresie leczenia sanatoryjnego gruźlicy dorosłych, działalność jest nie wielka, z powodu braku odpowiedniej liczby łóżek. Związek wysłał zaledwie 564 osób, które przebywały w zakładach 49.720 dni, czyli na jedną osobę wypada 88 dni. Za to na szeroką skalę jest zakrojona akcja zwalczania gruźlicy dziecięcej, gdyż nad morze adriatyckie i do rozmaitych zakładów w Alpach wysłał Związek 3239 dzieci.

Bardzo ciekawa i pouczająca jest opieka Związku nad młodzieżą, zwłaszcza nad uczniami pracującymi w rozmaitych zawodach. Związek posiada na ten cel 7 domów wypoczynkowych z 1800 łózkami. W roku 1925 zostało 9100 uczniów umieszczonych w tych zakładach każdy po 4 tygodnie. Dla młodzieży w okresie rozwijania się obciążonej już początkiem rozmaitych chorób a zwłaszcza tak zwanego „kataru szczytów płuc” jest taki 4 tygodniowy pobyt na wsi jedynym ratunkiem, by się uchronić od niebezpieczeństwa choroby.

Dla opieki nad ciężarnymi, położnicami i małymi dziećmi w Wiedniu posiada Związek 13 odpowiednio wyszkolonych pielęgniarek. Pielęgniarki odwiedzają ciężarne i położnice udzielając im rad i wskazówek. Oprócz tego stoją do dyspozycji matek 34 poradnie dla niemowląt utrzymywane przez organizacje społeczne a subwencjonowane przez Związek. Poradnie udzieliły 78.834 porad niemowlętom, a 13.984 małym dzieciom. Akcja pomocy dla dzieci jest zatem przez Związek prowadzona na szeroką skalę. Kontrola chorych jest bardzo ściśle prowadzona. Z końcem roku sprawozdawczego było czynnych 98 urzędników kontrolnych, którzy odbyli 340.011 wizyt kontrolujących. Sprawozdania urzędników kontrolujących miały ogromne znaczenie społeczne, gdyż poza materiałem kasowym przedstawiały bardzo szczegółowo życie i mieszkanie robotnika. W Wiedniu i na prowincji koszty administracyjne wpływy Związku przy tym wielkim aparacie wynosiły zaledwie 6.75%. Wszystkie wydatki wynosiły 88.75% dochodów otrzymanych z Kas Chorych.

Przed Związkami Kas Chorych w Polsce zwłaszcza na terenie byłej Kongresówki otwiera się wielkie pole pracy. U nas, zbyt krótki okres czasu jeszcze pracujemy, aby móc się pochwalić osiągniętymi rezultatami.

Dr. Henryk Kluszyński.

J. Janelli. Ubezpieczenie od wypadków w b. zab. austr. i ros. według przepisów obecnie obowiązujących i według projektu ustawy z marca 1927 r.

W tej dość szczegółowej rozprawie autor poddaje krytyce projekt ustawy z marca b. r. o obowiązkowym ubezpieczeniu społecznym jedynie odnośnie do przepisów normujących ubezpieczenie od wypadków. Rozważania swoje oparł na dwóch zasadach wymienionych w projekcie mianowicie na „dążności do niepogarszania dzisiejszego stanu prawnego” oraz na „dążności do niezwiększania nadmiernie obecnego obciążenia” i jedynie pod tym kątem widzenia rozpatruje, czy projekt rzeczywiście co do ubezpieczenia

od wypadków ściśle te zasady przeprowadził. Porównując co do **pierwszej zasady** postanowienia ustaw austriackich, obecnie obowiązujących w zaborze austriackim i rosyjskim, z postanowieniami projektu wykazuje, że projekt rzeczywiście zacieśnia koło uprawnionych do ubezpieczenia, pozbawiając całe grupy korzystania z dobrodziejstw ubezpieczenia od wypadków.

Dotyczy to mianowicie wszystkich włóścian ubogich, żyjących przeważnie z przewozu towarów własnymi zaprzęgami dla przedsiębiorstw, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia od wypadków wedle obowiązującej obecnie ustawy, dalej osób mających ukończone studia teoretyczne, a chcących celem pogłębienia swych wiadomości dobrowolnie i bezpłatnie pracować w przedsiębiorstwie jakimś lub zakładzie, w końcu osób będących krewnymi przedsiębiorcy którzy nie są (jak to wymaga projekt) w przedsiębiorstwie „regularnie” zatrudnieni.

Natomiast nie mogę się zgodzić z autorem co do jego zapatrywania odnośnie do ubezpieczenia służby przedsiębiorstw Państwowych. Co do tej kategorii osób, to projekt wcale nie pogarsza obecnego stanu prawnego. Wedle obecnie obowiązującej ustawy bowiem wolne są od ubezpieczenia „osoby, będące na podstawie nominacji (dekretu) w służbie przedsiębiorstwa państwowego, o ile im i ich rodzinom w razie wypadku, zaszłego w przedsiębiorstwie, przysługuje prawo do pensji, która osiąga lub przekracza wysokość renty, ustalonej według ustawy o ubezpieczeniu od wypadków (§. 4 ustawy z 1887 r.)”.

Natomiast projekt ustawy wyłącza z pod obowiązku ubezpieczenia tylko funkcjonariuszy państwowych w rozumieniu ustawy z dnia 9 października 1923 N. 116 poz. 924 Dz. U. Rz. P. Otóż funkcjonariuszami państwowymi w rozumieniu tej ostatniej ustawy wedle art. 1 są tylko urzędnicy państwowi oraz etatowi pracownicy Kolei Państwowych i pracownicy poczt, telegrafów i telefonów. Z tego przepisu wynika bezsprzecznie, że **wszyscy** pracownicy **wszystkich** przedsiębiorstw Państwowych (z wyłączeniem Kolei oraz poczt i telegrafów) nie są funkcjonariuszami państwowymi, a temsamem wszyscy ci pracownicy bez względu na wysokość pensji podlegają obowiązkowi ubezpieczenia od wypadków. A zatem projekt nie tylko nie zacieśnia koła podlegających obowiązkowi ubezpieczenia osób, ale jeszcze je rozszerza, ponieważ wedle tego co tu powiedziałem podlegają ubezpieczeniu od wypadków osoby w służbie przedsiębiorstwa państwowego nawet i te których pensja przekracza wysokość renty ubezpieczeniowej. Odnośnie zaś do Kolei Państwowej, to takowa rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 24 września 1926 N. 97 poz. 568 Dz. P. Rz. P. została zamieniona na samoistne przedsiębiorstwo, a w myśl art. 26 tego rozporządzenia wszyscy urzędnicy i pracownicy Kolejowi wedle projektowanej ustawy bez względu na wysokość emerytury podlegają obowiązkowi ubezpieczenia od wypadków.

Widać, że autor nie zna ustawy dotyczących komercjalizacji **wszelkich** przedsiębiorstw Państwowych tak przemysłowych, jak handlowych i górniczych. W tym kierunku rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 17 marca 1927 N: 25 poz. 195 usuwa wszelkie wątpliwości postanawiając wyraźnie, w art. 26 że pracownicy tych przedsiębiorstw państwowych nie są urzędnikami państwowymi

Również co do ubezpieczenia grupy osób nazwanych w projekcie ustawy „niestale zatrudnionych”, autor zupełnie mylnie włącza tutaj osoby, które wedle ustawy wcale nie należą do niestale zatrudnionych.

Wedle obowiązującej bowiem obecnie ustawy o Kasach chorych, a tak samo wedle postanowień projektowanej ustawy o ubezpieczeniu społecznym, należą wieśniacy bezrolni względnie małorolni, czerpiący swe utrzymanie z zarobków przy sezonowych robotach rolnych i leśnych, do pracowników

tak-zwanych sezonowych podlegających obowiązkowi ubezpieczenia tak na wypadek choroby jakoteż wedle projektu nowej ustawy o ubezpieczeniach społecznych. A więc ciż robotnicy sezonowi nie będą w projektowanej ustawie pokrzywdzeni.

W drugiej części rozprawy swojej p. Janelli stara się wykazać na podstawie szeregu tabel statystycznych, że projektowana ustawa nakłada na pracodawców większe ciężary, aniżeli wynoszą ciężary wedle obecnej ustawy ubezpieczeń od wypadków z roku 1887.

W tym kierunku nie mając w rękach żadnych ku temu danych stwierdzić nie mogę, czy te dane statystyczne oraz zestawienia na nich oparte odpowiadają rzeczywistości stanowią rzeczy. Na jedno tylko muszę zwrócić uwagę, że nie tylko taryfa projektowana ułożoną została na danych niestających i płynnych, ale taksamo i obecnie obowiązująca taryfa jako oparta na danych jeszcze z przedwojennych lat i dotyczące innego państwa (austriackiego) nie jest oparta na ścisłych danych odpowiadających stosunkom Rzeczypospolitej Polskiej, i dlatego także i obecnie obowiązująca taryfa nie może być uważana jako opierająca się na miarodajnych obliczeniach i wnioskach.

Przeczytawszy prawie do końca broszurę p. Janellogo byłem pewny, że przy końcu wyrazi swoje zdanie, iż Rada Ubezpieczeń Społecznych przy badaniu projektu nowej ustawy o ubezpieczeniu społecznym skorzysta z jego uwag celem poczynienia odpowiednich zmian w projekcie. Tymczasem p. Janelli przy końcu broszury występuje „pro domo sua”.

Jako kwintesencję swoich wywodów bowiem radzi, aby obowiązującą w b. zaborze austriackim ustawę o ubezpieczeniu od wypadków rozciągnąć na całe Państwo, a nie objąć ubezpieczenia od wypadków nową ustawą o ubezpieczeniu społecznym.

Przy tem p. Janelli zapomina, że projektem ustawy o ubezpieczeniu społecznym objęto także ubezpieczenie od wypadków nie tylko dla unifikacji ustawodawstwa we wszystkich trzech dzielnicach, ale jeszcze bardziej dla unifikacji organizacyjnej i rzeczowej, a to celem zaoszczędzenia trwonienia sił materialnych i moralnych społeczeństwa.

Zgłaszanie bowiem przez pracodawcę tych samych pracowników do rozmaitych instytucji ubezpieczeniowych, dostarczanie każdej z osobna danych o zarobkach i obliczanie pod rozmaitemi kątami widzenia i według rozmaitych wymagań składki wreszcie wpłacanie jej kilkakrotnie, jest stanowczo zbytkiem, na który sobie życie nasze gospodarce pozwolić nie może. Orientowanie się pracownika, przy całym szeregu ustaw i instytucji ubezpieczeniowych, do której zgłosić winien bez narażenia się na zwłokę pretensje w razie zajścia warunków do świadczeń, dokąd w razie sporu pretensji zażądać i jakie wogóle pretensje podnieść ze względu na rozmaite rodzaje ubezpieczeń, jest z góry wykluczone zwłaszcza w państwie, w którym jest jeszcze tylu analfabetów. Najważniejszym jednak motywem do połączenia rozmaitych rodzajów ubezpieczeniowych w jednej organizacji jest niewątpliwie względu na koszt administracyjny, z jakimi połączone są czynności ubezpieczeniowe, a które obciążają płacących składki. Zastąpienie odrębnych w każdym rodzaju ubezpieczeń czynności rejestracyjnych i ewidencyjnych, obliczenia składek i ściąganie ich, dochodzeń przed przyznaniem świadczeń, badania lekarskiego i t. p. jedną wspólną czynnością dla połączonych ubezpieczeń musi przynieść dużą oszczędność w kosztach administracyjnych.

Dr. Buchheim.

Od p. D-ra Kaszubskiego otrzymaliśmy następujące pismo:

Mój artykuł „Sprawy lekarskie i leczenie w projekcie ubezpieczeń społecznych M. P. i O. S. w 6 Nr. Przeglądu, opatrzyła Sz. Redakcja uwagą „dyskusyjną”. Dlatego zapewne w końcu artykułu pomieściła Sz. Redakcja dla ścisłości uwagę, że myślę się, sądząc, że w komisjach niemieckich przewodniczy sędzia.

W Niemczech uznano, że lekarze i Kasy Chorych są dwoma równoprawnymi stronami. Dlatego wszystkie komisje są na zasadzie paritetu z udziałem „bezzstronnych” (unparteiisch). Komisji tych jest b. wiele. Najwyższa — Państwowy Wydział do spraw lekarzy i K. Ch. (Reichsausschuss für Aerzte und Krankenkassen), składa się z 5 członków wybranych przez lekarzy i pięciu wybranych przez K. Ch., i 3 bezzstronnych (unparteiisch) wyznaczonych przez ministra pracy po wysłuchaniu stron z tem, by nie mieli oni nic wspólnego ani z lekarzami ani z Kasami. Jeden z nich jest przewodniczącym. Z konieczności są to sędziowie lub prawnicy z kwalifikacjami sędziowskimi.

Wydział Państwowy wyłania wydziały ścisłejsze, w których na zmianę przewodniczy przedstawiciel lekarzy i Kas.

Obok Państwowego Wydziału do spraw lekarzy i K. Ch. są tworzone krajowe Wydziały zawsze na tych samych zasadach (art. 368 a, b, c, g. RVO).

W każdym Okręgu musi być utworzona komisja dla umów z lekarzami (Vertragsausschuss) z równą liczbą przedstawicieli lekarzy i Kas (art. 368 RVO). Dla rozstrzygnięcia sporów tam nie załatwionych zorganizowane są Urzędy Rozjemcze.

Przy Państw. Urzędzie Ubezpieczeń (Reichsversicherungsamt), jest Państwowy Urząd Rozjemczy (Reichsschiedsamt). Zasiada w nim po 3 przedstawicieli lekarzy i K. Ch. „Bezzstronnych” wyznacza prezydent Państw. Urzędu Ubezpieczeń. Połowa z nich musi mieć prawo wykonywania zawodu sędziowskiego (art. 368 lit. u RVO).

Przy głównych Urzędach Ubezp. (Oberversicherungsamt) istnieją Urzędy Rozjemcze (Schiedsamt). Prezesem ich był przewodniczący Główn. Urzędu Ubezpieczeń. Lekarze i K. Ch. wybierają po dwu przedstawicieli „bezzstronnych”, po wysłuchaniu stron mianuje prezes też w liczbie 2. Chociaż jeden z nich musi mieć kwalifikacje sędziowskie.

Najwyższa władza ubezpieczeń może postanowić, że Urząd Rozjemczy musi obradować pod przewodnictwem tego bezzstronnego, co prawie zawsze miało miejsce. Ingerencja jednak przewodniczącego Gł. Urzędu nie dawała gwarancji bezzstronności. Przeciwnie, często była przeszkodą. Lekarze więc bronili się przeciw temu i obecnie przewodniczącego Urzędu Rozjemczego wyznacza Najwyższy Sąd Administracyjny (Oberverwaltungsgericht) naturalnie sędziego (Münch. Med. Wochenschrift Nr. 19 z 1927 r. str. 833).

Gdybym tak szeroko rozpisał się w artykuliku moim, możeby Sz. Redakcja nie miała możności twierdzić, że się myślę. Chciałem dać jednak tylko obiektywną syntezę a nie zagłębiać się w szczegóły.

Dr. T. Kaszubski.

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

Redaktor: DR. ALFRED KRIEGER.

Wydawca: OGÓLNO - PAŃSTWOWY ZW. KAS CHORYCH.

Odbito w drukarni „Robotnika”, Warecka 7.

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN OGÓLNO-PAŃSTWOWEGO ZW. KAS CHORYCH W POLSCE

WARSZAWA, DN. 1 LIPCA 1927.

STATYSTYKA KAS CHORYCH ZA ROK 1925.

OPRACOWANA W MINISTERSTWIE PRACY I OPIEKI SPOŁECZNEJ.

Jako drugą część Sprawozdania o Kasach Chorych za rok 1925 ¹⁾ ogłasza się *statystykę* Kas Chorych, obejmującą dane z całego Państwa bez Górnego Śląska.

Sprawozdanie niniejsze opiera się na materiale ze 167 Kas, brak sprawozdań tylko z 7 Kas województw centralnych, gdy w zestawieniach z roku 1924 brak było danych z 24 Kas. W tabelach, dotyczących statystyki chorób, uwzględniono dane tylko ze 159 Kas, gdyż tylko tyle Kas nadesłało sprawozdania kompletne.

Układ tablic zachowano bez zmiany, rozszerzono jednak sprawozdanie o tyle, że obok rezultatów z grup województw, czyli z t. zw. dzielnic Państwa podano prawie we wszystkich tablicach także rezultaty z poszczególnych województw.

Rozwój Kas Chorych w latach 1924—1926.

W ciągu roku 1925 przybyło 31 nowych Kas, a ponieważ w tym czasie zmniejszyła się liczba Kas w województwach zachodnich o jedną z powodu złączenia Kas Poznań-wschód i Poznań-zachód, przeto ogólna liczba Kas wzrosła o 30 ze 173 na 203 ²⁾. W województwach centralnych przybyło 26 Kas, a w województwach wschodnich 5 Kas. Mimo tak znaczny wzrost liczby Kas, stwierdzamy w województwach centralnych spadek liczby ubezpieczonych o 30 tysięcy, co tłumaczy się tem, że nowe Kasy powstawały tu tylko przez dzielenie Kas już istniejących, a nie przez obejmowanie ubezpieczeniem nowych terenów i rzesz pracowników; spadek zaś liczby ubezpieczonych był następstwem kryzysu gospodarczego. Inaczej rzecz się miała w województwach wschodnich, gdzie powiększenie liczby Kas szło w parze ze wzrostem liczby ubezpieczonych,

wynikającym z obejmowania przez Kasy nowych obszarów.

W ciągu 1926 r. rozwój liczby Kas w b. zaborze rosyjskim robi dalsze postępy, liczba Kas wzrasta w województwach centralnych do 82, a w województwach wschodnich do 18 w dniu 1/I—1927 r. Zrazem wzrasta teraz, dzięki poprawie sytuacji gospodarczej, także liczba członków, mianowicie w województwach centralnych o 109.801 czyli o 17 proc., a w województwach wschodnich o 20.669 czyli o 43 proc. Różnica tego wzrostu wskazuje, że w dalszym ciągu w województwach wschodnich przyrost liczby członków jest po części wynikiem obejmowania przez Kasy rzesz dotąd nie ubezpieczonych.

Zmiany w stanie członków w latach 1924—1926 charakteryzują następujące liczby procentowego wzrostu (+), względnie spadku (—) w ciągu każdego roku:

Rok	Województwa					
	centr.	wschod.	zach.	połudn.	Sl. Ciesz.	ogółem
1924	+ 5,0	+ 17,3	+ 1,6	+ 0,9	+ 10,6	+ 3,2
1925	— 4,5	+ 78,3	— 1,3	— 7,5	— 14,5	— 3,1
1926	+ 1,5	+ 43,3	+ 1,0	+ 9,6	+ 14,2	+ 10,9

Zmiany w stanie członków w r. 1925.

W ciągu roku sprawozdawczego zmiany w stanie liczebnym członków (tablica II i IIa, III i IIIa) miały naogół charakter normalny, t. zn. podobny do stwierdzonego już w sprawozdaniu zeszłorocznym i do obserwowanego również w innych państwach: w pierwszych miesiącach widzimy nieznaczny spadek liczby ubezpieczonych, poczem następuje poprawa trwająca niemal aż do końca roku. Gdy zestawimy z sobą rezultaty z roku 1924 i 1925, to zauważymy, że rok 1925 wykazywał żywsze tempo i lepszą konjunkturę gospodarczą, a dopiero pod koniec roku następuje pogorszenie, obniżające początkowy stan członków o blisko 2 proc. W Kasach z przewagą ro-

¹⁾ Część I, dotycząca finansów, ogłoszona została w „Przeglądzie Ubezpieczeń Społecznych” Nr. 4 i Nr. 5 z b. r.

²⁾ Sprawozdanie finansowe wykazuje 202 Kasy, gdyż Kasy w Ilży i Opatowie dają wspólne sprawozdanie finansowe.

botników przemysłowych obniżka jest znacznie większa, np. na Śląsku Cieszyńskim wynosi 14,3 proc.

Stan członków w porównaniu ze stanem z 1.I, (przyjętym jako = 100) przedstawiał się w Polsce następująco:

Data	1924 r.	1925 r.
1 styczeń	100.0	100.0
1 luty	98.0	99.8
1 marzec	97.4	100.4
1 kwiecień	98.8	102.2
1 maj	100.9	105.1
1 czerwiec	103.4	108.8
1 lipiec	102.4	109.9
1 sierpień	101.4	199.9
1 wrzesień	100.9	109.9
1 październik	101.3	108.4
1 listopad	102.3	107.4
1 grudzień	102.7	104.3
31 grudzień	99.1	98.2
przeciętna roczna	100.8	105.5

Gdy w r. 1924 luty, marzec i kwiecień pozostawały poniżej poziomu styczniowego, a na 1/III obniżka wynosiła 2,6 proc., rok 1925 miał tylko na 1 lutego stan niższy niż w styczniu i to o nieznaczny odsetek 0,2 proc. Najwyższy stan członków przypada w roku 1924 na 1 czerwca, wykazując jednak tylko o 3,4 proc. więcej, niż w styczniu, zaś w 1925 najwyższy stan, wynoszący 9,9 proc. w stosunku do stycznia, trwa niezmiennie przez trzy miesiące: lipiec, sierpień i wrzesień. Natomiast spadek liczby członków w końcu roku 1925 jest nieco większy, niż w roku 1924 i jest zapowiedzią ostrego kryzysu, znanionującego pierwszą połowę 1926 r.

Podział członków według płci wykazuje następujące rezultaty:

	Odsetek kobiet wśród ubezpieczonych		
	1924 r.		1925 r.
	1.I	1.I	31.XII
wojew. centralne	33,3	30,8	32,3
„ wschodnie	46,9	44,3	45,0
„ zachodnie	35,3	34,2	33,9
„ południowe	22,4	24,1	25,5
Śląsk Cieszyński	32,3	34,2	36,1
ogółem	31,9	30,6	31,4

Stosunkowo najniższy jest odsetek kobiet w województwach południowych, najwyższy we wschodnich. Ale w województwach południowych i na Śląsku Cieszyńskim obserwujemy w latach 1924—1925 wzrost udziału kobiet wśród ubezpieczonych, w innych zaś województwach spadek, tak, że rozpiętość odsetek wynosząca na 1.I 1924 r. (46,9—22,4) 24,5 maleje na 31.XII 1925 r. (45,0—25,5) do 19,5. Można z tego wnosić, że wraz z ujednostajnieniem warunków egzystencji w różnych dzielnicach Państwa, przejawiającem się zwłaszcza w coraz bardziej do siebie zbliżonych kosztach utrzymania, następuje też zrównanie struktury społecznej, w szczególności coraz jednolitsze ustosunkowanie kobiet do pracy zarobkowej.

Podział członków według wieku (tablica V) daje po utworzeniu grup 10-cio-letnich następujące rezultaty:

	na 1000 ubezpieczonych		
	mężczyzn	kobiet	ogółem
było w poszczególnych grupach wieku:			
do lat 15	9,3	11,9	10,1
16—20	137,7	192,4	154,4
21—30	305,6	442,9	347,5
31—40	220,9	180,8	208,7
41—50	155,3	95,3	136,9
51—60	101,0	44,8	83,8
61—70	42,7	17,3	35,0
71—80	9,4	4,7	7,9
ponad 80	0,7	0,3	0,6
wiek niewiadomy	17,4	9,5	15,0
	1000,0	1000,0	1000,0

Wśród mężczyzn ubezpieczeni do lat 30 stanowią mniej, niż połowę, mianowicie 45,3 proc., natomiast wśród kobiet stanowią znacznie więcej niż połowę, mianowicie 64,7 proc. Jest to objaw w naszych stosunkach zupełnie normalny, kobiety o wiele wcześniej wycofują się z życia zarobkowego, niż mężczyźni.

Jeśli rozpatrzmy bliżej zmiany, jakie zaszły w latach 1924—1925 wśród ubezpieczonych z poszczególnych grup wieku, to stwierdzimy w najmłodszych i najstarszych grupach wieku obniżenie liczby ubezpieczonych, a we wszystkich innych wzrost. Procentowy wzrost (+), względnie spadek (—) liczby ubezpieczonych danej grupy wieku w 1925 r. w stosunku do roku 1924 wynosił:

	w s r ó d		
	mężczyzn	kobiet	ogółem
do lat 15	— 18,6	— 10,9	— 14,6
16—20	+ 9,6	+ 5,6	+ 8,0
21—30	+ 13,5	+ 18,2	+ 15,3
31—40	+ 12,7	+ 14,3	+ 13,1
41—50	+ 10,8	+ 15,6	+ 11,8
51—60	+ 11,3	+ 11,7	+ 11,4
61—70	+ 9,0	+ 7,5	+ 8,8
71—80	+ 4,8	+ 8,1	+ 2,2
ponad 80	— 20,6	— 48,8	— 27,2

Z tego wynika, że w grupach wieku od 21 do 60 lat przyływ kobiet do warsztatów pracy był naogół większy, niż przyływ mężczyzn, a specjalnie w grupie wieku 21—30 lat przyrost liczby ubezpieczonych mężczyzn wynosił 13,5, kobiet 18,2 procent.

Stan rodzinny członków wykazuje, biorąc rezultaty z całego Państwa, na 100 ubezpieczonych 127 członków rodzin, gdy w 1924 roku przypadało 122. W poszczególnych dzielnicach stosunki są dość różne:

	na 100 ubezpieczonych przypada członków rodzin
wojew centralne	133
„ wschodnie	83
„ zachodnie	130
„ południowe	120
Śląsk Cieszyński	138
ogółem	127

Zastanawia w tem zestawieniu niski stan rodzinny ubezpieczonych w województwach wschodnich, co tłumaczy się po części tem, że w województwach tych odsetek kobiet wśród ubezpieczonych jest znacznie większy, niż gdzieindziej (45,0 proc. — gdy ogólna przeciętna wynosi 31,4 proc.), a kobiety pracujące często nie mają rodzin na utrzymaniu, po części wynika też z faktu, że w nowopowstałych Kasach rejestracja członków rodzin przeprowadzona jest w pełni dopiero po pewnym czasie.

Śmiertelność i chorobowość.

Ogólne rezultaty śmiertelności i chorobowości (tablica IV i IVa) zdają się wskazywać na pewną, bardzo zresztą nieznaczną, poprawę stosunków, co może wynikać zarówno z odmiennego nieco składu ubezpieczonych według wieku, jak również z pewnej ogólnej poprawy stosunków zdrowotnych ludności.

Na 100 ubezpieczonych zmarło w 1925 r. 0,65, a w 1924 r. 0,68. Poprawę obserwujemy niemal we wszystkich dzielnicach Państwa, z czego wnosić można, że nie jest to rezultat przypadkowy, lecz wynik pewnych ogólnych warunków.

	na 100 ubezpieczonych zmarło	
	w 1924 r.	w 1925 r.
wojew. centralne	0,84	0,80
„ wschodnie	0,71	0,65
„ zachodnie	0,64	0,60
„ południowe	0,62	0,62
Śląsk Cieszyński	0,78	0,63
ogółem . . .	0,68	0,65

Jeśli porównamy z sobą śmiertelność w poszczególnych województwach, to stwierdzimy najwyższe odsetki w województwach łódzkim (0,90), warszawskim (0,81) i kieleckim (0,79), a najniższe w tarnopolskim (0,42), wołyńskim (0,44) i stanisławowskim (0,55).

Odsetek ubezpieczonych, którzy w ciągu roku sprawozdawczego chorowali i byli niezdolni do pracy nie wykazuje w porównaniu z rokiem 1924 tak wybitnych zmian:

	na 100 ubezpieczonych chorowało i było niezdolnych do pracy	
	1924 r.	1925 r.
wojew. centralne	33,05	32,76
„ wschodnie	13,02	20,03
„ zachodnie	32,28	33,58
„ południowe	37,67	36,38
Śląsk Cieszyński	54,13	54,80
ogółem . . .	34,48	34,55

Jedynie w województwach wschodnich wzrost liczby chorych i niezdolnych do pracy jest dość poważny, ale uważać to należy raczej za objaw normalnego rozwoju działalności Kas, gdyż i tak na tym terenie odsetek chorych i niezdolnych do pracy jest znacznie mniejszy, niż w innych dzielnicach.

Odsetek osób, które chorowały w ciągu roku, jest wśród mężczyzn przeważnie znacznie większy,

niż wśród kobiet, tak samo i odsetek zachorowań czyli zapadnięć połączonych z niezdolnością do pracy. Ale liczba dni zasiłkowych, przypadających na jednego chorego, jak i liczba dni, przypadających na jedno zachorowanie, są u kobiet nieco większe niż u mężczyzn. Pod tym względem rezultaty z 1925 r. pokrywają się z wynikami z 1924 r.

		w 1924 r.	w 1925 r.
odsetek chorych i niezdolnych do pracy	(mężcz. / kobiet)	36,49 / 29,85	37,06 / 28,84
odsetek zachorowań połącz. z niezd. do pracy	(mężcz. / kobiet)	57,94 / 48,20	55,62 / 46,59
na 1 ubezp. przypada dni zasiłkowych	(mężcz. / kobiet)	6,0 / 5,4	7,5 / 6,4
na 1 chorego przypada dni zasiłkowych	(mężcz. / kobiet)	1,59 / 1,61	1,50 / 1,62
na każde zachorowanie przypada dni zasiłkowych	(mężcz. / kobiet)	10,42 / 11,25	13,42 / 13,81

Z faktu, że mimo to liczba dni zasiłkowych, przypadających na jednego ubezpieczonego, jest u kobiet niższa aniżeli u mężczyzn, wynika niewątpliwie, że kobiety pracujące rzadziej porzucają pracę z powodu choroby, niż mężczyźni, że niejako trudniej decydują się na utratę zarobku, ale choroby ich trwają stosunkowo dłużej, nie o tyle jednak, aby wyrównały mniejszą wśród nich liczbę zachorowań.

Na 100 ubezpieczonych kobiet przypada połów 3,22, a na każdy połów przeciętnie 44,32 dni zasiłkowych. Pod tym względem stwierdzamy w porównaniu z rokiem 1924 wzrost liczby połów i liczby dni zasiłkowych, co pozostaje zapewne w związku z poprawą sytuacji gospodarczej kraju, a także z większym niż w innych grupach wieku wzrostem liczby ubezpieczonych kobiet w grupie wieku 21—30, w której normalnie zdarza się największa liczba połów. Stosunkowo największy jest wzrost liczby połów w województwach południowych, zachodnich i na Śląsku Cieszyńskim, jak to widać z następującego zestawienia:

	na 100 ubezpieczonych kobiet było połów	
	w 1924 r.	w 1925 r.
wojew. centralne	5,62	5,66
„ wschodnie	1,89	2,02
„ zachodnie	1,45	2,31
„ południowe	1,96	2,89
Śląsk Cieszyński	4,31	5,38
ogółem . . .	2,42	3,22

Rozpatrując przeciętną liczbę dni zasiłkowych, przypadających na każdy połów, widzimy, że najkrócej korzystają z tego zasiłku położnice w województwach zachodnich, południowych i na Śląsku Cieszyńskim (od 36,73 do 38,72), nieco dłużej w województwach wschodnich (45,44), a najdłużej w województwach centralnych (57,29). Te rezultaty są diametralnie przeciwne wynikom badania przeciętnej liczby dni zasiłków chorobowych, przypadających

na 1 ubezpieczonego. Pod tym względem najdłuższe okresy zasiłkowe wykazują Śląsk Cieszyński (16,8), województwa zachodnie (7,4) i południowe (7,4), a najkrótsze województwa centralne (5,3) i wschodnie (4,5). Ta rozbieżność rezultatów wymaga pewnego wyjaśnienia.

Już w omówieniu finansowej części sprawozdania z Kas Chorych ¹⁾ wykazano, że przy zasiłkach położonych wpływ polityki zasiłkowej Kas jest bardzo ograniczony, natomiast przy zasiłkach chorobowych ujawnia się z całą wyrazistością. Potwierdzenie tej obserwacji znajdujemy obecnie w statystyce dni zasiłkowych. Krótsze korzystanie z zasiłków położonych w województwach zachodnich, południowych i na Śląsku Cieszyńskim znajduje zupełne wytłumaczenie w fakcie, że tutaj Kasy obejmują również rolnictwo, a wiadomo, że ludność rolna jest naogół odporniejsza, a kobiety na wsi mniej są skłonne do dłuższego powstrzymywania się od pracy przy położu. Zdawałoby się, że większa odporność ludności wiejskiej wobec czynników chorobowych powinna wyrazić się też w mniejszej liczbie dni zasiłkowych przypadających na jednego ubezpieczonego na tych obszarach, gdzie ludność wiejska stanowi poważny odsetek ubezpieczonych. Tymczasem obserwujemy zjawisko wręcz przeciwne: najwyższe liczby dni zasiłkowych widzimy właśnie na obszarach, mających wśród ubezpieczonych także ludność wiejską, a najniższe w województwach centralnych i wschodnich, gdzie Kasy obejmują właściwie przeważnie ludność miast i ośrodków przemysłowych. Działła tu widocznie jeszcze niedostateczne oswojenie się ludności ubezpieczonej z samą instytucją ubezpieczenia, jak również polityka Kas Chorych, stosujących surowszy rygor przy udzielaniu zasiłków. Przewidywać można, że z biegiem czasu liczba dni zasiłkowych w Kasach województw centralnych i wschodnich znacznie się podniesie i osiągnie poziom, jaki odpowiada składowi ubezpieczonych pod względem zawodowym (przewaga robotników przemysłowych) i gorszym ogólnym warunkom zdrowotnym na tych obszarach. Spodziewać się więc też można dalszego wzrostu ogólnej przeciętnej liczby dni zasiłkowych dla całego Państwa, która w roku 1925 wzrosła już w porównaniu z rokiem 1924 o 20 proc. i przewyższyła już normę obserwowaną w Niemczech (6,5 dni), ale nie dosięga jeszcze normy austriackiej (8,5) lub czechosłowackiej (13,2).

Śmiertelność i chorobowość w związku z wiekiem ubezpieczonych.

Wśród ubezpieczonych w wieku do lat 15 na 100 ubezpieczonych chłopców zmarło 0,94, a na 100 ubezpieczonych dziewcząt 0,59, gdy najniższy odsetek śmierci wśród mężczyzn wynosi 0,42 i przypada na grupę wieku od 26 do 35 lat, a najniższy odsetek śmierci wśród kobiet przypada na grupę wieku 21—25 i wynosi 0,28. Wyższa śmiertelność mężczyzn nad śmiertelnością wśród kobiet przejawia się w rezultatach dla wszystkich niemal grup wieku

¹⁾ Finanse Kas Chorych w 1925 r. — „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych”, Nr. 4 b. r., str. 73.

i wszystkich niemal województw, co jest naturalnem następstwem selekcji silniejszych na rynku pracy, dokonywującej się łatwiej w stosunku do kobiet, niż w stosunku do mężczyzn.

Najmniejsza liczba dni zasiłkowych na jednego ubezpieczonego przypada w grupie wieku 16—20 lat i wynosi 6,4 dni, w środkowych grupach wieku od 26 do 50 lat wynosi jednolicie 7,1 dni, poczem zwna wzrasta i dosięga w najwyższej grupie wieku 22,5 dni. W grupie wieku do lat 15 liczba dni zasiłkowych, przypadających na jednego ubezpieczonego, wynosi 9,3 dni.

Liczba dni zasiłkowych, przypadających na każde zachorowanie wykazuje najniższy stan w grupie wieku do lat 15 (11,72) i wzrasta niemal regularnie do najwyższej normy w najstarszej grupie wieku, gdzie dosięga prawie 40 dni.

Stosunkowo największą liczbę połów mamy w grupie wieku 26 — 30, gdzie wynosi 4,74 na 100 ubezpieczonych kobiet, przyczem liczba dni zasiłkowych w tej grupie wieku wynosi 43,73 na każdy połów, czyli niemal najniższą normę (jeszcze niższą spotykamy tylko w grupie wieku 21 — 25), gdy najwyższą normę dni zasiłkowych widzimy w grupie wieku 46 — 50, mianowicie 51,18 dni.

Rodzaje chorób.

W tablicach VI i VIa, VII i VIIa podane są w liczbach absolutnych i procentowych wyniki notowania chorób u członków i ich rodzin bez względu na to, czy choroby te połączone były z niezdolnością do pracy, czy też nie.

Ogólny rezultat dla całego Państwa nie wykazuje w porównaniu z rokiem 1924 żadnych większych zmian. Na 1 ubezpieczonego przypada chorób w r. 1925—1,5, w r. 1924—1,7, na 1 członka rodziny 0,8, w roku 1924 również 0,8. Ale rezultaty w poszczególnych dzielnicach są nieco odmienne od rezultatów z r. 1924:

	Chorób przypadało			
	na 1 ubezpiecz.	na 1 członka rodziny	na 1 ubezpiecz.	na 1 członka rodziny
	w 1924 r.	w 1925 r.	w 1924 r.	w 1925 r.
wojew. centralne	2,2	1,3	1,5	1,1
„ wschodnie	2,1	2,0	2,0	1,8
„ zachodnie	1,5	1,4	0,7	0,7
„ południowe	1,5	1,6	0,6	0,8
Śląsk Cieszyński	1,5	2,1	0,4	0,4
ogółem	1,7	1,5	0,8	0,8

Występujący w tych rezultatach spadek liczby przypadków choroby na jednego ubezpieczonego w województwach centralnych, wschodnich i zachodnich pozostaje w związku ze zmianą obszaru badania: zmieniła się bowiem liczba Kas, z których te dane pochodzą, nadto w województwach centralnych i wschodnich brak w rezultatach za rok 1925 dwóch większych Kas (Sosnowiec i Wilno—miasto), które były uwzględnione w sprawozdaniu za rok 1924. Do porównania stanu rzeczy w tych latach nadają się więc właściwie tylko województwa południowe i Śląsk Cieszyński, gdzie w obu latach sprawozdanie objęło wszystkie Kasy.

Zastanawiający jest znaczny wzrost liczby przypadków choroby na Śląsku Cieszyńskim, wynoszący około 15 proc. przy wzroście przeciętnej liczby członków zaledwie o jakie 6 proc. Z faktu, że wzrostowi temu nie towarzyszy analogiczny wzrost liczby chorych i niezdolnych do pracy — odsetek chorych i niezdolnych do pracy wzrósł równocześnie tylko z 54,13 na 54,80 — przypuszczać można, że znaczniejszy wpływ chorych, zwłaszcza z niektórymi chorobami, do leczenia kasowego był wynikiem rozszerzenia lecznictwa lub udoskonalenia urządzeń leczniczych. Wskazuje na to także fakt, że niektóre choroby wykazują wzrost wyjątkowo wielki: gruźlica płuc i choroby narządów zmysłowych wykazują tu wzrost o blisko o 100 proc., a choroby nerwów nawet o 140 proc.

W województwach południowych, gdzie przeciętna liczba członków wzrosła o 3 proc., a ogólna liczba przypadków choroby o jakie 10 proc., gruźlica płuc wykazuje wzrost o 14,5 proc., choroby narządów zmysłowych o 12,9 proc., choroby nerwów o 20,8 proc.

Badając ogólne rezultaty dla całego Państwa, stwierdzamy, że — podobnie jak w r. 1924 — największy odsetek chorób przypada na choroby narządów trawienia, mianowicie 218,1 na 1000, drugie miejsce zajmują choroby narządów oddychania — 131,5, dalej idą choroby skóry i tkanki łącznej podskórnej — 103,7. Na gruźlicę płuc przypada 24,8, na choroby weneryczne 16,6, a na nieszczęśliwe wypadki 73,2 promill.

To wzajemne ustosunkowanie chorób spotykamy nietylko w rezultatach z całych dzielnic, ale także — z nieznacznymi odchyleniami — w rezultatach z poszczególnych województw, nawet tam, gdzie one opierają się zaledwie na danych z jednej Kasy, co dowodzi, że mamy tu do czynienia z *typowym dla naszych stosunków ugrupowaniem chorób*.

Jeżeli przypatrzymy się wzajemnemu ustosunkowaniu chorób u członków rodzin, to zauważymy, że panują tu stosunki analogiczne, piąta część wszystkich chorób — to choroby narządów trawienia, choroby narządów oddychania stanowią siódmą część wszystkich chorób. Znacznie mniejszy niż u ubezpieczonych jest tu udział chorób wenerycznych i nieszczęśliwych wypadków, znacznie większy natomiast udział stanów położowych i chorób narządów moczopłciowych (nie wenerycznych).

Charakterystycznym jest, że udział grypy w ogólnej liczbie chorób jest u ubezpieczonych i u członków rodzin niemal identyczny i to zarówno w rezultatach z całego państwa, jak i w częściowych rezultatach dla grup i poszczególnych województw, mimo, że istnieją znaczne różnice w nasileniu grypy w poszczególnych dzielnicach. Ta identyczność ustosunkowania zapadnięć na *grypę* u ubezpieczonych i u członków rodzin do ogólnej liczby chorób, naturalna ze względu na charakter tej choroby, jest — między innymi — w pewnym stopniu sprawdzianem ścisłości statystyki Kas Chorych.

Tablica I. Stan członków Kas Chorych w latach

Rok	W O J E								
	Centralne			Wschodnie			Zachodnie		
	Liczba Kas	Liczba obow. ubez.	Liczba dobr. ub.	Liczba Kas	Liczba obow. ubez.	Liczba dobr. ub.	Liczba Kas	Liczba obow. ubez.	Liczba dobr. ub.
1924	21	644.127	75	2	22.829	—	58	514.011	1.511
1925	39	676.160	340	5	26.781	1	58	522.316	1.218
1926	65	645.710	454	10	47.760	14	57	515.372	748
1927	82	755.511	430	18	68.429	14	57	520.740	1.148

Tablica II. Liczba ubezpieczonych na

Data na	W O J E								
	Centralne z 34 Kas Chorych			Wschodnie z 6 Kas Chorych			Zachodnie z wszystkich 57 Kas Chorych		
	mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	ogółem
1 stycznia	293.424	130.625	424.049	16.231	12.911	29.142	342.814	177.989	520.803
1 lutego	295.644	135.243	430.887	15.897	12.729	28.626	341.480	174.835	516.315
1 marca	298.600	137.622	436.222	15.733	12.998	28.731	341.807	177.208	519.015
1 kwietnia	299.800	140.019	439.819	16.061	13.449	29.510	348.803	185.508	534.311
1 maja	302.081	142.487	444.568	15.993	13.025	29.018	361.040	199.130	560.170
1 czerwca	312.752	145.978	458.730	16.357	12.942	29.299	370.703	202.958	573.661
1 lipca	316.238	146.529	462.767	17.087	12.818	29.905	371.671	202.876	574.547
1 sierpnia	319.010	146.210	465.220	18.334	12.515	30.849	368.599	202.171	570.770
1 września	322.183	146.537	468.720	18.085	12.385	30.470	367.633	202.418	570.051
1 października	316.908	146.439	463.347	18.410	12.671	31.081	363.302	199.127	562.429
1 listopada	313.863	143.802	457.665	17.645	12.806	30.451	363.302	194.983	558.285
1 grudnia	306.468	141.432	447.900	17.561	12.633	30.194	354.139	182.046	536.185
31 grudnia	290.939	138.615	429.554	15.552	12.751	28.303	341.951	175.196	517.147
Przeciętna roczna	307.976	142.235	450.211	16.921	12.817	29.738	357.920	191.619	549.539

Tablica II a. Stan członków Kas Chorych na pierwszego

Data na	W O J E								
	Centralne z 34 Kas Chorych			Wschodnie z 6 Kas Chorych			Zachodnie z wszystkich 57 Kas Chorych		
	mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	ogółem
1 stycznia	69.2	30.8	100.0	55.7	44.3	100.0	65.8	34.2	100.0
1 lutego	69.7	31.9	101.6	54.5	43.7	98.2	65.6	33.5	99.1
1 marca	70.4	32.4	102.8	54.0	44.6	98.6	65.6	34.0	99.7
1 kwietnia	70.7	33.0	103.7	55.1	46.1	101.2	67.0	35.6	102.6
1 maja	71.2	33.6	104.8	54.8	44.7	99.5	69.3	38.2	107.5
1 czerwca	73.7	34.4	108.1	56.1	44.4	100.5	71.1	39.0	110.1
1 lipca	74.6	34.5	109.1	58.6	44.0	102.6	71.3	39.0	110.3
1 sierpnia	75.2	34.5	109.7	62.9	42.6	105.5	70.8	38.8	109.6
1 września	76.0	34.5	110.5	62.0	42.5	104.5	70.5	38.9	109.4
1 października	74.7	34.5	109.2	63.1	43.5	106.6	69.8	38.2	108.0
1 listopada	74.0	33.9	107.9	60.5	43.9	104.4	69.8	37.4	107.2
1 grudnia	72.3	33.3	105.6	60.2	43.3	103.5	68.0	34.9	102.9
31 grudnia	68.6	37.7	106.3	53.4	43.7	97.1	65.7	33.6	99.3
Przeciętna roczna	72.6	33.5	106.1	58.1	43.9	102.0	68.7	36.8	105.5

1924 — 1927 według danych z 1/1 każdego roku.

W O D Z T W A						O G Ó Ł E M		
Południowe			Śląsk Cieszyński					
Liczba Kas	Liczba obow. ubez.	Liczba dobr. ubez.	Liczba Kas	Liczba obow. ubez.	Liczba dobr. ub.	Liczba Kas	Liczba obow. ubez.	Liczba dobr. ubez.
70	390.322	182	2	31.056	164	153	1.602.345	1.932
69	393.709	242	2	34.350	163	173	1.653.316	1.964
69	364.052	203	2	29.370	219	203	1.602.264	1.638
69	399.214	263	2	33.532	146	228	1.777.426	2.001

pierwszego każdego miesiąca 1925 r.

W O D Z T W A						O G Ó Ł E M		
Południowe z wszystkich 69 Kas Chorych			Śląsk Cieszyński z wszystkich 2 Kas Chorych					
mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	razem
292.960	93.222	386.182	22.692	11.821	34.513	968.121	426.568	1.394.689
288.251	93.260	381.511	22.697	11.991	34.688	963.969	428.058	1.392.027
288.057	95.138	383.195	22.346	12.000	34.346	966.543	434.966	1.401.509
291.905	97.319	389.224	21.722	12.118	33.840	978.291	448.413	1.426.704
297.800	99.182	396.982	23.265	12.151	35.416	1.000.179	465.975	1.466.154
316.112	103.953	420.065	24.391	12.438	36.829	1.040.315	478.269	1.518.584
325.246	105.252	430.498	23.774	12.568	36.342	1.054.016	480.043	1.534.059
325.795	105.041	430.836	23.956	12.483	36.439	1.055.694	478.420	1.534.114
322.703	103.641	426.344	24.244	12.428	36.672	1.054.848	477.409	1.532.257
316.018	103.549	419.567	24.720	11.945	36.665	1.039.358	473.731	1.513.089
312.016	103.142	415.158	24.369	11.806	36.175	1.031.195	466.539	1.497.734
305.618	99.924	405.542	22.830	11.483	34.313	1.006.616	447.518	1.454.134
272.439	93.205	365.644	18.903	10.686	29.589	939.784	430.453	1.370.237
306.012	100.216	406.228	23.259	12.055	35.314	1.012.088	458.942	1.471.030

każdego miesiąca w stosunku do stanu ze stycznia 1925 r.

W O D Z T W A						O G Ó Ł E M		
Południowe z wszystkich 69 Kas Chorych			Śląsk Cieszyński z wszystkich 2 Kas Chorych					
mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	razem
75.9	24.1	100.0	65.8	34.2	100.0	69.4	30.6	100.0
74.6	24.1	98.7	65.7	34.7	100.4	69.1	30.7	99.8
74.5	24.6	99.1	64.7	34.7	99.4	69.3	31.1	100.4
75.5	25.2	100.7	62.9	35.1	98.0	70.1	32.1	102.2
77.1	25.6	102.7	67.4	35.2	102.6	71.7	33.4	105.1
81.8	26.9	108.7	70.6	36.0	106.6	74.6	34.2	108.8
84.2	27.2	111.4	68.9	36.4	105.3	75.5	34.4	109.9
84.4	27.2	111.6	69.3	36.2	105.5	75.6	34.3	109.9
83.5	26.8	110.3	70.2	36.0	106.2	75.7	34.2	109.9
81.8	26.8	108.6	71.6	34.6	106.2	74.5	33.9	108.4
80.8	26.7	107.5	70.6	34.2	104.8	74.0	33.4	107.4
79.1	25.9	105.0	66.1	33.3	99.4	72.1	32.2	104.3
70.5	24.1	94.6	54.7	30.9	85.6	67.4	30.8	98.2
79.2	25.9	105.1	67.4	34.9	102.3	72.5	33.0	105.5

Tablica III. Liczba ubezpieczonych na pierwszego każdego miesiąca 1925 r.
w poszczególnych województwach.

D a t a n a	W O J E W Ó D Z T W A																				
	Warszawskie z 6 Kas Chorych			Łódzkie z 11 Kas Chorych			Kieleckie z 11 Kas Chorych			Lubelskie z 1 Kasy Chorych			Białostockie z 5 Kas Chorych			Wołyńskie z 4 Kas Chorych			Wileńskie z 2 Kas Chorych		
	mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	ogółem
1 stycznia	120.333	63.841	184.174	41.224	20.273	61.497	117.507	37.610	155.117	637	211	848	13.723	8.690	22.413	5.028	2.094	7.122	11.203	10 817	22.020
1 lutego	118 689	66.087	184.776	40.778	20.311	61.089	122.418	40.377	162.795	627	197	824	13.132	8.271	21.403	5.038	2.105	7.143	10.859	10.624	21.483
1 marca	118.201	67.412	185.613	40.878	20.489	61.367	125.470	41.326	166.796	653	216	869	13.398	8.179	21.577	5.064	2.142	7.206	10.669	10.856	21.525
1 kwietnia	121.287	69.883	191.170	40.543	20.757	61.300	124.962	42.013	166.975	681	211	892	12.327	7.155	19.482	5.172	2.237	7.409	10.889	11.212	22.101
1 maja	123.613	71.946	195.559	40.078	20.764	60.842	124.979	42 110	167.089	674	211	885	12.737	7.456	20.193	5.216	2.140	7.356	10.777	10.885	21.662
1 czerwca	128.338	73.072	201.410	43.181	21.707	64.888	126.753	42.381	169.134	770	229	999	13.710	8.589	22.299	5.624	2.269	7.893	10.733	10.673	21.406
1 lipca	129.763	72.933	202.696	44.807	22.107	66.914	126.715	42.287	169.002	827	232	1.059	14.126	8.970	23.096	6,417	2.400	8.817	10.670	10.418	21.088
1 sierpnia	131.345	71.987	203.332	45.556	22.263	67.819	126.663	42.480	169.143	833	216	1.049	14.613	9.264	23.877	7 422	2.375	9.797	10.912	10.140	21.052
1 września	132.078	71.600	203.678	45.313	21.899	67.212	128.864	43.511	172.375	934	222	1.156	14.994	9.305	24.299	7.409	2.469	9.878	10.676	9.916	20.592
1 października	132.086	71.841	203.927	45.930	21.728	67.658	123.129	43.336	166.465	818	206	1.024	14.945	9.328	24.273	8.013	2.509	10.522	10.397	10.162	20.559
1 listopada	129.603	70.878	200.481	45.629	20.669	66.298	123.026	42.775	165.801	769	198	967	14.836	9.282	24.118	7.618	2.400	10.018	10.027	10.406	20.433
1 grudnia	125.503	70.374	195.877	42.710	19.533	62.243	122.519	42.281	164.800	1.044	213	1.257	14.692	9.031	23.723	8.166	2.321	10.487	9.395	10.312	19.707
31 grudnia	118.064	69.432	187.496	39.779	18.196	57.975	117.593	41.575	159.168	1.498	380	1.878	14.005	9.032	23.037	6.784	2.454	9.238	8.768	10.297	19.065
Przec. roczna	125.809	70.386	196.195	42.992	20.954	63.946	124.419	42.034	166.453	808	221	1.029	13.948	8.640	22.588	6.422	2.304	8.726	10.499	10.513	21.012

D a t a n a	W O J E W Ó D Z T W A																				
	Poznańskie z wszystkich 37 Kas Chorych			Pomorskie z wszystkich 20 Kas Chorych			Krakowskie z wszystkich 18 Kas Chorych			Lwowskie z wszystkich 25 Kas Chorych			Tarnopolskie z wszystkich 13 Kas Chorych			Stanisławowskie z wszystkich 13 Kas Chorych			Śląsk Cieszyński z wszystkich 2 Kas Chorych		
	mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	ogółem
1 stycznia	246.252	131.860	378.112	96 562	46.129	142.691	102.215	41 618	143.833	109.970	34.683	144.653	34.269	7.082	41.351	46.506	9.839	56.345	22.692	11 821	34.513
1 lutego	244.897	129.967	374.864	96.583	44.868	141.451	102.359	41.857	144.216	108.612	34.659	143.271	34.403	7.026	41.429	42.877	9.718	52.595	22.697	11.991	34.688
1 marca	245.206	131.989	377 195	96.601	45.219	141.820	101.727	42 612	144.339	108.842	35.474	144.316	34.339	7.200	41.539	43.149	9.852	53.001	22.346	12.000	34.346
1 kwietnia	249.829	138.039	387.868	98.974	47.469	146.443	102.943	43.278	146.221	109.922	36.347	146.269	35.013	7.478	42.491	44.027	10.216	54.243	21.722	12.118	33.840
1 maja	258.206	147.594	405.800	102.834	51.536	154.370	107.116	43.868	150.984	110.738	37.437	148.175	35.236	7.541	42.777	44.710	10.336	55.046	23.265	12.151	35.416
1 czerwca	264.804	150.448	415.252	105.899	52 510	158.409	112 093	45.325	157.418	114.892	39.196	154.088	36.861	8.320	45.181	52 266	11.112	63.378	24.391	12.438	36.829
1 lipca	264.336	150.055	414.391	107.335	52.821	160.156	114.023	45.952	159.975	116.577	39.455	156.032	38.488	8.510	46.998	56.158	11.335	67.493	23.774	12.568	36.342
1 sierpnia	262.144	148.969	411.113	106.455	53.202	159.657	115.222	45.438	160.660	117.296	39.449	156.745	38.856	8.690	47.546	54.421	11.464	65.885	23.956	12.483	36.439
1 września	261.192	148.999	410.191	106.441	53.419	159.860	113.481	45.570	159.051	117.421	37.568	154.989	39 201	8.799	48.000	52.600	11.704	64.304	24.244	12.428	36.672
1 października	257.564	147.030	404.594	105 738	52 097	157.835	113.359	45.153	158.512	115.843	38 341	154.184	37.505	8.606	46.111	49.311	11.449	60.760	24.720	11.945	36.665
1 listopada	259.636	144.914	404.550	103.666	50.069	153 735	111.139	44.721	155.860	115.528	38.386	153.914	35.090	8.703	43.793	50.259	11.332	61.591	24.369	11.806	36.175
1 grudnia	254.593	135.861	390.454	99.546	46.185	145.731	107 837	44.048	151.885	113.578	36.900	150 478	33.920	8.032	41.952	50.283	10.944	61.227	22.830	11.483	34.313
31 grudnia	245.271	130.084	375.355	96.680	45.112	141.792	94.925	41.685	136.610	102.950	34.226	137.176	30.315	7.163	37.478	44.249	10.131	54.380	18.903	10 686	29.589
Przec. roczna	255.693	142.035	397.728	102.227	49.584	151.811	108.319	44.123	152.442	112.975	37.309	150.284	35.931	7.999	43.930	48.787	10.785	59.572	23.259	12.055	35.314

Tablica IIIa. Stan członków Kas Chorych na pierwszego każdego miesiąca w stosunku do stanu ze stycznia 1925 r. — w poszczególnych województwach.

D a t a n a	W O J E W Ó D Z T W A																				
	Warszawskie z 6 Kas Chorych			Łódzkie z 11 Kas Chorych			Kieleckie z 11 Kas Chorych			Lubelskie z 1 Kasy Chorych			Białostockie z 5 Kas Chorych			Wołyńskie z 4 Kas Chorych			Wileńskie z 2 Kas Chorych		
	mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	ogółem
1 stycznia	65.3	34.7	100.0	67.0	33.0	100.0	75.8	24.2	100.0	75.1	24.9	100.0	61.2	38.8	100.0	70.6	29.4	100.0	50.9	49.1	100.0
1 lutego	64.4	35.9	100.3	66.3	33.0	99.3	78.9	26.0	104.9	73.9	23.2	97.1	58.5	36.9	95.4	70.7	29.6	100.3	49.3	48.2	97.5
1 marca	64.2	36.6	100.8	66.4	33.3	99.7	80.9	26.6	107.5	77.0	25.5	102.5	59.7	36.5	96.2	71.1	30.0	101.1	48.4	49.3	97.7
1 kwietnia	65.9	37.9	103.8	65.9	33.7	99.6	80.5	27.1	107.6	80.3	24.9	105.2	55.0	31.9	86.9	72.6	31.4	104.0	49.4	50.9	100.3
1 maja	67.1	39.1	106.2	65.2	33.7	98.9	80.6	27.1	107.7	79.4	24.9	104.3	56.8	33.3	90.1	73.2	30.0	103.2	48.9	49.4	98.3
1 czerwca	69.6	39.7	109.3	70.2	35.3	105.5	81.7	27.3	109.0	90.8	27.0	117.8	61.2	38.3	99.5	79.0	31.8	110.8	48.7	48.4	97.1
1 lipca	70.5	39.6	110.1	72.9	35.9	108.8	81.7	27.2	108.9	97.5	27.3	124.8	63.0	40.0	103.0	90.1	33.7	123.8	48.5	47.2	95.7
1 sierpnia	71.3	39.1	110.4	74.1	36.2	110.3	81.6	27.4	109.0	98.2	25.5	123.7	65.2	41.3	106.5	104.2	33.3	137.5	49.5	46.0	95.5
1 września	71.7	38.9	110.6	73.7	35.6	109.3	83.1	28.0	111.1	110.1	26.2	136.3	66.9	41.5	108.4	104.0	34.7	138.7	48.5	45.0	93.5
1 października	71.7	39.0	110.7	74.7	35.3	110.0	79.4	27.9	107.3	96.4	24.3	120.7	66.7	41.6	108.3	112.5	35.2	147.7	47.2	46.1	93.3
1 listopada	70.4	38.5	108.9	74.2	33.6	107.8	79.3	27.5	106.8	90.6	23.4	114.0	66.2	41.4	107.6	106.9	33.7	140.6	45.5	47.2	92.7
1 grudnia	68.1	38.2	106.3	69.4	31.8	101.2	79.0	27.2	106.2	123.1	25.1	148.2	65.5	40.3	105.8	114.6	32.6	147.2	42.7	46.8	89.5
na 31 grudnia	64.1	37.7	101.8	64.7	29.6	94.3	75.8	26.8	102.6	176.6	44.8	221.4	62.4	40.3	102.7	95.2	34.5	129.7	39.8	46.8	86.6
Przec. roczna	68.3	38.2	106.5	69.9	34.0	103.9	80.2	27.1	107.3	95.3	26.0	121.3	62.2	38.6	100.8	90.2	32.3	122.5	47.7	47.7	95.4

D a t a n a	W O J E W Ó D Z T W A																				
	Poznańskie z wszystkich 37 Kas Chorych			Pomorskie z wszystkich 20 Kas Chorych			Krakowskie z wszystkich 18 Kas Chorych			Lwowskie z wszystkich 25 Kas Chorych			Tarnopolskie z wszystkich 13 Kas Chorych			Stanisławowskie z wszystkich 13 Kas Chorych			Śl. Cieszyński z wszystkich 2 Kas Chorych		
	mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	ogółem	mężcz.	kob.	ogółem
1 stycznia	65.1	34.9	100.0	67.7	32.3	100.0	71.1	28.9	100.0	76.0	24.0	100.0	82.9	17.1	100.0	82.5	17.5	100.0	65.7	34.3	100.0
1 lutego	64.7	34.4	99.1	67.7	31.4	99.1	71.1	29.1	100.2	75.1	23.9	99.0	83.2	17.0	100.2	76.1	17.2	93.3	65.7	34.7	100.4
1 marca	64.8	34.9	99.7	67.7	31.7	99.4	70.7	29.6	100.3	75.2	24.5	99.7	83.0	17.4	100.4	76.6	17.5	94.1	64.7	34.8	99.5
1 kwietnia	66.1	36.4	102.5	69.3	33.3	102.6	71.6	30.0	101.6	76.0	25.1	101.1	84.6	18.1	102.7	78.1	18.1	96.2	62.9	35.1	98.0
1 maja	68.3	39.0	107.3	72.1	36.1	108.2	74.4	30.5	104.9	76.6	25.8	102.4	85.2	18.2	103.4	79.4	18.3	97.7	67.4	35.2	102.6
1 czerwca	70.0	39.8	109.8	74.2	36.8	111.0	77.9	31.5	109.4	79.4	27.1	106.5	89.2	20.1	109.3	92.7	19.7	112.4	70.6	36.0	106.6
1 lipca	69.9	39.6	109.5	75.2	37.0	112.2	79.2	32.0	111.2	80.5	27.2	107.7	93.0	20.6	113.6	99.7	20.1	119.8	68.9	36.4	105.3
1 sierpnia	69.3	39.4	108.7	74.6	37.3	111.9	80.1	31.6	111.7	81.1	27.2	108.3	93.9	21.0	114.9	96.6	20.3	116.9	69.3	36.2	105.5
1 września	69.1	39.4	108.5	74.6	37.4	112.0	78.9	31.6	110.5	81.1	26.0	107.1	94.8	21.3	116.1	93.3	20.8	114.1	70.2	36.0	106.2
1 października	68.1	38.9	107.0	74.1	36.5	110.6	78.8	31.4	110.2	80.1	26.5	106.6	90.7	20.8	111.5	87.5	20.3	107.8	71.6	34.6	106.2
1 listopada	68.6	38.3	106.9	72.6	35.1	107.7	77.3	31.1	108.4	79.9	26.5	106.4	84.9	21.0	105.9	89.2	20.1	109.3	70.6	34.2	104.8
1 grudnia	67.3	35.9	103.2	69.7	32.4	102.1	75.0	30.6	105.6	78.5	25.5	104.0	82.0	19.4	101.4	89.2	19.4	108.6	66.1	33.3	99.4
na 31 grudnia	64.9	34.4	99.3	67.7	31.6	99.3	66.0	28.9	94.9	71.2	23.6	94.8	73.3	17.3	90.6	78.5	18.0	96.5	54.7	31.0	85.7
Przec. roczna	67.6	37.6	105.2	71.6	34.8	106.4	75.3	30.6	105.9	78.1	25.7	103.8	86.9	19.3	106.2	86.6	19.1	105.7	67.4	34.9	102.3

Tablica IV. Liczba ubezpieczonych, wypadków śmierci, chorób, połogów, dni zasiłkowych w Kasach, które funkcjonowały przez pełny rok 1925.

WOJEWÓDZTWA	Przeciętna roczna liczba ubezpieczonych			Liczba wypadków śmierci			Liczba ubezpiecz. którzy chorowali i byli niezdolni do pracy			Liczba wypadków choroby połącz. z niezdoln. do pracy			Liczby dni zasiłkowych wzgl. szpitalnych			Liczba położnic	Liczba dni zasiłków połog.
	M.	K.	Razem	M.	K.	Razem	M.	K.	Razem	M.	K.	Razem	M.	K.	Razem		
Warszawskie	15342	8177	23519	143	48	191	2447	1482	3929	5131	2127	7258	64776	48343	113119	479	22735
Łódzkie	42992	20954	63946	416	159	575	9843	5380	15223	13300	7212	20512	146006	109784	255790	1644	81837
Kieleckie	124419	42034	166453	1102	219	1321	53107	15389	68496	98243	41179	139422	781346	238048	1019394	2074	140991
Lubelskie	808	221	1029	5	1	6	46	9	55	46	9	55	1202	270	1472	1	46
Białostockie	13948	8640	22588	114	26	140	2022	1200	3222	4533	3705	8238	44801	29702	74503	331	13835
Wołyńskie	6422	2304	8726	28	10	38	1597	397	1994	1848	521	2369	12638	4383	17021	29	426
Wileńskie	10499	10513	21012	100	55	155	2471	1491	3962	2837	1669	4506	70449	48618	119067	230	11344
Poleskie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Poznańskie	255693	142035	397728	1759	590	2349	94079	39476	133555	140296	59525	199821	2110480	941614	3052094	3136	124557
Pomorskie	102227	49584	151811	764	204	968	37929	13024	50953	48243	18537	66780	745434	285609	1031043	1272	37676
Krakowskie	108319	44123	152442	841	218	1059	48137	14695	62832	69367	19263	88630	1100096	379958	1480054	1780	72515
Lwowskie	112975	37309	150284	751	194	945	42319	11768	54087	61955	17144	79099	859237	229452	1088689	816	28190
Tarnopolskie	35931	7999	43930	158	28	186	7997	2116	10113	12611	3397	16008	96632	26813	123445	114	2750
Stanisławowskie	48787	10785	59572	284	41	325	17163	3589	20752	21625	4772	26397	259660	52503	312163	190	3161
Śląsk Cieszyński	23259	12055	35314	157	65	222	14959	4393	19352	21423	5791	27214	434388	158211	592599	649	25129
Z E S T A W I E N I E O G Ó L N E																	
WOJ. CENTRALNE																	
33 Kasy	197509	80026	277535	1780	453	2233	67465	23460	90925	121253	54232	175485	1038131	426147	1464278	4529	259444
WOJ. WSCHODNIE																	
6 Kas	16921	12817	29738	128	65	193	4068	1888	5956	4685	2190	6875	83087	53001	136088	259	11770
WOJ. ZACHODNIE																	
57 Kas	357920	191619	549539	2523	794	3317	132008	52500	184508	188539	78062	266601	2855914	1227223	4083137	4408	162233
WOJ. POŁUDNIOWE																	
69 Kas	306012	100216	406228	2034	481	2515	115616	32168	147784	165558	44576	210134	2315625	688726	3004351	2900	106616
ŚLĄSK CIESZYŃSKI																	
2 Kas	23259	12055	35314	157	65	222	14959	4393	19352	21423	5791	27214	434388	158211	592599	649	25129
Razem z 167 Kas	901621	396733	1298354	6622	1858	8480	334116	114409	448525	501458	184851	686309	6727145	2553308	9280453	12745	565192

Tabl. IV a. Liczba ubezpieczonych, wypadków śmierci, chorób, połów, dni zasiłkowych w Kasach które funkcjonowały przez pełny rok 1925.

Stosunki względne.

WOJEWÓDZTWA	N a 100 u b e z p i e c z o n y c h									Na każdego ubezpieczonego, przypada dni zasiłk. względnie szpitalnych			Na każdego chorego przypada zachorowań			Na każde zachorowanie przypada dni zasiłkowych wzgl. szpitalnych			Na 100 ubezpiek. kobiet przypada połów	Na każdy połów przypada dni zasiłk.
	zmarło			chorowało i było niezdolnych do pracy			przypada zachor. połącz. z niezd. do pracy			M.	K.	Razem	M.	K.	Razem	M.	K.	Razem		
	M.	K.	Razem	M.	K.	Razem	M.	K.	Razem											
Warszawskie . . .	0.93	0.59	0.81	15.95	18.12	16.71	33.44	26.01	30.86	4.22	5.91	4.81	2.10	1.44	1.85	12.62	22.73	15.59	5.86	47.46
Łódzkie	0.97	0.76	0.90	22.89	25.68	23.81	30.94	34.42	32.08	3.40	5.24	4.00	1.35	1.34	1.35	10.98	15.22	12.47	7.85	49.78
Kieleckie	0.89	0.52	0.79	42.68	36.61	41.15	78.96	97.97	83.76	6.28	5.66	6.12	1.85	2.68	2.04	7.95	5.78	7.31	4.93	67.95
Lubelskie	0.62	0.45	0.60	5.69	4.07	5.34	5.69	4.07	5.34	1.49	1.22	1.43	1.00	1.00	1.00	26.13	30.00	26.76	0.45	46.00
Białostockie	0.82	0.30	0.62	14.50	13.89	14.26	32.50	42.88	36.47	3.21	3.44	3.30	2.24	3.09	2.56	9.88	8.02	9.04	3.83	41.80
Wołyńskie	0.44	0.43	0.44	24.87	17.23	22.85	28.77	22.61	27.15	1.97	1.90	1.95	1.16	1.31	1.19	6.84	8.41	7.18	1.26	14.69
Wileńskie	0.96	0.52	0.73	23.54	14.18	18.86	27.02	15.88	21.44	6.71	4.62	5.67	1.15	1.12	1.14	24.83	29.13	26.42	2.19	49.32
Poleskie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Poznańskie	0.69	0.42	0.59	36.79	27.79	33.58	54.87	41.91	50.24	8.25	6.63	7.68	1.49	1.51	1.50	15.04	15.82	15.27	2.21	39.72
Pomorskie	0.75	0.41	0.64	37.10	26.27	33.56	47.19	37.39	43.99	7.29	5.76	6.79	1.27	1.42	1.31	15.45	15.41	15.44	2.57	29.62
Krakowskie	0.78	0.49	0.69	44.44	33.30	41.22	64.04	43.66	58.14	10.16	8.61	9.71	1.44	1.31	1.41	15.86	19.72	16.70	4.03	40.74
Lwowskie	0.66	0.52	0.63	37.46	31.54	35.99	54.84	45.95	52.63	8.49	6.15	7.24	1.46	1.46	1.46	13.87	13.38	13.74	2.19	34.55
Tarnopolskie	0.44	0.35	0.42	22.26	26.45	23.02	35.10	42.47	36.44	2.69	3.35	2.81	1.58	1.61	1.58	7.66	7.89	7.71	1.43	24.12
Stanisławowskie . . .	0.58	0.38	0.55	35.18	33.28	34.84	44.33	44.25	44.31	5.32	4.87	5.24	1.26	1.33	1.27	12.01	11.00	11.83	1.76	16.64
Śląsk Cieszyński . .	0.68	0.54	0.63	64.31	36.44	54.80	92.11	48.04	77.06	18.68	13.12	16.78	1.43	1.32	1.41	20.28	27.32	21.78	5.38	38.72
Z E S T A W I E N I E O G Ó L N E																				
Woj. Central. 33 kas	0.90	0.57	0.80	34.16	29.32	32.76	61.39	68.14	63.23	5.3	5.3	5.3	1.80	2.31	1.93	8.56	7.86	8.34	5.66	57.29
.. Wschodn. 6 ..	0.76	0.51	0.65	24.04	14.73	20.03	27.69	17.07	23.12	4.9	4.1	4.5	1.15	1.16	1.16	17.74	24.20	19.79	2.02	45.44
.. Zachodn. 57 ..	0.71	0.42	0.60	36.88	27.40	33.58	52.68	40.74	48.51	8.0	6.4	7.4	1.43	1.49	1.44	15.15	15.72	15.32	2.31	36.73
.. Połudn. 69 ..	0.67	0.48	0.62	37.78	32.10	36.38	54.10	44.48	51.73	7.6	6.9	7.4	1.43	1.39	1.42	13.99	15.45	14.30	2.89	36.76
Śl. Cieszyński 2 ..	0.68	0.54	0.63	64.31	36.44	54.80	92.11	48.04	77.06	18.7	13.1	16.8	1.43	1.32	1.41	20.28	27.32	21.78	5.38	38.72
Ogółem 167 kas	0.73	0.47	0.65	37.06	28.84	34.55	55.62	46.59	52.86	7.5	6.4	7.1	1.50	1.62	1.53	13.42	13.81	13.52	3.22	44.32

Tabl. Va. Liczba ubezpieczonych, wypadków śmierci, chorób, połogów, dni zasiłkowych w Kasach, które funkcjonowały przez pełny rok 1925.

Według grup wieku. — Stosunki względne.

GRUPA WIEKU	Na 100 ubezpieczonych									Na każdego ubezpieczonego przypadku dni zasiłk. względnie szpitalnych			Na każdego chorego przypadku zachorowań			Na każde zachorowanie przypadku dni zasiłkowych wzgl. szpitalnych			Na 100 ubezpieczonych kobiet przypadków da połogów	Na każdy połóg przypadku dni zasiłk.	
	zmarło			chorowało i było niezdolnych do pracy			przypada zachor. połącz. z niezd. do pracy			M.	K.	Razem	M.	K.	Razem	M.	K.	Razem			
	M.	K.	Razem	M.	K.	Razem	M.	K.	Razem												
P o l s k a r e z u l t a t z 167 K a s																					
do lat 15	0,94	0,59	0,81	54,97	44,76	51,30	83,84	71,96	79,57	9,8	8,4	9,3	1,53	1,61	1,55	11,74	11,67	11,72	0,04	47,50	
od „ 16—20	0,43	0,34	0,39	37,74	30,77	35,08	55,98	45,60	52,03	6,6	6,0	6,4	1,48	1,48	1,48	11,82	13,11	12,25	2,02	47,11	
„ „ 21—25	0,48	0,28	0,39	39,03	27,48	34,05	57,50	40,59	50,25	7,3	5,9	6,7	1,48	1,48	1,48	12,76	14,44	13,34	4,24	42,02	
„ „ 26—30	0,42	0,33	0,39	39,53	27,61	35,46	57,87	44,38	53,27	7,5	6,5	7,1	1,46	1,61	1,50	12,91	14,63	13,40	4,74	43,73	
„ „ 31—35	0,42	0,38	0,41	38,38	29,57	35,93	57,69	51,90	56,08	7,3	6,6	7,1	1,50	1,76	1,56	12,68	12,74	12,69	4,57	46,06	
„ „ 36—40	0,56	0,44	0,53	36,10	32,13	35,12	55,95	59,68	56,87	7,2	7,0	7,1	1,55	1,86	1,62	12,87	11,66	12,55	3,28	46,71	
„ „ 41—45	0,67	0,60	0,66	35,63	29,01	34,15	55,07	55,51	55,17	7,1	7,0	7,1	1,55	1,91	1,62	12,88	12,64	12,82	1,53	47,94	
„ „ 46—50	0,87	0,74	0,84	34,05	24,74	32,18	53,89	44,27	51,96	7,4	6,2	7,1	1,58	1,79	1,61	13,68	13,91	13,72	0,36	51,18	
„ „ 51—55	1,19	1,11	1,18	33,50	26,23	32,27	51,69	44,21	50,42	7,5	7,5	7,5	1,54	1,69	1,56	14,55	16,96	14,91	—	—	
„ „ 56—60	1,68	1,50	1,65	34,30	28,50	33,41	50,77	53,40	51,19	8,3	7,8	8,2	1,48	1,88	1,53	16,38	14,62	16,10	—	—	
„ „ 61—65	2,24	2,20	2,23	37,53	26,74	35,86	56,33	48,92	55,19	10,2	8,6	10,0	1,50	1,83	1,54	18,16	17,55	18,07	—	—	
„ „ 66—70	3,06	3,46	3,12	36,83	23,28	34,86	55,38	44,98	53,88	11,4	8,7	11,0	1,50	1,93	1,55	20,65	19,42	20,50	—	—	
„ „ 71—75	4,26	3,46	4,13	39,12	22,42	36,43	58,77	40,89	55,89	15,4	9,5	14,5	1,50	1,82	1,53	26,26	23,20	25,90	—	—	
„ „ 76—80	7,25	5,30	6,80	31,87	18,56	28,80	45,11	38,22	43,52	16,0	7,4	14,0	1,42	2,06	1,51	35,49	19,45	32,24	—	—	
ponad lat 80	7,48	12,20	8,26	37,58	43,09	38,48	52,23	78,86	56,59	22,1	24,5	22,5	1,39	1,83	1,47	42,38	31,02	39,79	—	—	
wiek niewiad.	0,22	0,26	0,23	17,07	30,53	19,72	19,04	36,08	22,39	3,5	8,7	4,5	1,12	1,18	1,14	18,25	24,25	20,15	3,36	46,66	

Tablica VI. Podział chorych według rodzajów choroby.

CHOROBY	W O J E W Ó D Z T W A										O G Ó Ł E M ze 159 Kas Chorych													
	Centralne z 26 Kas Chorych		Wschodnie z 6 Kas Chorych		Zachodnie z 56 Kas Chorych		Południowe z 69 Kas Chorych		Śląsk Cieszyński z 2 Kas Chorych		liczących przeciętnie													
	liczących przeciętnie		liczących przeciętnie		liczących przeciętnie		liczących przeciętnie		liczących przeciętnie		liczących przeciętnie													
	219166 ¹⁾		291456 ²⁾		13798 ¹⁾		11480 ²⁾		544500		705576 ²⁾		406228		487774 ²⁾		35314		48733 ²⁾		1219006		1545019 ²⁾	
	obow. ubezpiecz.	członków rodzin	obow. ubezpiecz.	członków rodzin	obow. ubezpiecz.	członków rodzin	obow. ubezpiecz.	członków rodzin	obow. ubezpiecz.	członków rodzin	obow. ubezpiecz.	członków rodzin	obow. ubezpiecz.	członków rodzin	obow. ubezpiecz.	członków rodzin	obow. ubezpiecz.	członków rodzin	obow. ubezpiecz.	członków rodzin	obow. ubezpiecz.	członków rodzin		
Płonica	24	459	4	17	577	1709	194	1044	52	108	851	3337												
Gruźlica płuc	4491	5270	453	363	16148	7987	19515	9524	4113	1156	44720	24300												
Gruźlica kości	272	446	21	31	648	848	733	723	78	82	1752	2130												
Rak i inne nowotwory złośliwe	523	379	36	37	2173	1600	619	459	64	55	3415	2530												
Choroby weneryczne (w tem lues)	4373	1288	586	146	15450	3241	8854	1772	747	167	30010	6614												
Gościec (rheum)	10093	8077	786	414	45260	15213	40030	14565	3966	577	100135	38846												
Grypa	10254	12645	838	769	52707	33947	21053	11187	2924	734	87776	59282												
Inne choroby ogólne	23594	40675	2256	2619	61336	62974	29469	36177	2592	2307	119247	144752												
Choroby nerwowe	13021	11553	1739	1050	36976	22231	30635	16312	3930	886	86301	52032												
Chor. narz. zmysł. (wraz z jałglicą)	22673	20456	2299	1266	53935	29216	58629	28691	8318	1601	145854	81230												
Chor. układu krążenia	6001	7870	915	728	24070	16805	22639	13082	1928	748	55553	39233												
Chor. narz. oddech. (z wyłąc. gruźl.)	35697	44482	3679	3006	82208	65364	107257	64050	8794	2582	237635	179484												
Chor. narządów trawienia	65078	66683	6646	4395	154475	107729	151060	83419	16806	3977	394065	266203												
Chor. narz. moczopłciowych (niewener.)	5831	9611	694	1324	22120	23729	14818	17346	1189	919	44652	52929												
Chor. skóry i tkanki łącz. podskór.	26055	20525	3057	1797	83716	51712	66897	29629	7592	1241	187317	104904												
Chor. kości (z wyłąc. gruźlicy)	4193	5762	637	618	21741	20230	12223	7483	2074	444	40868	34537												
Choroby zawodowe	44	40	2	5	166	62	112	18	—	1	324	126												
Nieszczęśliwe wypadki	26817	9461	1958	772	45326	14625	51923	8775	6260	439	132284	34072												
Samobójstwa	61	21	2	—	147	98	27	5	2	—	239	124												
Wady rozwojowe	122	401	4	22	250	510	163	342	—	47	539	1322												
Stany połogowe	4655	17651	167	747	9527	24650	6839	16253	1102	2613	22290	61914												
Niemowlęctwo	—	1660	—	45	—	3926	—	2326	—	385	—	8342												
Starość	123	245	3	18	1087	1037	556	285	75	33	1844	1618												
Chor. nieokreślone	15503	23486	892	675	38469	13818	12329	3507	2004	190	69197	41676												
	279498	309146	27674	20864	768512	523261	656574	366974	74610	21292	1806868	1241537												

15

¹⁾ Z powodu braku danych miesięcznych, obliczenie przeciętnej liczby obowiązkowo ubezpieczonych dla Pow. K. Ch. w Aleksandrowie, Kutnie, Lipnie, Łucku i Pińsku oparto na danych kwartalnych.

²⁾ Przeciętna dla członków rodzin została wyprowadzona na podstawie stosunku, jaki był w dniu 1/I 1926 r. między rzeczywistą liczbą członków obowiązkowo ubezpieczonych, a rzeczywistą liczbą członków rodzin.

Tablica VIa. Podział chorych według rodzajów choroby.

(Choroby w stosunku do liczby obowiązkowo ubezpieczonych i członków rodzin, wzajemne ustosunkowanie główniejszych chorób).

C H O R O B Y	W O J E W Ó D Z T W A										O G Ó Ł E M ze 159 Kas Chorych		
	Centralne z 26 Kas Chor.	Wschodnie z 6,4 Kas Chor.	Zachodnie z 56 Kas Chr.	Południowe z 69 Kas Chor.	Śląsk Cieszyński z 2 Kas Chor.								
	Na 1000 chorób było chorób wymienionych wśród												
	ob. ubezp.	czł. rodz.	ob. ubezp.	czł. rodz.	ob. ubezp.	czł. rodz.	ob. ubezp.	czł. rodz.	ob. ubezp.	czł. rodz.	ob. ubezp.	czł. rodz.	
Gruźlica płuc	16,1	17,0	16,4	17,4	21,0	15,3	29,7	26,0	55,1	54,3	24,8	19,6	
Choroby weneryczne (w tem lues)	15,6	4,2	21,2	7,0	20,1	6,2	13,4	4,8	10,0	7,8	16,6	5,3	
Gościec (rheum.)	36,1	26,1	28,4	19,8	58,9	29,1	61,0	39,7	53,2	27,1	55,4	31,3	
Grypa	36,7	40,9	30,3	36,9	68,6	64,9	32,1	30,5	39,2	34,5	48,6	47,8	
Chor. nerwowe	46,6	37,4	62,8	50,3	48,1	42,5	46,7	44,5	52,7	41,6	47,8	41,9	
Chor. narz. zmysł. (wraz z jaglica)	81,1	66,2	83,1	60,7	70,2	55,8	89,3	78,2	111,5	75,2	80,7	65,4	
Chor. układu krążenia	21,5	25,5	33,0	34,9	31,3	32,1	34,5	35,6	25,8	35,1	30,7	31,6	
Chor. narz. oddechow. (z wyłącz. gruźl.)	127,7	143,9	132,9	144,1	107,0	124,9	163,3	174,5	117,9	121,3	131,5	144,6	
Chor. narz. trawienia	232,8	215,7	240,2	210,6	201,0	205,9	230,1	227,3	225,2	186,8	218,1	214,4	
Chor. narz. moczopłc. (niewener.)	20,9	31,1	25,1	63,5	28,8	45,3	22,6	47,3	15,9	43,2	24,7	42,6	
Chor. skóry i tkanki łączn. podsk.	93,2	66,4	110,4	86,1	108,9	98,8	101,9	80,7	101,8	58,3	103,7	84,5	
Chor. kości (z wyłącz. gruźl.)	15,0	18,6	23,0	29,6	28,3	38,7	18,6	20,4	27,8	20,8	22,6	27,8	
Nieszczęśliwe wypadki	95,9	30,6	70,8	37,0	59,0	27,9	79,1	23,9	83,9	20,6	73,2	27,4	
Stany połogowe	16,7	57,1	6,0	35,8	12,4	47,1	10,4	44,3	14,8	122,7	12,3	49,9	
Inne choroby	144,1	219,3	116,4	166,3	136,4	165,5	67,3	122,3	65,2	150,7	109,3	165,9	
	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	
	C H O R Ó B W O G Ó Ł E P R Z Y P A D A N A												
	1 obow. ubezp.	1 czł. rodz.	1 obow. ubezp.	1 czł. rodz.	1 obow. ubezp.	1 czł. rodz.	1 obow. ubezp.	1 czł. rodz.	1 obow. ubezp.	1 czł. rodz.	1 obow. ubezp.	1 czł. rodz.	
	1,3	1,1	2,0	1,8	1,4	0,7	1,6	0,8	2,1	0,4	1,5	0,8	

TABLICA VII^A

Tablica VII a. Podział chorych
(Choroby w stosunku do liczby obowiązkowo ubezpieczonych i
w poszczególnych

CHOROBY	W O J E											
	Warszawskie z 5 Kas Chorych		Łódzkie z 8 Kas Chorych		Kieleckie z 9 Kas Chorych		Lubelskie z 1 Kasy Chorych		Białostockie z 3 Kas Chorych		Wołyńskie z 5 Kas Chorych	
	N a 1000 c h o r ó b b y ł o											
	ob. ubezp.	czł. rodz.	ob. ubezp.	czł. rodz.	ob. ubezp.	czł. rodz.	ob. ubezp.	czł. rodz.	ob. ubezp.	czł. rodz.	ob. ubezp.	czł. rodz.
Gruźlica płuc	18,6	15,3	23,5	22,3	16,5	17,5	4,1	3,0	2,3	3,6	15,9	20,0
Chor. weneryczne (w tem lues)	21,7	6,6	30,2	9,0	13,9	3,5	9,7	—	9,2	4,1	23,3	7,6
Gościec (rheum)	48,6	37,6	24,8	16,6	40,5	27,4	9,7	—	8,8	16,5	27,2	26,1
Grypa	38,0	39,0	40,2	36,5	38,4	43,3	75,9	95,0	16,2	15,6	32,2	40,2
Chor. nerwowe	50,1	41,8	27,8	24,4	53,1	39,6	37,3	17,8	13,9	26,5	70,2	47,8
Chor. narz. zmysł. (wraz z jaglica)	106,5	78,0	77,7	69,8	74,9	66,7	69,0	35,6	127,1	46,1	82,3	57,7
Chor. układu krążenia	32,3	23,4	24,7	20,9	20,5	26,3	30,3	17,8	20,3	22,8	37,1	35,9
Chor. narz. oddechow. (z wyłącz. gruźl.)	125,9	157,3	115,9	123,1	125,1	136,2	139,3	151,3	166,1	272,2	134,4	130,2
Chor. narz. trawienia	231,1	228,5	221,3	210,7	212,4	205,0	285,5	246,3	420,4	358,8	261,0	245,2
Chor. narz. moczopłc (niewener.)	24,0	38,7	29,1	36,4	18,4	28,5	30,3	80,1	29,2	51,3	28,9	75,2
Chor. skóry i tkanki i łącz. podsk.	119,9	87,7	67,8	57,9	93,8	68,8	51,0	44,5	110,6	33,5	106,4	71,5
Chor. kości (z wyłącz. gruźl.)	8,2	12,5	21,6	25,2	15,0	18,6	33,1	35,6	8,9	12,4	22,2	25,2
Nieszczęśliwe wypadki	67,3	35,6	64,5	21,2	108,6	31,8	62,1	14,8	42,9	26,1	70,2	37,7
Stany połogowe	10,6	35,5	40,1	54,3	14,5	61,1	11,0	38,6	7,3	22,9	6,3	32,2
Inne choroby	97,2	162,5	190,8	271,7	154,4	225,7	151,7	219,6	16,8	87,6	82,4	147,5
	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0
	C H O R Ó B W O G Ó L E											
	1 ob. ubezp.	1 czł. rodz.	1 ob. ubezp.	1 czł. rodz.	1 ob. ubezp.	1 czł. rodz.	1 ob. ubezp.	1 czł. rodz.	1 ob. ubezp.	1 czł. rodz.	1 ob. ubezp.	1 czł. rodz.
	1,2	1,1	0,7	0,5	1,4	1,1	0,7	0,8	3,1	2,5	1,8	1,8

według rodzajów choroby
członków rodzin, wzajemne ustosunkowanie główniejszych chorób)
województwach.

W O D Z T W A															
Poleskie z 1 K. Chorych		Poznańskie z 37 K. Chorych		Pomorskie z 19 K. Chorych		Krakowskie z 18 K. Chorych		Lwowskie z 25 K. Chorych		Tarnopolskie z 13 K. Chorych		Stanisławowsk. z 13 K. Chorych		Śląsk Cie- szyński z 2 K. Chorych	
c h o r ó b w y m i e n i o n y c h w ś r ó d															
ob. ubezp.	czł. rodz.	ob. ubezp.	czł. rodz.	ob. ubezp.	czł. rodz.	ob. ubezp.	czł. rodz.	ob. ubezp.	czł. rodz.	ob. ubezp.	czł. rodz.	ob. ubezp.	czł. rodz.	ob. ubezp.	czł. rodz.
17,5	12,9	22,2	16,6	17,4	11,9	26,0	21,0	34,9	24,3	16,1	19,9	31,2	44,5	55,1	54,3
16,3	5,9	19,5	5,7	22,0	7,4	12,1	4,7	12,7	4,1	6,8	3,4	21,4	7,8	10,0	7,8
31,2	9,0	63,6	31,0	45,1	24,0	61,3	30,5	67,8	45,3	41,7	23,5	51,7	50,5	53,2	27,1
25,9	31,1	66,4	63,5	74,9	68,5	33,3	33,0	31,0	29,0	28,7	29,7	33,4	29,4	39,2	34,5
45,8	54,8	45,1	42,9	57,0	41,4	35,6	34,2	62,2	55,7	55,0	49,3	29,3	32,3	52,7	41,6
84,8	65,9	67,3	55,7	78,6	56,1	94,6	73,9	87,6	83,0	84,4	78,7	83,8	73,5	111,5	75,2
23,6	33,2	31,6	32,7	30,6	30,6	36,0	34,5	32,9	36,5	28,1	34,1	37,7	36,4	25,8	35,1
129,6	168,3	104,3	120,4	114,8	136,5	167,7	187,6	162,6	163,1	152,9	174,2	160,1	178,9	117,9	121,3
191,9	150,2	202,0	200,6	198,0	219,4	214,5	218,6	238,3	228,3	248,4	223,5	236,6	246,1	225,2	186,8
16,3	42,9	28,8	46,2	28,6	43,1	24,5	51,8	25,7	52,1	14,6	34,1	13,9	27,5	15,9	43,2
119,8	111,7	101,2	88,7	131,7	125,0	100,8	81,2	90,8	76,8	127,6	88,6	120,7	88,4	101,8	58,3
24,9	37,4	26,3	41,3	34,2	31,8	17,6	18,5	16,4	20,9	23,8	27,1	24,3	20,5	27,8	20,8
71,9	35,7	57,6	27,6	63,2	29,0	88,8	20,9	62,3	23,4	86,0	28,9	95,8	30,6	83,9	20,6
5,5	42,0	13,2	53,9	10,1	29,8	17,2	53,9	8,2	40,0	3,8	35,4	3,5	38,7	14,8	122,7
195,0	199,0	150,9	173,2	93,8	145,5	70,0	135,7	66,6	117,5	82,1	149,6	56,6	94,9	65,2	150,7
1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0
P R Z Y P A D A N A															
1 ob. ubezp.	1 czł. rodz.	1 ob. ubezp.	1 czł. rodz.	1 ob. ubezp.	1 czł. rodz.	1 ob. ubezp.	1 czł. rodz.	1 ob. ubezp.	1 czł. rodz.	1 ob. ubezp.	1 czł. rodz.	1 ob. ubezp.	1 czł. rodz.	1 ob. ubezp.	1 czł. rodz.
2,8	1,9	1,4	0,8	1,3	0,7	1,6	0,6	1,8	0,9	1,1	0,7	1,8	0,9	2,1	0,4

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

Redaktor: DR. ALFRED KRIEGER.

Wydawca: OGÓLNO - PANSTWOWY ZW. KAS CHORYCH.

Odbito w drukarni „Robotnika”, Warecka 7.