PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN OGÓLNO-PAŃSTWOWEGO ZW. KAS CHORYCH W POLSCE

ROK II | MIESIĘCZNIK | ZESZYT 8

WARSZAWA, DN. 1 SIERPNIA 1927.

ROK „PRZEGLĄDU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH".

Dnia 15 sierpnia mija rok od chwili, gdy Zarząd Związku Państwowego, w 6 tygodni po ukonstytuowaniu się, rozpoczął wydawanie organu własnego. Ta pierwsza rocznica naszej pracy daje nam sposobność podsumowania wyników już osiągniętych, wskazania zadań, jakie w najbliższej przyszłości nas czekają i podzielenia się z naszymi czytelnikami z temi brakami, jakie w naszej rocznej pracy spostrzegliśmy.

Pismo nasze oparte jest organizacyjnie o Związek Państwowy jako organ polityki Kas i Związków w dziedzinie ubezpieczenia na wypadek choroby. Już rok temu w artykule pierwszym stwierdziliśmy, iż zadaniem naszem będzie między innemi:

1) obrona publicystyczna wszystkich spraw dotyczących ubezpieczenia chorobowego w Polsce, w związku z całokształtem ubezpieczeń społecznych i stosunków gospodarczo - społecznych Rzeczypospolitej Polskiej;

2) śledzenie rozwoju ubezpieczeń chorobowych w Polsce i zagranicą, ustalenie linji rozwojowej, badanie i oświetlanie wszelkich zagadnień praktycznych i teoretycznych, jakie powstają w tej dziedzinie w Kasach Chorych;

3) informacje źródłowe o stanie ubezpieczenia chorobowego w Polsce i zagranicą, i w związku z tymże o stanie innych działów ubezpieczeń społecznych.

Ocenę, czy i w jakiej mierze spełniliśmy cele te, zakreślone nam przez Zarząd Związku Państwowego, pozostawiamy naszym czytelnikom. Stwierdzić jednak musimy, iż „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych" na zgórą 300 kolumnach druku starał się informować możliwie najbardziej wszechstronnie o wszystkich przejawach w dziedzinie ubezpieczeń społecznych w Rzeczypospolitej i zagranicą. Staraliśmy się zapoznać naszych czytelników z rezultatami gospodarki naszych Kas. Pisaliśmy o ich gospodarce, podnosząc rezultaty już osiągnięte, nie tając bynajmniej objawów ujemnych. Krytyka nasza miała i źródło i cel nieco inny, aniżeli to zwykle spostrzegamy w artykułach pewnej części prasy, omawiającej t. zw. „bolączki Kas Chorych". Źródłem jej był obowiązek społeczny placówki publicystycznej, celem troska o poprawę stosunków, tam, gdzie je faktycznie należało poprawić. Nie zatailiśmy nigdy ujemnych stron naszych organizacyj ubezpieczenia chorobowego, świadomi, iż są one rezultatem aktualnych sił społecznych i intelektualnych oraz możliwości organizacyjnych na terenie Rzeczypospolitej. Kasy Chorych nie są instytucją oderwaną od całokształtu „polskiej rzeczywistości". Muszą one wespół z innemi instytucjami prawno - publicznemi przejść te same niedomagania i dać te same rezultaty, jakie stwierdzamy w całem naszem życiu publicznem. Mimo wszystkie wady i braki naszych Kas Chorych, twierdzimy z całą stanowczością, że nasze organizacje ubezpieczenia chorobowego dokonały dzieła bardzo wielkiego, stwarzając wśród ogromnych trudności, wielki już dzisiaj gmach lecznictwa społecznego. Zagadnienia te były przedmiotem naszych rozważań w dziesiątkach artykułów, notatek, recenzyj i t. d. Staraliśmy się o to, by „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych" nie był tylko obserwatorem instytucji ubezpieczenia na wypadek choroby, lecz z niemi organicznie spojoną całością, ich wyrazem publicystycznym. Konstatujemy ex re pierwszego rocznika rezultat naszej pracy, jako fakt, którego ocena należy do ogółu.

W 17 numerach pisma naszego, które się od roku ukazały, stwierdzić musimy brak jednego działu — wymiany myśli na temat pracy praktycznej.

Zamiarem Zarządu Związku Państwowego było powołanie do życia organu, któryby nietylko rejestrował przeszłość lub konstatował teraźniejszość, lecz był również *warsztatem pracy praktycznej* naszych organizacyj. „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych" nie spełnił w tej dziedzinie swego zadania. Nie udało nam się, mimo kilkakrotnych usiłowań, wywołać dyskusyj na tematy z dziedziny życia praktycznego naszych Kas Chorych, ich zadań w dziedzinie administracji, buchalterji, organizacji lecznictwa ambulatoryjnego, aptek własnych, słowem tych wszystkich zagadnień, które stanowią t. zw. trudności Kas Chorych.

Co jest przyczyną tego braku?

Przedewszystkiem brak jednolitej administracji

w naszych Kasach. Nie wiele zapewne odbiegniemy od rzeczywistości, jeżeli stwierdzimy, iż mamy w każdej b. dzielnicy inny typ administracyjny w Kasach, a wśród tych trzech typów z całą pewnością szereg rozmaitych odmian. Jednolitość „systemu administracyjnego" nie oznacza bynajmniej, iż np. Kasa Chorych m. Warszawy, Łodzi, czy Sosnowca będzie miała identyczną administrację z Kasami województw wschodnich. Pewną jednolitość typu administracji i wszelkich działów pracy naszych Kas Chorych z administracją złączonych stworzyć jednak musimy. „Normalizacja" nie może być hasłem, które nie ma walorów i znaczenia praktycznego w Kasach Chorych! Tych zagadnień „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych" nie omawiał prawie zupełnie. A szkoda. Do głosu w drugim roku naszej pracy muszą dojść praktycy. Obserwujemy z obowiązku zawodowego pisma z dziedziny ubezpieczeń społecznych, wychodzące zagranicą, w Austrji, Czechosłowacji i Niemczech. Praktyczna strona zagadnień ubezpieczeń społecznych wybija się w nich — w przeciwieństwie do nas — na naczelne miejsce. Jeżeli nie chcemy, by życie naszych Kas skostniało w formach przyjętych przed laty 6-ciu, w chwili ich organizowania, wywołać musimy publiczną dyskusję na temat zagadnień praktycznych ubezpieczenia na wypadek choroby. Oto jest zadanie naszego pisma w chwili obecnej. Zbadać stan aktualny, ocenić jego wartość, odrzucić to, co złe bez gloryfikacji przeszłości i z żalem za tem, co było, o ile okazało się szkodliwe lub niedorosłe do stanu obecnego. Musimy pozostawić przeszłość swemu losowi. Obawy nieokreślone o przyszłość bez zbadania ich przyczyn mogą wywołać skutki zupełnie niepożądane. Będziemy bowiem wówczas stale myśleli tylko o zmianach, nie pozbywając przeszłości. W tej dziedzinie, w przełamaniu stanu obecnego, widzimy nasze najbliższe i najważniejsze zadanie.

Nasi praktycy, którym troska o przyszłość ubezpieczenia na wypadek choroby w R. P. leży na sercu, muszą przedewszystkiem zabrać głos, poddając publicznej dyskusji doświadczenie ich kilkuletniej pracy.

„Przegląd Ubezpieczeń Społecznych" pójdzie utartemi torami, jednak zagadnienia pracy praktycznej muszą zająć w najbliższym okresie miejsce naczelne.

Oto rezultat pracy dotychczasowej i program na najbliższą przyszłość.

Redakcja „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych".

POSEŁ BRONISŁAW ZIEMIĘCKI.

UBEZPIECZENIE NA WYPADEK CHOROBY NA 10 MIĘDZYN. KONFERENCJI PRACY.

Wyniku konferencji międzynarodowych nie można mierzyć jedynie skalą poszczególnego kraju. Cel prawodawstwa międzynarodowego nie byłby osiągnięty, gdyby konwencje, zawierające wskazania daleko idące, nie miały przez to widoków ratyfikowania przez znaczną ilość państw. Troska o powodzenie ratyfikacji kieruje żmudną robotą wyszukiwania dla konwencji odpowiednich sformułowań. Powoduje się nią nietylko Międzynarodowe Biuro Pracy, z natury rzeczy powołane do ułatwiania rozwiązań kompromisowych, wpływ ma ona i na taktykę grupy robotniczej, która, zwłaszcza po 8-letnich doświadczeniach, nie pragnie pięknych konwencji, których nikt nie chce ratyfikować. Te względy tłumaczą, dlaczego konwencje, dotyczące pracy, zwłaszcza jeśli chodzi o sprawy skomplikowane, różnolicie w różnych krajach rozwiązywane, poprzestają na wytknięciu zasad ogólnych, dla wielu kwestji szczegółowych, zakreślają ramy bardzo szerokie, niektóre, niekiedy nawet bardzo ważne, pomijają, lub zbywają ogólnikami.

Takie właśnie metody zastosowano do projektów konwencji, poświęconych ubezpieczeniu na wypadek choroby. Ażeby opinje Międzynarodowej Organizacji Pracy w tej, tak ważnej sprawie, znalazły swój wyraz pełniejszy, uchwalono obszerne zalecenie, zawierające wskazania dla dalszego rozwoju ubezpieczenia w krajach poszczególnych. Zalecenie, jak wiadomo, nie obowiązujące formalnie, a działające tylko autorytetem moralnym, bierze za punkt wyjścia normy konwencji, z konieczności mające charakter norm minimalnych, i wyznacza kierunek, w którym się one rozwijać powinny. Daje pozatem rozwiązania dla niektórych kwestji, które konwencje pominęły, lub zbyły ogólnikami.

Zagadnieniem centralnem przy uchwalaniu projektów konwencji było: ubezpieczenie przymusowe czy dobrowolne? Zużytkowano w polemice doświadczenia długich lat, w ciągu których rozwijały się w różnych państwach te dwa różne systemy. Przymus zwyciężył. Inaczej być nie mogło, skoro zwycięża on w życiu, skoro państwa, zachowujące dotychczas ubezpieczenia dobrowolne, są już na drodze do ustawowego przymusu. Dla nich, dla Francji i Belgji, np., konwencja przychodzi z poważnym sukcesem. Zwycięstwo tej zasady jest niewątpliwie dużym sukcesem, największym, jaki osiągnęła X Konferencja Pracy.

Bezpośrednio po przyjęciu naczelnej zasady, stanęło pytanie, w jakim zakresie należy ją stosować.

Wstęp do zalecenia mówi, iż ubezpieczenie społeczne jest najlepszym środkiem zapobiegania i odtwarzania wszelkiej straty sił produkcyjnych pracowników, co ma doniosłe znaczenie nie tylko dla nich samych, lecz i dla zbiorowości, pragnących rozwijać swoją zdolność wytwórczą.

Konsekwencją tego jest, iż, jak to wskazuje zalecenie, ubezpieczenie na wypadek choroby winno się rozciągać na każdą osobę, bez różnicy wieku i płci, która wykonywa prace o charakterze zawodowym i na podstawie umowy pracy, lub nauki.

Ten szeroki zakres zaczyna się zwężać, gdy się od zalecenia przechodzi do konwencji i gdy zaczynają w grę wchodzić niemożności lub trudności objęcia przez ubezpieczenie tej lub innej kategorji pracowników w krajach poszczególnych.

Przedewszystkiem więc wynikł spór o rolnictwo. Biuro zastosowało słuszną taktykę, przygotowując dwie niemal identyczne konwencje — dla pracowników rolnych osobną. Państwom, które jeszcze nie mogą wprowadzić ubezpieczenia dla tej kategorji, nie przeszkodzi to ratyfikować konwencji, innej, przeznaczonej, jak głosi tekst, dla „robotników, pracowników umysłowych (employés) i uczniów przedsiębiorstw przemysłowych i przedsiębiorstw handlowych, chałupników i służby domowej".

I ten, dosyć jeszcze szeroki zakres mogą prawodawstwa poszczególnych krajów zwężać, stosując wyjątki, przewidziane w art. 2 Konwencji. Znaczna ilość tych wyjątków i rodzaj niektórych z nich, stanowi, moim zdaniem, najsłabszą stronę uchwalonych projektów, osłabia znaczenie zasad przyjętych jako podstawę.

Delegaci polscy: rządowi i robotniczy usiłowali bardziej ograniczyć dopuszczalne odchylenia. Groźba obalenia całej konwencji zmusiła do ustępstw nawet tak daleko idących, jak zgodzenie się na art. 2 w jego ostatecznem brzmieniu nie tylko przedstawicieli rządów tych państw, gdzie ubezpieczenia są bardziej rozwinięte, lecz nawet grupę robotniczą. Prawodawstwa poszczególne mogą więc wyłączać, z ubezpieczenia pracowników, których zatrudnienie jest czasowe, krótsze od pewnej, określonej granicy, lub niestałe, obce zawodowi lub przedsiębiorstwu, dorywcze lub uboczne. Wykluczeni mogą być ci pracownicy, którzy nie otrzymują wynagrodzenia w gotówce, jak również niektórzy chałupnicy.

Konwencja pozwala również na ustanowienie granicy zarobków lub poborów, powyżej której pracownicy mogą być wolni od ubezpieczenia. W dyskusji szczegółowej na komisji miała wszelkie widoki przejścia poprawka, ograniczająca ten wyjątek tylko do „pracowników niefizycznych". Gdy jednak tendencje pojednawcze doprowadziły aż do cofnięcia ryczałtu wszystkich poprawek do art. 2, upadło i to zastrzeżenie.

W zaleceniu tylko umieszczono ogólną wskazówkę, iż górna granica zarobkowa winna być tak ustanowiona, ażeby powyżej niej znaleźć się mogli ci tylko pracownicy, którzy będą w stanie o własnych siłach zabezpieczyć się przeciwko ryzyku choroby.

Konwencja pozwala na wyłączenie pracowników poniżej i powyżej granic wieku, określonych przez prawodawstwo danego kraju.

Zalecenie uważa, iż na tej podstawie nie powinni być wyłączeni młodzi ludzie, którzy normalnie nie mogą być uważani, jako pozostający na utrzymaniu rodziny, ani ci pracownicy, którzy nie osiągnęli jeszcze wieku, pozwalającego im na otrzymywanie renty starości. Obowiązek ubezpieczenia może się również nie rozciągać na członków rodziny przedsiębiorcy.

Oprócz wyliczonych powyżej wyjątków, zrobiono jeszcze wyłom poważny w zasadzie ogólnej. Pozwolono mianowicie prawodawstwom poszczególnym zwalniać od obowiązku ubezpieczenia „te osoby, które, w razie choroby, mają prawo, na podstawie ustaw, rozporządzeń, lub specjalnych statutów do korzyści w całości równoznacznych z temi, które przewiduje konwencja. Nie ulega wątpliwości, że to postępowanie otwiera pole dla licznych i dowolnych wyłączeń. To też delegacja rządowa polska w sposób zdecydowany wypowiedziała się przeciwko tej części art. 2-go.

Stwierdzając prawo do zasiłku ubezpieczonego niezdolnego do pracy wskutek choroby, konwencja przemilcza zupełnie kwestję wysokości tego zasiłku. Zalecenie daje wskazówkę ogólną, iż zasiłek, którego przeznaczeniem jest wynagrodzić utracony zarobek, winien być wystarczający. W spornej kwestji co do podstawy obliczania zasiłku, zalecenie wypowiada się za tem, ażeby zasiłek był obliczany w zależności od zwykłego zarobku i stanowił jego część poważną. Uwzględniać przytem należy ciężary rodzinne.

Okres, w ciągu którego ubezpieczony ma prawo do zasiłku, wynosić winien, według konwencji, conajmniej 26 tygodni, począwszy od pierwszego dnia zasiłkowego. Może być przytem wymagany pewien okres członkowstwa, oraz okres wyczekiwania, conajwyżej 3 dni.

Zalecenie uważa, iż termin, w czasie którego przysługuje prawo do zasiłku, winien być przedłużony do roku, jeśli choroba jest ciężką lub uporczywa, lub jeśli po upływie tego terminu ubezpieczony nie korzysta z ubezpieczenia od inwalidztwa. Jeśli instytucja ubezpieczeniowa jest dobrze administrowana pod względem finansowym, może ona być upoważniona do podwyższania w określonych granicach, zasiłków, bądź to dla wszystkich ubezpieczonych, bądź też dla niektórych, mianowicie dla tych, którzy mają rodzinę na utrzymaniu, jak również może być upoważniona do przedłużania okresu wypłacania zasiłków. O ile zasiłków pogrzebowych nie wypłaca jakieś inne ubezpieczenie, ubezpieczenie na wypadek choroby, winno wypłacać taki zasiłek w razie śmierci ubezpieczonego lub członków jego rodziny.

Konwencja przewiduje zawieszenie wypłaty zasiłku chorobowego, jeśli ubezpieczony nie utracił swego zarobku normalnego, lub jeśli otrzymuje z powodu swojej choroby jakiś zasiłek z funduszów publicznych, lub z tytułu innego ubezpieczenia. Zawieszenie zasiłków chorobowych może być całkowite lub częściowe. Zależy to od wysokości zapomóg z innego tytułu pobieranych i od tego, czy ubezpieczony utrzymuje rodzinę.

Zawieszenie zasiłku następuje również wówczas, gdy ubezpieczony bez ważnych powodów odmawia stosowania się do przepisów leczniczych i uchyla się od kontroli instytucji ubezpieczeniowej. Wreszcie konwencja pozwala na pozbawienie zasiłku lub zmniejszenie tegoż w razie, jeśli choroba wynika z rozmyślnej winy ubezpieczonego. Ten ostatni przepis wywołał gorący spór, usiłowano go bowiem uzupełnić w ten sposób, ażeby można było po-

zbawiać zasiłku również na skutek „ciężkiej winy" (faute grave) ubezpieczonego. Już komentarze wnioskodawców świadczyły o tem, iż termin ten może być bardzo rozciągły. Niekiedy np. za ciężką winę, pozbawiającą prawa do zasiłku, uważa się chorobę weneryczną.

Według konwencji ubezpieczony ma prawo do pomocy lekarza, odpowiednio ukwalifikowanego, oraz do otrzymania lekarstw i środków terapeutycznych, w wystarczającej ilości i jakości. W zasadzie pomoc ta i środki lecznicze winny być bezpłatne, konwencja jednak zezwala prawodawstwom poszczególnym zastrzegać pewien udział ubezpieczonych w kosztach na pokrycie tych środków. Dalej idące rodzaje świadczeń zawarte są w zaleceniu. Przewiduje ono w razie, jeśli warunki miejscowe i finansowe pozwalają, porady specjalistów, leczenie dentystyczne, wreszcie umieszczenie w szpitalu, gdy tego wymaga sytuacja rodzinna, lub gdy stan chorego wymaga takiego rodzaju opieki, jaki może być stosowany tylko w szpitalu. Według zalecenia instytucja ubezpieczeniowa winna rozporządzać potrzebnemi dla niej usługami lekarzy. W ośrodkach miejskich, w określonych granicach terytorjalnych, ubezpieczony miałby prawo wyboru z pośród lekarzy, lecz tylko tych, którzy są do dyspozycji instytucji ubezpieczeniowej i pod warunkiem, że nie pociągnie to za sobą znacznych wydatków dodatkowych.

Według konwencji ubezpieczony ma prawo do świadczeń leczniczych od początku choroby i conajmniej przez tak długi okres czasu, jaki przewidziany jest dla wypłaty zasiłków.

Zalecenie uważa za pożądane, ażeby świadczenia lecznicze trwały tak długo, jak długo trwa choroba. Konferencja nie zdecydowała się narzucić kategorycznie obowiązku dostarczania pomocy leczniczej również członkom rodzin ubezpieczonego. Według brzmienia konwencji prawodawstwo krajowe może „upoważnić lub przepisać" stosowanie takiej pomocy.

Większością kilku głosów odrzucono wniosek francuskiego delegata rządowego, popierany przez delegata polskiego, domagający się, ażeby pomoc lecznicza dla rodzin była już w samej konwencji przewidziana, jako obowiązująca.

Znaczne trudności przy układaniu projektu konwencji nasuwała sprawa organizacji ubezpieczenia. Różnorodność form organizacyjnych nawet w jednym i tym samym państwie, jak w Niemczech, odmienne systemy w różnych państwach, często głęboko zakorzenione i nie dające się łatwo przebudować — cały ten stan obecny nie pozwalał się łudzić, ażeby za pomocą konwencji można było narzucić jednolity typ organizacji, chociażby teoretycznie został on uznany za najbardziej odpowiedni. To też opinja konferencji w tym względzie wyraźnie została jedynie w zaleceniu, które wypowiada się wyraźnie za organizowaniem ubezpieczenia na podstawie terytorialnej, gdyż pozwala ona przez koncentrację wysiłków na najlepszą organizację pomocy leczniczej, odpowiadającą rozwojowi wiedzy i techniki leczniczej.

Zasada samorządu instytucji ubezpieczeniowych całkowicie została przyjęta przez konwencję. Instytucje te nie mogą służyć celom zysku, a jak chce zalecenie, wyłącznie interesom zbiorowości ubezpieczeniowej. Autonomiczne instytucje winny się znajdować pod administracją i finansową kontrolą władz publicznych, instytucje zaś, powstające z inicjatywy prywatnej muszą uzyskać specjalną aprobatę władz publicznych. W wyjątkowych wypadkach i tylko tak długo, dopóki trwają warunki, zmuszające do tego, ubezpieczenie może być zarządzane bezpośrednio przez państwo. Dzieje się to wówczas, gdy zarządzenie przez instytucję autonomiczną jest niemożliwe, trudne lub nieodpowiednie wskutek warunków krajowych, a w szczególności wskutek niedostatecznego rozwoju zawodowych organizacji pracodawców i pracowników.

Co do udziału poszczególnych czynników w zarządzie, za punkt wyjścia opinji konferencji może być uważane stwierdzenie w zaleceniu, iż ubezpieczeni są najbardziej bezpośrednio zainteresowani w funkcjonowaniu ubezpieczenia. Im więc należy się „poważny udział" (une part importante) w zarządzie. Rzecz zrozumiała, że grupa robotnicza domagała się wyraźnego stwierdzenia, że przedstawiciele ubezpieczonych muszą mieć przewagę w zarządzie. Poparły to stanowisko niektóre delegacje rządowe, w ich liczbie polska, tych krajów, gdzie taki właśnie jest układ sił w zarządach. Większość jednak delegatów rządowych wraz z całą grupą pracodawców odrzuciła wniosek robotniczy. Odrzucono jednak również i wniosek pracodawców, według którego udział pracodawców i ubezpieczonych w ciałach kierowniczych instytucji ubezpieczeniowych miał być oparty na takim samym stosunku, jak udział w składkach. Jest to koncepcja zupełnie niesłuszna, przenosi ona bowiem na teren ubezpieczeń argumenty ze zgoła innej dziedziny, z instytucji, mających zysk na celu, gdzie usprawiedliwiona jest zależność stopnia udziału w kierownictwie od udziału we wkładach finansowych. Grupa pracodawców uważała odrzucenie tego wniosku za wynik tak ujemny, iż podczas pierwszego głosowania nad całością konwencji gremjalnie powstrzymała się od głosowania, czyniąc nawet wątpliwem przyjęcie projektu konwencji.

Dopiero pod presją różnych czynników pozostawiono przy ostatecznem głosowaniu członkom wolną rękę: jedni się powstrzymali, inni głosowali za, niewielka zaś ilość głosowała przeciwko konwencji dla rolnictwa. Delegat pracodawców polskich głosował za konwencją dla przemysłu i handlu, a przeciwko konwencji dla rolnictwa. Ostatecznie oba projekty przeszły znaczną większością głosów. Po odrzuceniu dwuch skrajnych wniosków, pozostało do rozstrzygnięcia pytanie: czy lepiej jest w konwencji wymienić normę minimalną, określającą konieczny stopień udziału ubezpieczonych w zarządzie, czy też, lepiej określenie to pominąć. Biuro zaproponowało formułę w swoim projekcie, według której ubezpieczeni w zarządach muszą mieć „conajmniej 50%". Robotnicy tych krajów, jak Francja, lub Belgja, gdzie przygotowywane projekty nawet tej normy nie osiągają, widzieli korzyści w takiem postawieniu sprawy przez konwencję. Inaczej się sprawa przedstawia dla tych krajów, jak Polski np., gdzie ubezpieczeni już dziś

mają większość głosów w kierownictwie. Coprawda 50% byłoby tylko normą minimalną i dla krajów tych nie wynikałaby potrzeba formalna zmiany istniejącego stanu rzeczy. Faktycznie jednak norma ta by łaby użyta dla celów propagandy za obniżeniem udziału ubezpieczonych. Na wniosek delegacji rządowej polskiej norma ta została w konwencji skreślona. Poprzestano na stwierdzeniu, iż ubezpieczeni winni być powołani do udziału w zarządzaniu autonomicznemi instytucjami ubezpieczeniowemi na warunkach, określonych przez prawodawstwo krajowe.

W kwestji udziału w tworzeniu źródeł finansowych konwencja wypowiedziała się również zupełnie ogólnikowo, poprzestając na stwierdzeniu, że winni w tem brać udział zarówno ubezpieczeni, jak i ich pracodawcy. Stopnia tego udziału nie określono. Na przeszkodzie stanęły podobne względy, jak i w innych kwestjach, przedewszystkiem różnorodność norm w różnych krajach i duże zżycie się ze stanem już istniejącym. Zalecenie wskazuje, iż do tego wspólnego wysiłku w tworzeniu finansów ubezpieczeniowych mogą być z korzyścią dodane wpłaty z funduszów publicznych w szczególności na cele, związane z polepszeniem zdrowia ludności. Zwraca również uwagę zalecenie na potrzebę tworzenia rezerw, któreby zapewniały stałość ubezpieczeniu.

Konwencja stwierdza prawo ubezpieczonego do odwoływania się z protestem (rekursu) w sprawach, wynikających z jego prawa do świadczeń. Rozwijając to postanowienie zalecenie wypowiada się za powołaniem dla tych celów specjalnych instytucji sądowniczych, złożonych z sędziów, lub asesorów, obznajmionych należycie z celami ubezpieczenia i potrzebami ubezpieczonych.

Przechodząc po tym, dość szczegółowym przeglądzie konwencji i zalecenia do oceny uchwał w nich zawartych, musimy rozważać osobno ich znaczenie międzynarodowe, osobno zaś korzyści, jakie przynieść one mogą dla poszczególnych krajów, a więc i dla Polski. Jesteśmy dziś zaliczani do krajów, gdzie ubezpieczenie na wypadek choroby znaczne poczyniło postępy. Nic więc dziwnego, że uchwały często z konieczności bardzo ogólnikowe, że normy minimalne przeważnie nie wymagają od nas żadnego kroku naprzód. Jest jednak jedna kwestja, co do której konwencje i dla nas zawierają wskazania dla dalszego postępu. Jest nią zakres ubezpieczonych. To, cośmy według słusznych zasad wprowadzili dla pewnych kategorji pracowników, musi być rozszerzone na kategorje pozostałe, na kolejarzy np., przedewszystkiem zaś na robotników rolnych, za czem wyraźnie opowiedziała się konferencja. Żałować można, że wyniki doświadczeń między innemi i polskich nie przyczyniły się do zdecydowanych postanowień w wielu bardzo ważnych kwestjach. Samo jednak oparcie konwencji na systemie ubezpieczenia przymusowego nadaje jej ogromne znaczenie międzynarodowe. O polskiej zaś ustawie z 1920 r. rzec już dziś możemy śmiało, iż drogi, które ona wytyczyła dla rozwoju ubezpieczenia na wypadek choroby, gdy je oświetlił reflektor międzynarodowy, okazały się słuszne.

St.

PROJEKTY KONWENCJI I ZALECENIA MIĘDZYNARODOWEGO BIURA PRACY O UBEZPIECZENIU CHOROBOWEM*).

Technicznie doskonała procedura przygotowania konferencji przez M. B. P. polega na tem, że M. B. P. opracowuje w każdej sprawie postawionej na porządku dziennym sesji kwestjonarjusz, który przedkłada rządom państw - członków. Na podstawie odpowiedzi rządowych, przygotowuje się w Genewie projekty wstępne konwencyj i projekty zaleceń, które wraz z systematycznie opracowanemi i odpowiednio ugrupowanemi odpowiedziami rządów przesyła się im jeszcze przed sesją pod nagłówkiem, „sprawozdania", w sprawie danego punktu porządku dziennego. Odpowiedzi rządów, jakkolwiek formalnie ich nie wiążące i mające raczej charakter orjentacyjny, są jednak w rzeczy samej wyczerpującem i miarodajnem źródłem informacyj o stanowisku poszczególnych rządów wobec zagadnień, które mierzą się w ramach przyszłej dyskusji na konferencji. Nie od rzeczy więc będzie rozpatrzyć choćby z lotu ptaka, obok sformułowania wstępnych projektów konwencyj i projektu zalecenia również i odpowiedzi, jakich udzieliły narazie rządy 24 państw członków (austrjacki, belgijski, niemiecki, bułgarski, kanadyjski, duński, hiszpański, estoński, finlandzki, francuski, angielski, indyjski, włoski, japoński, łotewski, luksemburski, norweski, holenderski, polski, portugalski, rumuński, szwedzki, szwajcarski, czechosłowacki) na 17 pytań kwestjonarjusza M. B. P. w sprawie ubezpieczenia na wypadek choroby.

Przytem zgóry można stwierdzić, że na podstawie odpowiedzi poszczególnych państw dałaby się bez większych trudności ustalić społeczna fizjognomja sesji X M. K. P. w zakresie stosunku do ubezpieczenia chorobowego. Na skrajnej prawicy wypadnie nam umieścić Szwajcarję, która wypowiada się przeciw obowiązkowemu ubezpieczeniu; obok niej należałoby umiejscowić Indje (które są jedynem państwem przeciwnem uchwaleniu konwencji) i grupę państw północnych (Norwegja, Szwecja, Danja i Finlandja) zbyt silnie związanych z dobrowolnem ubezpieczeniem chorobowem, by mogły się oświadczyć za ubezpieczeniem przymusowem, jakkolwiek, rzecz charakterystyczna, przeważnie przyznają mu teoretycznie wyższość nad ubezpieczeniem dobrowolnem.

Miejsca na lewicy konferencji wypadnie przeznaczyć państwom środkowo - europejskim, które

*) Artykuł otrzymaliśmy przed otwarciem X Konferencji M. B. P. — Redakcja.

jak Austrja, Czechosłowacja, Niemcy, Polska i in. opowiadają się prawie bez wyjątków za systemem ubezpieczenia chorobowego opartym na przymusie ubezpieczeniowym, w dziedzinie organizacji na terytorjalności i samorządowości, a co do zakresu na powszechności ubezpieczenia. Centrum zajmować będą państwa romańskie, które jak Francja i Włochy przechodzą od ubezpieczenia dobrowolnego do przymusowego.

Przejdźmy teraz do oświetlenia poszczególnych zagadnień ubezpieczenia chorobowego, biorąc pod uwagę tak odrębne liczniki: odpowiedzi poszczególnych państw jak i zaproponowany przez M. B. P. wspólny mianownik: wstępny projekt konwencji i projekt zalecenia.

Zasada obowiązkowego ubezpieczenia znalazła w omawianym projekcie — a wogóle po raz pierwszy na terenie M. O. P. — pełne uwzględnienie. W odpowiedziach oświadcza się za nią 17 państw, przeciw — 7. Sukces zasady przymusowości jest tem większy, że obok Austrji, Belgji, Niemiec, Bułgarji, Estonji W. Brytanji, Japonji, Łotwy, Luksemburgu, Holandji, Polski, Portugalji, Rumunji i Czechosłowacji, które posiadają już ustawowe ubezpieczenie obowiązkowe, nie brak wśród państw opowiadających się „pro" również i takich, które dotąd w ustawodawstwie swem zasady, tej nie uwzględniają (Francja, Hiszpanja i Włochy), a wśród wypowiadających się „contra" (Kanada, Indje, Szwajcarja, Danja, Finlandja, Norwegja i Szwecja) trzy ostatnie uznają niedwuznacznie zalety ubezpieczenia przymusowego, nie zastosowując go z różnych względów przeważnie czysto zewnętrznej i lokalnej natury. Z odpowiedzi poszczególnych rządów przebija przekonanie, że: 1) sprawa ochrony zdrowia mas robotniczych i pracowniczych jest sprawą zbyt blisko i bezpośrednio interesującą całe społeczeństwo, by pozostawiać ją inicjatywie i środkom finansowym klas pracujących, 2) doświadczenie poucza nas, że ubezpieczenie dobrowolne chociażby uznane i subwencjonowane przez państwo nie potrafi objąć swym zakresem działania całej klasy robotniczej a siłę atrakcyjną wykazuje przedewszystkiem wobec elementów zdrowotnie słabszych i stanowiących gorsze ryzyko ubezpieczeniowe, 3) Tylko ustawowy obowiązek ubezpieczenia może przyczynić się do międzynarodowego zrównania ciężarów społecznych, wynikających z ubezpieczenia chorobowego". (Sprawozdanie" str. 212 i 213).

Przyjmując zasadę jednolitego unormowania ubezpieczenia w konwencji M. B. P. zaznacza jednak w motywach — w załatwieniu wątpliwości podniesionych przez Indje i Finlandję, — że pewne wyjątki od powszechnie obowiązujących przepisów konwencji będą mogły być zawarowane na podstawie art. 405 alin 3 w sosunku do państw wyjątkowo usytuowanych pod względem geograficznym i gospodarczym.

Na grupę przepisów konwencji w przedmiocie osobowego zakresu ubezpieczenia składają się: 1) bardzo szeroko ujęta zasada naczelna (robotnicy, pracownicy i uczniowie przedsiębiorstw przemysłowych i handlowych, chałupnicy i służba domowa), ale i 2) stosunkowo dość szerokie i liczne wyjątki od tej zasady; z trzech grup wyjątków, przewidzianych w kwestjonarjuszu: a) pewne działy działalności zawodowej, b) pewne grupy pracowników i c) pewni pracownicy — grupa pierwsza, najważniejsza odpadła. Upadł wyjątek co do handlu i przedsiębiorstw przemysłowych poza fabrycznemi i górniczemi, zaproponowany przez Japonję, upadł też wniosek o wyłączeniu rolnictwa, wysunięty przez Estonję, Włochy i Rumunję (zgodnie z dotychczasowym trybem wyłącza tylko M. B. P. pracowników najemnych przedsiębiorstw rolnych z konwencji ogólnej, poświęcając im zupełnie zresztą identyczną osobną konwencję). Wbrew postulatowi estońsko - rumuńskiemu nie wyłączono z konwencji służby domowej. Gorzej przedstawia się sytuacja co do wyjątków drugiego rodzaju. Wstępny projekt konwencji 1) wyraża zgodę na ustanowienie górnej granicy dochodowości ubezpieczonych, zwalniając z ubezpieczenia osoby których dochód przekracza tę granicę (zalecenie dodaje, że granica, o której mowa, winna z ubezpieczenia wyłączać pracowników, których dochód przekracza przeciętny poziom dochodowy ich sfery społecznej), 2) pozwala na wyłączenie pracowników nie otrzymujących zarobku w gotówce, jakkolwiek, co wypada podkreślić, za tym wyjątkiem oświadcza się znikoma mniejszość państw, 3) upoważnia do wyłączenia chałupników, których warunki pracy nie mogą być zrównane z warunkami pracy pracowników najemnych (formułka rządu brytyjskiego), 4) wreszcie zgadza się na wyłączenie pracowników niestałych, których czas pracy nie przekracza okresu ustalonego przez ustawodawstwo narodowe (znowu wbrew opinji większości państw a zgodnie z punktem widzenia Włoch, Anglji, Japonji, Finlandji i Holandji), pracowników zatrudnionych przy zajęciach nie związanych z danem przedsiębiorstwem lub danym zawodem oraz pracowników zatrudnionych dorywczo i dodatkowo. Z „specjalnych kategoryj pracowników", trzecia grupa wyjątków! — których wyłączenie autoryzuje projekt konwencji, należy jeszcze wymienić pracowników poniżej i powyżej granicy dolnej i górnej wieku, określonej przez ustawodawstwa państwowe (zalecenie dodaje, że jeżeli granica dolna wynika z ustawowej ochrony pracy młodocianych, a górna z ubezpieczenia na wypadek starości, to do kategorji wyłączonych nie powinni należeć ani młodociani, których utrzymanie — wraz z pomocą w razie choroby — nie jest im zapewnione w inny sposób, ani też starcy, którzy nie mają jeszcze prawa do renty starości) oraz „członków rodziny" (tak daleko nie idzie żadna z odpowiedzi rządowych, które odpowiednio ścieśniają pojęcie rodziny do najbliższej)!

Niezależnie od trzech tych grup wyjątków wymienia wstępny projekt konwencji osoby, uprawnione na podstawie ustaw, statutów czy regulaminów do korzystania z świadczeń w całokształcie równorzędnych otrzymywanym z ogólnego ubezpieczenia. M. B. P. ma tu na myśli — jak wynika z motywów — pracowników prawno - publicznych; należy to chyba przypisać nieporozumieniu, jeżeli nie określił ich dokładniej, stwarzając formułkę tak przesadnie obszerną, że mogłaby ona podważyć podstawy powszechnego ubezpieczenia chorobowego.

Zakres ubezpieczenia pozostawia więc wiele do życzenia. Większość wyjątków ma charakter wybitnie anachroniczny. Wstępny projekt (głównie ze względu na trudności organizacyjno - techniczne, związane z ich ubezpieczeniem — napróżno szukaliśmy w odpowiedziach rządów motywów innego rodzaju!) legalizuje wyłącznie z ubezpieczenia chorobowego grup gospodarczo i społecznie najsłabszych, najbardziej narażonych na ryzyko chorobowe, nie zwracając na to uwagi, jakie skutki w zakresie zdrowotności publicznej pociągną za sobą wyłomy w zasadzie powszechności ubezpieczenia. Żadna grupa postanowień nie wymaga może tak gruntownej rewizji, jak ta właśnie, która mówi o osobowym zakresie asekuracji.

Stosunkowo nieco lepiej przedstawiają się postanowienia o świadczeniach rzeczowych i pieniężnych, jakkolwiek nie zupełnie odpowiadają współczesnym tendencjom w tej dziedzinie. Zasada, że stan niezdolności zarobkowania, wywołanej nienormalnym stanem fizycznym lub umysłowym, daje ubezpieczonemu prawo do odszkodowania za chorobę, została przyjętą jednomyślnie przez wszystkie państwa. Zagadnienie długości okresu udzielania zasiłku chorobowego rozwiązało M. B. P., idąc po linji najmniejszego oporu, a więc przyjmując najczęstszy w ustawodawstwach okres 26 tygodni; przytem jednak zalecenie postanawia, że okres ten powinien być przedłużony do roku w razie gdy chodzi o choroby ciężkie i przewlekłe, a pozatem dla ubezpieczonych, którzy wyczerpawszy ustawowe zasiłki chorobowe, nie korzystaliby z świadczeń ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy; oba wyjątki nie przemawiają do przekonania, gdyż choroba, trwająca ponad 26 tygodni będzie prawie zawsze ciężka i przewlekła, a przedłużenie pomocy dla osób pozbawionych renty inwalidzkiej wskazuje na zamiar obarczenia ubezpieczenia chorobowego ciężarami, które winnoby ponosić ubezpieczenie inwalidzkie. Projekt przewiduje sytuację, uprawniającą instytucję ubezpieczeniową do odmówienia ubezpieczonemu wypłaty zasiłku chorobowego. Odmówienie lub zmniejszenie zasiłku w razie gdy choroba została spowodowana rozmyślną winą ubezpieczonego, odpowiada przepisom naszego ustawodawstwa. Nie mogą też wzbudzić zasadniczych wątpliwości restrykcje, mające na celu uniknięcie podwójnych świadczeń w razie choroby zawodowej (z ubezpieczenia chorobowego i wypadkowego), jakkolwiek odnośne postanowienie sformułowane niewątpliwie zbyt szeroko. Wreszcie nie należy przypisywać przesadnego znaczenia 1) przepisom, uzależniającym udzielanie zasiłku od faktycznej straty zarobku, 2) postanowieniu, że będzie można wstrzymać wypłatę zasiłku osobom, które uchylają się bez uzasadnionej przyczyny od wykonywania przepisów lekarza, lub stosowanie się do regulaminu dla chorych lub wreszcie bez upoważnienia usuwają się z pod kontroli instytucji ubezpieczeniowej. Jeżeli przepis o trzydniowym okresie karencji (absolutnej lub relatywnej), zgadza się ze stanowiskiem naszego ustawodawstwa, to nie możnaby tego powiedzieć o dopuszczeniu stażu, który w przymusowem ubezpieczeniu chorobowem nie ma wielkiej racji bytu. Indywidualnie traktowane wyjątki te nie są może tak groźne, ale ich suma może już poważniej zaważyć na szali świadczeń ubezpieczenia chorobowego. Nadaremnie szukalibyśmy we wstępnym projekcie konwencji wyraźnej odpowiedzi na grupę pytań wyodrębnionych w kwestjonarjuszu, a dotyczących wysokości zasiłku chorobowego; cały kompleks odnośnych postanowień, dających odpowiedź na pytanie: 1) czy wysokość zasiłku ma być uzależnioną od płacy ubezpieczonego, czy też od niej uniezależnioną, 2) jaki ma być ewentualny stosunek między zasiłkiem a płacą, 3) czy na wysokość zasiłku mają wpływać ciężary rodzinne ubezpieczonego — przeniesiono z konwencji do zalecenia. Przytłaczająca większość rządów oświadczyła się ad 1) za zasiłkiem zmiennym, zależnie od wysokości płacy i za zastosowaniem tej zasady za pośrednictwem systemu klas płacy. Rozbieżność między poszczególnymi rządami zwiększa się jednak z chwilą, gdy chodzi już o ustalenie procentowego stosunku między zasiłkiem a płacą; skala zapatrywań jest tu bardzo szeroka: od 40% (Rumunja) do 70% (Holandja). Wobec tego stanu rzeczy M. B. P. proponuje w zaleceniu przyjęcie zasady, że zasiłek chorobowy winien być uzależniony od płacy i wynosić conajmniej ¾ płacy (jedyne postanowienie, które przewyższa — coprawda minimalnie — poziom naszej ustawy z 19 maja 1920 roku). Pozatem projekt rekomendacji poświęca też uwagę świadczeniom dodatkowym, które zaleca pod warunkiem jednak, że pozwalają na nie warunki finansowe instytucyj ubezpieczeniowych. Wylicza po kolei dwa główne: 1) podwyższenie zasiłków dla wszystkich ubezpieczonych lub specjalnie dla ubezpieczonych, ponoszących ciężary utrzymania rodziny, albo posiadających wyjątkowo niski zarobek, (wysuwają je na pierwszy plan rządy: niemiecki, finlandzki, łotewski i czechosłowacki, 2) przedłużenie okresu (którego domaga się zwłaszcza Estonja). Natomiast nie uwzględnia zalecenie trzeciego świadczenia dodatkowego, które wysunęło w kwestjonarjuszu M. B. P. i które spotkało się, zwłaszcza z aprobatą Rządu Polskiego, a mianowicie usunięcia okresu karencji, a więc udzielania zasiłku chorobowego od pierwszego dnia choroby w wypadku, gdy obawa symulacji nie zachodzi. Jeżeli niewątpliwie byłoby lepiej, gdyby zasady te znalazły wyraz w konwencji, a nie zaleceniu, to jeszcze bardziej wypada żałować, że z konwencji do zalecenia przeszło — i to do tego z rezerwą: „jeżeli koszty pogrzebowe nie są pokrywane ustawowo lub zwyczajowo w inny sposób" — prawne ujęcie zasiłku pogrzebowego. A przecież na pytanie co do uwzględnienia zasiłku pogrzebowego odpowiadają afirmatywnie Bułgarja, Hiszpanja, Estonja, Włochy, Japonja, Łotwa, Luksemburg, Polska, Czechosłowacja, Austrja, Portugalja i Rumunja. Wątpliwości natury przeważnie teoretycznej wysunięte przez grupę państw skandynawskich i romańskich wraz z W. Brytanją (najczęstsze argumenty: sprawa ta nie należy właściwie do ubezpieczenia chorobowego, gdyż śmierć jest ryzykiem sui generis, nie wytrzymują krytyki, gdyż związek przyczynowo - skutkowy między chorobą, a śmiercią nie może przecież normalnie ulegać wątpliwości). Słusznie podkreśla odpowiedź Rządu Polskiego w obronie zasiłku pogrzebowego w razie śmierci

ubezpieczonego, że śmierć żywiciela rodziny zbyt poważnie dotyka materjalnie rodzinę ubezpieczonego, ażeby ubezpieczenie nie miało jej przyjść z pomocą, przynajmniej o ile idzie o koszty pobrzegu — a w obronie zasiłku pogrzebowego w razie śmierci członka rodziny, że jest jeszcze bardziej uzasadniony od tamtego, ponieważ tamten jest właściwie świadczeniem dla rodziny ubezpieczonego, a ten świadczeniem dla samego ubezpieczonego.

Świadczenia w naturze nie mogły nasunąć i nie nasunęły żadnych większych wątpliwości. Panuje naogół zgoda co do tego, że—mówiąc słowami wstępnego projektu konwencji — od początku choroby conajmniej aż do terminu wygaśnięcia prawa do zasiłku przysługuje ubezpieczonemu prawo do bezpłatnej pomocy lekarskiej i że pomoc ta ma obejmować nie tylko zabiegi lekarskie i chirurgiczne, ale i dostarczanie lekarstw i środków leczniczych w dostatecznej ilości i jakości. Zastrzeżenia na marginesie świadczeń rzeczowych rządu niemieckiego (pomoc lekarska winna pozostawać w granicach racjonalnych (belgijskiego) należy wyłączyć specyfiki farmaceutyczne (włoskiego), należy wyłączyć protezy (i holenderskiego) słuszniejszem byłoby zastąpienie świadczeń lekarskich dla ubezpieczonych organizacją pomocy lekarskiej dla całego społeczeństwa), a tembardziej uwagi rządów angielskiego, hiszpańskiego, norweskiego i rumuńskiego wymierzone ostrzem wogóle przeciw ustaleniu zasad pomocy lekarskiej w projekcie konwencji, pozostały bez istotnego wpływu na jego treść. Natomiast obawy niektórych państw co do finansowych skutków uwzględnienia świadczeń specjalistycznych wpłynęły na M. B. P. w kierunku przeniesienia z konwencji do rekomendacji postanowienia o objęciu świadczeniami lekarskiemi — o ile pozwalają na to warunki miejscowe i o ile tego wymaga stan chorego — również i pomocy lekarzy i chirurgów specjalistów, którzy powinniby móc stosować konieczne leczenie specjalistyczne o uznanej wartości. O ile można sobie o tem wyrobić zdanie na podstawie przeglądu odpowiedzi rządowych, wydaje się ze względu zbędnem postanowienie projektu konwencji, które przewiduje, że część kosztów pomocy lekarskiej będzie mogła być nałożona na ubezpieczonych (walka z symulacją?). Twardym orzechem do zgryzienia było dla M. B. P. dość drażliwe w stosunku między światem lekarskim, a ubezpieczeniami społecznemi zagadnienie uznania w konwencji lub pominięcia postulatu wyboru lekarzy przez ubezpieczonych, ograniczonego zresztą zgóry w kwestjonarjuszu do zakresu lekarzy, którzy oddali swe usługi do dyspozycji ubezpieczenia. Nie od rzeczy będzie stwierdzić, że jakkolwiek w odpowiedziach uznano dodatni psychologiczny i fizjologiczny wpływ wolnego wyboru lekarzy na lecznictwo, to jednak wysunięto też przeciw niemu pewne zastrzeżenia. Estonja i W. Brytanja dały wyraz opinji, że będzie on mógł być tylko dokonywany w racjonalnych granicach geograficznych, a Finlandja, Norwegja i Szwajcarja oświadczyły się za nim tylko o tyle, o ile nie przyczyniłby się do zwiększenia wydatków; z tych wszystkich względów M. B. P., uwzględniając oba te zastrzeżenia, nadało odnośnemu postanowieniu charakter zalecenia.

Równolegle do sposobu ujęcia dodatkowych świadczeń gotówkowych M. B. P. przenosi do rekomendacji określenie dodatkowych świadczeń w naturze; mają być niemi w pierwszym rzędzie lecznictwo szpitalne, któremu zresztą część rządów słusznie przyznaje raczej charakter świadczenia zastępczego (zamiast świadczeń gotówkowych i rzeczowych) niż dodatkowego. W razie umieszczenia ubezpieczonego w szpitalu, zaleca rekomendacja przyznanie mu osobnego zasiłku, przeznaczonego na utrzymanie członków rodziny ubezpieczonego, żyjących razem z nim i na jego rachunek; w ten sposób zalecenie słusznie rewiduje zbyt szeroko w projekcie konwencji sformułowaną zasadę, że odszkodowanie za chorobę nie powinno przysługiwać ubezpieczonemu, utrzymywanemu przez ubezpieczenie społeczne (art. 3, 3b). Wreszcie, jako świadczenie dodatkowe ubezpieczenia chorobowego traktuje M. B. P. prewencję przeciw chorobom, która zresztą zajmuje zupełnie odrębne stanowisko wśród zadań ubezpieczenia na wypadek choroby. Punkt 13 zalecenia stwierdza, że „większości chorób można zapobiec; czujna profilaktyka zdolna jest zapobiec stratom siły wytwórczej, oszczędzić fundusze pochłaniane przez choroby możliwie do uniknięcia i zwiększyć dobrobyt materjalny, intelektualny i moralny społeczeństw. Ubezpieczenie na wypadek choroby winnoby rozpowszechniać praktykę zasad hygjeny wśród pracowników. Winnoby stosować środki profilaktyczne i dopuszczać do korzystania z nich jak największą ilość osób od pojawienia się pierwszych przedwstępnych objawów choroby. Winnoby być upoważnione — według ogólnego planu, koordynującego wszelką działalność w tym kierunku — do wzięcia udziału w walce z chorobami społecznemi i akcji, zmierzającej do podniesienia zdrowotności publicznej". Ograniczenie pomocy lekarskiej jedynie i wyłącznie do ubezpieczonych, a pozbawienie jej członków rodziny ubezpieczonego mijałoby się zupełnie z celem ubezpieczenia chorobowego, narażałoby bowiem ubezpieczonych nie tylko na wydatki, związane bezpośrednio z chorobą członków ich rodzin, ale i na wydatki w razie zarażenia się ubezpieczonych od chorych członków rodziny, z którymi żyją we wspólnem gospodarstwie domowem. Toteż 9 państw domaga się w odpowiedziach uznania pomocy dla członków rodziny za obowiązkowe świadczenia ubezpieczenia; z drugiej strony jednak rządy 7 państw zadawalają się upoważnieniem instytucyj ubezpieczeniowych do udzielania tych świadczeń, jako dobrowolnych, przyczem częściowo odsyłają ją do zalecenia. M. B. P. załatwia sprawę kompromisem. Zamieszcza w tekście projektu konwencji — a nie w zaleceniu! — postanowienie o upoważnieniu — tylko upoważnieniu! — instytucyj do udzielania pomocy lekarskiej członkom rodziny, utrzymywanym przez ubezpieczonego i żyjącym z nim we wspólnym gospodarstwie domowem; skuteczność tego zalecenia uzależnia jednak wstępny projekt konwencji od wykazania przez instytucję dobrego stanu finansowego.

Wstępny projekt konwencji oświadcza się za samorządem ubezpieczeniowym, który poddaje pod kontrolę władzy publicznej; rządy belgijski i finlandzki zajęły stanowisko, że przedstawiciele władzy

publicznej winni, jako czynnik trzeci brać udział w administracji ubezpieczenia chorobowego. Organizacja ubezpieczenia na wypadek choroby jest dziś bardzo różnorodna, wystarczy wymienić organizację, której podstawę stanowią kasy terytorjalne, zawodowe, kasy przedsiębiorstw i kasy wzajemnej pomocy, oparte na zasadzie terytorjalnej, zawodowej lub indywidualnej. M. B. P. zdaje się, że jeżeli nawet ujednostajnienie podstaw organizacyjnych ubezpieczenia chorobowego byłoby pożądanem, to jednak główne, wchodzące tu w grę ustawodawstwa nie dojrzały jeszcze do międzynarodowego ich zbliżenia.

Rzecz ciekawa, że w zasadzie wszystkie państwa przyznają wyższość systemowi terytorjalnemu (z wyjątkiem Japonji i Holandji, które uzależniają od warunków danej chwili i danego miejsca wybór między terytorjalnym i zawodowym systemem organizacyjnym) i jak gdyby usprawiedliwiają się przed M. B. P., jeżeli dotąd tego systemu nie zastosowały. Do argumentów, przytaczanych w kwestjonarjuszu przez M. B. P. ze systemem terytorjalnym, a przeciw wszystkim innym (a), lepsza organizacja pomocy lekarskiej, b) łatwiejsza kontrola wzajemna, c) odpowiedniejsza podstawa pod scalone ubezpieczenia społeczne) dodają jeszcze odpowiedzi rządów dalsze argumenty, jak bardziej równomierne rozłożenie ryzyk, pewniejsze podstawy finansowe, oszczędności w zakresie wydatków administracyjnych. Mimo tak korzystnej opinji o zasadzie terytorjalnej rządy nie zdobywają się na śmiałość przyznania jej pierwszeństwa przed wszystkiemi innemi w samym tekście projektu konwencji, projekt zalecenia natomiast zgodnie z opinją państw stwierdza, że „dobra organizacja pomocy lekarskiej, a w szczególności utworzenie i racjonalne wykorzystanie instrumentarjum sanitarnego, odpowiadającego rozwojowi nauki i techniki lekarskiej mogą być z łatwością osiągnięte wyłącznie w drodze skoncentrowania wysiłków na podstawie terytorjalnej". Najniepotrzebniej w świecie i wbrew opinji Rządu Polskiego podjęło M. B. P. określenia w konwencji i zaleceniu warunków uznania instytucji ubezpieczeniowych, jakkolwiek postanowienia tego rodzaju zdają się prejudykować, że dopuszczone będą do organizacji ubezpieczenia instytucje inne, poza terytorjalnemi i powszechnemi; zresztą warunki te nie mogą wywołać sprzeciwu, ani pierwszy, zawarty w konwencji (instytucje nie powinny posiadać celów lukratywnych), ani drugi, zawarty w rekomendacji (potrzebne celem zapewnienia stałości i trwałości ubezpieczenia, minimum ubezpieczonych, które pozwala uniknąć marnotrawstwa sił, jakie pociąga za sobą równoległe współistnienie w tym samym okręgu rozlicznych instytucji ubezpieczeniowych). Wiemy już, że M. B. P. zgodziło się na uświęcenie w projekcie konwencji zasady organizacji samorządowej ubezpieczenia chorobowego; przytem jednak respekt dla odrębnych zasad organizacyjnych ubezpieczenia na wypadek choroby w różnych państwach uniemożliwił M. B. P. bardziej dokładne i szczegółowe ujęcie prawne samorządu ubezpieczeniowego, a zwłaszcza wysunięcie zdecydowanych postulatów co do stosunku między przedstawicielstwem ubezpieczonych, a pracodawców w władzach ubezpieczenia. W szczególności nie znalazła w konwencji urzeczywistnienia zasada, wysunięta przez rządy: niemiecki, belgijski, luksemburski, polski i hiszpański, a przyznająca ubezpieczonym przeważający udział w administracji (rząd brytyjski sprzeciwił się wprowadzeniu tej zasady do konwencji, gdyż postanowienie tego rodzaju byłoby bezprzedmiotowe dla ustawodawstwa angielskiego, które zapewnia ubezpieczonym nie przeważający, lecz ekskluzywny wpływ na organizację ubezpieczenia chorobowego). Mając do wyboru między organizacją 1) przyznającą dominujący wpływ na ubezpieczenie ubezpieczonym, 2) uwzględniającą w różnych kombinacjach dwa czynniki: pracodawców i ubezpieczonych i wreszcie 3) czysto biurokratyczną, bez udziału zainteresowanych, M. B. P. doszło do wniosku, że żadna z tych form organizacyjnych nie nadaje się do międzynarodowego uznania jako najlepsza. Natomiast uważa, że przyznanie ubezpieczonym udziału w administracji z zastrzeżeniem conajmniej połowy głosów we władzach kierowniczych, mogłoby być zawarte w projekcie konwencji, a zalecenie szczegółowo rozprowadzałoby zasady samorządowej organizacji, tłomacząc, że „administracja ubezpieczenia winnaby korzystać z doświadczenia i inicjatywy zainteresowanych. W ten sposób ubezpieczeni poznaliby znaczenie funduszów, jakich wymaga ubezpieczenie, a pracodawcy wartość ścisłej oszczędności energji ludzkiej".

Najważniejsza z punktu widzenia gospodarczego sprawa podstaw finansowych ubezpieczenia została w projekcie konwencji potraktowana tak ogólnikowo, jak żadna inna. Rządy w odpowiedziach na kwestjonarjusz miały odpowiedzieć na dwa pytania: 1) Kto ma ponosić ciężary ubezpieczenia (ubezpieczeni, pracownicy, państwo), i 2) w jakim stosunku mają te czynniki przyczyniać się do pokrycia ciężarów. W odpowiedzi na pytanie pierwsze dała się zaznaczyć znaczna różnica między grupą państw, które, wychodząc z założenia, że państwo i społeczeństwo, korzystając z działalności ubezpieczenia chorobowego w zakresie hygjeny publicznej, powinno się też przyczyniać do pokrycia jego wydatków, domagają się rozłożenia tych ciężarów na trzy czynniki: państwo, ubezpieczonych i pracodawców, (Belgja, Bułgarja, Hiszpanja, Finlandja, Francja, W. Brytanja, Japonja i Łotwa) i grupę państw, opowiadających się za nałożeniem składek na oba czynniki bezpośrednio zainteresowane bez udziału państwa. W każdym razie przeważa postulat oparcia finansowego ubezpieczenia na składkach pracodawców i ubezpieczonych (wiadomo, że tylko Rosja nakłada składki wyłącznie na pracodawców, a Rumunja i 4 kantony szwajcarskie wyłącznie na ubezpieczonych). To też projekt konwencji zadawala się pociągnięciem do pokrywania kosztów ubezpieczenia obu czynników, podkreślając tylko w zaleceniu możność uzupełnienia powstałych w ten sposób funduszów subwencjami publicznemi na cele poprawienia zdrowotności publicznej. Znacznie głębiej sięgają różnice zdań o ile chodzi o stosunkowe ustalenie części, pokrywanych przez obie strony. Większość państw daje wyraz przekonaniu, że zagadnienie to winno być pominięte w projekcie konwencji; tylko Holandja i Czechosłowacja domagają się mię-

dzynarodowego uznania, że składka ubezpieczonego nie może być wyższa, a Polska, że ma być niższa od składki pracodawcy. Ani projekt konwencji, ani projekt zalecenia nie zabierają w tej sprawie głosu. Ggdybyśmy nawet się na to zgodzili, że sprawa podziału finansowych ciężarów między obie strony nie dojrzała jeszcze do międzynarodowego załatwienia, to jednak wydaje się, że zalecenie mogłoby przynajmniej określić przewodnie postulaty wytyczne, uwzględniając nowoczesną w tej mierze tendencję ubezpieczeń społecznych ku przesunięciu punktu ciężkości ich podstaw finansowych od pracowników do pracodawców.

Postanowienia jurysdykcyjne projektów M. B. P. sprowadzają się do zalecenia, by w interesie szybkiego i taniego rozstrzygania sporów między ubezpieczonymi, a zakładami ubezpieczeniowemi, poddawano je decyzji specjalnych sędziów lub asesorów, zaznajomionych bliżej z celami ubezpieczenia i potrzebami ubezpieczonych.

ROZPORZĄDZENIE PREZYDENTA RZECZYPOSPOLITEJ

z dnia 24 czerwca 1927 r.

w sprawie przedłużenia okresu kadencji Rad Kas Chorych (Dz. U. R. P. Nr. 59 z dn. 2 lipca 1927, poz. 513).

Na podstawie art. 44 ust. 6 Konstytucji i ustawy z dn. 2 sierpnia 1926 r. o upoważnieniu Prezydenta Rzeczypospolitej do wydawania rozporządzeń z mocą ustawy (Dz. U. R. P. Nr. 78, poz. 443) postanawiam, co następuje:

Art. 1. Okres kadencji Rad Kas Chorych, przewidziany w art. 62 ustawy z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. R. P. Nr. 44, poz. 272), przedłuża się do dnia 31 grudnia 1928 r. w tych Kasach, w których okres powyższy upływa przed tym terminem.

Art. 2. Wykonanie rozporządzenia niniejszego porucza się Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej.

Art. 3. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Następują podpisy: Pana Prezydenta Rzeczypospolitej, Pana Prezesa Rady Ministrów i wszystkich pp. Ministrów.

Zapowiedziane od miesiąca rozporządzenie z mocą ustawy, ukazało się. Niestety, dekrety Pana Prezydenta wydawane na podstawie art. 44/6 konstytucji i ustawy z 2.VIII 1926 r. nie zawierają t. zw. uzasadnienia, wobec czego o przyczynach wydania tej ustawy dowiadujemy się z komunikatów półoficjalnych.

Jak wiadomo Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej przygotowało projekt nowej ustawy o ubezpieczeniach społecznych. Projekt ten omówiliśmy w Nr. 5 naszego pisma. Ministerstwo przypuszcza, iż projekt ten stanie się w ciągu r. 1928 ustawą, wobec czego trzeba będzie zreorganizować nasze Kasy Chorych na Kasy ubezpieczeń, które w myśl projektu będą miały znacznie szerszy zakres działania. Przeprowadzenie wyborów na podstawie obecnej ustawy do 31/XII. 1928 r., zmusiłoby do przeprowadzenia w krótkim czasie ponownych wyborów po zorganizowaniu Kas Ub. Społ. W myśl naszego projektu przepisy wyborcze zostaną w dużej mierze zmienione. Z tych względów Rząd uznał, iż koniecznem jest przedłużenie kadencji Rad w Kasach Chorych.

Podkreślamy, iż ustawa wspomniana przewiduje przedłużenie tylko kadencji Rad. Z tego nie wynika, iż kadencja innych organów Kas Chorych nie zostały przedłużone i wybory muszą się odbyć po ukończeniu okresu ich urzędowania.

W myśl art. 3, rozporządzenie (ustawa) wchodzi w życie z dniem ogłoszenia. Jeżeli zatem w którejkolwiek Kasie wybory do Rady zostały rozpisane, kadencja Rady mimo to automatycznie się przedłuża, a dotychczasowe przygotowania i uchwały w tej materji uznać należy za nieważne.

Dr. G. C.

NADZÓR PAŃSTWOWY NAD INSTYTUCJAMI UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

W organizacji ubezpieczeń społecznych sprawa nadzoru państwowego odgrywa ważną rolę. Ponieważ te sprawy są niedostatecznie uregulowane, zadaniem niniejszego artykułu jest omówienie tej kwestji pod względem prawnym, i pod względem faktycznym w tym przekonaniu, że artykuł niniejszy będzie zapoczątkowaniem szeregu artykułów, które rzucone myśli rozwiną, względnie uzupełnią.

Nadzór państwowy jest to obowiązek właściwych organów państwowych do czuwania w interesie publicznym, aby instytucje publiczne, samorządne spełniały należycie swe zadanie im poruczone i aby nie przekraczały swej kompetencji i nie wchodziły w sprzeczność z obowiązującemi ustawami i statutami na podstawie tych ustaw wydanemi. Z powyższego określenia nadzoru państwowego wynika, że: a) nadzór państwowy musi być wykonywany przedewszystkiem przez właściwy przedmiotowy organ państwowy; b) jest on obowiązkiem organów państwowych, a nie uprawnieniem; c) jest obowiązkiem organów państwowych ze względu na interes publiczny.

Państwo z urzędu czuwać musi nad przestrzeganiem ustaw i postanowień statutowych. Nie zna-

czy to, by strony mogły żądać, poza procesem administracyjnym, ingerencji państwowej wówczas, gdy sądzą, że instytucje ubezpieczeń naruszają ustawę lub statut albo gdy sądzą, że działalność instytucji ubezpieczeniowych naraża na szkodę interes publiczny. Owszem, lecz wniosek taki względnie domaganie się ingerencji władzy o tyle będzie skuteczne, o ile władza nadzorcza według swobodnej oceny uzna za stosowne wkroczyć.

Od takiego doniesienia należy odróżnić skargę administracyjną względnie zażalenie na zarządzenia organów instytucji ubezpieczeń, o ile ustawa skargi takie przewiduje. W tych bowiem wypadkach władza nadzorcza musi skargę, względnie zażalenie rozpatrzyć czyli w danym wypadku wytoczenie skargi i jej rozpatrzenie jest obowiązkiem władzy, wynikającem nietylko z tytułu nadzoru, ale z tytułu obowiązku sprawowania sądownictwa administracyjnego. Nie zawsze jednak sądownictwo i orzecznictwo administracyjne spoczywa w rękach władzy nadzorczej. O ile sądownictwo i nadzór jest połączone w rękach jednej władzy, wówczas rozgraniczenie jest trudne i zależy od specyficznego rodzaju sprawy, czy władza nadzorcza wkracza jako władza nadzorcza, czy też jako władza orzecznicza. W tym wypadku stanowisko władzy jest udogodnione. Ze skargi może pokazać się, że skarga nietylko jest przedmiotowo uzasadniona, lecz także w toku postępowania może się okazać, że prócz zadania skargi zachodzą nadto inne niewłaściwości, wówczas władza nadzorcza rozstrzygnąć skargę, musi równocześnie wkroczyć w interesie publicznym, celem usunięcia niedomagań.

Nadzór państwowy musi być wykonywany przez właściwy organ państwowy, to jest przez organ powołany ustawą do spełniania tego rodzaju czynności. Zarządzenia, wydane przez organ niewłaściwy są nieważne. Wykonywanie nadzoru państwowego przez właściwy organ państwowy jest obowiązkiem władzy państwowej, obowiązkiem, wynikającym z ustaw, których wykonywanie powierzono właściwemu ministrowi, za które jest on odpowiedzialny konstytucyjnie, zgodnie z ust. 2 art. 56 Konstytucji.

Nie wynika z tego, by minister właściwy, ponosząc konstytucyjną odpowiedzialność, spełniał funkcje nadzoru państwowego bezpośrednio, albowiem często same ustawy przewidują nadzór pośredni za pomocą organów władzy państwowej, podległych ministrowi. Minister ponosi odpowiedzialność wówczas za podległe mu organy — bądź też ustawy pozostawiają ministrowi sposób zorganizowania organów nadzorczych, zakreślając tylko ogólne ramy nadzoru.

Nie wszystkie organy nadzorcze są władzami w ścisłem tego słowa znaczeniu, ale w każdym razie organ nadzorczy musi mieć możność wydawania nakazu lub zakazu oraz możność wprowadzenia tych zakazów lub nakazów w życie chociażby środkami przymusowemi. Nie znaczy to jednak, aby każdy organ nadzorczy miał własne organy egzekucyjne, to jest policję, więzienie i t. p., lecz musi on mieć możność korzystania z organów egzekucyjnych państwowych w ogólności. Z tych powodów ustawy przewidują współdziałanie władz państwowych celem umożliwienia przeprowadzenia egzekutywy wspólnemi siłami, bądź też nakazują ingerencję władz państwowych na żądanie organów nadzorczych.

Istota nadzoru państwowego polega na tem, że właściwe organy powołane do spełniania nadzoru państwowego w większej lub mniejszej mierze wpływają na działanie podległych nadzorowi instytucyj i to bądź w formie prewencyjnej, to jest przez zarządzenia swe zapobiegają, aby coś nie działo się w przyszłości, co pozostawałoby w kolizji z postanowieniem ustaw lub statutów, jakoteż co mogłoby narazić na szwank interes publiczny, bądź też drogą zakazu leczą te wady i błędy, które zostały spowodowane przez instytucje z powodu niezrozumienia przepisu ustawowego lub statutowego z powodu fałszywej interpretacji bądź też rozlicznej zawinionej działalności organów danej instytucji niezgodnej z ustawą lub statutem lub też zarządzenie władzy.

Możność ingerencji prewencyjnej nie jest niczem ograniczona i nie może ona nie nastąpić z powodu obawy przed naruszeniem autonomji instytucji, albowiem interes publiczny wymaga, aby działalność instytucji odbywała się zgodnie z postanowieniami ustaw lub statutów, aby działała zgodnie ze swoim celem. Jeżeli więc autonomiczna instytucja swemi uchwałami lub swoim działaniem spowoduje lub spowodować może niezadowolenie lub brak zaufania w społeczeństwie, władza państwowa musi wystąpić ze środkami prewencyjnemi, właśnie w interesie publicznym.

Obowiązek organów państwowych do szczególnej troski nad ubezpieczeniem wogóle, a nad ubezpieczeniem społecznem w szczególności wypływa, jak to stwierdza prof. Manes, ze swej właściwości ubezpieczeniowej — albowiem ubezpieczenie wynagradza poszczególnym jednostkom zdarzenia, które zagrażają ich egzystencji, musi więc to ubezpieczenie być przeprowadzone z największą dokładnością, bezstronnością tak, aby nietylko osoby bezpośrednio zainteresowane, ale wogóle całe społeczeństwo miało do tego ubezpieczenia zaufanie; stąd dla organów państwowych wypływa obowiązek nadzwyczajnej troski czuwania nad temi instytucjami i tak w interesie bezpośrednio zainteresowanych, jak i w interesie ogółu, czyli w interesie publicznym.

Ustawodawstwo ubezpieczeniowe, obowiązujące na ziemiach polskich w zakresie nadzoru państwowego, nie ma jednolitych przepisów. Każda ustawa zawiera bądź tylko tezy ogólne, to jest przepisy ramowe, bądź też przepisy szczegółowe, ale niedostateczne, nie wyczerpujące całokształtu zakresu nadzoru. Stąd powstają niejednokrotnie zatargi z powodu rzekomego naruszenia autonomji instytucji. Z braku pozytywnych przepisów władza nadzorcza musi przepisy ramowe uzupełnić właściwą intencją ustawodawczą, bądź też uzupełniać przepisy szczegółowe, działając na podstawie swobodnej ich oceny, czy i o ile oraz w jakich wypadkach władza nadzorcza ma wkroczyć w działalność instytucji ubezpieczeniowej.

Literatura w tym zakresie jest zbyt skąpa i nie może służyć za podstawę rozważań. A nadto, że pochodzi ona z państw o stałej organizacji, o skrystalizowanem pojęciu organizacji państwowej i organizacji samorządowej, przepisy jej więc nie mogą by

miarodajne dla państwa młodego, w którego organizm wtłacza się coraz to nowsze zagadnienia życia społecznego. Te nowe zagadnienia stwarzają i nowe obowiązki władz państwowych, by organizmy mogły dostosować się do tych nowych zagadnień, a społeczeństwo mogło nabrać do nich zaufania. Z powodów powyższych funkcje nadzoru nad instytucjami ubezpieczeń muszą być w naszem życiu społecznem oparte na innych zasadach, niż w państwach ościennych, gdyż władza nadzorcza musi nietylko przestrzegać, by instytucje te wypełniały swe zadania, by nie przekraczały swej kompetencji, ale przedewszystkiem musi te instytucje zbudować oraz wychować społeczeństwo, wzbudzając do nich zaufanie. Stać się to może tylko wówczas, kiedy w pierwszym rzędzie, społeczeństwo nabierze zaufania do organów, sprawujących kontrolę nad instytucjami ubezpieczeń.

Nie mamy norm, nie mamy systemów na podstawie których należałoby oprzeć wzory nadzoru państwowego. Prof. Manes rozróżnia cztery systemy wykonania nadzoru państwowego. Wprawdzie systemy te odnoszą się do ubezpieczeń prywatnych, jednak mogą one mieć i mają zastosowanie do ubezpieczeń społecznych i z tego punktu widzenia należy je rozpatrzyć.

Pierwszym systemem, przyjętym przez prof. Manesa jest system publikacji. Polega on na tem, że organy państwowe wydają przepisy, zmuszające instytucje ubezpieczeń do ogłaszania sprawozdań perjodycznych, z których wynika całokształt zagadnienia instytucji ubezpieczeń. Przez składanie i publikację sprawozdań, obrotu finansowego i zamknięcia finansowego uwidocznia się rozwój tej instytucji, jej stan finansowy, jej poszczególne wydatki, co w społeczeństwie wzbudza większe lub mniejsze zaufanie.

Według systemu powyższego, obrona przed nadużyciem objawia się przez obowiązek publikacji sprawozdań. Ta droga nie wystarcza w zupełności, albowiem niejednokrotnie niejasność, niezrozumienie należyte, spowodować może krytykę ujemną. Często też zdarza się w instytucjach prywatnych, jak i w instytucjach publicznych, a zwłaszcza młodych, że bilanse i sprawozdania nie dają należytego całokształtu gospodarki, zwłaszcza wobec pozycji ukrytej z powodu mylnego zaksięgowania niektórych wydatków lub świadczeń na niewłaściwe rachunki.

Wszystkie instytucje ubezpieczeń społecznych w Polsce obowiązane są do przedkładania sprawozdań i zamknięć rachunkowych z obrotu rocznego. Sprawozdania te w pierwszym rzędzie przedkładane są władzy nadzorczej do zatwierdzenia, następnie są publikowane, jednak jak wyżej zauważono, samo przedkładanie sprawozdań nie wystarcza.

Drugim systemem jest system normatywny. System ten polega na tem, że dla otwarcia zakładu ubezpieczeniowego, jakoteż do rozpoczęcia bieżących czynności władza nadzorcza wydaje normy prawne. Czynność władzy nadzorczej w danym wypadku polega tylko na wydawaniu przepisów formalnych i czuwaniu nad przestrzeganiem ich przez instytucje ubezpieczeniowe bez żadnego wpływu na same instytucje.

W odniesieniu do instytucji ubezpieczeń społecznych system ten ma również znaczenie, albowiem działanie instytucji musi być poprzedzone zarządzeniem władzy, wydanem na mocy ustawy, czyli przepisu formalnego, którym jest nadanie statutu normalnego instytucjom ubezpieczeń.

Trzecim systemem jest system materjalnego nadzoru państwowego. System ten jest połączeniem systemu publikacyjnego z systemem normatywnym. Punktem ciężkości jest uprawnienie władzy, które jest dla niej ustawowo zastrzeżone. Zadaniem ustawodawstwa ubezpieczeniowego jest takie unormowanie nadzoru nad instytucjami ubezpieczeniowemi, aby z jednej strony umożliwiono władzy nadzorczej sprawowanie rzeczywistego nadzoru, z drugiej strony, aby nie krępowała swobody instytucji ubezpieczeń poza konieczną potrzebą.

System powyższy znalazł w ustawodawstwie ubezpieczeniowem całkowite zastosowanie, jednak wymaga on uzupełnienia pewnemi przepisami, albowiem byłby on niezupełny.

Prof. Manes odróżnia nadto jeszcze czwarty system, t. zw. system koncesyjny, który, zdaniem mojem, odnosi się do prywatnych zakładów ubezpieczeń i dlatego go pomijam.

Chcąc należycie ocenić uprawnienia nadzoru państwowego w naszem ustawodawstwie ubezpieczeń społecznych, należy szczegółowo rozpatrzyć poszczególne przepisy ustaw nadzór ten normujące, tak pod względem formalno - organizacyjnym, jakoteż pod względem uprawnień przedmiotowych.

A. Ubezpieczenie na wypadek choroby:

Ustawa z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. R. P. Nr. 44 poz. 272) nie odróżnia nadzoru zwierzchniczego i nadzoru bezpośredniego, lecz w art. 97 i 98 stanowi: „nadzór państwowy nad instytucją ubezpieczeń na wypadek choroby wykonuje Minister Pracy i Opieki Społecznej, w granicach zasadniczej ustawy sanitarnych — Minister Zdrowia Publicznego". W celu wykonywania nadzoru w dziale ubezpieczeń na wypadek choroby, Minister Pracy i Opieki Społecznej powoła Główny Urząd Ubezpieczeń oraz Okręgowe Urzędy Ubezpieczeń i określi ich skład, organizację oraz kompetencje do czasu uregulowania tychże przez oddzielne ustawy". „Minister Zdrowia Publicznego (art. 99) w celu wykonywania nadzoru nad czynnościami Kas Chorych w zakresie lecznictwa, mianuje do odpowiedniego urzędu ubezpieczeń swego delegata, który wchodzi w skład tegoż".

Z zestawienia brzmienia powyższych artykułów wynika, że sposób organizowania nadzoru oraz ustalenia kompetencji tych organów nadzorczych należy do decyzji Ministra Pracy i Opieki Społecznej. Ustawa określa, że w każdym razie ma być ten nadzór dwustopniowy i ma być wykonywany w I-szej instancji przez Okręgowe Urzędy Ubezpieczeń, w drugiej przez Główny Urząd Ubezpieczeń. Z powyższych przepisów nie wynika, by nadzór Ministra po zorganizowaniu urzędu ubezpieczeń był niemożliwy, by Minister odpowiadał tylko za działalność urzędów, by sam nie miał ingerencji bezpośredniej w zakresie nadzoru, albowiem o ile ustawa w art. 97 stanowi: „ogólne kierownictwo sprawami ubezpieczeń na wypadek choroby wykonywa Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej", to w art. 98 postanawia „w celu

wykonywania kierownictwa nadzoru . . . . . Minister powoła". Z zestawienia tych dwuch artykułów musi się dojść w konsekwencji do wniosku, że ustawodawca miał jednak na myśli 3-y stopniowy nadzór, a mianowicie nadzór wykonywany przez Okręgowe Urzędy Ubezpieczeń, Główny Urząd Ubezpieczeń i Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, do którego w myśl zdania pierwszego art. 97 ma należeć „ogólne kierownictwo".

Co rozumieć należy przez „ogólne kierownictwo" ustawa wcale nie wyjaśnia. Przyjmując za punkt wyjścia niemieckie przepisy ubezpieczeniowe, przez ogólne kierownictwo rozumieć należy tylko nadzór zwierzchni nad instytucjami ubezpieczeń jak i nad urzędami ubezpieczeń, gdyż kierownictwo i nadzór bezpośredni należy do urzędów ubezpieczeń.

Przez ogólne kierownictwo nie można bezwzględnie rozumieć uprawnień ustawodawczych, gdyż na mocy art. 29 Dekretu Rady Regencyjnej z dnia 3. I. 1918 r. należy ono do Ministra. Ustawa z dnia 19 maja 1920 r. nie miała zatem potrzeby normować kwestji tej. Ograniczenie zakresu działania Ministerstwa tylko do wydawania statutu normalnego zdaje się być niewystarczające, albowiem Ministerstwo, jako takie, nie ma żadnego wpływu na późniejsze zmiany statutu.

Kwestje ogólnego kierownictwa, należącego do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej przesądziło lecz w sensie negatywnym rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 9 lipca 1924 r. w sprawie ustanowienia i kompetencji Głównego Urzędu Ubezpieczeń. Rozporządzenie to nie wyjaśnia zupełnie, jakie uprawnienia. z tytułu ogólnego kierownictwa, wynikają dla Ministerstwa Pracy, lecz wręcz przeciwnie w par. 1 postanawia: „w celu wykonywania ogólnego kierownictwa i nadzoru . . . . . powołuje się Główny Urząd Ubezpieczeń", podczas, gdy cytowany art. 98 postanawia: „w celu wykonywania kierownictwa i nadzoru", a więc artykuł ten wyraźnie i w sposób nie wzbudzający żadnej wątpliwości nie przewiduje możności przekazania Głównemu Urzędowi ogólnego kierownictwa z art. 97.

Organami nadzorczemi nad instytucjami ubezpieczeń na wypadek choroby są:

1) Okręgowe Urzędy Ubezpieczeń,

2) Główny Urząd Ubezpieczeń.

Zakres działania Okręgowych Urzędów Ubezpieczeń, jako władzy nadzorczej, określa rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 27 marca 1922 r. w przedmiocie utworzenia i organizacji Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń dla zaboru pruskiego (Dz. U. Nr. 22, poz. 74) oraz rozporządzeń z dnia . . . . .

Do zakresu działania Okręgowych Urzędów Ubezpieczeń należy: (par. 6 cytowanego rozporządzenia):

„Czuwanie nad przestrzeganiem przez Kasy Chorych przepisów ustawy z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby oraz statutów poszczególnych Kas, a w szczególności:

1) zezwalanie na mocy artykułu 1 wymienionej ustawy na utworzenie oddzielnej Kasy Chorych w miastach, liczących ponad 50.000 ludności;

2) zezwalanie na mocy art. 21 na zmianę podziału na grupy zarobkowe oraz na rozszerzenie granic płacy ustawowej;

3) zezwalanie na mocy art. 23 ust. III na udzielanie świadczeń w gotówce zamiast pomocy lekarskiej oraz określanie sposobu wykazywania stanu zdrowia w myśl tegoż artykułu;

4) zezwalanie na mocy art. 46 ust. III i art. 59 na podniesienie składek;

5) ustalanie w myśl art. 19 ust. II oraz art. 47 ust. II wartości wynagrodzenia w naturze na podstawie cen miejscowych;

6) zatwierdzenie na mocy art. 60 i art. 66 lit. c) statutów Kas Chorych oraz zmian tychże statutów;

7) zatwierdzanie na mocy art. 73 ust. II dyrektora Kasy, oraz zatwierdzanie na mocy ust. VI tegoż artykułu regulaminu dla chorych;

8) przyjmowanie do wiadomości w myśl art. 71 wyników wyborów do władz Kasy;

9) zatwierdzanie na mocy art. 73 ust. IV sprawozdań rocznych z działalności Kas i zamknięć rachunkowych;

10) rozstrzyganie zatargów pomiędzy władzami Kasy na mocy art. 82 ust. II, oraz art. 72 ust. III;

11) przyjmowanie do wiadomości w myśl art. 82 ust. I zażaleń Komisji Rewizyjnej i stawianie żądania zwołania posiedzenia Rady na mocy tegoż postanowienia ustawy;

12) nakładanie kar pieniężnych za przekroczenie przepisów ustawy o zgłaszaniu na podstawie art. 95;

13) zawieszanie, wzywanie Kasy do pełnienia czynności oraz zwoływanie z własnej inicjatywy Rad i zarządów na posiedzenia nadzwyczajne, a także branie udziału w posiedzeniach władz Kasy, w wypadkach uznanych za właściwe, zawieszanie w czynnościach władz Kasy, w razie stwierdzenia nadużyć i przestępstw, popełnionych przez te władze oraz mianowanie Komisarzy dla uporządkowania spraw Kasy, oraz przeprowadzenie nowych wyborów; mianowanie tymczasowych władz Kas oraz rozstrzyganie skarg i protestów w myśl przepisów wyborczych, wydawanie przepisów lokalnych, potrzebnych dla stosowania ustawy, współdziałanie przy organizowaniu Kas, stawianie wniosków do Głównego Urzędu Ubezpieczeń w sprawie mianowania komisarza lub instruktorów oraz tymczasowych władz Kasy dla ich zorganizowania, bądź też mianowanie tych osób stosownie do poleceń Głównego Urzędu Ubezpieczeń, a to na mocy postanowień art. 100 lit. a).

14) Wydawanie instrukcyj, niezbędnych przy stosowaniu ustawy, w szczególności instrukcji o prowadzeniu biurowości, statystyki itd. w ramach ogólnych przepisów, wydanych przez Główny Urząd Ubezpieczeń, pociąganie na mocy tegoż postanowienia władz samorządowych do współdziałania przy wykonywaniu ustawy, a to na mocy postanowień art. 100 lit. b).

15) Czuwanie na mocy art. 100 lit. c) nad wykonywaniem czynności Kas w zakresie lecznictwa;

16) Udzielanie informacyj w sprawie ubezpieczenia na wypadek choroby;

17) Tworzenie na zasadzie art. 84 ust. 1-go Komisji Pojednawczej.

Powyżej wyliczone czynności szczegółowe Urzędów Ubezpieczeń należy podzielić na 3-y grupy, które różnią się między sobą zasadniczo, tak, ze względu na swą istotę, jak ze względu na swe znaczenie.

Do pierwszej grupy zaliczyć należy czynności, wyliczone w p. 14 i 16, a mianowicie wydawanie instrukcyj niezbędnych przy stosowaniu ustawy w szczególności instrukcji biurowej, statystyki itd. w ramach ogólnych przepisów, wydanych przez Główny Urząd Ubezpieczeń; udzielanie informacji w sprawach ubezpieczenia na wypadek choroby.

Czynności tej grupy mają pierwszorzędne znaczenie, albowiem od intensywnej działalności organów władzy nadzorczej w tym kierunku zależy działalność instytucyj ubezpieczeniowych. Nie jest bowiem bez znaczenia w jaki sposób zostanie urządzona biurowość instytucji ubezpieczeń, od której zależy sprawność jej działania. Również doniosłe znaczenie ma statystyka ubezpieczeniowa, z zestawienia której władza nadzorcza może wyciągać daleko idące wnioski, tak ze względu na lecznictwo, jak ze względu na finanse Kas. Udzielanie informacyj w sprawach ubezpieczenia na wypadek choroby jest tak ważne, jak powyżej wymienione czynności, albowiem instytucje młode muszą mieć wskazówkę, jak to ubezpieczenie nietylko zorganizować, ale i przeprowadzić należy. O działalności władzy nadzorczej w powyższym kierunku zależy większe lub mniejsze zaufanie społeczeństwa do danych instytucyj. Władza nadzorcza w wydawaniu instrukcji oraz udzielaniu informacyj w sprawach ubezpieczenia na wypadek choroby nie jest niczem krępowana. Czynności wymienione powyżej nie są czynnościami ściśle nadzorczemi, lecz należą one do czynności kierowniczych, o których mówi art. 98.

Do drugiej grupy należą czynności wyliczone w p. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9. Czynności wymienione w tych punktach do swej ważności wymagają decyzji Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń. Decyzja, zezwolenie, względnie zatwierdzenie stanowi akt konstytucyjny, od którego zależy ważność aktu prawnego. W danym wypadku mamy tu również do czynienia z swobodną oceną Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń, jednak dla podjęcia decyzji potrzebne jest pozytywne działanie organów Kasy, to jest formalnej uchwały, bądź to Zarządu, bądź Rady Kasy. Formalna uchwała musi być przedłożona władzy nadzorczej w formie odpisu protokułu, który stwierdza: 1) podstawę prawną, 2) podstawę formalną powziętej uchwały; o ile więc instytucje ubezpieczeń takich dowodów nie dostarczą, wówczas urzędy ubezpieczeń nie udzielą decyzji, względnie zezwolenia.

Trzecią grupę stanowią czynności, wyliczone w p. 13 i 15. Są to czynności czysto nadzorcze i noszą charakter środków prewencyjnych względnie represyjnych i mogą być wówczas stosowane kiedy organy Kasy nie spełniają swych czynności wogóle, albo spełniają te czynności wbrew przepisom ustawy lub statutu.

Władzą nadzorczą II-giej instancji w myśl ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby, jest Główny Urząd Ubezpieczeń, powołany do życia rozporządzeniem Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 9 lipca 1924 r. w sprawie ustanowienia i kompetencji Głównego Urzędu Ubezpieczeń (Dz. U. R. P. Nr. 63, poz. 619).

Do zakresu działania Głównego Urzędu Ubezpieczeń, jako władzy nadzorczej, należą: a) nadzór w ostatniej instancji nad Kasami Chorych, podległemi urzędom ubezpieczeń, b) organizacja Kas Chorych oraz związków Kas Chorych, jakoteż mianowanie komisarzy lub instruktorów, względnie tymczasowych władz do zorganizowania tej instytucji, c) kierownictwo i nadzór nad związkami Kas Chorych, d) wydawanie dla Kas Chorych oraz związków ogólnych przepisów o prowadzeniu biurowości, księgowości, statystyki, lokowaniu funduszów, składaniu sprawozdań z działalności i zamknięć rachunkowych, układaniu planów organizacji lecznictwa dla instytucji ubezpieczeń na wypadek choroby, ustalaniu wzorów formularzy dla zgłoszeń, przewidzianych ustawą z dnia 19 maja 1920 r. Prócz powyższych czynności, do Głównego Urzędu Ubezpieczeń należy: a) rozstrzyganie w ostatniej instancji zażaleń na decyzje Okręgowych Urzędów Ubezpieczeń, b) organizowanie Okręgowych Urzędów Ubezpieczeń, c) nadzór nad Okręgowemi Urzędami Ubezpieczeń, d) wydawanie instrukcji i regulaminów itp. dla Okręgowych Urzędów Ubezpieczeń.

Z powyższego ujęcia wynika, że czynności Głównego Urzędu Ubezpieczeń dadzą się podzielić na dwie grupy, z których jedna stanowi czynności organizacyjne i nadzorcze nad urzędami ubezpieczeń, druga zaś grupa, która bezpośrednio odnosi się do czynności instytucyj ubezpieczeń, to jest Kas Chorych.

Czynności Głównego Urzędu Ubezpieczeń, jako władzy nadzorczej są czynnościami wyższego rzędu, albowiem w pierwszym rzędzie Główny Urząd Ubezpieczeń rozstrzyga zażalenia na decyzje Okręgowych Urzędów Ubezpieczeń, wydane w I-szej instancji, jako władzy nadzorczej.

Oprócz tych czynności wyższego rzędu w zakresie Kas Chorych, Główny Urząd Ubezpieczeń prowadzi czynności bezpośrednie, a mianowicie do czynności organizowania Kas Chorych. Jednak czynności te są tylko czynnościami przejściowemi. Nasuwa się pytanie, czy Główny Urząd Ubezpieczeń może w stosunku do Kas Chorych przeprowadzać czynności, które należą do Okręgowych Urzędów Ubezpieczeń. Na pytanie powyższe należy odpowiedzieć twierdząco, gdyż Główny Urząd Ubezpieczeń, mając powierzone ogólne kierownictwo i ogólny nadzór bezwzględnie ma prawo wykonywać czynności obok urzędów ubezpieczeń, szczególnie jeżeli chodzi o wykonywanie czynności ściśle nadzorczych to jest badanie, czy działalność instytucji ubezpieczeń nie wykracza poza przepisy ustawowe lub statutowe. Główny Urząd Ubezpieczeń jednak nie może w danym wypadku wydać zarządzeń z pominięciem Okręgowych Urzędów Ubezpieczeń.

Dla całokształtu nadzoru nad Kasami Chorych wspomnieć należy o nadzorze, wykonywanym nad lecznictwem w Kasach Chorych. W danym wypadku sprawy te regulują dwa rozporządzenia, a mianowicie rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego i Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 16 czerwca 1921 r. w przedmiocie wykonywania nadzoru pań-

stwowego nad Kasami Chorych w zakresie lecznictwa (Dz. U. R. P. Nr. 81, poz. 561) i rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej i Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 15 grudnia 1922 r. w przedmiocie nadzoru państwowego nad Kasami Chorych w zakresie lecznictwa na obszarze Województwa Poznańskiego i Pomorskiego (Dz. U. R. P. Nr. 10, poz. 65). W myśl powyższych rozporządzeń nadzór nad lecznictwem Kas Chorych sprawuje delegat Ministerstwa Zdrowia Publicznego do Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń, a tym delegatem jest Naczelnik Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia. Delegatowi temu służy z upoważnienia urzędów ubezpieczeń prawo powierzania pewnych czynności, dotyczących wykonywania nadzoru nad lecznictwem poszczególnym podwładnym urzędnikom, a mianowicie inspektoratowi lekarskiemu, farmaceutycznemu i lekarzowi powiatowemu. Delegat Ministerstwa Zdrowia korzysta ze wszystkich potrzebnych w zakresie działania jego sprawozdań komunikatów i innych materjałów, dotyczących działalności Kas Chorych w dziedzinie lecznictwa, któremi Okręgowy Urząd Ubezpieczeń rozporządza. W wypadkach dostrzeżenia usterek lub nieprawidłowości w działaniu Kas Chorych w dziedzinie lecznictwa, spraw zdrowotnych i higjeny społecznej, delegat Ministerstwa Zdrowia ma prawo w granicach ustawy sanitarnej stawiać wnioski, które winny być uwzględnione w zarządzeniach Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń. Z powyższych przepisów wynika, że delegat Urzędu Zdrowia nie ma samoistnej władzy, lecz władzę swą czerpie z władzy Okręgowych Urzędów i wszelkie zarządzenia jego muszą być wydane przez Okręgowy Urząd. Nie wynika jednak z tego, aby delegat Ministerstwa Zdrowia nie miał prawa własnej inicjatywy, owszem, może on w każdej chwili, kiedy uzna za potrzebne, przystąpić do swych czynności lustracyjnych, czy też na podstawie materjału, znajdującym się w urzędach ubezpieczeń, musi jednak w tym wypadku zawiadomić Okręgowe Urzędy Ubezpieczeń. Nadzór nad lecznictwem Kas Chorych wyższej instancji sprawuje Delegat Ministerstwa Zdrowia do Głównego Urzędu Ubezpieczeń. (c. d. n.).

Z PRAKTYKI KASOWEJ

I CZY I JAKIE PRZYWILEJE PRZYSŁUGUJĄ NALEŻNOŚCIOM KAS CHORYCH W MAŁOPOLSCE?

O uprzywilejowaniu składek i innych należności Kas chorych traktuje Art. 56 ustawy o ob. ub. na wyp. chor. opiewający.

„Zalegającym za ostatnie 12 miesięcy składkom i innym należnościom Kasy (wynikającym z art. 16 i 24) przysługuje przywilej narówni z należnościami, wymienionemi w art. 41 ust. II ustawy hipotecznej z 1818 r. Wszystkim zaś należnościom Kasy przysługuje przywilej ogólny narówno z wierzytelnościami wymienionemi w art. 9 ust. IV o przywilejach i hipotekach z 1825 r."

Już z samego brzmienia tego artykułu, t. j. z faktu, że powołano w nim jedynie przepisy prawne, obowiązujące w b. zaborze rosyjskim, wynika, że nie ma on zastosowania na obszarze Małopolski; stwierdza to zresztą wyraźnie art. 107, postanawiający, że na ziemiach b. zaboru austr. w przedmiocie ściągania i zabezpieczenia zeległych należności Kas chowania administracyjnego i cywilno-sądowego wraz rych aż do dalszego zarządzenia pozostają w mocy obowiązującej przepisy prawne, dotyczące postępoz egzekucyjnem i konkursowem.

Jeżeli więc mamy rozstrzygnąć kwestję, czy i jakie przywileje przysługują małopolskim Kasom chorych przy ściąganiu zaległych należności, musimy odpowiedzi szukać nie w ustawie o Kasach chorych, lecz w prawodawstwie obowiązującem w Małopolsce, do którego nas ta ustawa odsyła.

I.

Ordynacja egzekucyjna obowiązująca w Małopolsce z 27.5.1896 Nr. 79 aust. dz. u. p. nie zawiera przepisu, któryby składkom i innym należnościom Kas chorych expressis verbis (t. j. wyraźnie) przypisywał jakiekolwiek przywileje, ale ze względu na to, że ustawowo takie przywileje przysługują pewnym podatkom i daninom publicznym a składki i należności Kas chorych, jako opierające się na tytule publiczno - prawnym uważane są jako daniny publiczne (Judykat austr. Najw. Tryb. z 7.11.1899 Nr. 486 Ks. Jud. Nr. 144), Najwyższy Trybunał austrjacki w licznym szeregu orzeczeń należnościom Kas chorych przyznaje pod pewnymi warunkami przywileje w postępowaniu egzekucyjnem.

I tak o ile idzie o egzekucję mobiliarną Najwyższy Trybunał austrjacki decyzjami z 2.3.1893 l. 2389 z 7.8.1894 Zb. Nowaka IX str. 119, z 15.2.1899 Nr. 2323 i licznymi innymi orzekł, że po myśli § 286 ord. egz. należnościom Kas chorych (i Zakładów ubezpieczenia od wypadków) nie zalegającym dłużej niż 3 lata służy pierwszeństwo ustawowe przed pretensjami prywatnemi na tych ruchomościach pracodawcy (urządzeniu, maszynach, przyrządach i materjałach), które należą do przedsiębiorstwa, powodującego przymusowe ubezpieczenie na wypadek choroby (i od wypadków) zajętych w niem pracowników.

Po myśli tej judykatury zatem Kasom chorych służy ustawowe pierwszeństwo, na ruchomem urządzeniu fabryk, warsztatów, na materjałach i zapasach towaru, należących do przedsiębiorstwa zalegającego pracodawcy, nie zaś na domowem jego urządzeniu lub innym majątku ruchomym do jego przedsiębiorstwa nienależącym.

Co prawda, istnieją też sporadyczne odmienne przeczenia austrjackiego Najwyższego Trybunału (np. z 27.11.1900 Nr. 304), odmawiające Kasom chorych wszelkich przywilejów w odniesieniu do ruchomego majątku dłużnika pracodawcy, ale pogląd poprzednio streszczony ma za sobą rację ustawy, za nim wypowiada się tak poważny interpretator, jak

Neumann w swym komentarzu (Die Executionsordnung. Wiedeń 1900, str. 128).

To też zupełnie słusznie austrjackie Ministerstwo sprawiedliwości reskryptami z 19.8.1898 Nr. 27, Dz. Roz. Min. Spraw. i z 31.5.1898 Nr. 9859 poleciło sądom, ażeby na wypadek przymusowej sprzedaży ruchomości, na których przypuszczalnie mogłyby ciężyć należności Kas chorych (lub Zakładu ubezpieczenia od wypadków) zawiadamiały te instytucje o terminie licytacyjnym i wzywały je do zgłaszania swych pretensji.

II.

Co do majątku nieruchomego ordynacja egzekucyjna w § 216/2 przyznaje pierwszeństwo ustawowe podatkom, należytościom przenośnym i innym daninom publicznym, zalegającym na ostatnie 3 lata licząc wstecz od dnia przybicia targu a należnym od sprzedanej przymusowo realności dłużnika.

Interpretując ten przepis („należnym od realności") i uznając należności Kas chorych (i Zakładu ubezpieczeń od wypadków) jaki daniny publiczne austrjacki Najwyższy Trybunał licznymi decyzjami między innymi orzeczeniem powziętem przez komplet sędziów z 27.11.1900 l. 304 ks. jud. 150 i decyzją z 7. 5. 1907 L. 4809 *) orzekł analogicznie jak przy ruchomościach, że wspomianym instytucjom ubezpieczenia społecznego służy ustawowe pierwszeństwo na nieruchomościach dłużnika, które wyłącznie lub też w przeważającej części przeznaczone są na pomieszczenie przedsiębiorstwa powodującego przymusowe ubezpieczenie zajętych w niem pracowników.

Analogicznie traktować należy opłaty społeczno-ubezpieczeniowe w postępowaniu egzekucyjnem przez przymusowy zarząd nieruchomości (§ 120 ord. egz.).

Ponieważ te zresztą szczupłe przywileje instytucji ubezpieczenia społecznego nie opierają się na wyraźnych przepisach ustawowych, lecz na ich wykładni, co kryje w sobie możliwość odmiennej interpretacji, byłoby pożądanem, by omawiana kwestja w przygotowanej przez Rząd noweli względnie projekcie została wyraźnie rozstrzygniętą w sposób odpowiadający zadaniom i potrzebom instytucji ubezpieczenia społecznego **), tak jak to uczyniły ustawy (austrjackie obowiązujące w Małopolsce) o postępowaniu ugodowem i konkursowem.

III.

Według § 20 ord. ugod. z 10.12.1924 Nr. 337 austr. dz. u. p. wszelkie opłaty na ubezpieczenie społeczne, które stają się płatne w toku postępowania ugodowego lub nie zalegają dłużej aniżeli 3 lata licząc wstecz od otwarcia tego postępowania, są wierzytelnościami uprzywilejowanymi; jako takie mają one pierwszeństwo przed innymi wierzytelnościami, a po myśli § 46 ord. ug. muszą być całkowicie zaspokojone.

Opłaty na rzecz K. ch. tak bieżące jako też od 3 lat zaległe mogą być przymusowo ściągane także w czasie trwania postępowania ugodowego, w toku którego pozatem egzekucja na rzecz wierzytelności nieuprzywilejowanych nie jest dopuszczalną (§ 10 cyt) i dlatego też egzekucyjne prawo zastawu uzyskane przez K. ch. w ostatnich 60 dniach przed otwarciem postępowania egzekucyjnego nie gaśnie (§ 12 cyt).

Ordynacja konkursowa z 10.11.1914 Nr. 337 austr. dz. u. p. zalicza wszelkie opłaty na ubezpieczenie społeczne, zapadające w toku postępowania konkursowego do kosztów konkursu (które z majątku masy konkursowej przedewszystkiem należy pokryć) § 46 1 cyt.) trzyletnie zaś zaległości Kas chorych i innych instytucji ubezpieczenia społecznego — do drugiej klasy wierzytelności konkursowych.

II STEMPLE OD RACHUNKÓW.

Jeden z Okręgowych Związków Kas Chorych zapytuje, czy rachunki lekarzy, lekarzy-dentystów i akuszerek, spełniających swe czynności dla Kas Chorych na zasadzie t. zw. wolnego wyboru, podlegają opłacie stemplowej.

Na pytanie to odpowiedziało już M. Pr. i O. Sp. reskryptem z 4.1.1927 Nr. 11 U. III. (wystosowanym do K. Ch. m. Poznania), którym zgodnie z ustawą wyjaśniło co następuje:

„Po myśli art. 96 ust. z 1/7.1926 o opłatach stemplowych Nr. 98, poz. 570, Dz. U. Rz. P., wolne są od opłat wszelkie wpłaty i wypłaty przyjęte lub dokonane przez Zakłady ubezpieczeń **z tytułu stosunku ubezpieczeniowego.**

Rachunki dostawców i aptekarzy oraz lekarzy (taksamo i lekarzy-dentystów i akuszerek Dr. R. B.) dla Kas Chorych nie mogą być zaliczane do dowodów z wypłaty z tytułu stosunków ubezpieczeniowych, lecz stanowią w myśl art. 72 cyt. pisma stwierdzające wykonanie umowy i wobec tego podlegają opłatom przewidzianym w ustawie".

Opłata ta wynosi 0.2% od sumy należności, jeżeli sprzedawca lub świadczący usługi zawarł umowę w zakresie swego przedsiębiorstwa podlegającego podatkowi przemysłowemu lub ustawowo zwolnionego od tego podatku, zaś 1% od sumy należności, o ile powyższy warunek nie zachodzi (art. 72 i 90 cyt.).

Ponieważ lekarze, lekarze-dentyści i akuszerki opłacają podatek przemysłowy, przeto rachunki ich dla Kas Chorych przeznaczone podlegają opłacie 0.2% od sumy należności i to bez względu na to, czy wykonują oni swe czynności na zasadzie t. zw. wolnego wyboru, czy też na podstawie umowy służbowej. Umowa służbowa sama wolną jest od opłaty (art. 91/1 cyt.).

Rachunki na sumy poniżej 20 zł. wolne są od opłaty (art. 73/1 cyt.).

Powyższe uwagi dotyczą też rachunków dostawców i aptekarzy dla Kas Chorych (a zatem 0.2% względnie 1% od sumy należności), przyczem zwraca się uwagę na postanowienie końcowe art. 73 cyt., wedle którego wolne są od opłaty ra-

*) W ustępie niniejszym i pierwszym tego artykułu powołuję się na judykaturę austrjacką, gdyż — o ile mogłem stwierdzić — Najwyższy Sąd w Warszawie nie miał jeszcze sposobności rozpatrywać kwestji, o której mowa.

**) Niestety, wygotowany przez Min. Pr. i O. Sp. projekt ustawy o ubezpieczeniu chorobowem i inwalidzkiem (rozesłany już po napisaniu niniejszego artykułu) nie rozstrzyga kwestyj przywilejów należności Kas ubezpieczeń społecznych w Małopolsce, lecz utrzymuje w tym względzie obowiązujące przepisy (art. 2000 ust. 3, w którym słowo „pozostają" należy sprostować na „korzystają").

chunki aptekarzy umieszczane na receptach lub na odpisach recept załączonych do lekarstw.

III STEMPLE OD SKRYPTÓW DŁUŻNYCH.

Ponieważ w ostatnim czasie Kasy Chorych lub też Okręgowe Związki Kas Chorych często zaciągają pożyczki na cele inwestycyjne, przeto zwraca się uwagę na przepis art. 120/1 cyt., według którego obligacje związków przymusowych, a zatem skrypty dłużne zeznawane przez Kasy Chorych lub Okręgowe Związki Kas Chorych wolne są od opłaty stemplowej.

Taksamo wolne są od opłaty stemplowej obligacje wydane tytułem pożyczki Kasom Chorych i Okręgowym Związkom Kas Chorych (art. 120/2 cyt.).

To samo tyczy się naturalnie wszystkich związków przymusowych, a zatem także zakładu ubezpieczeń od wypadków oraz zakładu pensyjnego.

Dr. R. B.

DR. D. BUCHHEIM.

ZMIANA ADMINISTRACJI KAS CHORYCH.

Nawiązując do mego poprzedniego artykułu jestem stanowczo zdania, że niema potrzeby ustawowego nadania naczelnemu lekarzowi jakichś specjalnych uprawnień. Co do lekarzy bowiem, to stosunek ich do Kasy chorych uregulowany jest umową, zawartą między lekarzami Kas chorych, a odnośnym Zarządem Kas chorych. Stanowisko zaś naczelnego lekarza Kasy chorych jest ustawą i statutem wzorowym ściśle określone. Ponieważ liczyć się musimy z tem, że członkowie zarządu nie są w przeważnej części fachowcami w sprawach lecznictwa, przeto naczelny lekarz służyć ma zarządowi swoją opinją fachową gdy się np. rozchodzi o przyjęcie nowego lekarza, o zakupienie materjałów aptecznych i środków leczniczych.

Natomiast byłoby to wprost szkodliwem, gdyby chciano przyznać naczelnemu lekarzowi głos decydujący względnie prawo sprzeciwu przeciw uchwałom zarządu dotyczącym np. przyjęcia lekarza. W tym bowiem razie o przyjęciu lekarza decydowałby nie zarząd, lecz lekarz naczelny, względnie miejscowi lekarze, zorganizowani w związku zawodowym. Tak samo byłoby niebezpiecznem dać ustawowo wpływ lekarzowi naczelnemu w sprawach zwolnienia i rozwiązania umowy z jednym lub drugim lekarzem Kasowym, w tych wypadkach, gdzie Zarząd uważa pracę tego lekarza dla kasy za nieodpowiednią i szkodliwą. W tym wypadku obowiązany jest Zarząd Kasy chorych również wysłuchać opinji naczelnego lekarza, ale nie może być krępowany w ocenie działalności lekarza, którego ma zamiar zwolnić.

Natomiast jestem zdania, że bez zmiany ustawodawstwa o Kasach Chorych można w drodze rozporządzeń ministerjalnych wydać zarządzenia, dotyczące zmiany sposobu administrowania w Kasach Chorych. Zarządzenia takie administracyjne są konieczne celem podniesienia sprawności Kas Chorych i dla ulepszenia kontroli Władz nadzorczych.

Wedle dotąd obowiązujących zarządzeń i przepisów administracyjnych, zarządy Kasy Chorych ze swoich posiedzeń spisują protokuły, zawierające tylko treść uchwał. Odpis takich protokułów mają Zarządy obowiązek przesyłać Okręgowemu Urzędowi Ubezpieczeń. Otóż Okręgowy Urząd Ubezpieczeń po otrzymaniu takiego protokułu może skontrolować działalność Zarządu jedynie w tym kierunku, czy zapadłe uchwały są zgodne z ustawą, i tylko w razie niezgodności treści uchwały z przepisami ustawy znosi tę uchwałę. Natomiast Okręgowy Urząd Ubezpieczeń, nie znając stanu aktów na podstawie których uchwały te zapadły, ani nie znając uzasadnienia wniosków członków Zarządu, dotyczących sprawy zakończonej uchwałą — nie może mieć pojęcia o tem, czy na podstawie odnośnych akt nie powzięto uchwały w myśl ustawy niedopuszczalnej. Wykażę to na kilku drastycznych faktach, które się rzeczywiście zdarzyły. Pewna Kasa Chorych rozpisała konkurs na technika - dentystę i w warunkach ogłoszenia wyraźnie zastrzeżono, że kandydat na tę posadę musi być obywatelem polskim. Warunek ten zresztą musiał być postawiony, zgodnie z Konstytucją. Powiatowa Kasa Chorych bowiem jest instytucją publiczną, a tem samem funkcjonarjuszem Kasy Chorych może być tylko obywatel Rzeczypospolitej.

Między innemi kandydatami zgłosił się także jeden obywatel czeski. Na posiedzeniu Zarządu, Prezydjum przedstawiło, jako najbardziej odpowiadających trzech kandydatów, a między niemi i owego cudzoziemca, naturalnie, nie ukrywając, że jest on cudzoziemcem. Mimo sprzeciwu dwóch członków Zarządu, większość, w myśl propozycji przewodniczącego, uchwaliła przyjąć tego cudzoziemca. W protokule z tego posiedzenia, naturalnie znajduje się tylko uchwała Zarządu, że przyjmuje się N. N. na technika - dentystę Kasy chorych. Okręgowy Urząd Ubezpieczeń otrzymawszy odpis tego protokułu posiedzenia Zarządu naturalnie nie kwestjonuje uchwały przyjęcia N. N. na funkcjonarjusza Kasy Chorych, ponieważ nie wie wcale o tem, że funkcjonarjusz ten jest obcokrajowcem. I wbrew przepisom ustawowym jest u nas obcokrajowiec funkcjonarjuszem publicznym.

Gdyby natomiast protokuły posiedzeń Zarządu Kas Chorych musiały zawierać przynajmniej wszystkie wnioski w pewnej materji, postawione oraz zawierały treść króciutką uzasadnień wszystkich wniosków w tej materji, wówczas Okręgowy Urząd Ubezpieczeń dowiedziałby się z protokułu o tem, że przyjęto na funkcjonarjusza obcokrajowca i mógłby wówczas zawiesić tę uchwałę, jako sprzeczną z ustawą. W innej Kasie Chorych zachorował członek tejże Kasy, będący kierownikiem filji sprzedaży wirówek firmy N. N.

Lekarz Kasy Chorych, a następnie komisja lekar-

ska uznała go rzeczywiście chorym, ale orzekła, że mimo to, jest zdolny do pracy, jako kierownik tego sklepu. Ubezpieczony ten twierdził, że musi sobie przyjąć wskutek złego stanu zdrowia jeszcze jedną pomoc do sklepu i żądał wypłacenia mu zasiłku, przyznając, że mimo niedyspozycji, dalej kieruje filją. Przyjmijmy wypadek, że Zarząd Kasy Chorych przychyla się do żądania N. N. i uchwala wypłacić mu zasiłek, który wobec należenia członka do najwyższej grupy ubezpieczenia, jest dosyć wysoki. Okręgowy Urząd Ubezpieczeń i w tym wypadku dowiaduje się tylko o uchwale, iż członkowi przyznano zasiłek w wysokości 60%, a więc w wysokości ustawowej i naturalnie tej uchwały nie uchyla. Wynik jest zatem ten, że jeden członek zupełnie bezprawnie przez kilka, a nawet kilkanaście tygodni otrzymuje z Kasy Chorych po 9 zł. dziennie. Natomiast, gdyby protokuł posiedzenia Zarządu zawierał krótką treść uzasadnień wszystkich wniosków w tej sprawie postawionych — wówczas Okręgowy Urząd Ubezpieczeń z tego materjału dowiedziałby się, że — w myśl ustawy członek N. N. nie ma prawa do zasiłku, a w konsekwencji zawiesiłby tę uchwałę Zarządu, jako sprzeczną z ustawą.

Należy zatem zarządzić zmianę sposobu prowadzenia protokułów posiedzeń Zarządów Kas Chorych w tym kierunku, że protokuły te mają zawierać króciutką treść uzasadnień wszystkich wniosków za i przeciw postawionych w pewnej materji, a następnie dopiero treść zapadłej uchwały.

Zarządy Kas Chorych załatwiając kwestję obowiązku zgłoszenia przez pracodawców członków oraz obowiązku opłacania przez tych pracodawców składek Kasy Chorych, mają bardzo często do zgryzienia twardy orzech, mając załatwić przytem kwestję prawną nieraz i dla prawnika dość zawiłą. Rozchodzi się tu mianowicie w przeważających wypadkach, o kwestję, kogo należy uważać za chałupnika, kto ma ubezpieczyć i w jakim stosunku znany we większych miastach typ służącej, zwanej potocznie „posługaczką", pracującą u kilku pracodawców. Inne kwestje prawne przy pociągnięciu do obowiązku ubezpieczenia w Kasie Chorych są mniej częste, ale również ważne i zasadnicze. W tych sprawach Zarządu nie mając w swoim składzie ani też w osobie dyrektora Kasy, wyszkolonego w tym kierunku prawnika, bardzo często wydają uchwały w tych sprawach, krzywdzące strony. I rzeczywiście też, w całej falandze spraw, pracodawcy wskutek tego narzekają na Kasy Chorych i wnoszą przeciw tym uchwałom Zarządu przez adwokatów odwołania. Niestety, wyczerpująca praca umysłowa i prawnicza adwokatów dla wykazania w wielu wypadkach rzeczywiście niesłusznego stanowiska Zarządu Kasy Chorych, nie odnosi żadnego skutku, a ponieważ odwołania te w Starostwach po największej części zostają przydzielone do załatwienia urzędnikowi kancelaryjnemu, który wprawdzie umie dobrze prowadzić swój oddział kancelaryjny, ale nie ma nie tylko studjów prawniczych, ale nawet i szkół średnich. Ten biedny urzędnik, naturalnie nie wiedząc, co z tym fantem zrobić, zatwierdza uchwałę zarządu, uzasadniając to zatwierdzenie słowami przesłanego razem z odwołaniem sprawozdania Kasy Chorych. Skutek jest ten, że pracodawcy mają jeszcze powód do narzekania na Kasy Chorych. Gdyby natomiast Starostwa otrzymały polecenie, że odwołania Kasy Chorych mają być przydzielone na stałe do załatwienia urzędnikowi referendarskiemu (a więc prawnikowi) Starostwa, to w przeważnej części naprawioną byłaby niesłuszna uchwała Zarządu. (Autor ma na myśli Kasy małopolskie. — **Red.**).

Musimy zwalczać nie tylko narzekania pracodawców, ale także i narzekania ubezpieczonych. Te narzekania są w przeważnej części nieuzasadnione oraz wynikiem nieznajomości uprawnień, jakie przysługują członkom w Kasie Chorych. Nasz robotnik nie jest w tym względzie dosyć uświadomiony i dlatego często występuje z pretensjami, którym Kasa Chorych, przy jaknajlojalniejszem zastosowaniu ustawy, niestety, zadość uczynić nie może. Członek zaś jest przeświadczony, że Kasa Chorych nie wypełnia wobec niego swoich obowiązków. Dla uświadomienia zatem mas pracujących i pouczenia ich, jakie i kiedy przysługują im prawa do świadczeń Kas Chorych, byłoby wskazanem urządzić w każdym okręgu Kas Chorych przynajmniej dwa razy w roku ogólne zebranie członków Kasy Chorych, na którem to zebraniu w popularnym wykładzie pouczyć należy członków o ich wszystkich prawach i obowiązkach. Wówczas członkowie znając dokładnie swoje prawa i przepisy, których się trzymać muszą, aby Kasa Chorych wobec nich wypełnić mogła swoje obowiązki, nie wystąpią wobec Kasy Chorych z urojonemi roszczeniami, zaś roszczenia ich uzasadnione zostaną przez Kasy Chorych wypełnione, a później ustaną narzekania członków. Ponieważ nie każda Kasa Chorych ma do dyspozycji osoby, któreby miały zdolność do takiego popularnego wykładu, wymagającego i znajomości praw i zawodowej praktyki w Kasach Chorych, przeto winny Okręgowe Związki Kas Chorych ustanowić takich instruktorów przynajmniej po jednym przy każdym okręgowym Związku. Naturalnie, że od instruktora takiego musianoby żądać zawodowego wykształcenia prawnego oraz zawodowej znajomości w dziale ustawodawstwa o Kasach Chorych.

Te wszystkie, tu proponowane zarządzenia są drobne i zupełnie proste, a mimo to, jak wyżej wykazałem, w skutkach swoich niezmiernie doniosłe. Ministerstwo Pracy i Opieki społecznej winno zatem bezzwłocznie te wszystkie zarządzenia wydać.

Reklamacje

z powodu nieregularnego dostarczania

„Przeglądu Ubezp. Społecznych"

nadsyłać należy

do Administracji pisma naszego

WARSZAWA, Lwowska 13.

ZJAZDY ZWIĄZKOWE.

II ZWYCZAJNY ZJAZD DELEGATÓW OGÓLNO-PAŃSTWOWEGO ZWIĄZKU KAS CHORYCH.

Dnia 1 czerwca r. b. odbył się II Zwyczajny Zjazd Delegatów Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych w Polsce. Zjazd był niezmiernie liczny, albowiem na 55 delegatów zjechało się 52, co świadczy o dużem zainteresowaniu delegatów przedmiotem obrad. Przedstawicielem Głównego Urzędu Ubezpieczeń był p. Jan Graliński. Poza tem zjawili się zaproszeni goście, pp. Dyr. Siwik, radca Czapla, dyr. Dratwa i komisarz Dietrich.

Zjazd zagaił przewodniczący Zarządu poseł Zygmunt Żuławski, witając zaproszonych gości i delegatów. Obradom przewodniczyli pp. poseł Rajmund Jaworowski (Warszawa) i Dr. Rafał Buber (Lwów).

Porządek dzienny był następujący:

1) Odczytanie protokułu I-go Zwyczajnego Zjazdu Delegatów.

2) Sprawozdanie Zarządu z czynności i bilans za rok 1926 (§ 20 lit. a statutu).

3) Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej.

4) Oznaczenie wysokości składki zwyczajnej Zw. Państwowego na rok 1927 (§ 20 lit. c i § 34 lit. d statutu).

5) Zmiana statutu Zw. Państwowego (§ 20 lit. d statutu)

6) Wolne wnioski.

Po przyjęciu bez zmian porządku obrad i protokułu I-go Zjazdu, przewodniczący Zarządu, poseł Żuławski, złożył sprawozdanie z działalności Zarządu za okres ubiegły. Zarząd wybrany został dnia 1.VI.1926 r., działalność więc trwała zaledwie 7 miesięcy. Związek Państwowy — stwierdza referent — jest instytucją nową, typu nieco odmiennego od Związków Okręgowych, wobec czego i działalność jego musi być odmienna, zwłaszcza w pierwszym jej okresie. Musi ona mieć wówczas charakter organizacyjny. Jako ważniejsze sprawy, które Zarząd załatwił, uważa referent: 1) założenie „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych", 2) zorganizowanie kursów dla pracowników Kas Chorych, 3) prace organizacyjne nad założeniem Aptecznej Centrali Handlowej.

„Przegląd" rozwija się stale. Abonują go prawie wszystkie Kasy Chorych i Związki, wzrasta stale liczba osób, niezwiązanych bezpośrednio z pracą Kas Chorych, które abonują „Przegląd". Dzięki temu, jak widać z przedłożonego bilansu, rezultat finansowy jest zupełnie dobry.

Pierwszy kurs dla pracowników Kas Chorych zakończony został dnia 15 maja. Dnia 31 maja odbyło się uroczyste zamknięcie kursów. Rezultat pracy tej był zupełnie zadowalniający, kurs ukończyło z wynikiem dobrym 24 słuchaczów.

Referent składa podziękowanie Zarządowi Okręgowego Związku Kas Chorych w Warszawie i Kasie Chorych m. Warszawy za wydatną pomoc finansową, udzieloną Związkowi Państwowemu na prowadzenie kursów.

Najtrudniejszą pracą było organizowanie Aptecznej Centrali Handlowej. Referent wyjaśnia plany Zarządu w tej dziedzinie, podstawy finansowe Aptecznej Centrali Handlowej, omawia możliwości zbytu i przypuszczalne obroty.

W końcu podnosi poseł Żuławski, iż Związek Państwowy jako reprezentacja o charakterze ogólno-państwowym, starał się nawiązać i utrzymać stosunki z instytucjami ubezpieczeń chorobowych. Związek starał się również udzielać pomocy wszelakiego rodzaju Kasom i Związkom i udzielał im porad prawnych, interwenjował u władz nadzorczych w sprawach ogólnych, informował wreszcie prasę o pracy Kas Chorych i o aktualnych zagadnieniach z dziedziny ubezpieczeń chorobowych.

Przewodniczący omawia bilans Związku i jego pozycje za r. 1925 i 1926, który został przesłany delegatom przed Zjazdem. Rezultaty gospodarki finansowej wskazują, iż oparta jest ona na podstawach zupełnie zdrowych. Mimo, iż w budżetach Związków Okręgowych nie przewidywano w r. 1926 składki członkowskiej na rzecz Związku Państwowego, składki wpływały zupełnie zadawalniająco i przyniosły (za 7 miesięcy) 126.656.79 zł. Zaległości składek były stosunkowo niewielkie, wynosiły bowiem w dn. 31.XII.1926 r. — 60.000 zł. Rezultat ten uznać należy za dobry. Najważniejszą pozycją wydatków są oczywiście koszty administracyjne, które wyniosły 46.473.55 zł., z czego płace 27.900.87 zł. Odpisy na fundusz amortyzacyjny dokonany został w myśl wskazówek władz nadzorczych, odpisano bowiem 25% z ruchomości. na fundusz zapasowy 10%. Wynosi on w dn. 31.XII.1926 r. — 12.665.68 zł.

Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej składał p. Wacław Lenga: Komisja Rewizyjna odbyła 2 posiedzenia. Na 1-szem posiedzeniu ukonstytuowała się wybierając przewodniczącym p. Wacława Lengę. Ponadto dnia 31.XII.1926 r. członkowie Komisji pp. Wacław Lenga i Mieczysław Jastrzębowski zbadali kasę Związku i stwierdzili zgodność ksiąg i stanu gotówki w kasie.

Referent przedkłada następujący wniosek:

„Komisja Rewizyjna zbadała na posiedzeniu w dniu 23.III.27 r. poszczególne pozycje bilansu i rachunku działalności Związku Państwowego, porównała je szczegółowo z pozycjami ksiąg pomocniczych, zamkniętych w dn. 31.XI.1926 r., stwierdzając zupełną zgodność wzajemną.

Komisja Rewizyjna proponuje przelanie nadwyżki bilansowej za rok 1926 wynoszącej

Zł. 59.221.04 gr.

(pięćdziesiąt dziewięć tysięcy dwieście dwadzieścia jeden złotych 04 gr.) na kapitał obrotowy Aptecznej Centrali Handlowej, organizowanej przez Związek Państwowy".

Po dyskusji, w której brali udział pp. Dyr. Miłkowski, Krawczyk, Dr. Rudkowski i Klimaszewski przyjęto bilans za 1925/26 rok oraz wniosek następujący:

„Przelać część nadwyżki w kwocie

Zł. 50.000.—

na kapitał obrotowy Aptecznej Centrali Handlowej, resztę zaś w kwocie

Zł. 9.221.04 gr.

przelać do funduszu zapasowego Związku Państwowego.

Przystąpiono do 4 punktu obrad: „Oznaczenie wysokości składki zwyczajnej Związku Państwowego za rok 1927 (§ 20 lit. c i § 34 lit. d statutu)".

Referent p. Dr. Krieger, przedkłada następujący wniosek Zarządu:

„Składka zwyczajna na rok 1927 członków Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych w Polsce wynosić będzie po 1 (jednym) groszu miesięcznie od ubezpieczonego w Kasach zrzeszonych w Związkach Okręgowych według stanu z dnia 1.I.1927 r.

Zapłacone przez członków zaliczki na rok 1927 zaliczone będą na poczet składki zwyczajnej".

Okręgowy Związek Kas Chorych w Poznaniu złożył wniosek następujący:

„Składkę zwyczajną na rok 1927 oznacza się w wysokości 0.75 gr. od każdego z członków, należących do Kas Związkowych". Referent odczytuje preliminarz miesięczny budżetu, jako preliminarz orjentacyjny na uzasadnienie wniosku Zarządu.

Po dyskusji, w której brali udział pp. Klimaszewski, Krawczyk, Kochański, Ochman, Danielewicz, Dr. Kunicki i poseł Żuławski, wniosek Zarządu uchwalono.

Przystąpiono do 5-go punktu obrad: „Zmiana statutu Związku Państwowego (§ 20 lit. d statutu)".

Referent Dr. Krieger, który przedkłada następujący wniosek Zarządu:

„§ 4 a. po słowach „Związków Okręgowych" dodać słowa: „i Kas Chorych".

„§ 10 skreślić w ustępie 2-im słowa: „i Związku Państwowego".

„§ 16 otrzymuje brzmienie następujące: „Zjazd Delegatów wybiera z pośród obecnych na posiedzeniu Delegatów Przewodniczącego, jego Zastępców w koniecznej liczbie oraz sekretarzów. Wybrani są ci, którzy otrzymują największą liczbę oddanych głosów.

Wybrany przewodniczący Zjazdu Delegatów, jego zastępcy i sekretarze pełnią swe obowiązki aż do następnego Zwyczajnego Zjazdu Delegatów, na którym nastąpić musi wybór nowego przewodniczącego, zastępców i sekretarzów w myśl postanowień §-u niniejszego".

§ 31 ust. 4 otrzymuje brzmienie następujące: „Dyrektor podlega w sprawach służbowych zarządzeniom Zarządu wzgl. Przewodniczącego... i t. d. (reszta bez zmiany).

§ 32 ust. ostatni słowo: „Zarząd" (wiersz 2-gi) zastąpić słowami: „Komisja Rewizyjna".

§ 38 ust. 4 otrzymuje brzmienie następujące: „Uchwała Zjazdu wymaga zatwierdzenia Głównego Urzędu Ubezpieczeń." Referent oświadcza, że Zarząd godzi się na wniosek Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie w sprawie zmiany § 8 statutu, a mianowicie:

„§ 8 otrzymuje następujące brzmienie: „Każdemu Okręgowemu Związkowi Kas Chorych, posiadającemu do 400.000 ubezpieczonych, przysługuje na Zjeździe 10 głosów, Związkom Okręgowym, liczącym powyżej 400.000 ubezpieczonych, przysługuje prawo dalszego głosu na każde dalsze 50.000 ubezpieczonych, przyczem więcej niż połowa tej liczby liczy się za całość. Okręgowe Związki mogą powierzać wybranym przez się delegatom najwyżej po 2 głosy na Zjeździe. Zastępców wybiera się przynajmniej w równej liczbie delegatów".

Wniosek Zarządu oraz wniosek Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie uchwalono jednogłośnie bez dyskusji.

Przystąpiono do 6-go punktu porządku obrad: „Wolne wnioski".

Po wyczerpaniu porządku dziennego przewodniczący poseł Jaworowski podziękował zebranym za udział w Zjeździe i zamknął posiedzenie.

ZJAZD OKR. ZW. K. CH. W KRAKOWIE.

W dniu 2 czerwca b. r. odbyło się w Warszawie, w lokalu Ogólno - Państwowego Związku Kas Chorych, Walne Zgromadzenie Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie.

W Zgromadzeniu uczestniczyło 43 delegatów, reprezentujących 29 Kas a 340 głosów. Od 7 zrzeszonych Kas nie przybyli delegaci, posiadający razem 12 głosów.

Zgromadzeniu przewodniczył poseł Reger (Cieszyn), który po przywitaniu przedstawicieli władz rządowych w osobach p. Adama Korskiego, kierownika Głównego Urzędu Ubezpieczeń, p. D-ra Franciszka Szkodzińskiego, dyrektora Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń we Lwowie i p. Chomickiego, dyr. Okr. Urzędu oraz p. posła Żuławskiego, przewodniczącego Zarządu Ogólno - Państwowego Związku Kas Chorych w Warszawie — otworzył zgromadzenie, powołując na sekretarza delegata p. Katańskiego (Andrychów). Po wyłonieniu Komisji Matki, dla postawienia wniosków do wyborów, komisji weryfikacyjnej i protokółowej udzielił przewodniczący głosu dyrektorowi Związku p. Klemensiewiczowi, który powołując się na drukowane sprawozdania, skreślił dotychczasową działalność Związku i rozwinął plan pracy na najbliższą przyszłość. Za najważniejsze zadanie uważa dokończenie dwóch pawilonów w Bystrej, które mają być przeznaczone na lecznicę dla chorych gruźliczych. W roku ubiegłym wygotowano plany, zestawiono kosztorysy i podjęto kroki w kierunku umożliwienia Związkowi finansowego opanowania planowanej budowy. W roku bieżącym budowę się ma wykończyć, aby na zimę umożliwić uruchomienie lecznicy.

Drugą ważną gałąź działalności Związku, działalność lustratorską i organizacyjną, wykonywał Związek przez oddział inspekcyjny, w którym oprócz kierownika oddziału pracuje trzech lustratorów. Oddział wydawniczy rozszerzył znacznie w ubiegłym roku swoją działalność. Oprócz formularzy i druków dla Kas Chorych, wydał zbiory okólnikrw Okręgowych Urzędów Ubezpieczeń w Warszawie i Lwowie, ustawę o Kasach Chorych oraz dalsze zeszyty wykładów klinicznych, poradni lekarskiej i bibljoteki społeczno-higjenicznej. W najbliższych miesiącach rozpocznie oddział wydawnictwo o charakterze popularno-profilaktycznym, w formie miesięcznika p. t. „Droga do zdrowia".

Ponadto Związek przygotowuje ruchomą wystawę przeciwgruźliczą i zorganizował na prowincji popularne wykłady z dziedziny profilaktyki.

W ubiegłym roku odbył się też kurs 6-tygodniowy dla pracowników Kas Chorych.

W końcu apeluje mówca do lojalności Kas Chorych zrzeszonych w Związku i prosi Zarządy o zachowanie nadal tak życzliwego stanowiska, jakie dotychczas władze wobec Związku objawiały.

Sprawozdanie lekarskie z działalności Związku zdaje przewodniczący Zarządu Dr. Kunicki. Zaznacza, że aczkolwiek Kasy Chorych nie mogą brać na swoje barki całego ciężaru walki z gruźlicą, tem niemniej powinny w tym kierunku spółdziałać z innemi organizacjami i mogą w swoim zakresie dużo zdziałać na tym polu. Ułożenie planu pracy i zorganizowanie jej jest obowiązkiem Związku. Związek też podjął wykończenie budowy pawilonu dla gruźliczych w Bystrej, oraz zamierza rozszerzyć specjalistyczne leczenie w swojej lecznicy w Krakowie. Ponieważ budowa gmachu na ambulatorja przekracza na razie finansową możność Związku, postanowiono wybrać drogę tańszą, mianowicie stopniowe odkupywanie mieszkań zajętych obecnie w gmachu Związku przez prywatnych mieszkańców i urządzania uzyskanych lokalów na ambulatorja i poradnie.

Dalej wskazuje na nieuregulowany jednolicie stosunek służbowy i uważa za wskazane odbycie w tym celu konferencji Okręgowych Związków wraz z Ogólno-Państwowym Związkiem w Warszawie.

W końcu podniósł Dr. Kunicki konieczność utworzenia biura pośrednictwa pracy dla lekarzy i pracowników Kas Chorych.

Wicedyrektor Związku Dr. Mazur przedkłada sprawozdanie gospodarcze i finansowe. Stan gospodarczy Związku bezsprzecznie poprawił się w porównaniu ze stanem lat poprzednich. Pomału poczyna Związek likwidować te swoje

zobowiązania, które były następstwem założenia Związku, budowy lecznicy w Krakowie i urządzenia sanatorjum w Bystrej. Uciążliwe długi zostały częściowo spłacone, częścią skonwertowane pożyczkami spłacanemi w dogodnych ratach. Uzyskany kredyt wekslowy w Banku Gospodarstwa Krajowego i banku Holzera w Krakowie pozwala lokować nadesłane przez Kasy rymesy. Kasy Chorych regulują swe zobowiązania głównie za pomocą cesji pretensji z art. 48 ustawy z 19/5 1920 r.

Stosunki gospodarcze poczynają się układać w Związku normalnie i bilans ogólny wykazuje nadwyżkę. Tem niemniej wskutek ustawicznych a koniecznych adaptacji lecznicy, doskonalenia lecznictwa i rozbudowy sanatorjum bystrzyńskiego, spada na Związek tyle ciężarów płatnych gotówką, że istotnie przypływ gotówki nie pokrywa koniecznego zapotrzebowania kasowego. Stąd jedynie konieczności uciekania się jeszcze do krótkoterminowego kredytu wekslowego.

Rozbudowa Bystrej opiera się na kredycie długoterminowym, który uzyskano w Zakładzie ubezpieczenia od wypadków we Lwowie. Ponieważ kredyt ten nie wystarczy, będą Kasy związkowe musiały przyjść z pomocą finansową, o ile uznają konieczność rozbudowy.

Imieniem komisji kontrolującej oświadcza jej przewodniczący, że po zbadaniu rachunków i zestawień bilansowych okazała się najzupełniejsza poprawność w prowadzeniu księgowości, wnosi przeto o udzielenie absolutorjum Zarządowi i dyrekcji. Po krótkiej dyskusji przyjęto sprawozdanie do wiadomości i udzielono absolutorjum.

Z ważniejszych wniosków uchwalono jednorazową daninę po 50 gr. od członka na rozbudowę sanatorjum w Bystrej i wykończenie dwóch pawilonów dla gruźliczo chorych.

Ponadto jednogłośnie powzięto następującą uchwałę:

Przedstawiciele Kas Chorych w Krakowie na rocznem zgromadzeniu w dniu 2 czerwca b. r. w Warszawie wyrażają cześć obywatelom miasta Radomia, którzy przez wybór ob. Dr. Kelles - Krauza radcą miejskim i przewodniczącym rady miejskiej dali wyraz głębokiego zrozumienia i pełnego uznania dla jego obywatelskiego i prawdziwie społecznego stanowiska, jakie zajął w sporze lekarzy z tamt. Kasą Chorych i mimo zorganizowanej na jego cześć osobistą złośliwej kampanji, wytrwał na zajętem stanowisku, salwując dobro instytucji i szerokich rzesz ubezpieczonych.

Jako dalszy punkt nastąpiły wybory władz Związku. Przewodniczącym Zgromadzenia Delegatów wybrano posła Żuławskiego, do nowego zaś Zarządu weszli następujący przedstawiciele Kas Chorych: poseł Reger (Cieszyn), poseł Dr. Bobrowski (Kraków), Dr. Kunicki (Kraków), Dr. Gross (Biała), Dziki (Bielsko), Lubodziecki (Olkusz), Miłkowski (Częstochowa), Pleszczyński (Radom), Dr. Michałowski (Sosnowiec).

W skład Komisji Rewizyjnej weszli: Pająk (Biała), Hoffman (Bielsko), Katański (Andrychów).

Po uchwaleniu drobnych zmian w regulaminie dla pracowników i rezolucji w sprawie noweli do ustawy o Izbach lekarskich, zabrał głos kierownik Głównego Urzędu Ubezpieczeń p. Adam Korski i w dłuższem przemówieniu skreślił wyniki dotychczasowej działalności krakowskiego Związku Kas Chorych, który w możliwie najszerszym zakresie rozwinął agendy i w pełni wykonał zadania, które Związkom Kas Chorych wyznaczyła ustawa. Przewodniczący Zarządu Dr. Kunicki w odpowiedzi zaznaczył, że pomyślne wyniki pracy zawdzięcza Związek lojalności zrzeszonych Kas oraz harmonji i wzajemnem zrozumieniu, które panuje między Związkiem a władzami rządowemi jako nadzorczemi i dziękował Okręgowemu i Głównemu Urzędowi za życzliwe i zawsze przychylne stanowisko wobec wszelkich poczynań Związku.

O godz. 3-ciej popołudniu przewodniczący zamknął Zgromadzenie, dziękując obecnym za uczestnictwo i rzeczowe obrady.

W dniu następnym t. j. 3 czerwca delegaci zwiedzali urządzenia warszawskiej Kasy Chorych, tak organizacje administracji, jak lecznicę i ambulatorja, zaś 4-go zwiedzili wystawę higjeniczno - sanitarną.

ZJAZD DELEGATÓW OKR. ZW. K. CH. WE LWOWIE.

W dniu 22 maja 1927 odbyło się zwyczajne posiedzenie Zgromadzenia Delegatów Okr. Związku Kas Chorych we Lwowie. Posiedzenie obesłane zostało bardzo licznie, bo, kiedy dotychczas najwyższą ilość reprezentowanych na posiedzeniu Kas Chorych stanowiła cyfra 45, w ostatniem posiedzeniu wzięli udział delegaci 52 Kas Chorych (na ogólną ilość 57 Kas Chorych) na terytorjum całego okręgu, obejmującego województwa: lwowskie, stanisławowskie, tarnopolskie i wołyńskie). Poza członkami Zgromadzenia Delegatów wziął udział w posiedzeniu Zarząd Związku, oraz Komisja Rewizyjna. Z ramienia Biura obecny był kierownik Biura i lekarz naczelny.

Posiedzenie zagaił zastępca przewodniczącego Zgromadzenia Delegatów, del. Mikruta, poczem na wniosek delegata Drobuta wybrany został przewodniczącym dr. Rafał Buber (Lwów — miasto).

Po objęciu przewodnictwa, dr. Buber zawiadamia Zgromadzenie Delegatów o stracie, jaką poniosło na terenie tutejszego okręgu ubezpieczenie społeczne przez śmierć wybitnych w tej dziedzinie działaczów: ś. p. Józefa Abdermana, byłego dyrektora Powiatowej Kasy Chorych we Lwowie, członka Zarządu Związku od początku istnienia jego władz autonomicznych, ostatnio przewodniczącego Komisji Rewizyjnej Związku, błp. Dawida Salamandra, dyrektora Kasy Chorych miasta Lwowa, również byłego członka Zarządu Związku, a ostatnio przewodniczącego Komisji Rewizyjnej Związku, ś. p. Jana Kozakiewicza, dyrektora Powiatowej Kasy Chorych w Kołomyji — niegdyś pierwszego posła socjalistycznego ze Lwowa do parlamentu austrjackiego.

Zgromadzenie Delegatów uczciło pamięć zmarłych przez powstanie.

Jednomyślnie przyjęto zaproponowany porządek dzienny:

1) Odczytanie protokułu z ostatniego posiedzenia,
2) Sprawozdanie z działalności za rok 1926,
3) Uchwalenie preliminarza budżetowego na rok 1927,
4) Uchwalenie preliminarza na budowę domu Związku,
5) Zatwierdzenie zmian regulaminu służbowego dla pracowników Biura,
6) Wybór delegatów na Zjazd Ogólno - Państwowego Związku Kas Chorych w Warszawie,
7) Wnioski i interpelacje.

Przed przystąpieniem do porządku dziennego przewodniczący wita dr. Franciszka Szkodzińskiego, przedstawiciela Władz nadzorczych, który wygłosił dłuższe przemówienie o stanie organizacyjnym i finansowym Kas Chorych.

Sprawozdanie imieniem Zarządu składa prezes Szczyrek, powołując się na wydane drukiem sprawozdanie z działalności tak Okręgowego Związku Kas Chorych, jakoteż Kas Chorych całego okręgu, będące pierwszą tego rodzaju publikacją w Polsce.

Pod względem finansowym walczył Związek w okresie sprawozdawczym z olbrzymiemi trudnościami. Z jednej strony

poważne zobowiązania i trudności w zasilaniu instytucji gotówką wobec ogólnego ciężkiego położenia gospodarczego w Państwie, z drugiej strony niemożność spłaty kontraktowych długów, konieczność ponoszenia bardzo poważnych wydatków bieżących na utrzymanie biura, Lecznicy i Domu Zdrowia w Iwoniczu, wymagały czujności i zapobiegliwości. To też wynik gospodarczy z okresu roku sprawozdawczego dowodzi, iż te wysiłki nie pozostały bez rezultatu. Związek jest instytucją bardzo jeszcze młodą, na tory obecnego rozwoju wkroczył właściwie dopiero dnia 22 grudnia 1924 r., t. j. w dniu, kiedy Związek nabył nieruchomości przy ul. Dwernickiego 1, 3 i 5, które dały dopiero podstawy pod rozwój organizacyjny instytucji.

Duża już obecnie instytucja funkcjonowała przy dość szczupłym personelu — wydatki administracyjne wynosiły 113.392 zł. 08 gr., t. j. 24.85% w stosunku do wpływów, same koszty personalne wynosiły 67.846 zł. 21 gr., t. j. około 15% w stosunku do przychodów. Bilans Związku zamyka się czystą nadwyżką w wysokości 273.637 zł. 75 gr., co wraz z pozostałością funduszu zapasowego z roku 1925 (po odpisaniu niedoboru za r. 1925) w sumie 53.603 zł. 46 gr. podnosi bilansowy majątek Związku do sumy 327.241 zł. 21 gr. Z porównania stanu czynnego z biernym okazuje się, że ogólny czysty majątek Związku na dzień 1 stycznia 1927 wynosi 546.988 zł. 29 gr. Jeśli zważymy, iż nieruchomości, oraz w przeważnej części ruchomości nabywano w okresie, kiedy dolar kosztował 5.20 zł., wówczas po zwaloryzowaniu wydatków na zakupno nieruchomości i inwestycje otrzymamy czysty majątek wartości 874.657 zł. 49 gr. Nie została tu uwzględniona parcela w Iwoniczu, figurująca w bilansie z kwotą 4.154.20 zł., obecnie przedstawiająca wartość kilkunastu tysięcy dolarów. Najpoważniejszym, a nieproduktywnym wydatkiem Związku były odsetki i różnice kursowe, wynoszące 68.232 zł. 58 gr. Przyczyny tego są dwie: spadek wartości złotego w stosunku do dolara i nieregularność uiszczania należności związkowych przez Kasy Chorych.

Przy tej sposobności zaznaczyć wypada, iż mimo wszystko zaległości bilansowe Kas Chorych i w przyszłości nie wiele będą w stanie odbiec od sumy zaległości dzisiejszych, to jest bowiem nieuniknione przy wzajemnych rozliczeniach i obrotach finansowych w ogólności.

Lustracje Kas Chorych za rok 1926 nie dały takich wyników, jakich należałoby sobie życzyć z powodu braku odpowiedniego personelu. Faktycznie w ciągu okresu sprawozdawczego pełnił obowiązki tylko jeden lustrator. Lustracje przeprowadzono: 1) w zakresie administracji i ogólnej działalności, 2) w dziedzinie lecznictwa, 3) w dziale gospodarki aptecznej i lekami wogóle. Zlustrowano ogółem 21 Kas Chorych, z tego 2 Kasy dwukrotnie, a jedną trzykrotnie. Tak z powyższych sprawozdań, jak z rewizji, dokonywanych przez Okręgowy Urząd Ubezpieczeń we Lwowie, stwierdzić się da, iż stopień organizacji Kas Chorych w tutejszym Okręgu polepsza się.

Wydział Aptekarski zajmował się: 1) retaksacją recept, 2) wydawał opinje w sprawach aptekarskich dla Kas Chorych i władz państwowych, 3) przeprowadzał lustracje aptek kasowych i apteczek podręcznych, 4) prowadził apteczkę zakładową Lecznicy Związku.

Retaksacji podlegały w myśl roporządzenia Władz nadzorczych wszystkie recepty zrealizowane dla ubezpieczonych przez apteki prywatne. Koszty retaksacji wynosiły 4% od sumy zretaksowanej, a od 1 czerwca 1926 r. 3%. (Od 1 stycznia 1927 obniżono koszt retaksacji do 2.5% i zamierzoną jest dalsza obniżka).

Na podstawie retaksacji udzielano Kasom Chorym szczegółowych uwag i instrukcji.

Wnoszono memorjały do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Gen. Dyrekcja Służby Zdrowia) w sprawie taksy aptekarskiej, w sprawie powołania specjalnej Komisji dla ustalenia tejże taksy przy udziale przedstawicieli Kas Chorych, w sprawie rozporządzenia, tyczącego opustu dla Kas Chorych, w sprawie projektu rozporządzenia o wyrobie i obrocie specyfików farmaceutycznych, w sprawie specyfików nierejestrowanych i niedozwolonych do obrotu. Delegaci Związku brali udział w konferencjach zwoływanych przez Gen. Dyr. Służby Zdrowia, a delegat Związku współdziałał przy opracowaniu taksy aptekarskiej na rok 1927. Apteka zakładowa dostarczała leków dla oddziałów Lecznicy Związku, oraz dla pacjentów, pozostających w leczeniu ambulatoryjnem u specjalistów Związku.

Lecznictwo związkowe obejmuje: 1) Lecznicę Związku, posiadającą oddział chirurgiczny, ginekologiczno - położniczy, osesków oraz pracownię roentgenologiczną; 2) ambulatorja specjalistyczne, 3) Dom Zdrowia w Iwoniczu.

Zestawienie ogólne ruchu chorych, wizyt, itd.

Na oddziale chirurgicznym leczono 1.083 dni leczenia 10.416. Na oddziale położniczym leczono chorych 1.223 — dni leczenia 9.039. W hotelu własnym przebywało chorych 1.092 — dni leczenia 8.181. W hotelach obcych przebywało chorych 1.120 — dni leczenia 4.691. Razem umieszczono chorych 4.518 — dni leczenia 32.327.

W dniu przybycia chorych zbadano, wzgl. skierowano do szpitali, klinik, zakładów specjalnych i t. d. 3.619. Leczono w domu 377. Razem chorych 8.514.

W Domu Zdrowia w Iwoniczu leczono chorych 257 — dni lecz. 7.214. Ogółem chorych 8.771.

Skier. do lekarzy chor. wewnętrzn. chor. 1540 — wizyt 2326, czyli wiz. - powt. 786.

Skier. do lekarzy chor. nerwowych chor. 480 — wizyt 586, czyli wiz. - powt. 106.

Skier. do lekarzy chor. skórnych chor. 366 — wizyt 712, czyli wiz. - powt. 346.

Skier. do lekarzy chor. oczu chor. 1.297 — wizyt 3857, czyli wiz. - powt. 2560.

Skier. do lekarzy chor. gardła chor. 951 — wizyt 1840, czyli wiz. - powt. 889.

Skier. do lekarzy chor. zębów i jamy ustnej chorych 246 — udzielono porad 147 — ekstrakcji 214, konserwacji 254, protez 29.

W pracowniach ortopedycznych wykonano ogółem 276 protez, pasów brzusznych it. p.

Dni leczenia nie można ująć ściśle: minimalnie 45.000 dni.

Na oddziałach, w leczeniu ambulatoryjnem, za pośrednictwem obcych szpitali, klinik i t. d., w Domu Zdrowia w Iwoniczu i t. d. leczyło się dziennie 125 osób. Przeciętnie w ciągu całego roku przybywało do leczenia dziennie 23 — 24 osoby.

Poza wyżej wyszczególnionemi zadaniami działalności Zarządu Związku w zakresie ogólnym wyrażała się w pracy nad ujednostajnieniem zasad umowy zbiorowej z lekarzami Kas Chorych, regulaminu służbowego dla pracowników Kas Chorych. Ustalono warunki wzajemnego udzielania świadczeń ubezpieczonym obcych Kas Chorych, w drodze polubownej rozstrzygano spory pomiędzy Kasami Chorych, z tytułu zwrotu kosztów leczenia wynikłe, udzielano Kasom Chorym porad prawnych, interwenjowano w Urzędzie Ubezpieczeń, badano protokuły posiedzeń Kas Chorych, na podstawie których udzielano Kasom pisemnych instrukcji, przedstawiciele Za-

rządu opinjowali plany na budowy i rekonstrukcje gmachów Kas Chorych.

Po prezesie Szczyrku głos zabrał dyr. Pulnarowicz imieniem Komisji Rewizyjnej, stawiając wniosek na udzielenie Zarządowi absolutorjum i podziękowanie Zarządowi i Dyrekcji za owocną pracę. Wniosek bez dyskusji jednomyślnie uchwalono.

Uzgodniony i opracowany przez Zarząd, Komisję budżetową i Komisję Rewizyjną, preliminarz budżetowy na rok 1927, zatwierdzono w całej rozciągłości, przyczem za wnioskiem Zarządu było 208 głosów, za wnioskiem odmiennym, zdążającym do oparcia pokrycia wydatków nadzwyczajnych na daninie ustosunkowanej do ilości członków; 23 głosy—wstrzymało się od głosowania 11 głosów.

Sprawę preliminarza na budowę domu Związku referuje imieniem Zarządu wiceprezes Inż. Kolischer, przedkładając plan Zarządu, w myśl którego na własnej parceli przy ul. Snopkowskiej mianoby wybudować gmach na pomieszczenie chorych ambulatoryjnych (obecnie mieszkają w hotelach prywatnych) oraz ambulatorjum. Z tego tytułu nie miałoby urosnąć nowe obciążenia dla Kas Chorych. Zarząd winien budowę sfinansować drogą pożyczki długoterminowej, która amortyzowałaby się kwotami, wydawanemi obecnie na hotele prywatne.

Wniosek jednomyślnie uchwalono.

Regulamin służbowy dla pracowników Biura uchwalono jednomyślnie.

Dokonano wyboru 10 delegatów i 10 zastępców na Zjazd Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych w Warszawie.

Po szeregu aktualnych interpelacyj i rezolucyj, posiedzenie zakończono o godz. 13.30.

ADMINISTRACJA FUNDUSZU BEZROBOCIA W LATACH 1924—1925.

Obecnie pojawiło się sprawozdanie z działalności Funduszu Bezrobocia za lata 1924 — 1925. Dane co do ilości bezrobotnych, korzystających z Funduszu Bezrobocia, są co jakiś czas ogłaszane i dlatego najciekawszą dla czytelników „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych" w większości pracowników Kas Chorych i innych instytucyj ubezpieczeń społecznych jest kwestja administracji Funduszu Bezrobocia i jej kosztów. Ponieważ zamieszczone w sprawozdaniu dwa protokuły Komisji Rewizyjnej F. B. za rok 1924 i 1925 podnoszą oszczędną gospodarkę F. B., co zdaniem Komisji uwidoczniło się w niskich procentowych stosunkach rzeczywistych kosztów administracyjnych, przypatrzyć się należy cyfrom i zbadać, czy powyższa opinja jest słuszna.

Jak wiadomo, koszta administracji kas chorych pochłaniają w przecięciu państwowym 11.47% przypisanych składek, przyczem na koszty personalne idzie 8.49%, a na koszty rzeczowe 2.98% (statystyka urzędowa Min. Pracy i Op. Społ. za rok 1924). Tymczasem oficjalne koszta administracyjne F. B. wynosiły w roku 1924 tylko 3.57% wpływów (498.408.50 zł.), a w roku 1925 6.59% (3.150.394 zł.). Wynikałoby z powyższego zestawienia, że administracja F. B. jest bardzo tania a kas chorych bardzo droga. W rzeczywistości cyfry oficjalne, podane jako koszta administracyjne F. B. musimy poddać krytyce i sprostowaniu. W roku 1924 zdeklarowane składki na F. B. wynosiły złotych 2.390.067,47, a nadto kary za zwłokę i dary 1.066.95 zł., a wpłata Skarbu Państwa 11.556.136 zł., razem 13.497.269,62 zł. Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej oblicza procent kosztów administracyjnych od ogółu wpływów, a więc także od wpłaty Skarbu Państwa, co uważam za niesłuszne, gdyż na karb zasługi i pracy administracji F. B. można zaliczyć tylko składki a w takim razie procent kosztów administracyjnych wyniesie 20.85%, a nie 3.57%. W roku 1925 składki wynosiły 13.790.514.52 zł., (kary 419.908.65 zł., dary 3.522,42 zł.), wpłata Skarbu Państwa 31.739.000 zł., salda i procenty 1.804.382.10 zł., razem 47.756.892.89 zł. Procent kosztów administracyjnych (3.150.394 zł.) od składek wyniesie zatem 22.16% (a nie można brać od ogółu wpływów 6.59%). Nadto koszta nabycia inwentarza 57.889.63 zł.

Widzimy, że w ten sposób sprostowane koszta administracyjne F. B. są znacznie wyższe niż w kasach chorych. Przypatrzmy się teraz wynikom administracji F. B. Zaległości składek kas chorych wynosiły w 1924 roku 17.72%. Tymczasem zaległości F. B. wynoszą za 1924 rok 25%, a za 1925 rok 8% (?), ale na papierze, gdyż w rzeczywistości są znacznie wyższe. Oficjalny wykaz zaległości niema żadnej realnej wartości, gdyż zakłady pracy miesiącami nie deklarują składek a w obwodowych biurach niema dostatecznego personelu, aby je przyspieszyć, a tem mniej skontrolować prawidłowość wymiaru składek.

Nie istnieje zaś rygor, obowiązujący w kasach chorych, że pracodawca za raz zameldowanego pracownika musi płacić składki aż do jego wymeldowania. Jeszcze dzisiaj w roku 1927 wyłapuje się zakłady pracy, które zmuszone są zdeklarować i wpłacić wkładki za czas zaległy od roku 1924. System zaś deklaracji składek jest fatalny. Zakłady Pracy nie zgłaszają robotników indywidualnie ale sumarycznie a obliczenia składek robią same. Proszę sobie wyobrazić małokulturalnego i moralnego pracodawcę, zatrudniającego 6-ciu robotników, który ma sam obliczyć składki i zgłosić robotników sumarycznie. Gdyby ten system zastosować do kas chorych, to w ciągu kilku miesięcy zrujnowałby kasy chorych. Ażeby uzyskać rzeczywisty wykaz zaległości należałoby przeprowadzić kontrolę zakładów pracy, zalegających ze składkami celem sprawdzenia obliczenia składek i obliczyć zaległe składki a nadto wyszukać uchylających się od obowiązku ubezpieczenia na podstawie danych kas chorych, wtedy okazałoby się, że zaległości są olbrzymie.

O ile chodzi o wypłatę zasiłków, to uskuteczniają ją, jako instytucje zastępcze, gminy za wynagrodzeniem 3 — 5% od wypłacanych sum. W ośrodkach większego bezrobocia wynagrodzenie to jest bardzo wysokie, jak stwierdziła kontrola, przeprowadzona przez inspektorów Dyrekcji F. B. Wyręczanie się gminami jest bardzo drogie. Wypłaty zasiłków przez własne biura (ekspozytury) kosztowałyby mniej. Częste jednak defraudacje, popełniane przez pracowników F. B. zmusiły F. B. a względnie nawet Min. Pracy i Op. Społ. do wprowadzenia zasady, że wypłatę zasiłków powierzono gminom nawet w siedzibach Obwodowych Biur a wyjątkowo tylko własnym biurom. Wprawdzie czynności zastępcze F. B. mogły objąć kasy chorych, jednakowoż zajęły one odmowne stanowisko z dwóch powodów: po pierwsze wypłaty zasiłków opóźniano z powodu nieregularnego nadsyłania pieniędzy, kasy chorych nie mogły wziąć na siebie odium z tego powodu; po drugie system zgłaszania do ubezpieczenia na wypadek bezrobocia

robotników sumarycznie a nie indywidualnie uważali wytrawni praktycy ubezpieczeniowi — z prezesem Żuławskim na czele — za uniemożliwiający przymus ubezpieczeniowy każdego robotnika i będący źródłem nadużyć ze strony pracodawców. A przecież kasy chorych mają swoją kartotekę zakładów pracy oraz wielki aparat kontrolny i mogły użyć ją do kontrolowania deklaracyj zakładów pracy w sprawie ubezpieczenia na wypadek bezrobocia. Obwodowe Biura są w gorszem położeniu, nie mając do dyspozycji żadnych danych porównawczych i nie posiadając odpowiedniej ilości kontrolerów.

Uzdrowienie tych stosunków może nastąpić tylko w razie: 1) wprowadzenia obowiązku zgłaszania robotników indywidualnie, 2) rygoru obowiązującego w kasach chorych, że o ile pracodawca nie wymeldował ubezpieczonego pracownika, to musi za niego płacić, 3) wyposażenie Obwodowych Biur w odpowiedni personel, 4) wprowadzenie ściągania składek przez inkasentów a zniesienie obowiązku przesyłania składek do Warszawy na konto P. K. O. Rozbudowa Obwodowych Biur musi odbyć się kosztem Dyrekcji, która w obecnych rozmiarach niema żadnego uzasadnienia prawnego i powinna być zupełnie zniesiona, a zastąpiona Generalnym Inspektoratem dla kontroli Obwodowych Biur. Dyrekcja F. B. pochłonęła w 1925 roku 586.110.94 zł., podczas gdy koszta 52 Obwodowych Biur wynosiły 1.206.300.74 zł., a więc koszta utrzymania przerostu centralizmu wynosiły prawie tyle, co utrzymanie połowy Obwodowych Biur. To zestawienie wykazuje niedorozwój Biur Obwodowych, ich upośledzenie i braki, skutkiem których zaległości składek są dziś olbrzymie. Widoczne z tego, że centralistyczny system administracji F. B. jest fatalny. Personel Biur Obwodowych musi być odpowiednio powiększony i dobrany. Trzeba zarzucić niesłychany system protekcji, stosowany przez Dyrekcję F. B., który bierze protegowanego osobnika, przeważnie nieobznajmionego zupełnie z działalnością instytucyj ubezpieczeniowych a nieraz ludzi już karanych za przestępstwa. Na rozprawach sądowych defraudantów grosza F. B., wychodziło na jaw, że byli to recydywiści już karani!

Dzieje się to skutkiem dziwnego procederu, że dyrekcja F. B. nie bada zupełnie przeszłości urzędowo kandydatów na urzędników. Wolne stanowiska w Biurach Obwodowych powinny być ogłaszane publicznie. Obecnie w Biurach Obwodowych, skutkiem niedostatecznego personelu a nadto obarczenia balastem protegowanych miernot urzęduje się także popołudniu nieraz do późnego wieczora. Godziny te nie są zupełnie wynagradzane, gdyż nie można uważać za odpowiednie wynagrodzenie przyznanej w dwu ratach pensji trzynastej, którą otrzymali pracownicy samorządowi bez odsiadywania godzin pozaurzędowych. Personel musi być odpowiednio dobrany, wyszkolony i wynagrodzony. Lepsze siły urzędnicze pracują w Funduszu Bezrobocia tylko z powodu obecnego bezrobocia i runu bankowego. W razie polepszenia się sytuacji na rynku pracy siły te uciekną z F. B., dlatego też F. B. wymaga reorganizacji. Przyszłość i rozwój ubezpieczeń społecznych w Polsce leży w zjednoczeniu wszystkich dziedzin ubezpieczeń społecznych ,gdyż koszta administracyjne osobnych instytucyj ubezpieczeniowych są olbrzymie, a przytem jak widzimy np. administracja F. B. zawiodła zupełnie w dziale ściągania składek i skutkiem tego wymaga olbrzymich wpłat Skarbu Państwa.

Ubezpieczeniowiec.

TREŚĆ.

Rok „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych".

Poseł Bronisław Ziemięcki: Ubezpieczenie na wypadek choroby na X Międzynarodowej Konferencji Pracy.

St.: Projekty konwencji i zalecenia Międzynarodowego Biura Pracy o ub. społ.

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej.

Dr. G. C.: Nadzór państwowy nad instytucjami ubezpieczeń społecznych.

Z praktyki kasowej.

Dr. D. Buchheim.: Zmiana w administracji Kas Chorych.

Zjazdy związkowe.

Administracja Funduszu Bezrobocia w l. 1924 — 1925.

Prenumerata:

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

Cena ogłoszeń:

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

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

ROK II | MIESIĘCZNIK

WARSZAWA, DN. 15 SIERPNIA 1927 R.

SPRAWOZDANIE STATYSTYCZNE

KASY CHORYCH m. WARSZAWY,

dotyczące

czasowo niezdolnych do pracy członków,
pobierających zasiłki skutkiem choroby
w okresie od 1.VII do 31.XII 1925 roku.

Zakł. Graf. B. Wierzbicki i S-ka, Warszawa, ul. Chmielna 61

SPRAWOZDANIE STATYSTYCZNE

KASY CHORYCH m. WARSZAWY,

dotyczące czasowo niezdolnych do pracy członków, pobierających zasiłki skutkiem choroby w okresie od 1.VII do 31.XII 1925 roku.

Sprawozdanie nasze dotyczy wszystkich chorych, niezdolnych do pracy członków Kasy Chorych m. Warszawy, którzy w ciągu danego półrocza otrzymali zasiłki z Kasy Chorych.

Materjał do sprawozdania stanowią indywidualne karty, wypełnione przez biuro świadczeń dla każdego chorego po wypłaceniu mu ostatniego zasiłku.

Każda karta zawiera następujące dane:

1. Imię i nazwisko chorego.
2. Wiek jego.
3. Zawód.
4. Rozpoznanie choroby.
5. Liczbę dni niezdolności do pracy i
6. Grupę zarobkową wg. której zarobek był wypłacony.

Karty były układane w biurze statystycznem w alfabetycznym porządku i w ten sposób można było ustalić liczbę osób, łącząc karty, gdy jedna i ta sama osoba posiadała 2 lub więcej kart.

Wszystkiego było 16.202 chorych, którzy dali 17.336 zachorowań i 427.668 dni niezdolności do pracy.

Ponieważ nasze sprawozdanie opiera się na danych, otrzymywanych z biura zasiłków, przeto dane te dotyczą nie wszystkich niezdolnych do pracy; *w rzeczywistości było więcej niezdolnych do pracy niż to nasza statystyka wykazuje.*

W sprawozdaniu brak wszystkich tych, którzy jakkolwiek byli pewien krótki okres czasu niezdolni do pracy, zasiłków jednak nie otrzymywali; do takich należeli ci, którzy nie pracowali 1—2 dni oraz ci, którzy pomimo nieraz ciężkiej choroby pracować musieli; tyczy się to przeważnie służby domowej. Nakoniec — ci, kórzy mając prawo do zasiłku, po takowy się nie zgłaszali (przebywający w szpitalach, bezdzietni niższych grup zarobkowych).

Przy opracowywaniu materjału statystycznego przytrzymywaliśmy się „Mianownictwa chorób", przyjętego przez Komisję Międzynarodową 14.X 1920 r. Przy podziale na klasy wieku uwzględnialiśmy podział, uchwalony przez Komisję Międzynarodową. Przy określaniu zawodów stosowaliśmy klasyfikację, przyjętą w Głównym Urzędzie Statystycznym.

Wszystkich członków Kasy było 1/V 1925 r. = 172.664.
„ „ „ „ 31/III 1926 „ = 165.709.

Liczba członków Kasy Chor., należących do poszczególnych zawodów — patrz wykres Nr. 1.
„ „ „ „ „ „ „ grup wieku „ „ „ 2.
„ „ „ „ „ „ „ „ zarobkowych „ „ „ 3.

I.

Liczba zachorowań i dni niezdolności do pracy p/g grup chorób.

(Wykres Nr. 4 i 5).

Ogółem było 17.336 zachorowań i 427.668 dni niezdolności.
Najwięcej zachorowań dały:

XIII. B.	Choroby wywołane przez urazy	17,8%
V.	„ narządów trawienia	16,5%
I. A.	„ zakaźne	15,2%
I B.	Gruźlica	10,9%
IV.	Choroby narządów oddechowych	8,8%

Jeżeli zwrócimy nwagę, że śród chorób trawienia 40% stanowią zachorowanie gardła, które powinny być zaliczone przeważnie do chorób infekcyjnych (grup. I. A.), to okaże się, że najwięcej zachorowań dały choroby infekcyjne (przeszło 20%).

Ponieważ długotrwałość poszczególnych chorób znacznie się różni między sobą, przeto statystyka dni niezdolności do pracy wykazuje zupełnie inny stosunek, mianowicie: najwięcej dni niezdolności dały:

I. B.	Gruźlica	27,0%
XIII. B.	Choroby wywołane przez urazy	14,1%
V.	„ narządów trawienia	11,0%
IV.	„ „ oddechowych	7,9%

A. Zachorowalność p/g grup chorób (na 1000 członków Kasy) i B. Liczba dni niezdolności do pracy, przypadająca na każde 100 członków Kasy p/g grup chorób.

(Wykres Nr. 6).

Dane te wskazują:

1) że w ciągu półrocza co 10-ty członek Kasy zapada na chorobę, powodującą niezdolność do pracy, i że wszyscy członkowie Kasy przeciętnie w przeciagu 2,5 dni otrzymują zasiłki,

2) że kobiety dają względnie mniej zachorowań i dni niezdlności do pracy, niż mężczyzni,

3) że członkowie Kasy Chorych najwięcej chorują:
   a) na ostre choroby infekcyjne (22,9 na 1000 człon.) łącznie z zapaleniem gardła (chor. infekcyjne + angina),
   b) „ chor. wywołane przez urazy 18,7 na 1000 członków.
   c) „ gruźlicę . . . . . 11,4 „ „

(śród chorób narządu oddychania pewien % należy odnieść także do gruźlicy).

4) że najwięcej, bo prawie w 40% wszystkich opłacanych dni niezdolności, obciążają finansowo Kasę Chorych choroby infekcyjne i to przedewszystkiem gruźlica, następnie ostre choroby infekcyjne łącznie z zapaleniem gardła.

Świadomość tych faktów powinna odegrać ważną rolę w sprawie rozwinięcia przez Kasę Chorych akcji zapobiegawczej.

Najczęściej zdarzające się chirurgiczne choroby dały następujące liczby przypadków chorób i dni niezdolności do pracy:

1.	Choroby kości i narządu ruchu . .	820	chor.	17,430	dni niezdoln.
2.	Ropienie	719	„	12.864	„ „
3.	Zapalenie wyrostka robaczk . . .	352	„	11.523	„ „
4.	Złamania	201	„	10.465	„ „
5.	Urazy ostr. narzędziami	358	„	5.171	„ „
6.	Nowotwory	66	„	4.164	„ „
7.	Gruźlica	52	„	3.696	„ „
8.	Oparzenia	213	„	3.528	„ „
9.	Przepukliny	91	„	3.450	„ „
10.	Kamica żółciowa	110	„	2.492	„ „
11.	Choroby żył	95	„	1.982	„ „
12.	Zmiażdżenia. (wozy, koleje i t. p.)	26	„	1.026	„ „
	Razem .	3.103	chor.	77.792	dni niezdoln.

Najczęściej zdarzające się choroby wewnętrzne dały następującą liczbę przypadków chorób i dni niezdolności:

1.	Organiczne choroby serca . . .	348	chor.	14.796	dni niezdoln.
2.	Rozedna płuc	164	„	6.664	„ „
3.	Zapalenie opłucnej	238	„	5.885	„ „
4.	Zapalenie nerek	115	„	4.975	„ „
5.	Choroby żołądka	240	„	3.945	„ „
6.	Wrzód żołądka	69	„	3.137	„ „
7.	Inne chor. nerek	119	„	2.900	„ „
8.	Gościec ostry	66	„	2.046	„ „
9.	Choroby wątroby	65	„	1.808	„ „
	Razem .	1.424	chor.	46.156	dni niezdoln.

Z powyższych danych można do pewnego stopnia wnioskować o liczbie potrzebnych łóżek szpitalnych.

Przeciętna długotrwałość chorób.

(Wykres Nr. 7).

W okresie II-go półrocza 1925 r. choroby powodujące niezdolność do pracy trwały przeciętnie po 24,7 dni (u kobiet 26,4 u mężczyzn 24,1 dni).

Najwięcej dni niezdolności przy każdem zachorowaniu dawały:

I. D	Nowotwory	po 63,1	dni
I. B	Gruźlica	„ 61,2	„
III.	Chor. narząd. krążenia	„ 34,9	„
II. A	Chor. układu nerwowego . . .	„ 34,7	„

Najmniej dni niezdolności dawały:

I. A	Choroby infekcyjne	po 12,1	dni
V. A	Chor. narząd. trawienia	„ 16,5	„ (anginy)
VIII.	Chor. skóry i tkanki łączn . . .	„ 17,6	„

II.

Zachorowalność, prowadząca do niezdolności do pracy, i długotrwałość chorób członków Kasy Chorych p/g grup wieku.

(Wykres 8 i 8-a).

Widzimy, że im okres wieku starszy, tem mniej daje zachorowań z niezdolnością do pracy.

Zjawisko to jednak obserwuje się nie przy wszystkich poszczególnych chorobach. Na choroby kości i narządu ruchu, krążenia i oddychania (z wyjątkiem gruźlicy) starsi członkowie Kasy Chorych chorują częściej od młodych (emphysema, arteriosclerosis).

III.

Zachorowalność, prowadząca do niezdolności do pracy w poszczególnych zawodach.

(Wykres Nr. 9).

Zachorowalność członków różnych zawodów znacznie różni się między sobą.

Najczęściej zachorowują pracownicy budowlani, którzy dają 22,7 zachorowań na 100 członków Kasy danego zawodu.

Najrzadziej (wyłączając służbę domową) chorują zawody wolne (dają 3,7 zachorowań).

Względnie często chorują pracownicy przemysłu drzewnego, metalowego i transportowcy. Pracownicy budowlani dają największy % zachorowań we wszystkich grupach chorób z wyjątkiem gruźlicy, gdzie I-sze miejsce zajmują pracownicy odzieżowi (wykres 8).

Na choroby narządu oddychania najczęściej chorują budowlani, drzewni i transportowcy (czyżby przyczyną miała być praca na dworze?).

% zachorowań i dni niezdolności do pracy w poszczególnych grupach chorób w stosunku do ogólnej liczby zachorowań, wzgl. dni niezdolności każdego zawodu.

2. METALOWCY.

W Kasie Chorych było wszystkich metalowców: mężczyzn 23.871 + kobiet 863 = 24.734. Zachorowalnośc 13,5%. Przeciętna liczba dni niezdolności na 1 członka 3,2. Było 3.344 zachorowań i 78.616 dni niezdolności. Z tego wypada na:

XIII B.	Urazy	dały	24,6%	wszyst.	zachor.	i	19,0%	dni	niezdoln.
V A.	Choroby narządów trawienia .	„	16,1%	„	„	„	10,1%	„	„
I A.	„ infekcyjne	„	15,2%	„	„	„	7,8%	„	„
I B.	Gruźlica	„	10%	„	„	„	27,5%	„	„
IV	Choroby narządów oddechowych	„	7,3%	„	„	„	7,3%	„	„
VIII	„ skóry i tk. łączn. . .	„	5,6%	„	„	„	4,1%	„	„

3. WŁÓKNIARZE.

Wszystkich członków mężczyzn 1155 + kobiet 2093 = 3248. Było 324 zachorowań i 8524 dni niezdolności. Zachorowalność 10,0%. Przeciętna liczba dni niezdolności na 1 członka 2,6.

V A.	Choroby narządów trawienia	dały	zachorowań	17,6%	i	dni niezdolności	12,0%
I A.	„ infekcyjne	„	„	17,3%	„	„	6,8%
I B.	Gruźlica	„	„	11,7%	„	„	30,5%

IV	Choroby narządów oddechowych	dały zachorowań	10,5%	i dni niezdolności	8,7%
XIII B.	Urazy	„ „	8,9%	„ „	7,1%
VI	Choroby moczopłciowe	„ „	5,9%	„ „	3,1%
VIII	„ skóry i tk. łączn. . .	„ „	5,2%	„ „	3,1%

4. DRZEWNI.

Wszystkich członków Kasy Chor. mężcz. 3.602 + kob. 224 = 3.826. Zachorowań było 576 i dni niezdolności 15.661. Zachorowalność 15,1%. Przeciętna liczba dni niezdolności na 1 członka 4,1.

XIII B.	Urazy	dały zachorowań	22,9%	i dni niezdolności	17,7%
V A.	Chor. narząd. trawienia . . .	„ „	15,8%	„ „	10,6%
I A.	Chor. infekcyjne	„ „	14,1%	„ „	5,8%
I B.	Gruźlica	„ „	11,3%	„ „	24,3%
IV	Chor. narząd. oddechania. . .	„ „	9,9%	„ „	11,5%
VIII	Chor. skóry i tk. łącznej . . .	„ „	8,3%	„ „	4,7%

5. PRACOWNICY ART. SPOŻYWCZYCH.

Wszystkich członk. Kasy Chor. mężcz. 4.300 + kob. 3.076 = 7.376. Zachor. było 528 i dni niezdoln. 13.128. Zachorowalność 7,2%. Przeciętna liczba dni niezdoln. na 1 czł. 1,8.

V A.	Chor. narządów trawienia . .	dały zachorowań	16,5%	i dni niezdolności	14,4%
XIII B.	Urazy	„ „	15,0%	„ „	9,9%
I A.	Chor. infekcyjne	„ „	13,4%	„ „	5,8%
IV	Chor. narząd. oddech.	„ „	11,9%	„ „	9,3%
I B.	Gruźlica	„ „	10,8%	„ „	27,1%
VIII	Chor. skóry i tk. łącznej . . .	„ „	8,7%	„ „	8,9%

6. PRACOWNICY ODZIEŻOWI.

Wszystkich członków Kasy Chor. mężcz. 4.841 + kob. 4.564 = 9.405. Zachorow. było 1.046 i dni niezdoln. 32.903. Zachorowalność 11,1%. Przeciętna liczba dni niezdoln. na 1 członka 3,5.

V A.	Chor. narzędu trawienia . . .	dały zachorowań	17,1%	i dni niezdolności	11,0%
I B.	Gruźlica	„ „	16,5%	„ „	33,9%
I A.	Chor. infekcyjne	„ „	13,9%	„ „	5,1%
IV	Chor. narzęd. oddech	„ „	8,1%	„ „	5,7%
XIII B.	Urazy	„ „	8,1%	„ „	8,1%

7. PRACOWNICY GRAFICZNI.

Wszystkich członk. Kasy Chor. mężcz. 3.279 + kob. 915 = 4.194. Zachorowań było 388 i dni niezdoln. 9.510. Zachorowalność 9,3%. Przeciętna liczba dni niezdoln. na 1 członk. 2,3.

V A.	Chor. narządu trawienia . . .	dały zachorowań	19,6%	i dni niezdolności	10,5%
I A.	Chor. infekcyjne	„ „	13,7%	„ „	12,0%
I B.	Gruźlica	„ „	13,7%	„ „	27,8%
XIII B.	Urazy	„ „	11,3%	„ „	10,6%
IV	Chor. narządu oddechania . .	„ „	8,5%	„ „	5,7%

8. BUDOWLANI.

Wszystkich członków Kasy Chor. mężcz. 7.028 + kob. 22 = 7.050. Zachorowań było 1.597 i dni niezdoln. 36.622. Zachorowalność 22,7%. Przeciętna liczba dni niezdoln. na 1 członka 5,2.

XIII	Urazy	dały	zachorowań	25,6%	i dni	niezdolności	22,9%
I A.	Chor. infekcyjne	„	„	13,5%	„	„	7,2%
IV	Chor. narząd. oddechow. . . .	„	„	12,2%	„	„	11,5%
V A.	Chor. narząd. trawienia . . .	„	„	12,2%	„	„	7,2%
IX	Chor. kości	„	„	8,8%	„	„	6,4%
I B.	Gruźlica	„	„	7,4%	„	„	22,3%
VIII	Chor. skóry i tk. łączn. podsk.	„	„	6,8%	„	„	5,8%

9. INNE ZAWODY.

(W/g klasyfikacji 03 pracujący przy obróbce materjał.; 06 przy produkcji artyk. chemicz.; 09 — przy wyrob. skóry; 16 — przy obsłudze maszyn).

Wszystkich członków Kasy Chor. mężcz. 4.482 + kob. 2.535 = 7.017. Zachorowań było 508 i dni niezdolności 12,412. Zachorowalność 7,2%. Przeciętna liczba dni niezdoln. na 1 członka 1,8.

XIII B.	Urazy	dały	zachorowań	19,1%	i dni	niezdolności	17,4%
V A.	Chor. narząd. trawienia . . .	„	„	15,0%	„	„	8,8%
I A.	Chor. infekcyjne	„	„	14,6%	„	„	6,9%
IV	Chor. narząd. oddechow. . . .	„	„	12,4%	„	„	11,5%
I B.	Gruźlica	„	„	10,2%	„	„	23,0%

10. HANDLOWCY.

Wszystkich członków Kasy Chor. mężcz. 5.461 + kob. 3.187 = 8.648. Zachorowań było 469 i dni niezdolności 10.503. Zachorowalność 5,4%. Przeciętna liczba dni niezdolności na 1 członka 1,2

V A.	Chor. narząd. trawienia . . .	dały	zachorowań	25,8%	i dni	niezdolności	19,0%
I A.	Chor. infekcyjne	„	„	16,0%	„	„	6,7%
I B.	Gruźlica	„	„	13,6%	„	„	32,7%
XIII B.	Urazy	„	„	8,7%	„	„	7,1%
IV	Chor. narząd. oddechow. . . .	„	„	7,4%	„	„	6,4%
IX	Chor. kości i narząd. ruchu . .	„	„	5,1%	„	„	4,3%

11. TRANSPORTOWCY.

Wszystkich członków Kasy Chorych mężczyzn 3295 + kobiet 911 = 4206. Zachorowań było 542 i dni niezdolności 12,464. Zachorowalność 12,9%. Przeciętna liczba dni na 1 członka 3,0.

XIII B.	Urazy	dały	zachor.	19,4%	i dni	niezdoln.	14,9%	
V A.	Choroby narządów trawienia	„	„	14,2%	„	„	11,4%	
I A.	„ infekcyjne	„	„	12,4%	„	„	7,1%	
I B.	Gruźlica	„	„	11,2%	„	„	24,7%	(telefonistki)
IV	Choroby narząd. oddechowych	„	„	10,0%	„	„	4,8%	
VIII	„ skóry i tk. łącz. pods.	„	„	6,4%	„	„	4,7%	
IX	„ kości i narz. ruchu .	„	„	5,2%	„	„	4,5%	

12. URZĘDNICY.

Wszystkich członków Kasy Chorych mężczyzn 13.984 + kobiet 7.936 = 21.920. Zachorowań było 1811 i dni niezdolności 42.235. Zachorowalność 8,3. Przeciętna liczba dni niezdolności na 1 członka 1,9.

I A.	Choroby infekcyjne	dały	zachorowań	20,5%	i	dni	niezdolności	8,6%
V A.	„ narządów trawienia .	„	„	20,0%	„	„		11,8%
I B.	Gruźlica	„	„	14,8%	„	„		34,8%
IV	Choroby narządów oddechowych	„	„	8,7%	„	„		6,9%
VI	„ moczopłciowe . . .	„	„	5,0%	„	„		5,4%
XIII B.	Urazy	„	„	5,1%	„	„		4,8%

13. PERSONEL TECHNICZNY.

Wszystkich członków Kasy Chorych mężczyzn 2653 + kobiet 182 = 2835. Zachorowań było 201 i dni niezdolności 5.976. Zachorowalność 7,1%. Przeciętna liczba dni niezdolności na 1 członka 2,1.

V A.	Choroby narządów trawienia .	dały	zachorowań	20,4%	i	dni	niezdolności	13,2%
I A.	„ infekcyjne	„	„	16,9%	„	„		6,2%
IV	„ narządów oddechowych	„	„	10,4%	„	„		7,2%
I B.	Gruźlica	„	„	10,0%	„	„		22,6%
III	Choroby narządów krążenia . .	„	„	6,9%	„	„		11,3%
XIII B.	Urazy	„	„	6,9%	„	„		5,1%
VIII	Choroby skóry i tk. łącz. pods.	„	„	6,5%	„	„		2,6%
IX	„ kości i narz. ruchu .	„	„	5,5%	„	„		5,5%

14. ZAWODY WOLNE.

Wszystkich członków Kasy Chorych mężczyzn 2.970 + kobiet 2.446 = 5.416. Zachorowań było 198 i dni niezdolności 5.704. Zachorowalność 3,7%. Przeciętna liczba dni niezdolności na 1 członka 1,1.

V A.	Choroby narządów trawienia .	dały	zachorowań	24,8%	i	dni	niezdolności	16,9%
I B.	Gruźlica	„	„	17,2%	„	„		32,2%
I A.	Choroby infekcyjne	„	„	12,1%	„	„		5,1%
IV	„ narządów oddechowych	„	„	8,1%	„	„		7,4%
XIII	Urazy	„	„	6,6%	„	„		6,0%
III	Choroby narządów krążenia .	„	„	5,1%	„	„		5,1%
VI	„ moczopłciowe . . .	„	„	5,0%	„	„		5,0%

15. SŁUŻBA DOMOWA.

Wszystkich członków Kasy Chorych mężczyzn 303 + kobiet 26.145 = 26 448. Zachorowań było 439 i dni niezdolności 15.689. Zachorowalność 1,7%. Przeciętna liczba dni niezdolności na 1 członka 0,6.

V A.	Choroby narządów trawienia .	dały	zachorowań	14,1%	i	dni	niezdolności	14,0%
XIII B.	Urazy	„	„	10,7%	„	„		6,2%
I B.	Gruźlica	„	„	8,9%	„	„		17,1%
I A.	Choroby infekcyjne	„	„	8,4%	„	„		3,9%
III	„ skóry i tk. łącz. . .	„	„	8,4%	„	„		4,1%
IV	„ narządów oddechowych	„	„	6,6%	„	„		7,9%

16. INNE USŁUGI.

Wszystkich członków Kasy Chorych mężczyzn 14.009 + kobiet 5.673 = 19.982. Zachorowań było 1000 i dni niezdolności 27.435. Zachorowalność 5,0%. Przeciętna liczba dni niezdolności na 1 członka 1,4.

V A.	Choroby narządów trawienia .	dały	zachorowań	18,7%	i dni	niezdolności	12,8%
I A.	„ infekcyjne	„	„	16,2%	„	„	8,1%
XIII B.	Urazy	„	„	13,6%	„	„	9,7%
I B.	Gruźlica	„	„	9,3%	„	„	23,6%
VI	Choroby narządów oddechowych	„	„	7,7%	„	„	8,5%
VIII	„ skóry i tk. łącz. pods.	„	„	6,2%	„	„	4,3%
III	„ narządów krążenia .	„	„	5,4%	„	„	7,6%
IX	„ kości i narz. ruchu .	„	„	5,2%	„	„	4,9%

Mała zachorowalność służby domowej i po części „innych usług osobistych" najwidoczniej jest tylko pozorną; pracownicy tych zawodów, nawet w razie poważnej choroby, rzadko zwalniają się od pracy i otrzymują zasiłki.

IV.

Zarobek.

(Wykres Nr. 10 i 16).

Zachorowalność i liczba dni niezdolności do pracy poszczególnych grup zarobkowych.

Zachorowalność poszczególnych grup zarobkowych wyraziła się w następujących cyfrach, wykazujących stosunek liczby przypadków chorób do ogólnej liczby członków Kasy Chorych danej grupy zarobkowej:

I.	poniżej 100 zł. miesięcznego zarobku	6,8%	(niżej od przeciętnej)
II.	od 101 do 200 „ „ „	13,4%	(wyżej od przeciętnej)
III.	„ 201 „ 300 „ „ „	14,4%	(wyżej od przeciętnej)
IV.	„ 301 „ 500 „ „ „	9,7%	(przeciętna)
V.	powyżej 500 „ „ „	5,3%	(niżej od przeciętnej)

Na ogół *niższe grupy* zarobkowe (do 300 zł. miesięcznego zarobku) dały względnie dużo zachorowań, *średnie grupy* zarobkowe (300—500 zł.) odsetek odpowiedni do liczby członków Kasy Chorych tej grupy zarobkowej i *wyższe grupy* (z zarobkiem miesięcznym powyżej 500 złotych) dały względnie mało zachorowań (członków Kasy Chorych 3,2%, a zachorowań 1,7%).

Wybitny wyjątek stanowi liczna najniższa grupa zarobkowa (z zarobkiem miesięcznym do 100 zł.), która dała względnie mało zachorowań.

Tłumaczy to się widocznie tą okolicznością, że do tej grupy należy służba domowa, która, nawet przy niezdolności do pracy, mało korzysta z zasiłków Kasy Chorych.

Gruźlica.

Z ogólnej liczby 165.709 członków Kasy Chorych chorowało na gruźlicę, powodującą niezdolność do pracy, w 2-im półroczu 1925 roku 1883 osób, czyli przeszło 1% wszystkich członków Kasy Chorych. Chorzy ci dali 115.363 dni niezdolności do pracy (przeciętnie po 61,2 dni).

NB. W ciągu 3-iego kwartału tegoż 1925 roku zgłosiło się niezdolnych do pracy chorych na gruźlicę 1.147 osób, którzy razem dali 66.074 dni niezdolności (przeciętnie 57,6 dni niezdoln.).

Wśród wszystkich zachorowań, zachorowania na gruźlicę stanowią 10,9% (u mężczyzn 9,8% i u kobiet 14,1%). Gruźlica powoduje 27% wszystkich dni niezdolności do pracy (u mężczyzn 25,8%, u kobiet 30,0%).

W ciągu $^1/_2$-rocza 1926 roku wykonano:

Naświetlań lampą kwarcową	26.421
Röent. prześwietl. klatki piersiowej (4.418 : 2) =	2.209
Badań plwociny	4.797

W roku 1925 do Sanatorjum wysłano 1.377 osób (697 mężczyzn + 680 kobiet), które spędziły tam 70.385 dni (przeciętnie po 51 dni); na kolonje i uzdrowiska wysłano 1.175 dzieci, które spędziły 41.143 dni.

A. Odsetek zachorowań na gruźlicę wśród wszystkich zachorowań pracowników poszczególnych zawodów.

(Wykres Nr. 12).

Następujące zawody wykazują najwyższe odsetki gruźlicy w szeregu innych chorób w danym zawodzie:

XV.	Zawody wolne . . .	17,2%	(mężczyzn 10,8% —	kobiet 24,0% [1])
VI.	Odzieżowi	16,5%	16,6%	16,4%
XIII.	Urzędnicy	14,8%	14,0%	15,9%
XI.	Handlowcy	13,6%	11,2%	17,4%
VII.	Graficzni	13,7%	15,7%	7,8%
III.	Włókniarze	11,7%	10,3%	12,6%
XII.	Transportowcy . . .	11,3%	7,7%	22,7% [2])

NB. [1]) nauczycielki, bibliotekarki, pielęgniarki;
[2]) telefonistki.

B. Zachorowalność na gruźlicę pracowników poszczególnych zawodów (na 1000 członków Kasy).

(Wykres Nr. 13).

Najczęściej chorują na gruźlicę:

1.	Zatrudn. w przemyśle odzież., którzy dają	18,4‰ zachorow.	(mężcz. 19,4‰, kob. 17,3‰)
2.	„ „ drzewn., „ „	17,0‰ „	
3.	Budowlani	16,7‰ „	
4.	Transportowcy	14,5‰ „	(mężcz. 9,7‰, kob. 31,8‰ [1])
5.	Metalowcy	13,5‰ „	

Z ogólnej liczby 911 transportowców kobiet zarejestrowano 629 telefonistek.

Gruźlica śród pracowników w poszczególnych okresach wieku.

(Wykres Nr. 14).

Stosunek zachorowań na gruźlicę do ogólnej liczby wszystkich zachorowań.

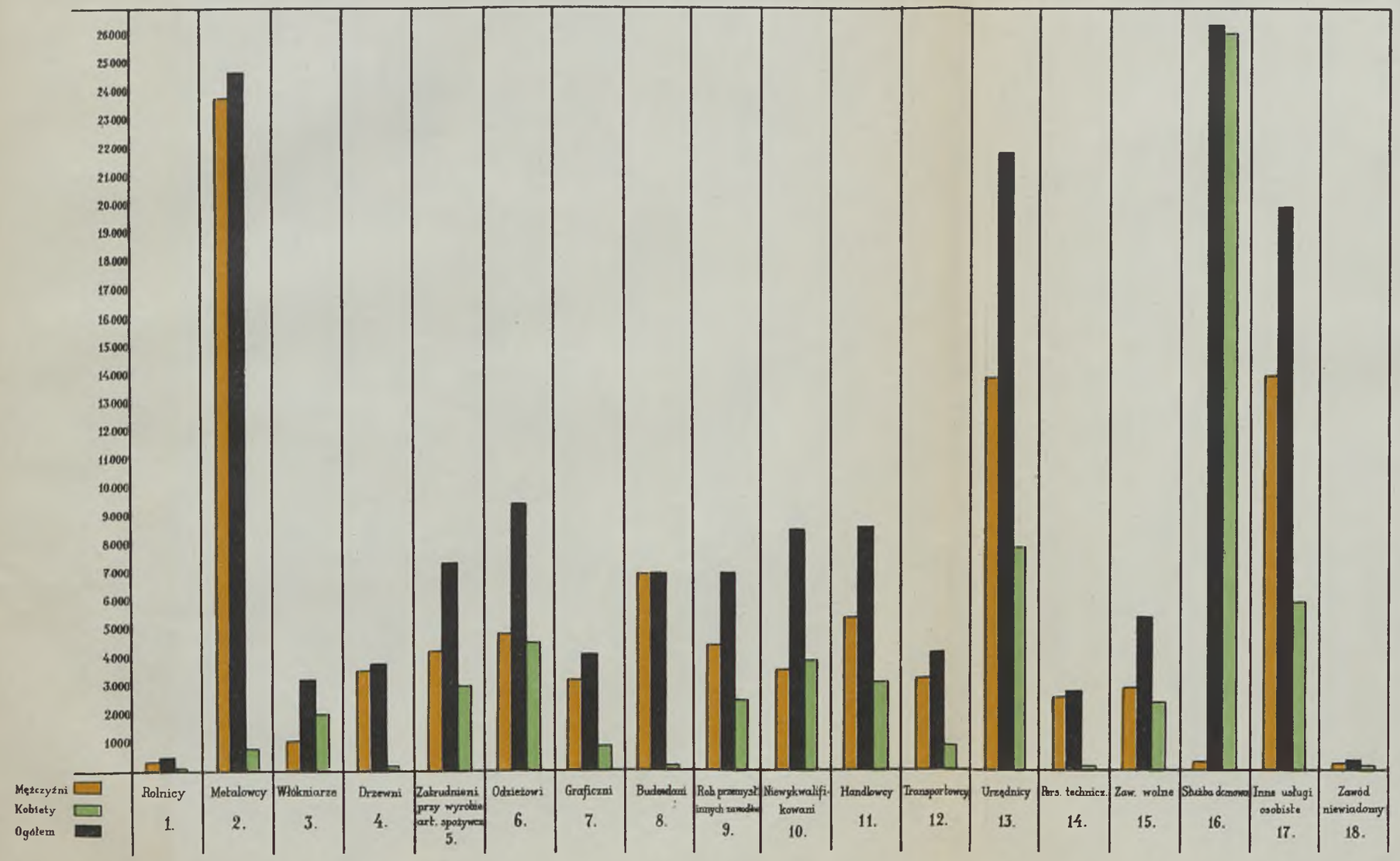
U mężczyzn, z wyjątkiem młodocianych (w wieku do 19 lat), daje się zauważyć wśród wszystkich zachorowań w pewnych okresach wieku gruźlica odgrywająca tem większą rolę, im wiek jest młodszy. Tylko młodociani dają względnie mało zachorowań. Na wykresie pewien skok do góry daje u kobiet wiek 50—59 lat, lecz zapewne jest to rzecz przypadkowa, która łatwo zdarzyć się może przy małych cyfrach (chorych na gruźlicę w tym wieku kobiet zgłoszono tylko 14).

Zachorowalność na gruźlicę w poszczególnych okresach wieku.

(Wykres Nr. 8).

Poszczególne okresy wieku dają bardzo nierównomierny odsetek chorych na gruźlicę (powodującą niezdolność do pracy). Wahania są bardzo znaczne; odsetek tych chorych waha się od 3,7 do 16,5 na 1000 członków. Najwięcej zachorowań dają osoby w wieku 20 — 29 lat; następnie im starsi, tem mniej dają zachorowań.

Stan liczebny członków Kasy Chorych m. Warszawy w dn. 31.III 1926 r. wg. zawodów.



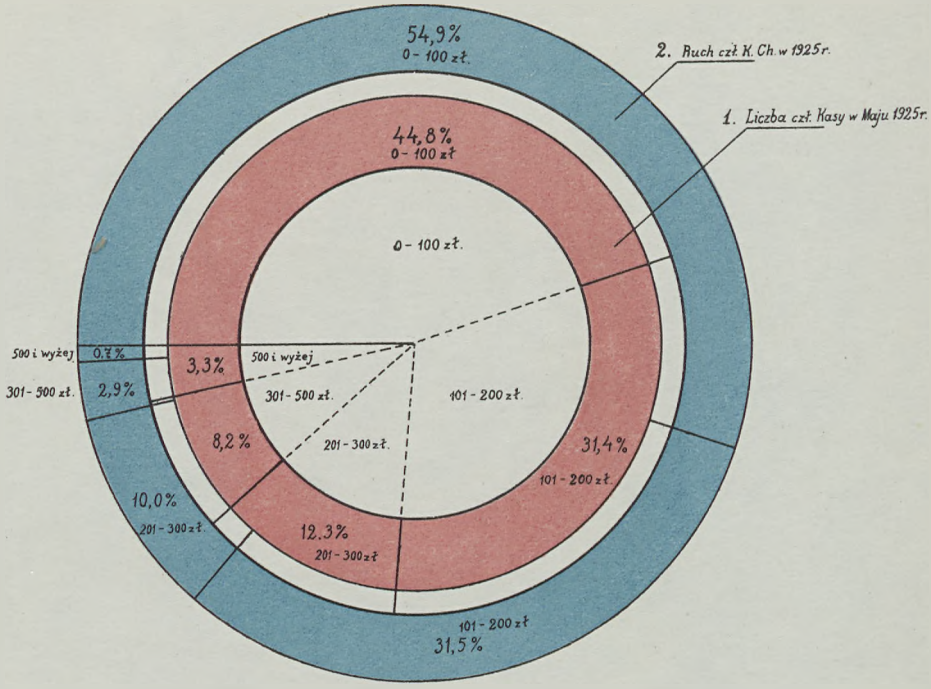
Zawody	Razem	Mężczyzn	Kobiet
1. Rolnicy	**518**	411	*107*
2. Metalowcy	**24.734**	23.871	*863*
3. Włókniarze . . .	**3.248**	1.155	*2.093*
4. Drzewni	**3.826**	3.602	*224*
5. Zatrudn. przy wyrob. art. spożyw. . . .	**7.876**	4.300	*3.076*
6. Odzieżowi	**9.405**	4.841	*4.564*
7. Graficzni.	**4.194**	3.279	*915*
8. Budowlani	**7.050**	7.028	*22*
9. Robotnicy przemysł. innych zawodów . .	**7.017**	4.482	*2.535*
10. Niewykwalifikowani.	**8.554**	3.622	*4.932*
11. Handlowcy	**8.648**	5.461	*3.187*
12. Transportowcy . .	**4.206**	3.295	*911*
13. Urzędnicy	**21.920**	13.984	*7.936*
14. Personel techniczny.	**2.835**	2.653	*182*
15. Zawody wolne . .	**5.416**	2.970	*2.446*
16. Służba domowa . .	**26.448**	303	*26.145*
17. Inne usługi osobiste.	**19.982**	14.009	*5.973*
18. Zawód niewiadomy .	**382**	242	*90*
Razem . . .	**165.709**	99.508	*66.201*

Wyniki specjalnego badania kartoteki członków Kasy Chorych wg. stanu z dn. 31.III 1926 r.

Członkowie Kasy Chorych w dn 31/III 1926 r. w zależności od wieku			
W i e k	Razem	Mężczyzni	Kobiety
19 lat i mniej . . .	**17.459**	10.284	*7.175*
20 — 29 lat. . . .	**57.981**	28.800	*29.181*
30 — 39 „	**37.704**	24.757	*12.947*
40 — 49 „	**23.216**	16.416	*6.800*
50 — 59 „	**13.712**	10.109	*3.603*
60 i więcej	**7.149**	5.147	*2.002*
Wiek niewiadomy. .	**8.488**	3.995	*4.493*
Razem . . .	**165.709**	99.508	*66.201*

Liczba członków Kasy Chorych wg. grup zarobkowych:

1) Stan w maju 1925 r. 2) Ruch członków Kasy Chorych w ciągu 1925 r.

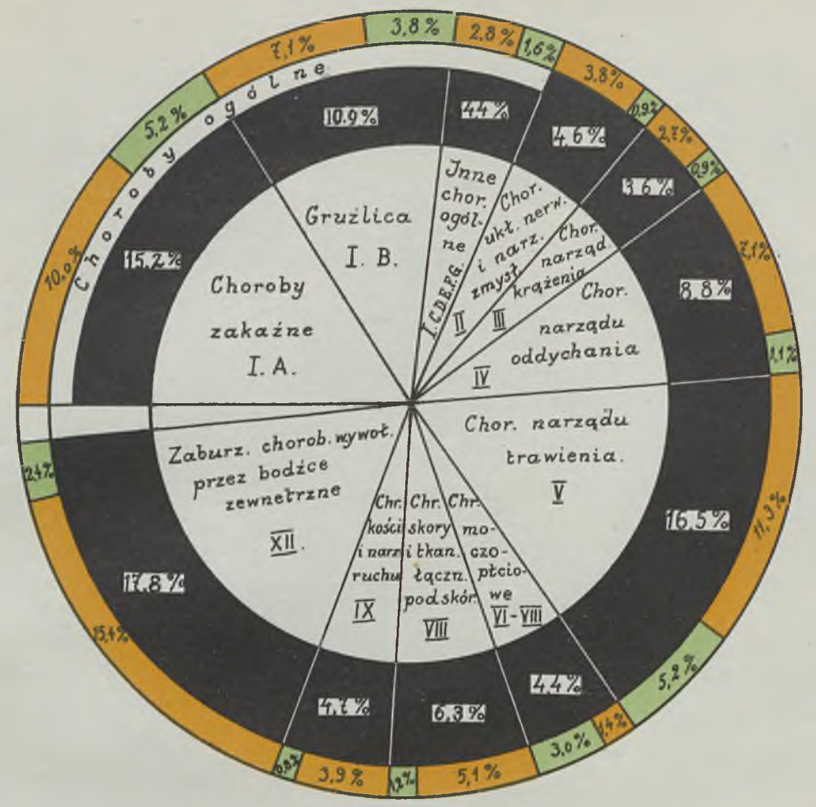


Zarobek	Liczba członków w maju 1925 r.	%	Ruch członk. Kasy Chorych w 1925 roku			
			wymeldowani	zgłoszeni	razem	%
Poniżej 100 zł.	77.313	44,8	55.005	82.777	137.782	54,9
„ 101—200 „	54.272	31,4	26.504	52.630	79.134	31,5
„ 201—300 „	21,200	12,3	8.230	16.911	25.141	10,0
„ 301—500 „	14.224	8,2	2.428	4.926	7.354	2,9
500 zł. powyżej	5.655	3,3	466	1.185	1.651	0,7
	172.664	100,0	92.633	158.429	251.062	100,0

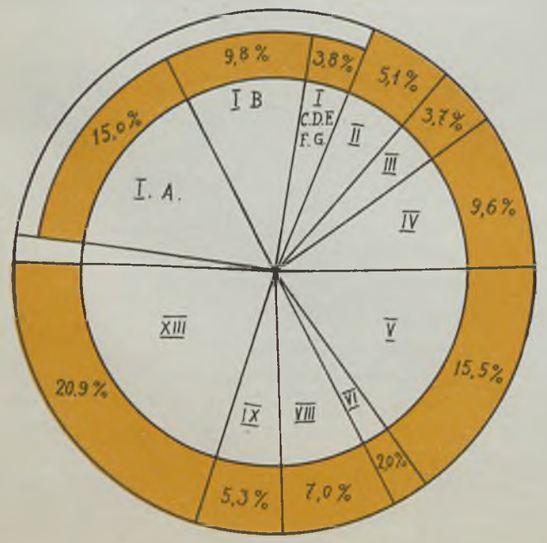
Liczba zachorowań p/g grup chorób w 2-iem półroczu 1925 r.

Tabl. 4.

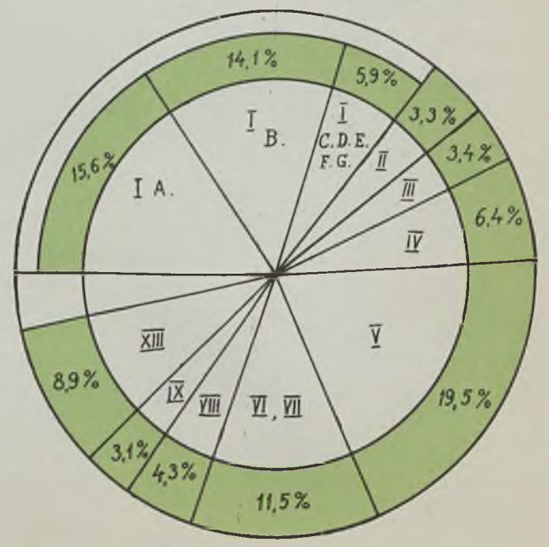
Ogółem



Mężczyźni



Kobiety

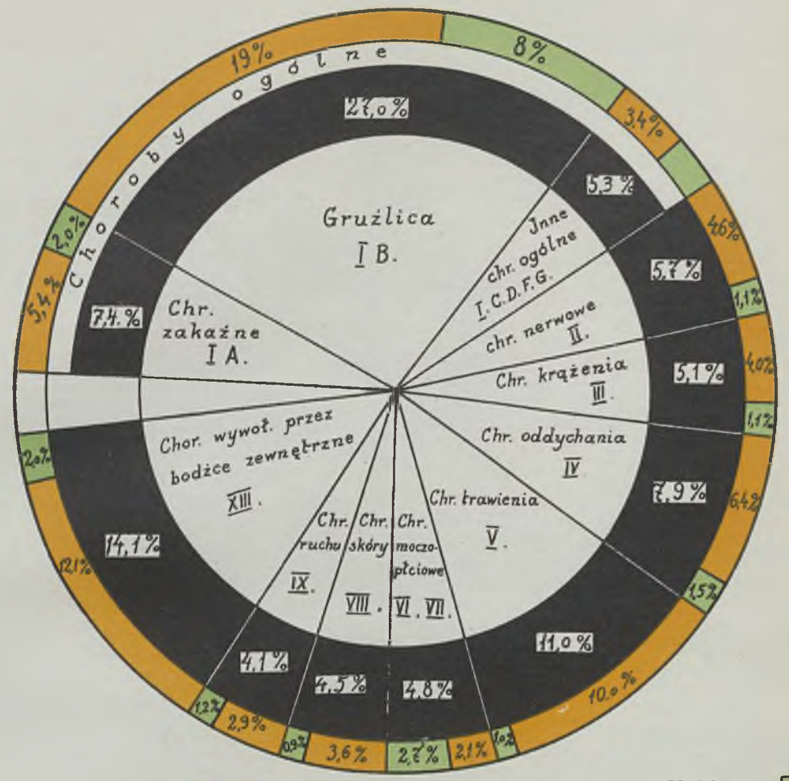


GRUPY CHORÓB	OGÓŁEM			MĘŻCZYŹNI			KOBIETY		
	Liczba bezwzględ. zachorowań	% liczby ogólnej	*) Liczba zachorowań na 1000 ubezpieczonych	Liczba bezwzględ. zachorowań	% liczby ogólnej	*) Liczba zachorowań na 1000 ubezpieczonych	Liczba bezwzględ. zachorowań	% liczby ogólnej	*) Liczba zachorowań na 1000 ubezpieczonych
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I. A. Choroby . . .	2.628	15,2	15,9	1.923	15,0	19,4	*696*	*15,6*	*10,5*
B. Gruźlica . . .	1.883	10.9	11,4	1.257	9,8	12,6	*626*	*14,1*	*9,5*
C. Weneryczne . .	134	0,8	0,8	124	1,0	1,3	*10*	*0,2*	*0,2*
D. Nowotwory . .	66	0,4	0,4	50	0,4	0,5	*16*	*0,4*	*0,2*
E. Gościec . . .	311	1,8	1,9	238	1,8	2,4	*73*	*1,6*	*1,1*
F. Inne chor. ogólne	231	1,3	1,4	68	0,5	0,7	*163*	*3,7*	*2,5*
G. Zatrucia . . .	17	0,1	1,0	15	0,1	0,1	*2*	*0,0*	*0,0*
II. Choroby ukł. nerw. i narząd. zmysłow.	803	4,6	4,8	654	5,1	6,6	*149*	*3,3*	*2,3*
III. Choroby narz. krążenia	629	3,6	3,8	479	3,7	4,8	*150*	*3,4*	*2,3*
IV. Choroby narz. oddychania	1.526	8,8	9,2	1.239	9,6	12,4	*287*	*6,4*	*4,3*
V. Choroby narz. trawienia	2.865	16,5	17,3	1.996	15,5	20,1	*869*	*19,5*	*13,1*
VI. Choroby narz. moczopłciowe . . .	538	3,1	3,2	258	2,0	2,6	*280*	*6,3*	*4,2*
VII. Stany, związ. z porod. i połog..	233	1,3	1,4	—	—	—	*233*	*5,2*	*3,5*
VIII. Chor. skóry i tkanki łączn. podskór. .	1.092	6,3	6,6	902	7,0	9,1	*190*	*4,3*	*2,9*
IX. Choroby kości i narząd. ruchu . . .	820	4,7	4,9	680	5,3	6,8	*140*	*3,1*	*2,1*
X. Wady rozwojowe .	11	0,1	0,1	10	0,1	0,1	*1*	*0,0*	*0,0*
XII. Starość	3	0,0	0.0	3	0,0	0,0	—	—	—
XIII. Zaburz. chor., wywoł. przez bodźce zewnętrzne . . .	3.091	17,8	18,7	2.697	20,9	27,1	*394*	*8,9*	*5,9*
XIV. Choroby niedostat. określone	455	2,6	2,7	278	2,2	2,8	*177*	*4,0*	*2,7*
Ogółem . .	17.336	100%	104,6	12.880	100%	129,4	*4.456*	*100%*	*67,3*

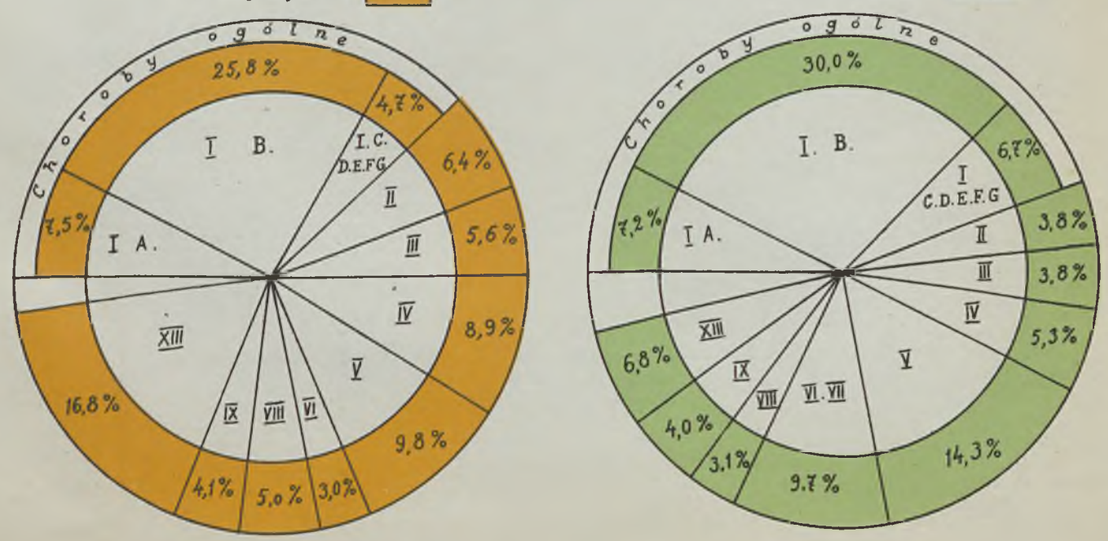
*) Obliczone w stosunku do ogólnej liczby ubezpieczonych w dniu 31/III/26 roku, wynoszącej ogółem 165.709, w tem mężczyzn 99.508 i kobiet 66.231.

Liczba dni niezdolności do pracy p/g grup chorób w 2-iem półroczu roku 1925.

Ogółem



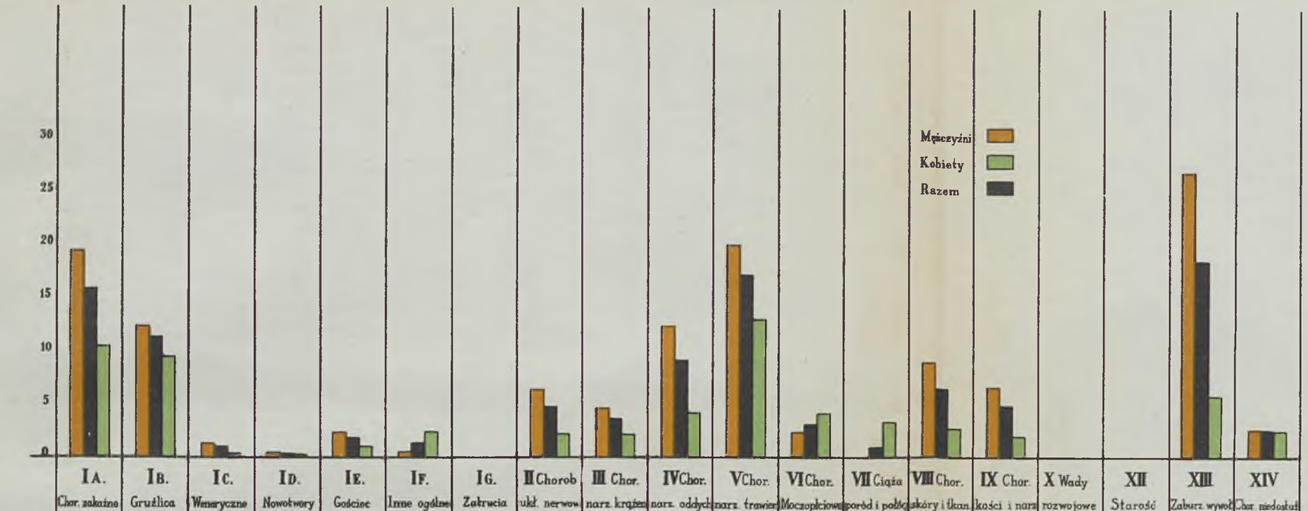
Mężczyźni. **Kobiety.**



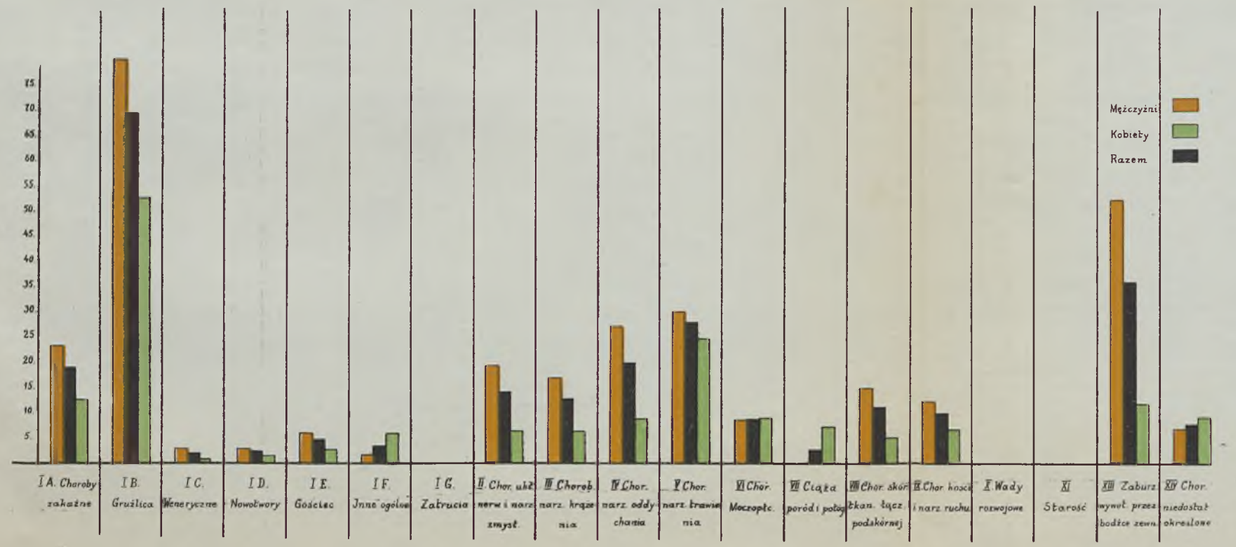
GRUPY CHORÓB	OGÓŁEM			MĘŻCZYŹNI			KOBIETY		
	L. bezwzględn. dni niezdolności	% liczby ogólnej	*) L. dni niezdoln. na 100 ubezpiecz.	L. bezwzględn. dni niezdolności	% liczby ogólnej	*) L. dni niezdoln. na 100 ubezpiecz.	L. bezwzględn. dni niezdolności	% liczby ogólnej	*) L. dni niezdoln. na 100 ubezpiecz.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I. A. Choroby zakaźne . .	**31.746**	**7,4**	**19,2**	23.294	7,5	23,4	*8.452*	*7,2*	*12,8*
B. Gruźlica	**115.363**	**27,0**	**69,6**	80.142	25,8	80,5	*35.221*	*30,0*	*53,2*
C. Weneryczne	**3.719**	**0,9**	**2,2**	3.162	1,0	3,2	*557*	*0,5*	*0,8*
D. Nowotwory.	**4.164**	**1,0**	**2,5**	3.052	1,0	3,1	*1.112*	*1,0*	*1,7*
E. Gościec	**8.210**	**1,9**	**5,0**	6.232	2,0	6,3	*1.978*	*1,7*	*3,0*
F. Inne ogólne choroby .	**6.053**	**1,4**	**3,7**	1.903	0,6	1,9	*4.150*	*3,5*	*6,3*
G. Zatrucia	**396**	**0,1**	**0,2**	381	0,1	0,4	*15*	*0,0*	*0,0*
II. Chor. układu nerw. narządu zmysł.	**24.358**	**5,7**	**14,7**	19.848	6,4	20,0	*4.510*	*3,8*	*6,8*
III. Chor. narządu krążenia .	**21.958**	**5,1**	**13,2**	17.460	5,6	17,5	*4.498*	*3,8*	*6,8*
IV. „ „ oddychania	**33.638**	**7,9**	**20,3**	27.461	8,9	27,6	*6.177*	*5,3*	*9,3*
V. „ „ trawienia .	**47.239**	**11,0**	**28,5**	30.489	9,8	30,6	*16.750*	*14,3*	*25,3*
VI. „ „ moczopłc. .	**15.362**	**3,6**	**9,3**	9.138	3,0	9,2	*6.224*	*5,3*	*9,4*
VII. Stany związ. z ciążą, por. i połog.	**5.214**	**1,2**	**3,2**	—	—	—	*5.214*	*4,4*	*7,9*
VIII. Chor. skóry i tkanki łączn. podsk.	**19.209**	**4,5**	**11,6**	15.550	5,0	15,6	*3.659*	*3,1*	*5,5*
IX. „ kości i narządu ruchu	**17.430**	**4,1**	**10,5**	12.716	4,1	12,8	*4.714*	*4,0*	*7,1*
X. Wady rozwojowe . . .	**196**	**0,0**	**0,1**	147	0,1	0,1	*49*	*0,0*	*0,1*
XII. Starość	**179**	**0,0**	**0,1**	179	0,1	0,2	—	—	—
XIII. Zab. chor. wywoł. przez bodźce zewn.	**60.106**	**14,1**	**36,3**	52.090	16,8	52,3	*8.016*	*6,8*	*12,1*
XIV. Chor. niedostat. określone	**13.128**	**3,1**	**7,9**	6.946	2,2	7.0	*6.182*	*5,3*	*9,3*
Ogółem. . .	**427.668**	**100,0**	**258,1**	310.190	100,0	311,7	*117.478*	*100,0*	*177,4*

*) Obliczone w stosunku do ogólnej liczby ubezpieczonych w dniu 31/III 26 r., wynoszącej 165.709, w tem mężczyzn 99.508 i kobiet 66.201.

Zachorowalność, prowadząca do niezdolności do pracy w poszczególnych grupach chorób (1.VII — 31.XII 1925 r.).



Liczba dni niezdolności do pracy, przypadająca na 100 członków Kasy Chorych m. Warszawy, przy zachorowaniach w poszczególnych grupach chorób.



Zachorowalność w poszczególnych grupach chorób w 2-giem półroczu 1925 r.

GRUPY CHORÓB	OGÓŁEM		MĘŻCZYŹNI		KOBIETY	
	Liczba zachorowań	na 1000 członk.*)	Liczba zachorowań	na 1000 członk.*)	Liczba zachorowań	na 1000 członk.*)
I. A. Choroby zakaźne	2.628	15,9	1.932	19,4	*696*	*10,5*
B. Gruźlica	1.883	11,4	1.257	12,6	*626*	*9,5*
C. Weneryczne	134	0,8	124	1,3	*10*	*0,2*
D. Nowotwory	66	0,4	50	0,5	*16*	*0,2*
E. Gościec	311	1,9	238	2,4	*73*	*1,1*
F. Inne ogólne choroby	231	1,4	68	0,7	*163*	*2,5*
G. Zatrucia	17	0,1	15	0,2	*2*	*0,0*
II. Choroby ukł. nerw. i narz. zmysłowych	803	4,9	654	6,6	*149*	*2,3*
III. Choroby narz. krążenia	629	3,8	479	4,8	*150*	*2,3*
IV. „ „ oddychania	1.526	9,2	1.239	12,5	*287*	*4,3*
V. „ „ trawienia	2.865	17,3	1.996	20,1	*869*	*13,1*
(w tem na anginę)	(1.160	7,0)	(796	8,0)	(*364*	*5,5*)
VI. Choroby moczopłciowe	538	3,3	258	2,6	*280*	*4,2*
VII. Ciąża, poród i połóg	233	1,4	—	—	*233*	*3,5*
VIII. Chor. skóry i tk. łącz. podz.	1.092	6,6	902	9,1	*190*	*2,9*
IX. „ kości i narz. ruchu	820	5,0	680	6,8	*140*	*2,1*
X. Wady rozwojowe	11	0,1	10	0,1	*1*	*0,0*
XII. Starość	3	0,0	3	0,0	—	—
XIII. Zaburz. przez bodziec zewn.	3.091	18,7	2.697	27,1	*394*	*5,9*
XIV. Choroby nied. określone	455	2,8	278	2,8	*177*	*2,7*
Razem	17.336	104,6	12.880	129,4	*4.456*	*67,3*

*) Obliczone w stosunku do ogóln. liczb ubezpiecz. w dn. 31.III 1926 r., wynoszącej ogółem 165.709, w tem mężczyzn 99.508 i kobiet 66.201.

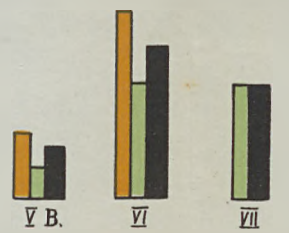
Liczba dni niezdolności do pracy, przypadająca na 100 członków Kasy Chorych, przy zachorowaniach na poszczególne grupy w 2-giem półroczu 1925 r.

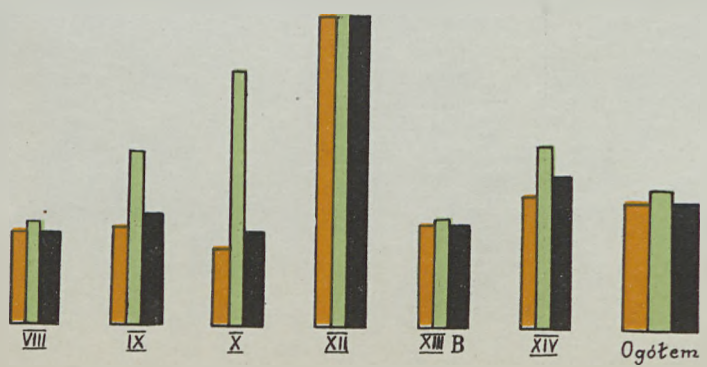
GRUPY CHORÓB	OGÓŁEM		MĘŻCZYŹNI		KOBIETY	
	Liczba dni niezdoln.	na 100 członk.*)	Liczba dni niezdoln.	na 100 członk.*)	Liczba dni niezdoln.	na 100 członk.*)
I. A. Choroby zakaźne	31.746	19,2	23.294	23,4	*8.452*	*12,8*
B. Gruźlica	115.363	69,6	80.142	80,5	*55.221*	*53,2*
C. Weneryczne	3.719	2,2	3.162	3,2	*557*	*0,8*
D. Nowotwory	4.164	2,5	3.052	3,1	*1.112*	*1,7*
E. Gościec	8.210	5,0	6.232	6,3	*1.978*	*3,0*
F. Inne ogólne choroby	6.053	3,7	1.903	1,9	*4.150*	*6,3*
G. Zatrucia	396	0,2	381	0,4	*15*	*0,0*
II. Choroby układu nerwowego i narządów zmysłowych	24.358	14,7	19.848	19,9	*4.510*	*6,8*
III. Choroby narządów krążenia	21.958	13,3	17.460	17,5	*4.498*	*6,8*
IV. „ „ oddychania	33.638	20,3	27.461	27,6	*6.177*	*9,3*
V. „ „ trawienia	47.239	28,5	30.489	30,6	*16.750*	*25,3*
(w tem na anginę)	(10.056	6,1)	(6.804	6,8)	(*3.252*	*4,9*)
VI. Choroby moczopłciowe	15.362	9,3	9.138	9,2	*6.224*	*9,4*
VII. Ciąża, poród i połóg	5.214	3,2	—	—	*5.214*	*7,9*
VIII. Choroby skóry i tk. łącz. podsk.	19.209	11,6	15.550	15,6	*3.659*	*5,5*
IX. „ kości i narz. ruchu	17.430	10.5	12.716	12,8	*4.714*	*7,1*
X. Wady rozwojowe	196	0,1	147	0,1	*49*	*0,1*
XII. Starość	179	0,1	179	0,2	—	—
XIII. Zaburzenia, wywołane przez bodźce zewnętrzne	60.106	36,3	52.090	52,4	*8 016*	*12,1*
XIV. Choroby niedostatecznie określone	13.128	7,9	6.946	7,0	*6 182*	*9,3*
Razem	427.668	258,1	310.190	311,7	*117.478*	*177,4*

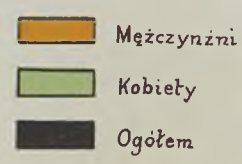
*) Obliczone w stosunku do ogóln. liczby ubezpiecz. w dn 31.III 1926 r., wynoszącej ogółem 165 709, w tem mężczyzn 99.508 i kobiet 66.201.

Przeciętna długotrwałość różnych grup chorób.

GRUPA CHORÓB	MĘŻCZYZNI		KOBIETY		RAZEM		Przeciętna liczba dni na 1 zachorow.		
	Liczba zachorowań	Liczba dni niezdol.	Liczba zachorowań	Liczba dni niezdol.	Liczba zachorowań	Liczba dni niezdol	Mężczyzni	Kobiety	Razem
I. A. Zakaźne . .	1.932	23.294	*696*	*8.452*	2.628	31.746	12,1	12,1	12,1
B. Gruźlica . .	1.257	80.142	*626*	*35.221*	1.883	115.363	63,8	56,3	61,2
C. Weneryczne .	124	3.162	*10*	*557*	134	3.719	25,5	55,7	27,8
D. Nowotwory .	50	3.052	*16*	*1.112*	66	4.164	61,0	69,5	63,1
E. Gościec . .	238	6.232	*73*	*1.978*	311	8.210	26,2	27,1	26,4
F. Inne ogólne .	68	1.999	*163*	*4.150*	231	6.053	29,4	25,5	26,2
G. Zatrucia . .	15	381	*2*	*15*	17	396	25,4	7,5	23,3
II. A. Układ nerw.	410	14.415	*103*	*3.432*	513	17.817	35,2	33,3	34,8
B. Zmysłów . .	244	5.433	*46*	*1.078*	290	6.511	22,3	23,4	22,5
III. Krążenia . . .	479	17.460	*150*	*4.498*	629	21.958	36,5	30,0	34,9
IV. Oddychanie . .	1.239	27.461	*287*	*6 177*	1.526	33.638	22,2	21,5	22,0
V. A. Trawienia .	1.992	30.440	*867*	*16.738*	2.859	47.178	15,3	19,3	16,5
B. Pasorzyty .	4	49	*2*	*12*	6	61	12,3	6,0	10,0
VI. Moczopłciowe .	258	9.138	*280*	*6.224*	538	15.362	35,4	22,2	28,6
VII. Ciąża, poród .	—	—	*233*	*5.214*	233	5.214	—	22,4	22,4
VIII. Skórne	902	15.550	*190*	*3.659*	1.092	19.209	17,2	19,3	17,6
IX. Kości	680	12.716	*140*	*4.714*	820	17.430	18,7	33,7	21,3
X. Wady rozwojowe	10	147	*1*	*49*	11	196	14,7	49,0	17,8
XII. Starość	3	179	—	—	3	179	59,7	—	59,7
XIII. A. Przemęczenie	—	—	—	—	—	—	—	—	—
B. Bodźce zew.	2.697	52.090	*394*	*8.016*	3.091	60.106	19,3	20,3	19,4
XIV. Nieokreślone . .	278	6.946	*177*	*6 182*	455	13.128	25,0	34,9	28,9
Ogółem . .	12.880	310.190	*4.456*	*117.478*	17.336	427.668	24,1	26,4	24,7



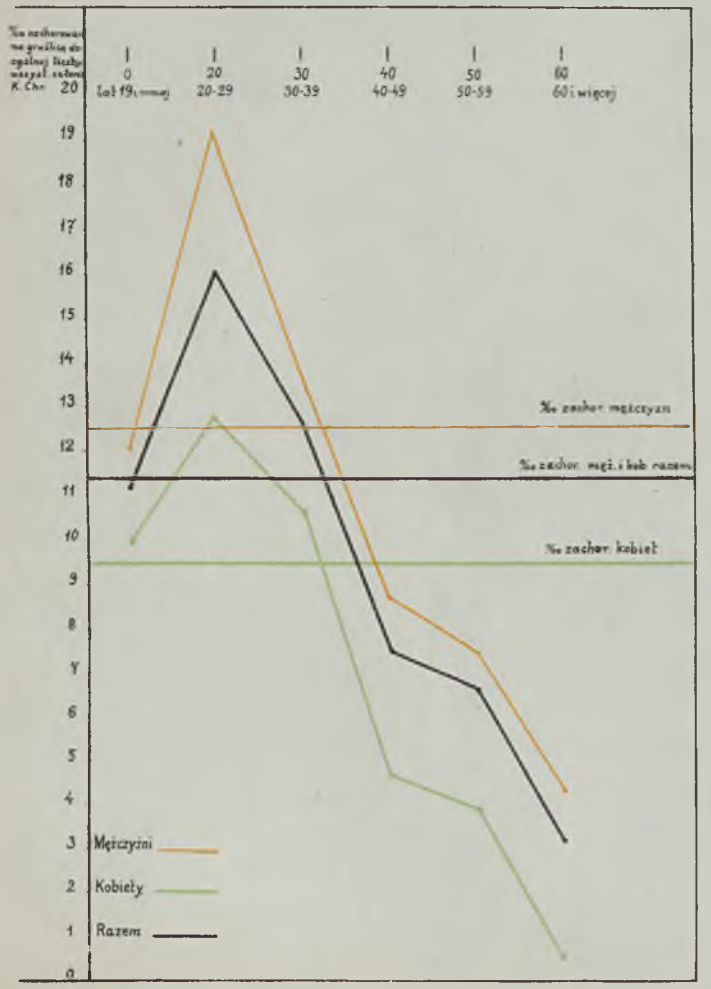




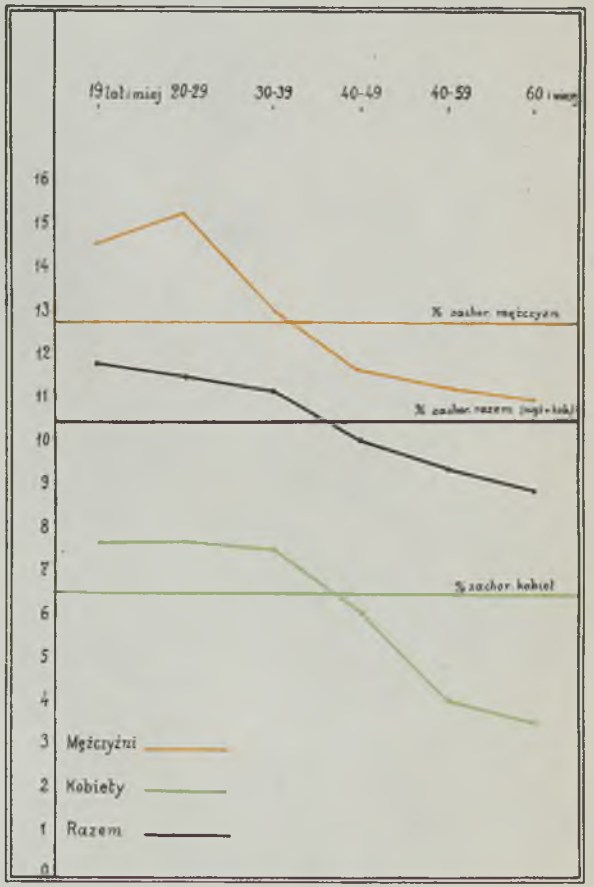
Gruźlica.

Zachorowalność na gruźlicę w różnych okresach wieku

(w okresie 1.VII — 31.XII 1925 r.).



Zachorowalność w poszczególnych okresach wieku bez różnicy choroby



Zachorowalność ogólna (na 1000 członków Kasy) i na gruźlicę w szczególności poszczególnych grup wieku w 2-iem półroczu 1925 roku.

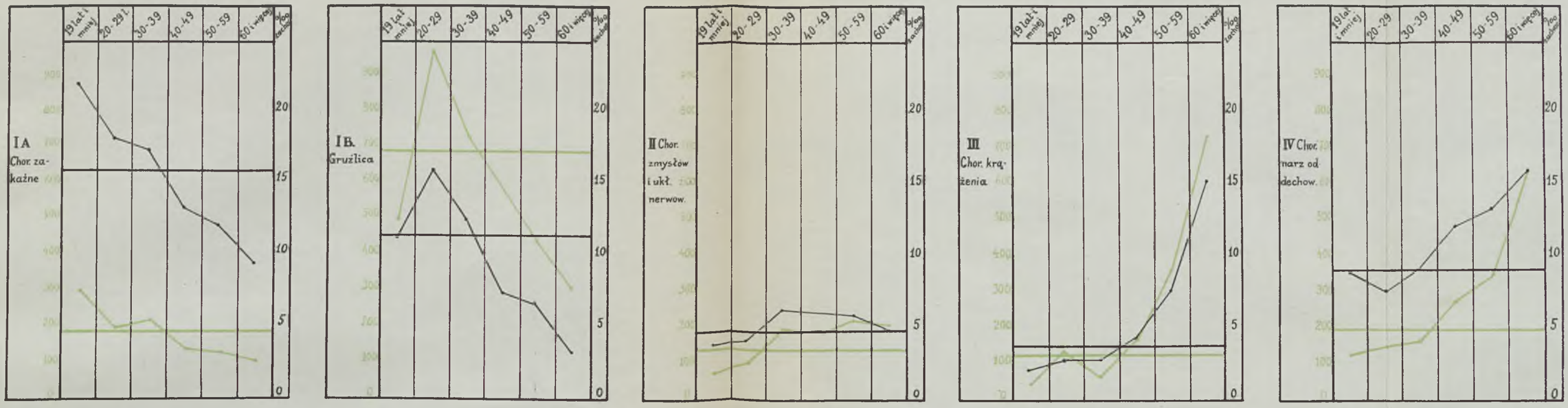
Wiek	Liczba ubezpieczonych czł. Kasy w dniu 31.3.26 r.			OGÓŁEM BEZ RÓŻNICY PŁCI									MĘŻCZYŹNI									KOBIETY								
				Liczba zachorowań					Liczba dni niezdolności				Liczba zachorowań					Liczba dni niezdolności				Liczba zachorowań					Liczba dni niezdolności			
				ogólna liczba zachorowań (bez różnicy choroby)		na gruźlicę				na gruźlicę			ogółem bez różnicy choroby		na gruźlicę				na gruźlicę			ogółem bez różnicy choroby		na gruźlicę				na gruźlicę		
	Ogółem	Mężczyzn	Kobiet	liczby bezwzględne	na 1000 ubezpiecz.	liczby bezwzględne	% ogólnej liczby zachor.	na 1000 ubezpiecz.	Ogółem bez różnicy choroby	liczby bezwzględne	% ogólnej liczby dni niezdoln.		liczby bezwzględne	na 1000 ubezpiecz.	liczby bezwzględne	% ogólnej liczby zachorowań	na 1000 ubezpiecz.	Ogółem bez różnicy choroby	liczby bezwzględne	% ogólnej liczby dni niezdoln.		liczby bezwzględne	na 1000 ubezpiecz.	liczby bezwzględne	% ogólnej liczby zachorowań	na 1000 ubezpiecz.	Ogółem bez różnicy choroby	liczby bezwzględne	% ogólnej liczby dni niezdoln.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Mniej niż 20 lat	17459	10284	7175	2069	118,5	195	9,4	11,2	38008	8735	23,0	1511	146,9	124	8,2	12,1	26071	5478	21,0	558	77,8	71	12,7	9,9	11937	3257	27,3
20—29	57982	28800	29182	6712	115,7	929	13,8	16,0	159875	56662	35,4	4439	154,1	557	12,5	19,3	99411	34960	35,2	2273	77,9	372	16,4	12,7	60464	21702	35,9
30—39	37703	24757	12946	4259	113,0	473	11,1	12,5	103705	27981	27,0	3274	132,2	336	10,3	13,6	78252	21447	27,4	985	76,1	137	13,9	10,6	25453	6534	25,7
40—49	23216	16416	6800	2350	101,2	173	7,4	7,5	63006	13695	21,7	1932	117,7	142	7,4	8,7	50758	10815	21,3	418	61,5	31	7,4	4,6	12248	2880	23,5
50—59	13712	10109	3603	1301	94,9	90	6,9	6,6	39264	6061	15,4	1152	114,0	76	6,6	7,5	34701	5288	15,2	149	41,4	14	9,4	3,9	4563	773	16,9
60 lat lub więcej	7149	5147	2002	641	89,7	23	3,6	3,2	23702	2229	9,4	569	110,5	22	3,9	4,3	20902	2154	10,3	72	36,0	1	1,4	0,5	2800	75	2,7
wiek niewiadomy	8488	3995	4493	4	—	—	—	—	108	—	—	3	—	—	—	—	95	—	—	1	—	—	—	—	13	—	—
Ogółem:	165709	99508	66201	17336	1046	1883	10,9	11,4	427668	115363	27,0	12880	129,4	1257	9,8	12,6	310190	80142	25,8	4456	67,3	626	14,0	9,5	117478	35221	30,0

Do tabl. 8.

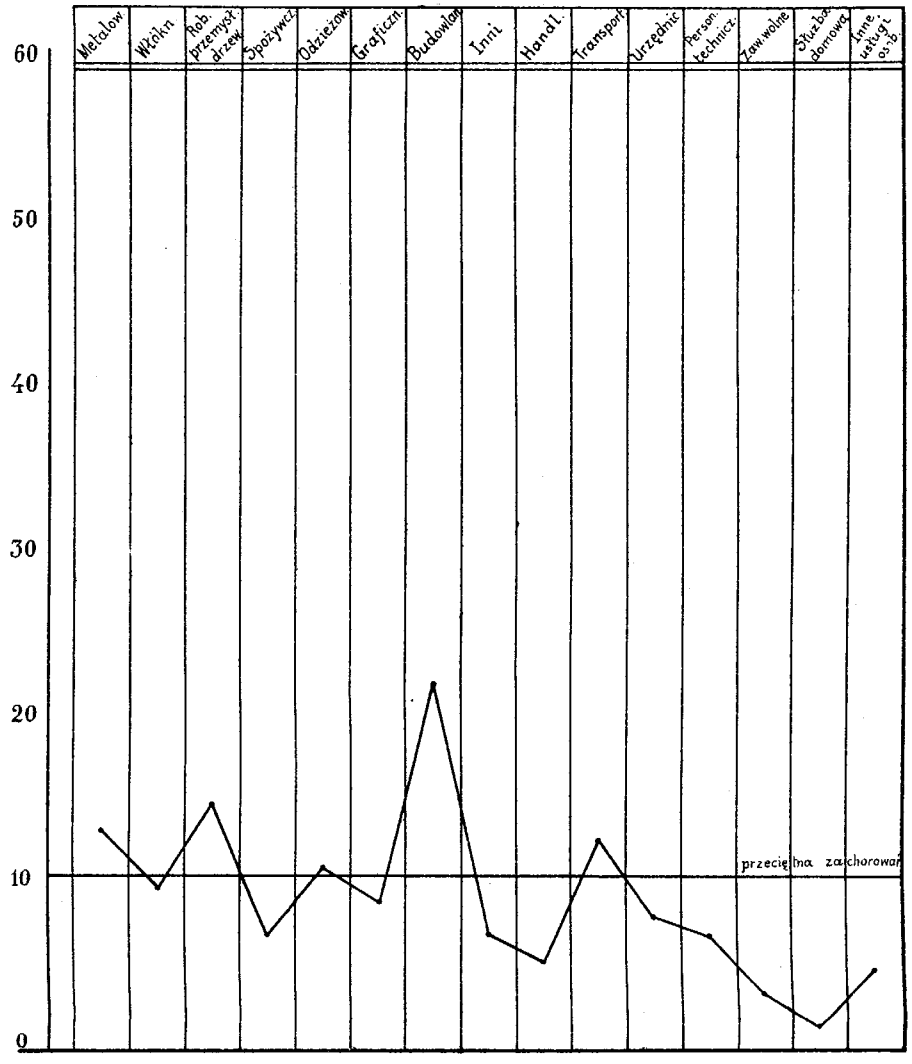
——— cz. zachorowań
——— dni niezdolności

Zachorowalność i liczba dni niezdolności do pracy na 1000 członk. Kasy Ch. m. Warszawy

p/g poszczególnych grup chorób wg. grup wieku członków Kasy w 2-iem półroczu 1925 roku.



Zachorowalność, prowadząca do niezdolności do pracy w różnych zawodach.

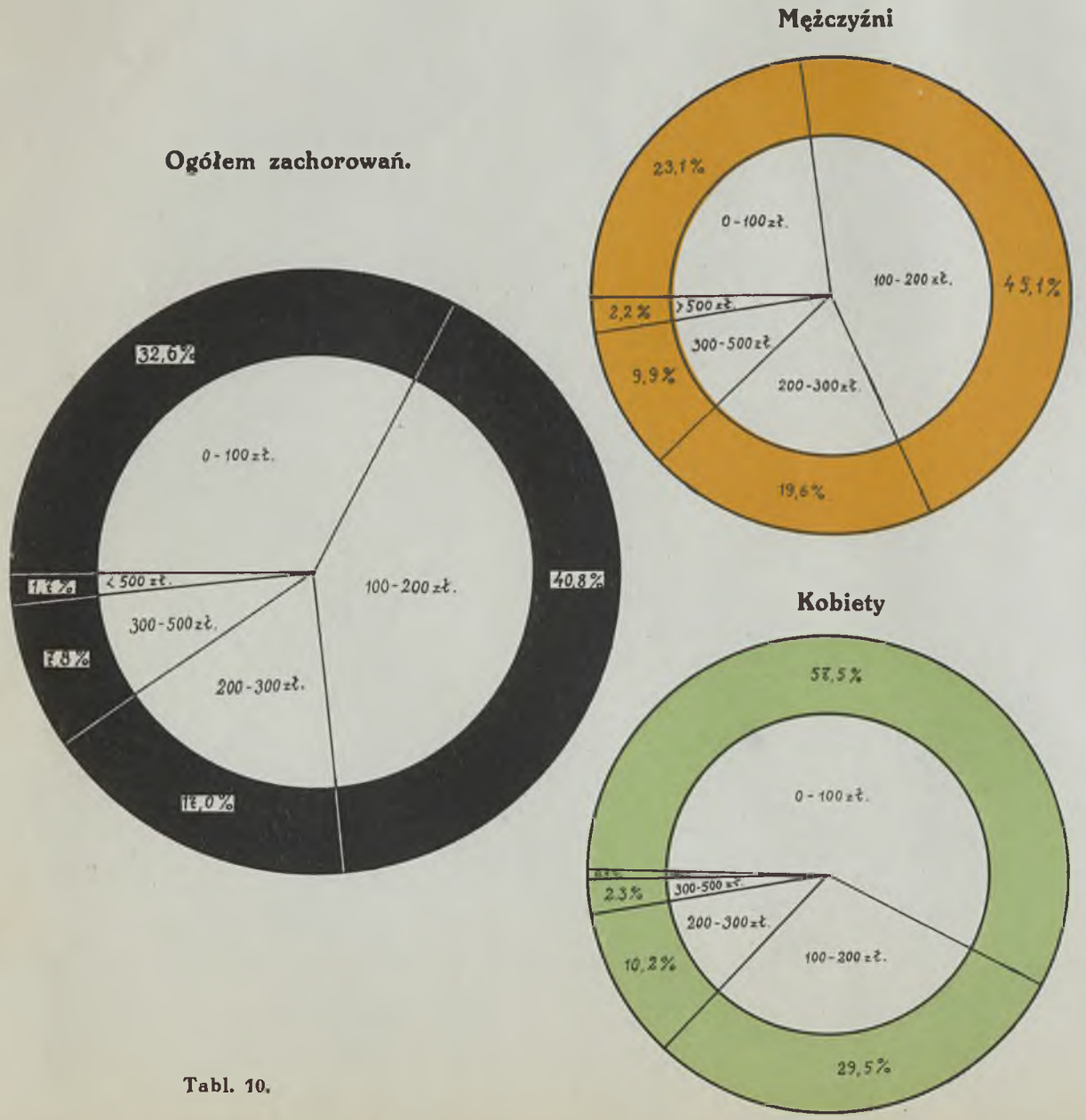


ZAWÓD	Liczba członków Kasy Chorych	ZACHOROWANIA		Liczba dni niezdolności	Przeciętnie na 1 członka
		Liczba zachorowań	%		
Metalowcy	24.734	3.344	13,5	78.616	3,2
Włókniarze . . .	3.248	324	10,0	8.524	2,6
Rob. prz. drzewnego	3.826	576	15,1	15.661	4,1
„ „ spożywcz.	7.376	528	7,2	13.128	1,8
„ „ odzieżow.	9.405	1.046	11,1	32.903	3,5
„ „ graficzn. .	4.194	388	9,3	9.510	2,3
„ „ budowlan.	7.050	1.597	22,7	36.622	5,2
Inni *)	7.017	508	7,2	12.412	1,8
Bez określ. zawodu	8.554	4.348	—	93.714	—
Handlowcy . . .	8.648	469	5,4	10.503	1,2
Transportowcy . .	4.206	542	12,9	12.464	3,0
Urzędnicy	21.920	1.811	8,3	42.235	1,9
Personel techniczny	2.835	201	7,1	5.976	2,1
Zawody wolne . .	5.416	198	3,7	5.704	1,1
Służba domowa . .	26.448	439	1,7	15.689	0,6
Inne usługi osobiste	19.982	1.000	5,0	27.435	1,4
Razem **) . .	164.859	17.319	10,5	427.096	2,6

*) Pracownicy przy obróbce minerałów, przy produkcji artykułów chmicznych, skóry i obsługa maszyn.
**) Bez rolników.

Liczba dni niezdolności do pracy i zachorowań wg. grup zarobkowych

2-ie półrocze 1925 roku.



Tabl. 10.

Ogółem bez różnicy płci.

Wysokość zarobku miesięcznego ubezpieczonych człon. Kasy	L. zachorowań		L. dni niezdolności	
	L. bezwzględn.	% l. ogóln.	L. bezwzględn.	% l. ogóln.
Poniżej. . 100 Zł. .	5.317	30,7	139.228	32,6
100 — 200 „ .	7.281	42,0	174.615	40,8
200 — 300 „ .	3.048	17,6	72.742	17,0
300 — 500 „ .	1.382	8,0	33.467	7,8
Powyżej . 500 „ .	305	1,7	7.339	1.7
Zarobek niewiadomy	3	0,0	277	0,1
Ogółem . .	17.336	100,0	427.668	100,0

Mężczyźni.

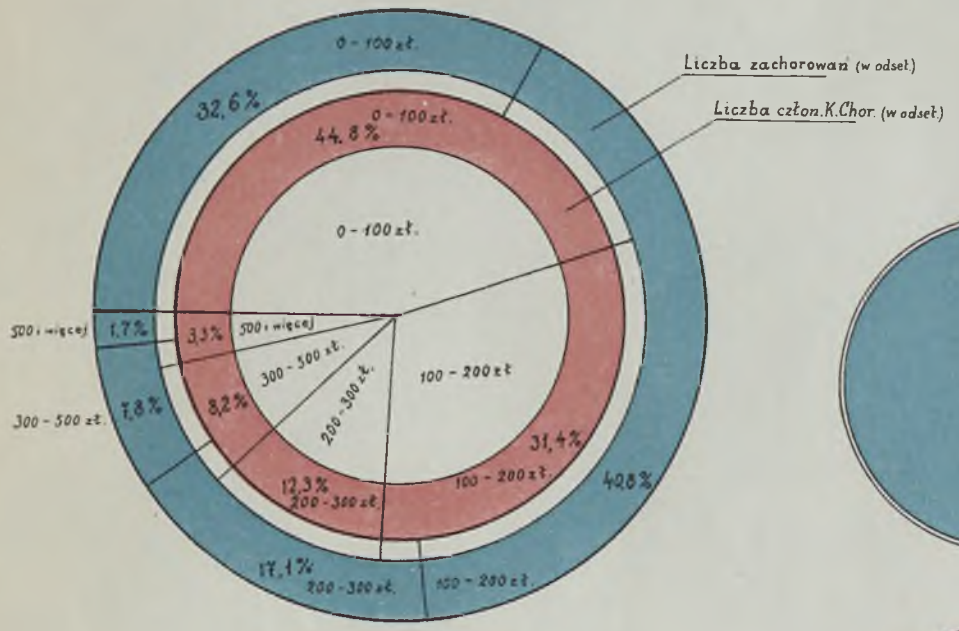
Wysokość zarobku miesięcznego ubezpieczonych człon. Kasy	L. zachorowań		L. dni niezdolności	
	L. bezwzględn.	% l. ogóln.	L. bezwzględn.	% l. ogóln.
Poniżej. . 100 Zł. .	2.807	21,8	71.613	23,1
100 — 200 „ .	5.949	46,2	139.977	45,1
200 — 300 „ .	2.595	20,2	60.774	19,6
300 — 500 „ .	1.240	9,6	30.814	9.9
Powyżej . 500 „ .	287	2,2	6.770	2,2
Zarobek niewiadomy	2	0,0	242	0,1
Ogółem . .	12.880	100,0	310.190	100,0

Kobiety.

Wysokość zarobku miecięcznego ubezpieczonych człon. Kasy	L. zachorowań		L. dni niezdolności	
	L. bezwzględn.	% l. ogóln.	L. bezwzględn.	% l. ogóln.
Poniżej. . 100 Zł. .	2.510	56,3	67.615	57,5
100 — 200 „ .	1.332	29,9	34,638	29,5
200 — 300 „ .	453	10,2	11.968	10,2
300 — 500 „ .	142	3,2	2.653	2,3
Powyżej 500 „ .	18	0,4	569	0,5
Zarobek niewiadomy	1	0.0	35	0,0
Ogółem . .	4.456	100,0	117.478	100,0

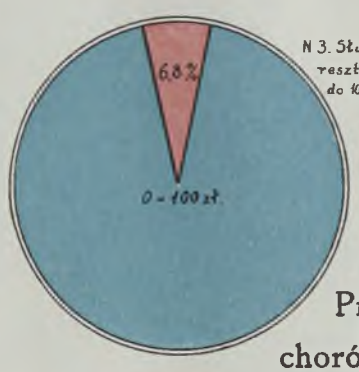
Liczba zachorowań i liczba członków Kasy Chor. w poszczególnych grupach zarobkowych w odsetk.

2-ie półrocze 1925 r.

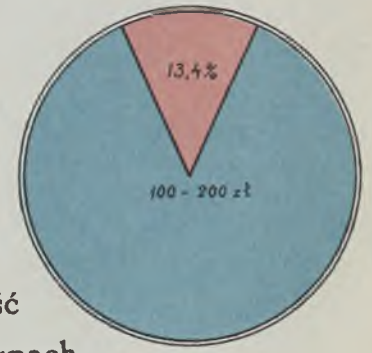


ZAROBEK	Liczba członk. Kasy Chorych	%	Liczba zachorowań	%	Liczba zachorowań na 100 członk. danej grupy zarobk.
Do — 100 zł.	77.411	44,8	5.317	32,6	6,8
101 — 200 „	54.289	31,4	7.281	40,8	13,4
201 — 300 „	21.200	12,3	3.048	17,1	14,4
301 — 500 „	14.224	8,2	1.382	7,8	9,7
500 zł. powyżej	5.655	3,3	305	1,7	5,3
	178.779	100,0	17.333	100,0	

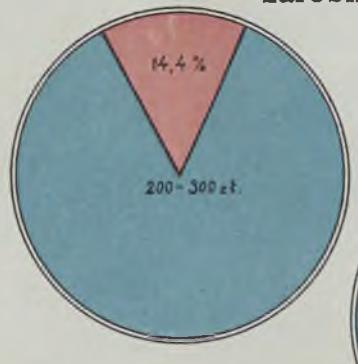
Zachorowalność (w odsetkach) w poszczególnych grupach zarobkowych.

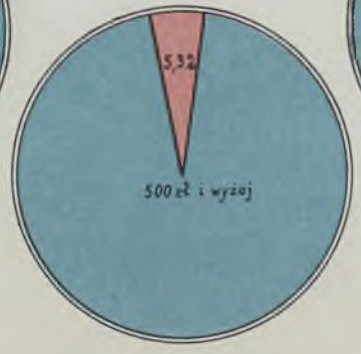


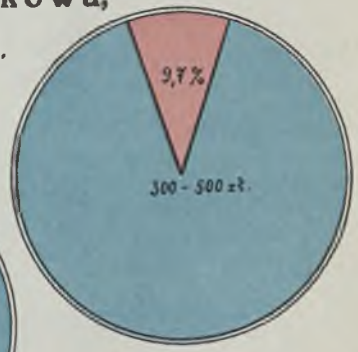
N 3. Służba domowa daje około 1% zachorowań reszta członków Kasy Chor. z zarobkiem do 100 złotych daje około 10% zachorowań.



Przeciętna długotrwałość chorób **we wszystkich** grupach zarobkowych jest **jednakowa**, a mianowicie 24 dni.

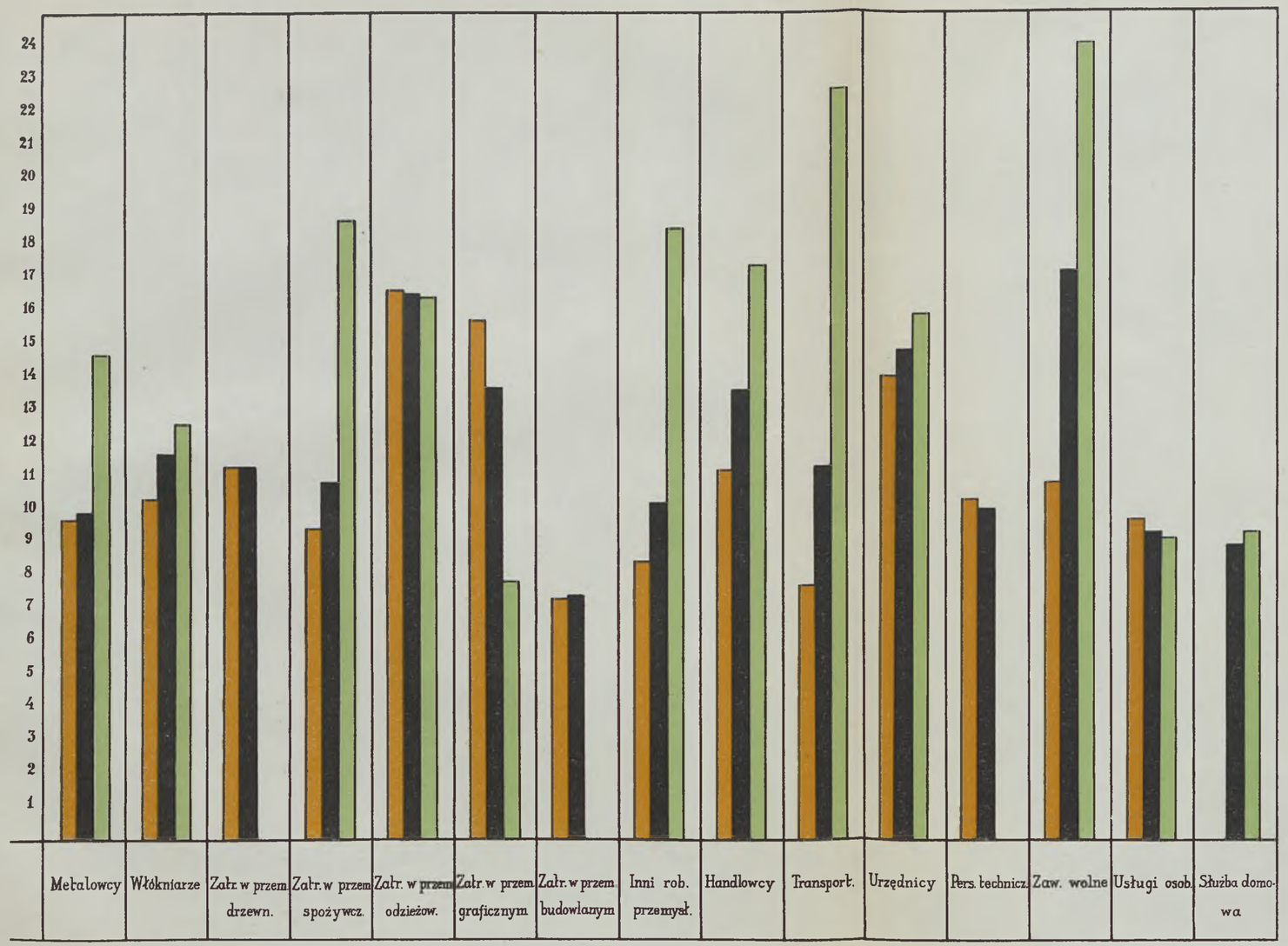




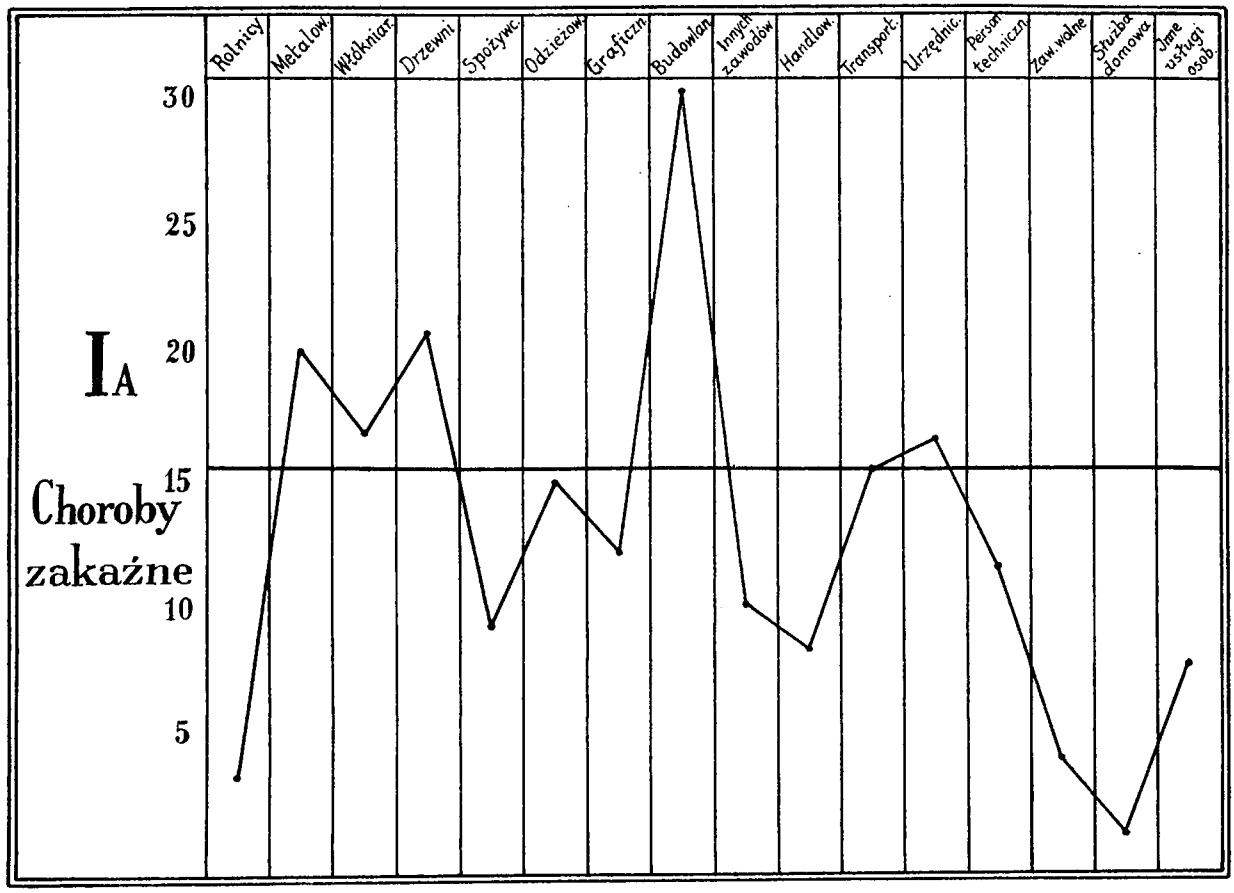


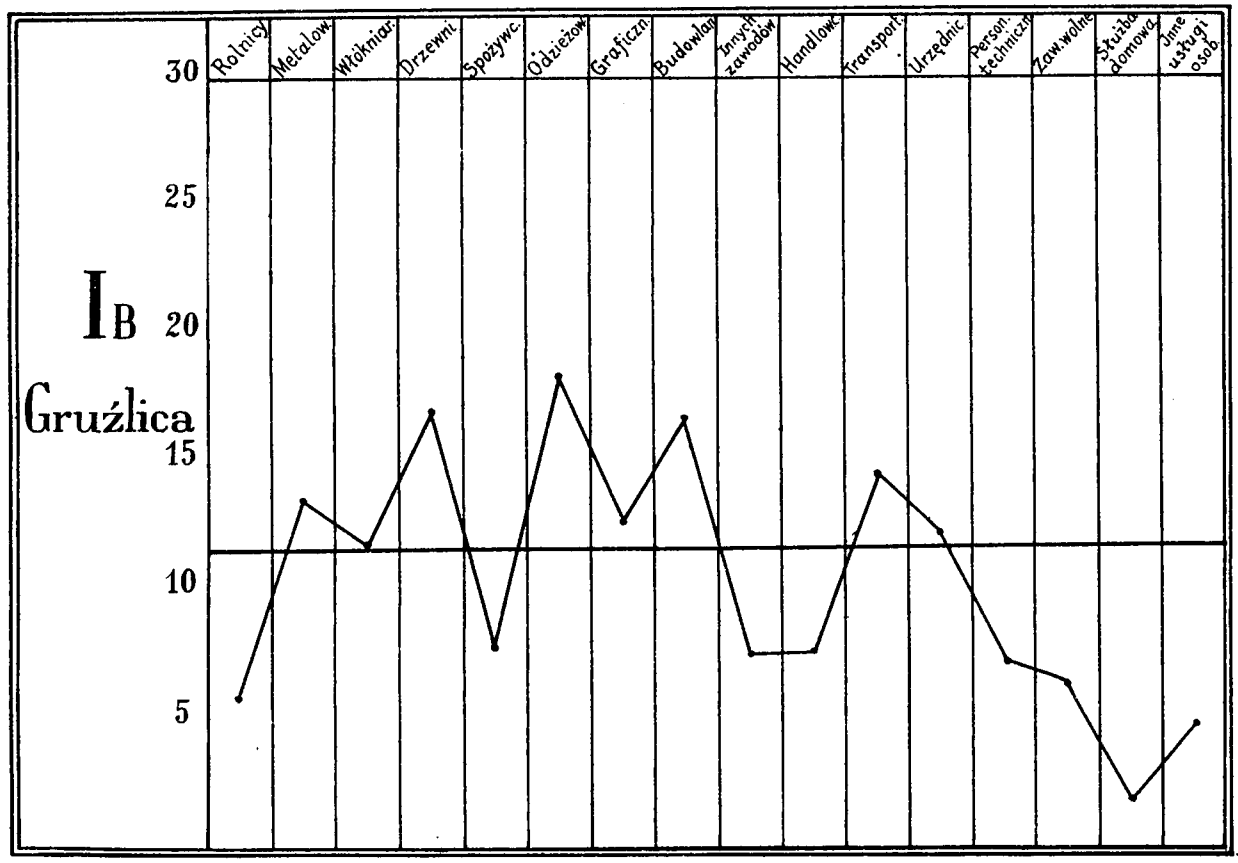
GRUŹLICA.

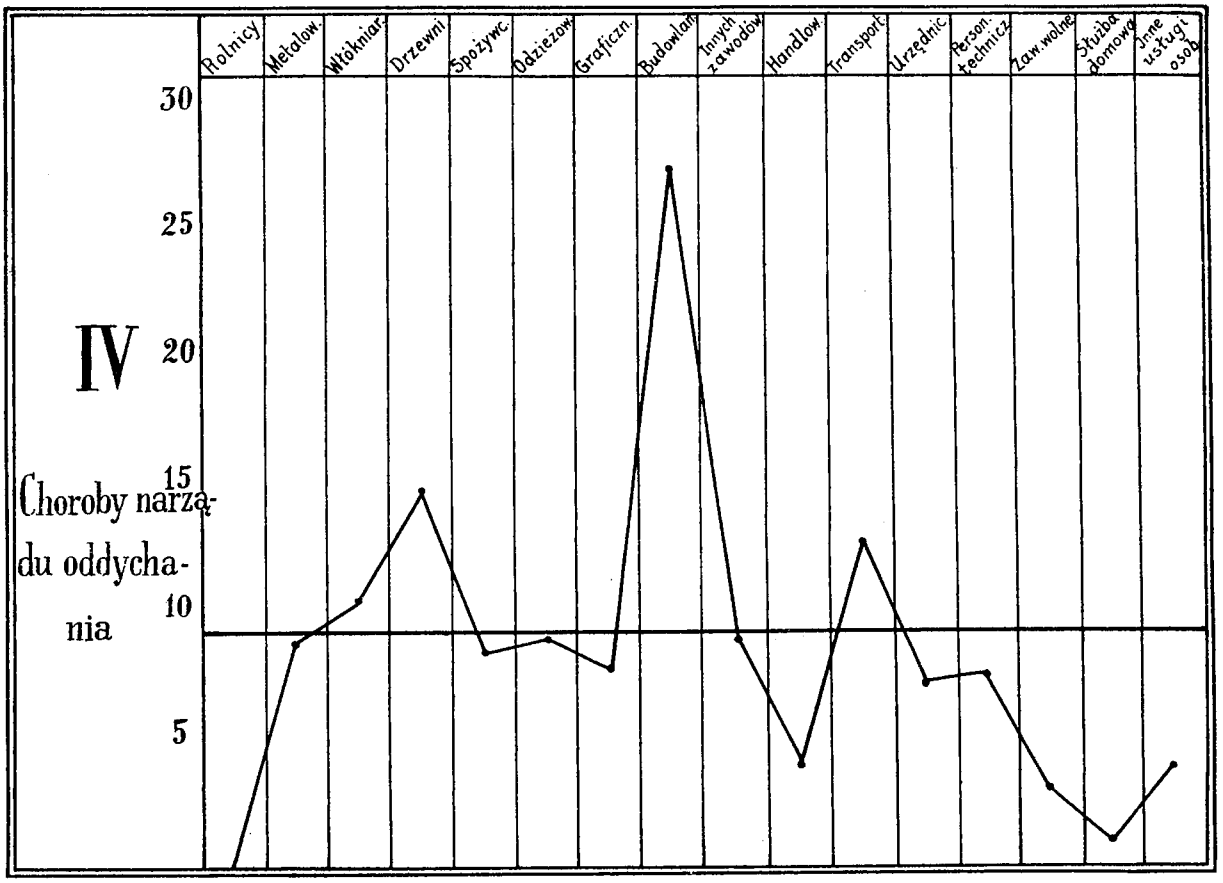
Liczba zachorowań na gruźlicę w poszczególnych zawodach w stosunku % do ogółu zachorowań w danym zawodzie w 2-iem półroczu r. 1925.

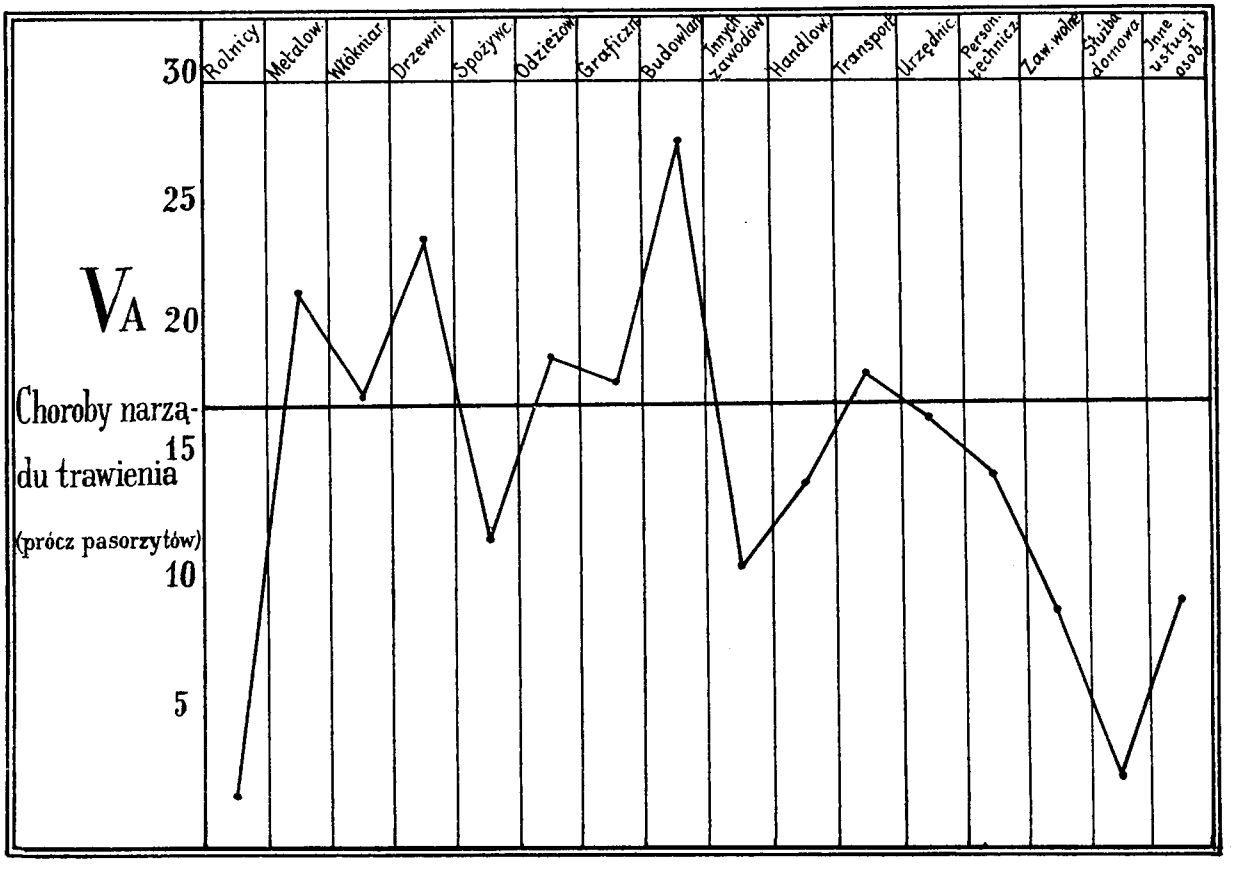


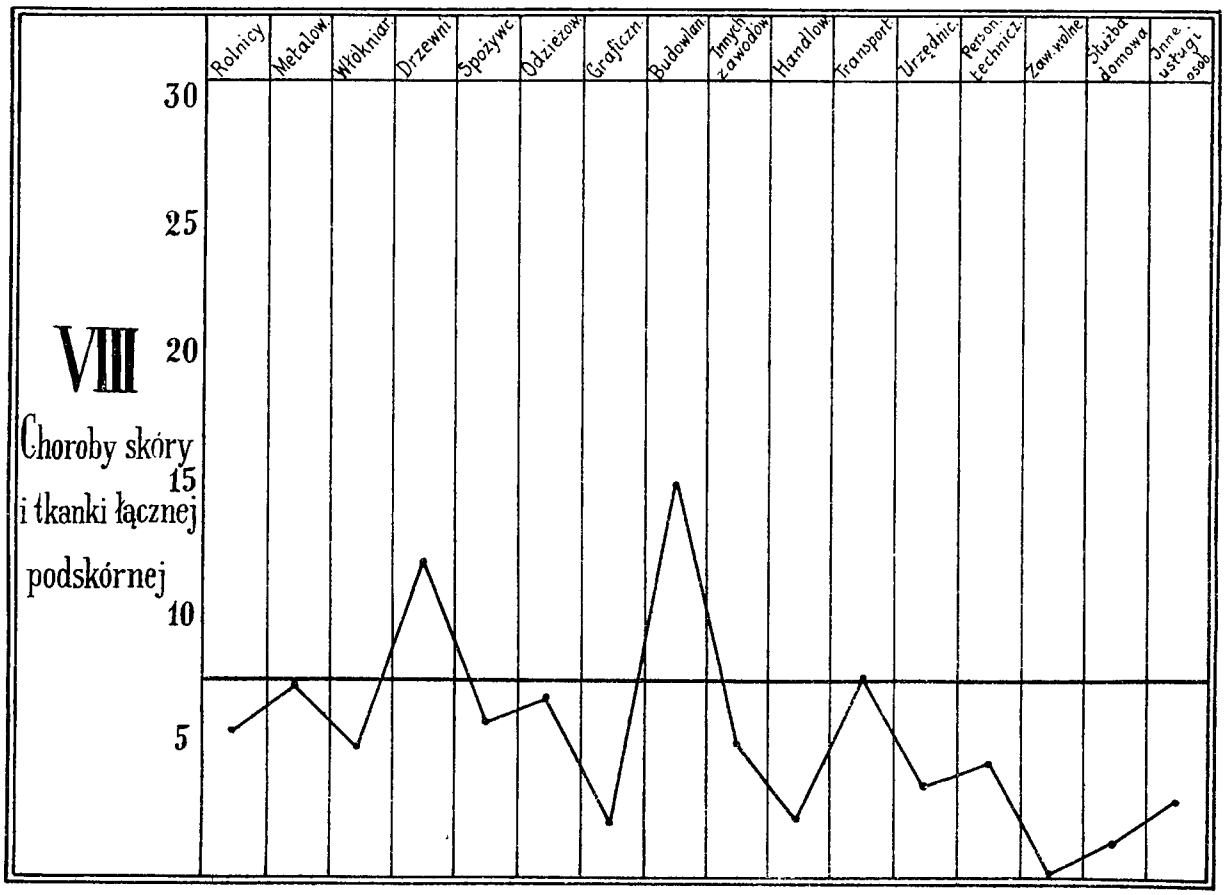
ZAWODY	OGÓŁEM			MĘŻCZYŹNI			KOBIETY		
	Liczba wszystkich zachorowań	Liczba zachorowań na gruźlicę	% zachorowań na gruźlicę w stosunku do ogólnej liczby zachorowań w danym zawodzie	Liczba wszystkich zachorowań	Liczba zachorowań na gruźlicę	% zachorowań na gruźlicę w stosunku do ogólnej liczby zachorowań w danym zawodzie	Liczba wszystkich zachorowań	Liczba zachorowań na gruźlicę	% zachorowań na gruźlicę w stosunku do ogólnej liczby zachorowań w danym zawodzie
Rolnicy	17	3	—	15	2	—	*2*	*1*	—
Metalowcy	3.344	333	9,9	3.194	311	9,7	*150*	*22*	*14,7*
Włókniarze	324	38	11,7	117	12	10,3	*207*	*26*	*12,6*
Zatr. w prz. drzewnym	576	65	11,3	575	65	11,3	*1*	—	—
„ „ spożyw.	528	57	10,8	448	42	9,4	*80*	*15*	*18,7*
„ „ odzieżow.	1.046	173	16,5	565	94	16,6	*481*	*79*	*16,4*
„ „ graficz.	388	53	13,7	286	45	15,7	*102*	*8*	*7,8*
„ „ budowl.	1.597	118	7,4	1.588	116	7,3	*9*	*2*	—
Inne rob. przemysłowe	508	52	10,2	416	35	8,4	*92*	*17*	*18,5*
Handlowcy	469	64	13,6	285	32	11,2	*184*	*32*	*17,4*
Transportowcy . . .	542	61	11,3	414	32	7.7	*128*	*29*	*22,7*
Urzędnicy	1.811	268	14,8	1.017	142	14,0	*794*	*126*	*15,9*
Personel techniczny .	201	20	10,0	195	20	10,3	*6*	—	—
Zawody wolne . . .	198	34	17,2	102	11	10,8	*96*	*23*	*24,0*
Usługi osobiste . . .	1.000	93	9,3	813	76	9,7	*187*	*17*	*9,1*
Zawód niewiadomy .	4.348	412	9.4	2.832	222	7,8	*1.516*	*190*	*12,5*
Razem	16.897	1.844	10,9	12.862	1.257	9.7	*4.035*	*587*	*14,5*
Służba domowa . . .	439	39	8,9	18	—	—	*421*	*39*	*9,3*
Ogółem. . . .	17.336	1.883	10,9	12.880	1.257	9,8	*4.467*	*626*	*14,0*

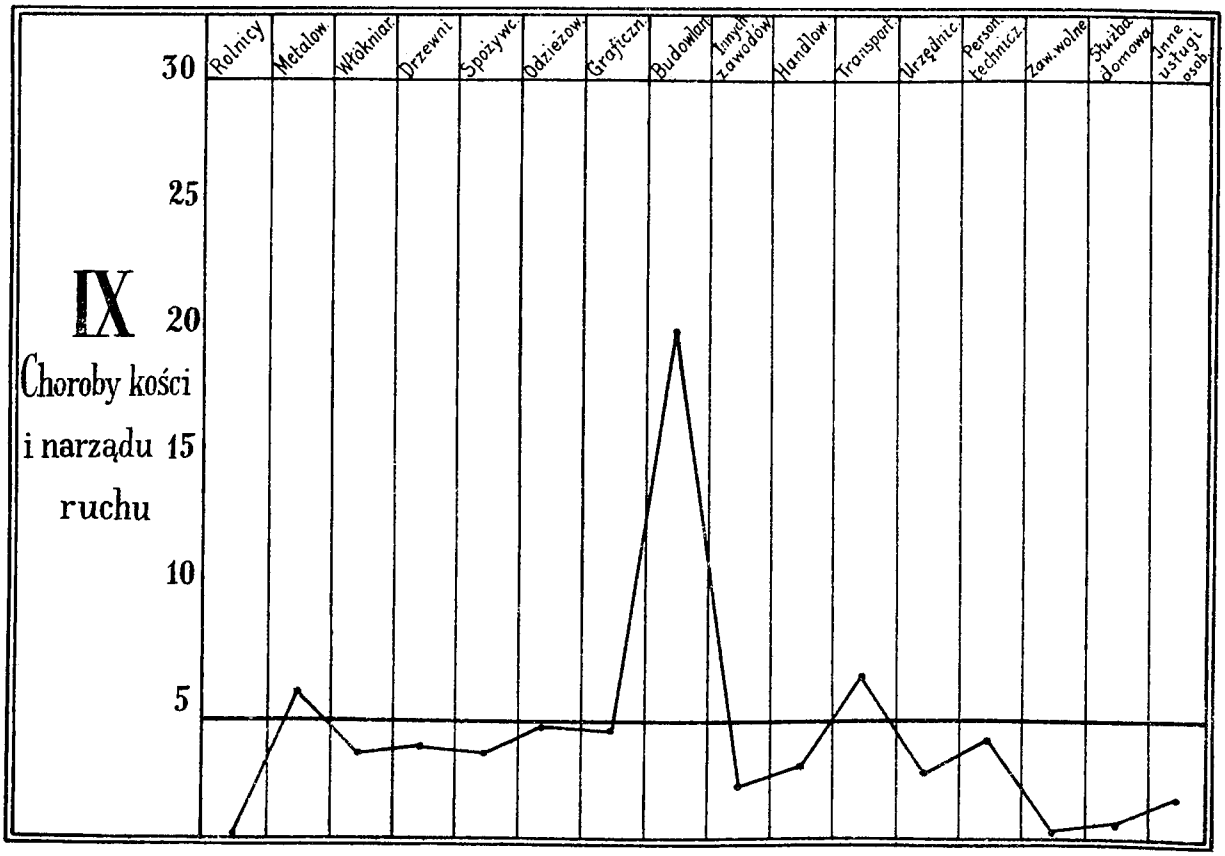

Rolnicy
Metalow.
Włókniar.
Drzewni
Spożywc.
Odzieżow.
Graficzn.
Budowlan.
Innych zawodów
Handlow.
Transport.
Urzędnic.
Person. techniczn.
Zaw. wolne
Służba domowa
Inne usługi osób.
30
25
20
15
10
5
IA
Choroby zakaźne


Rolnicy
Metalow.
Włókniar.
Drzewni
Spożywc.
Odzieżow.
Graficzn.
Budowlan.
Innych zawodów
Handlow.
Transport.
Urzędnic.
Person. techniczn.
Zaw. wolne
Służba domowa
Inne usługi osób.
30
25
20
15
10
5
IB
Gruźlica

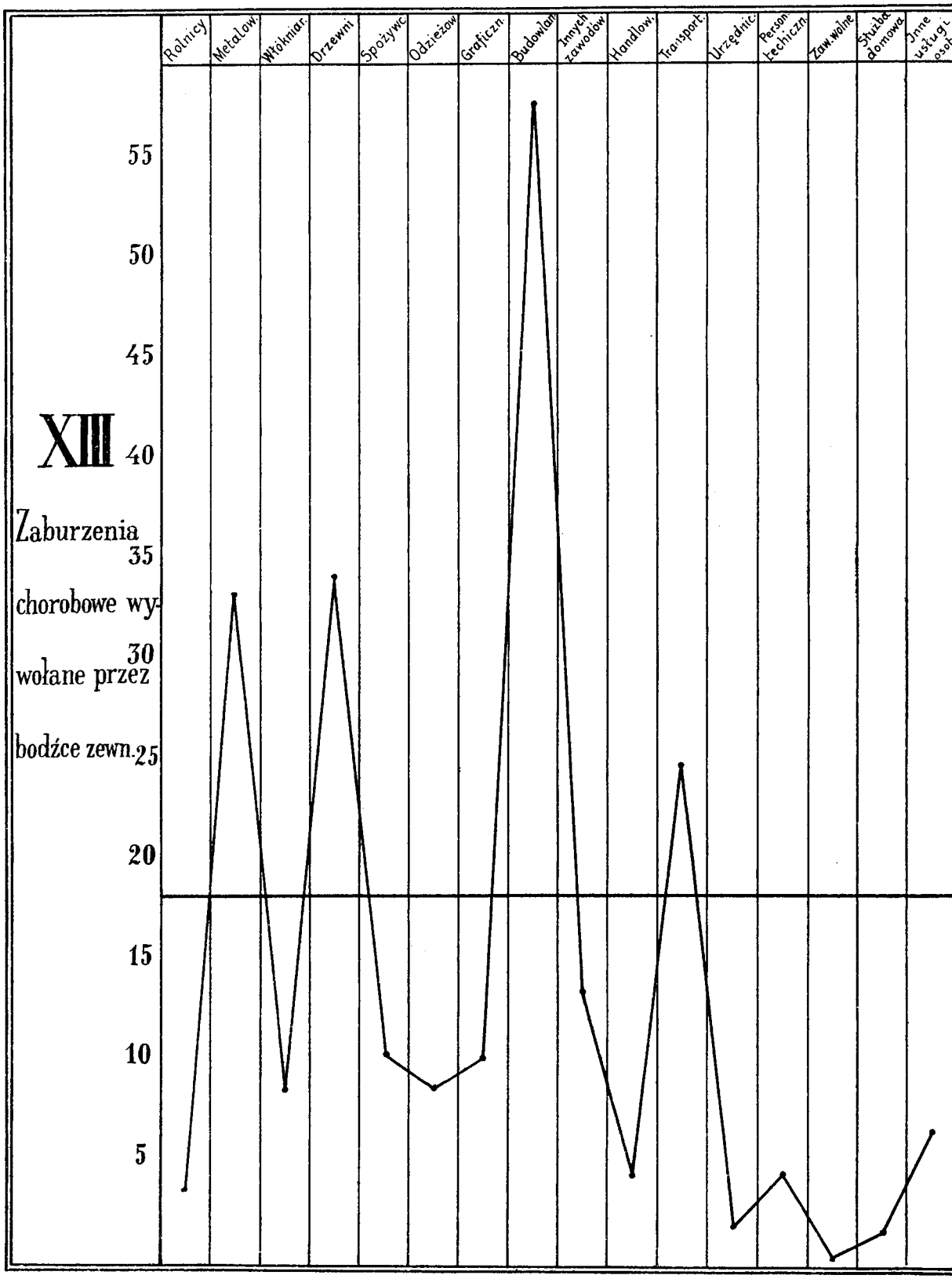

IV
Choroby narzą-
du oddycha-
nia
30
25
20
15
10
5
Rolnicy
Metalow.
Włókniar.
Drzewni
Spożywc.
Odzieżow.
Graficzn.
Budowlani
Innych zawodów
Handlow.
Transport.
Urzędnic.
Person. techniczn.
Zaw. wolne
Służba domowa
Inne usługi osob.


VA
Choroby narzą-
du trawienia
(prócz pasorzytów)
30
25
20
15
10
5
Rolnicy
Metalow.
Włókniar.
Drzewni
Spożywc.
Odzieżow.
Graficzn.
Budowlani
Innych zawodów
Handlow.
Transport.
Urzędnic.
Person. techniczn.
Zaw. wolne
Służba domowa
Inne usługi osob.


VIII
Choroby skóry
i tkanki łącznej
podskórnej
30
25
20
15
10
5
Rolnicy
Metalow.
Włókniar.
Drzewni
Spożywc.
Odzieżow.
Graficzn.
Budowlan.
Innych zawodów
Handlow.
Transport.
Urzędnic.
Person. techniczn.
Zaw. wolne
Służba domowa
Inne usługi osob.


IX
Choroby kości
i narządu
ruchu
30
25
20
15
10
5
Rolnicy
Metalow.
Włókniar.
Drzewni
Spożywc.
Odzieżow.
Graficzn.
Budowlan.
Innych zawodów
Handlow.
Transport.
Urzędnic.
Person. techniczn.
Zaw. wolne
Służba domowa
Inne usługi osob.

Zachorowalność na niektóre grupy chorób w poszczególnych zawodach w okresie 1.VII — 31.XII 1925 r.



Zachorowalność p/g niektórych grup chorób w poszczególnych zawodach w 2-iem półroczu 1925 r.

ZAWODY	Liczba ubezpieczon. w dniu 31.III.26 r.	OGÓŁEM															
		I A. Chor zakaźne		I. Gruźlica		IV. Chor. narząd. oddych.		V A. Chor. narząd. trawienia		VIII. Chor. skóry i tk. podsk.		IX. Chor. kości i ruchu		XIII B. Chor. wywołan. przez bodźce zewnętrzne	
		Zachor.	‰ ubezp.	Zachor.	‰ ubezp.	Zachor.	‰ ubezp.	Zachor.	‰ ubezp.	Zachor.	‰ ubezp.	Zachor.	‰ ubezp.	Zachor.	‰ ubezp.
Rolnicy	518	2	3,9	3	5,8	—	—	1	1,9	3	5,8	—	—	2	3,9
Metalowcy	24.734	508	20,5	333	13,5	243	9,8	537	21,7	188	7,6	145	5,9	824	33,3
Włókniarze	3.248	56	17,2	38	11,7	34	10,5	57	17,6	17	5,2	11	3,4	29	8,9
Drzewni	3.826	81	21,2	65	17,0	57	14,9	91	23,8	48	12,5	14	3,7	132	34,5
Spożywcy	7.376	71	9,6	57	7,7	63	8,5	87	11,8	46	6,2	25	3,4	79	10,7
Odzieżowi	9.405	145	15,4	173	18,4	85	9,0	179	19,0	68	7.2	44	4,7	85	9,0
Graficzni	4.194	53	12,6	53	12,6	33	7,9	76	18,1	18	4,3	18	4,3	44	10,5
Budowlani	7.050	216	30,6	118	16,7	194	27,5	194	27,5	109	15,5	141	20,0	408	57,9
Rob. inn. zawod. [1]	7.017	74	10,5	52	7,4	63	9,0	76	10,8	38	5,4	14	2,0	97	13,8
Niewykwalifik. [2]	8.554	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Handlowcy	8.648	75	8,7	64	7,4	35	4,1	121	14,0	22	2,5	24	2,8	41	4,7
Transportowcy	4.206	67	15,9	61	14,5	54	12,8	77	18,3	35	8,3	28	6,7	105	25,0
Urzędnicy	21.920	372	17,0	268	12,2	157	7,2	363	16.6	85	3,9	60	2,7	93	4,2
Personel technicz.	2.835	34	12,0	20	7,1	21	7,4	41	14,5	13	4,6	11	3,9	14	4,9
Zawody wolne [3]	5.416	24	4,4	34	6,3	16	3,0	49	9,1	4	0,7	6	1,1	13	2,4
Służba domowa	26.448	37	1,4	39	1,5	29	1,1	62	2,3	37	1,4	17	0,6	47	1,8
Inne usługi osob.	19.982	162	8,1	93	4,7	77	3,9	187	9,4	62	3,1	52	2,6	136	6.8
Zawody niewiad.	332	651	—	412	—	365	—	661	—	299	—	210	—	942	—
Razem	165.709	2.628	15,9	1.883	11,4	1.526	9,2	2,859	17,3	1.092	6,6	820	4,9	3.091	18,7

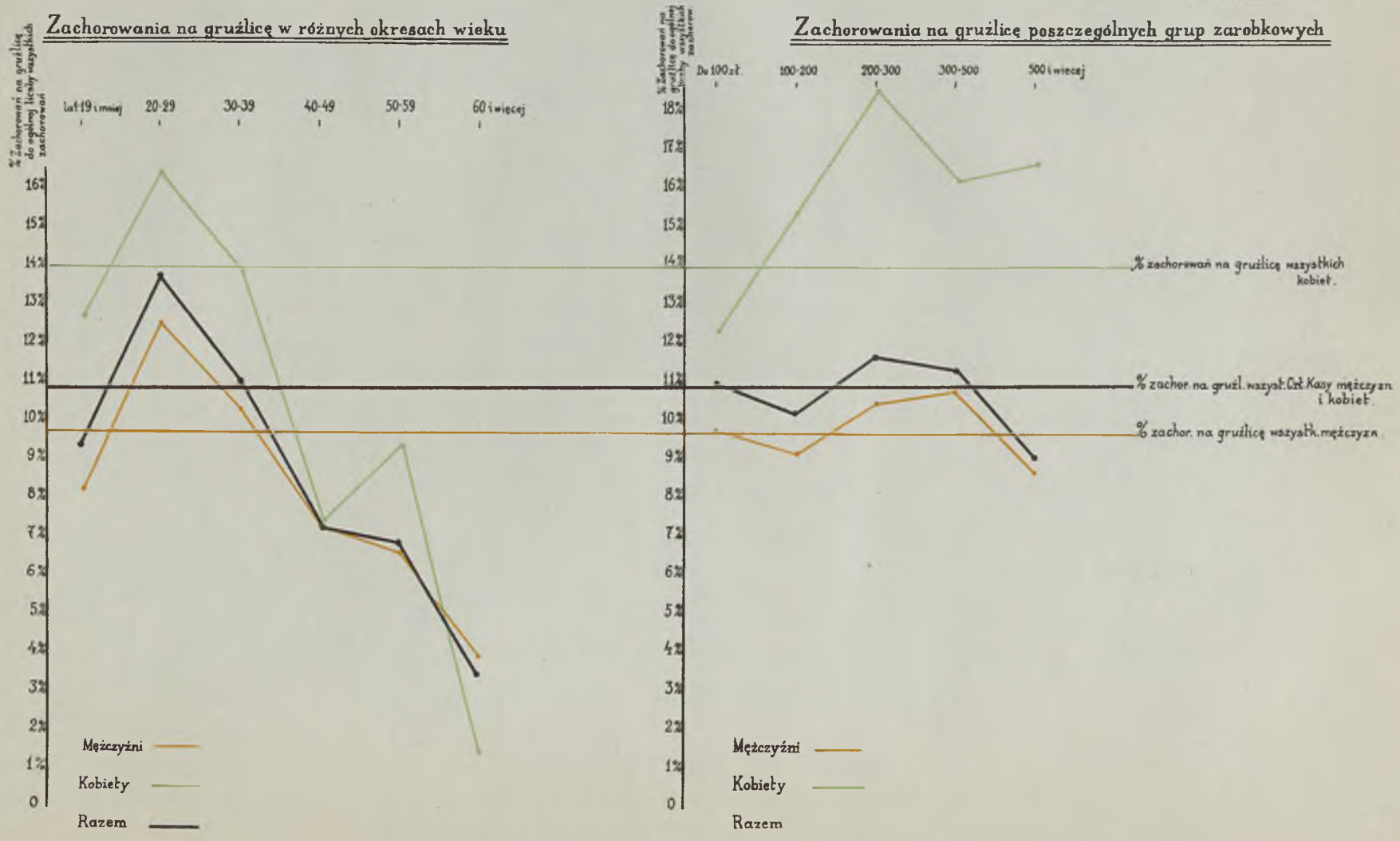
[1] Pracujący przy obróbce minerałów; w przemyśle chemicznem; w przemyśle papierniczem; w przem. skórzanym i przy obsłudze maszyn.
[2] Brak danych wiarogodnych.
[3] Służba zdrowia, wychowanie, nauka, literatura, prasa, sztuka. Prawo, Kościół, Teatr i muzyka.

ZAWODY	Liczba ubezpieczon. w dniu 31.III.26 r.	MĘŻCZYŹNI															
		I A.		I B.		IV.		V A.		VIII.		IX.		XIII B.			
		Zachor.	‰ ubezp.	Zachor.	‰ ubezp.	Zachor.	‰ ubezp.	Zachor.	‰ ubezp.	Zachor.	‰ ubezp.	Zachor.	‰ ubezp.	Zachor.	‰ ubezp.		
Rolnicy	411	2	4,9	2	4,9	—	—	1	2,4	3	7,3	—	—	1	2,4		
Metalowcy	23.871	489	20,5	311	13,0	238	10,0	500	20,9	184	7,7	143	6,0	812	34,0		
Włókniarze	1.155	23	19,9	12	10,4	16	13,9	15	13,0	8	6,9	6	5,2	16	13,9		
Drzewni	3.602	81	22,5	65	18.0	57	15,8	91	25.3	48	13,3	14	3,9	131	36.4		
Spożywcy	4.300	59	13,7	42	9,8	59	13,7	72	16.7	41	9,5	25	5.8	75	17,4		
Odzieżowi	4.841	67	13,8	94	19,4	59	12,2	95	19,6	43	8,9	28	5,8	61	12,6		
Graficzni	3.279	37	11,3	45	13,7	26	7,9	54	16.5	15	4,6	15	4,6	38	11,6		
Budowlani	7.028	215	30,6	116	16,5	194	27,5	193	27,5	109	15,5	141	20,1	406	57,8		
Rob. innych zawod.	4.482	61	13,6	35	7,8	58	12,9	60	13,4	36	8,0	14	3,1	81	18,1		
Niewykwalifikow.	3.622	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Handlowcy	5.461	52	9,5	32	5,9	23	4,2	74	13,6	17	3,1	14	2.6	28	5,1		
Transportowcy	3.295	48	14,6	32	9,7	46	14,0	52	15.8	31	9,4	25	7,6	99	30,0		
Urzędnicy	13.984	198	14.2	142	10.2	93	6,7	189	13.5	64	4,6	36	2,6	69	4,9		
Personel technicz.	2.653	33	12,4	20	7.5	20	7,5	39	14.7	13	4,9	11	4,1	14	5,3		
Zawody wolne	2.970	10	3,4	11	3,7	8	2,7	27	9,1	3	1,0	5	1,7	9	3,0		
Służba domowa	303	1	3,3	—	—	1	3,3	4	13,2	4	13,2	1	3,3	5	16,5		
Inne usługi osob.	14.009	140	10,0	76	5,4	68	4,9	142	10,1	55	3,9	42	3,0	114	8,1		
Zawody niewiad.	242	416	—	222	—	273	—	384	—	228	—	160	—	738	—		
Razem	99.508	1.932	19,4	1.257	12,6	1.239	12,5	1.992	20,0	902	9,1	680	6,8	2.697	27,1		

ZAWODY	Liczba ubezpieczon. w dniu 31.III.26 r.	KOBIETY															
		I A.		I B.		IV.		V A.		VIII.		IX.		XIII B.			
		Zachor.	‰ ubezp.	Zachor.	‰ ubezp.	Zachor.	‰ ubezp.	Zachor.	‰ ubezp.	Zachor.	‰ ubezp.	Zachor.	‰ ubezp.	Zachor.	‰ ubezp.		
Rolnicy	*107*	—	—	*1*	*9,3*	—	—	—	—	—	—	—	—	*1*	*9,3*		
Metalowcy	*863*	*19*	*22.0*	*22*	*25,5*	*5*	*5,8*	*37*	*42,9*	*4*	*4.6*	*2*	*2,3*	*12*	*13.9*		
Włókniarze	*2.093*	*33*	*15,8*	*26*	*12,4*	*18*	*8.6*	*42*	*20,1*	*9*	*4,3*	*5*	*2,4*	*13*	*6,2*		
Drzewni	*224*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	*1*	*4,5*		
Spożywcy	*3.076*	*12*	*3,9*	*15*	*4,9*	*4*	*1.3*	*15*	*4,9*	*5*	*1,6*	—	—	*4*	*1,3*		
Odzieżowi	*4.564*	*78*	*17,1*	*79*	*17,3*	*26*	*5,7*	*84*	*18,4*	*25*	*5,5*	*16*	*3,5*	*24*	*5,3*		
Graficzni	*915*	*16*	*17.5*	*8*	*8.7*	*7*	*7,7*	*22*	*24,0*	*3*	*3,3*	*3*	*3,3*	*6*	*6,6*		
Budowlani	*22*	*1*	*45,5*	*2*	*90,9*	—	—	*1*	*45,5*	—	—	—	—	*2*	*90,9*		
Rob. innych zawod.	*2.535*	*13*	*5,1*	*17*	*6,7*	*5*	*2,0*	*16*	*6,3*	*2*	*0,8*	—	—	*16*	*6,3*		
Niewykwalifikow.	*4.932*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Handlowcy	*3.187*	*23*	*7,2*	*32*	*10,0*	*12*	*3,8*	*47*	*14,7*	*5*	*1,6*	*10*	*3.1*	*13*	*4,1*		
Transportowcy	*911*	*19*	*20,9*	*29*	*31,8*	*8*	*8,8*	*25*	*27,4*	*4*	*4.4*	*3*	*3.3*	*6*	*6,6*		
Urzędnicy	*7.936*	*174*	*21.9*	*126*	*15,9*	*64*	*8,1*	*174*	*21,9*	*21*	*2.7*	*24*	*3,0*	*24*	*3,0*		
Personel technicz.	*182*	*1*	*5,5*	—	—	*1*	*5,5*	*2*	*11,0*	—	—	—	—	—	—		
Zawody wolne	*2.446*	*14*	*5.7*	*23*	*9,4*	*8*	*3,3*	*22*	*9,0*	*1*	*0,4*	*1*	*0,4*	*4*	*1.6*		
Służba domowa	*26.145*	*36*	*1,4*	*39*	*1,5*	*28*	*1,1*	*58*	*2,2*	*33*	*1,3*	*16*	*0,6*	*42*	*1,6*		
Inne usługi osob.	*5.973*	*22*	*3,7*	*17*	*2.9*	*9*	*1,5*	*45*	*7,5*	*7*	*1,2*	*10*	*1,7*	*22*	*3,7*		
Zawody niewiad.	*90*	*235*	—	*190*	—	*92*	—	*277*	—	*71*	—	*50*	—	*204*	—		
Razem	*66.201*	*696*	*10,5*	*626*	*9,5*	*287*	*4.3*	*867*	*13,1*	*190*	*2,9*	*140*	*2,1*	*394*	*6,0*		

GRUŹLICA.

2ie półrocze od 1.VII - 31.XII 1925r.



Zachorowalność (pro mille) p/g poszczególnych grup chorób w zależności od wieku członków Kasy Chorych w 2-im półroczu r. 1925.

Grupa wieku	Licz. członków Kasy	Licz. ogólne zachorowań		Choroby ogólne		Choroby zakaźne		Gruźlica		Weneryczne		Nowotwory		Gośćiec		Choroby zmysł. i ukł. nerwow.		Choroby krążenia		Choroby oddychania		Choroby trawienia		Choroby moczopłciowe		Ciąża, poród i połóg		Ch. skóry i tkanki łączn. podskór.		Ch. kości i narząd. ruchu		Wady zorwojowe		Starość		Zaburzen. wywołane prz. bodźce zewn.		Choroby niedost. określ.	
		Zachor.	‰	Zachor.	‰	Zachor.	‰	Zachor.	‰	Zachor.	‰	Zachor.	‰	Zachor.	‰	Zachor.	‰	Zachor.	‰	Zachor.	‰	Zachor.	‰	Zachor.	‰	Zachor.	‰	Zachor.	‰	Zachor.	‰	Zachor.	‰	Zachor.	‰	Zachor.	‰	Zachor.	‰
Ogółem	165709	17336	104,6	5270	31,8	2628	15,9	1883	11,4	134	0,8	66	0,4	311	1,9	803	4,8	629	3,8	1526	9,2	2865	17,3	538	3,2	233	1,4	1092	6,6	820	4,9	11	0,0	3	0,0	3091	18,7	455	2,7
19 lat i mniej	17459	2069	118,6	640	36,7	384	22,0	195	11,2	10	0,6	3	0,2	23	1,3	66	3,8	37	2,1	156	8,9	340	19,5	32	1,8	15	0,9	165	9,5	35	2,0	3	0,2	–	—	525	30,1	55	3,1
20 — 29	57981	6712	115,8	2293	39,6	1051	18,1	929	16,0	63	1,1	13	0,2	101	1,7	237	4,1	164	2,8	440	7,6	1221	21,1	221	3,8	158	2,7	427	7,4	257	4,4	5	0,1	—	—	1107	19,1	182	3,1
30 — 39	37704	4259	113,0	1283	34,0	654	17,3	473	12,5	33	0,9	8	0,2	71	1,9	239	6,3	107	2,8	349	9,3	733	19,5	143	3,8	53	1,4	263	7,0	221	5,9	1	0,0	—	—	761	20,2	106	2,8
40 — 49	23216	2350	101,2	615	26,5	308	13,3	173	7,5	19	0,8	12	0,5	69	2,9	143	6,2	105	4,5	284	12,2	357	15,4	80	3,4	7	0,3	139	6,0	167	7,2	2	0,1	—	—	395	17,0	56	2,4
50 — 59	13712	1301	94,9	316	23,2	164	12,0	90	6,6	5	0,4	20	1,5	29	2,1	82	6,0	107	7,8	183	13,3	154	11,2	33	2,4	—	—	65	4,7	103	7,5	–	—	—	—	222	16,2	36	2,6
60 i więcej	7149	641	89,7	121	17,0	67	9,4	23	3,2	4	0,6	10	1,4	16	2,2	36	5,0	109	15,3	114	16,0	60	8,4	28	3,9	—	—	33	4,6	36	5,0	—	—	3	0,4	81	11,3	20	2,8
Wiek niewiadomy	8489	4	0,4	2	0,2	—	—	—	—	—	–	–	—	2	0,2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,1	—	—	—	—	1	0,4	—	—	—	—	—	—	—	—

Liczba dni niezdolności do pracy na 1000 członków Kasy Chorych w zależności od wieku tychże członków.

Grupa wieku	Licz. członków Kasy Chorych	Ogólna liczba dni niezdolności przy wszystk. zachor.		Choroby zakaźne		Gruźlica		Choroby zmysłów i ukł. nerwow.		Choroby krążenia		Choroby narząd. oddychania		Choroby narząd. trawienia		Choroby skóry i tkanki łączn. podskór.		Choroby kości i narząd. ruchu		Zaburzenia wywołane przez bodźce zewnętrz.	
		Liczba dni niezdolności	Przeciętna liczba dni niezdolności na 1000 czł.	Liczba dni niezdolności	Przeciętna liczba dni niezdolności na 1000 czł.	Liczba dni niezdolności	Przeciętna liczba dni niezdolności na 1000 czł.	Liczba dni niezdolności	Przeciętna liczba dni niezdolności na 1000 czł.	Liczba dni niezdolności	Przeciętna liczba dni niezdolności na 1000 czł.	Liczba dni niezdolności	Przeciętna liczba dni niezdolności na 1000 czł.	Liczba dni niezdolności	Przeciętna liczba dni niezdolności na 1000 czł.	Liczba dni niezdolności	Przeciętna liczba dni niezdolności na 1000 czł.	Liczba dni niezdolności	Przeciętna liczba dni niezdolności na 1000 czł.	Liczba dni niezdolności	Przeciętna liczba dni niezdolności na 1000 czł.
Ogółem . . .	165709	427668	2580	31746	192	115363	696	24358	146	21958	133	33638	203	47239	285	19209	116	17430	105	60106	363
19 lat i mniej	17459	38008	2178	5356	307	8735	500	1367	78	847	48	2303	132	3662	210	2308	132	535	31	9146	524
20 — 29 lat	57981	159875	2757	12085	208	56662	977	6236	108	5386	93	8851	153	19287	333	6702	116	5737	99	18067	312
30 — 39 „	37704	103705	2750	8343	221	27981	742	7577	201	2641	70	6463	171	13772	365	4257	113	4741	126	15196	403
40 — 49 „	23216	63006	2714	3310	143	13695	590	4439	191	2717	117	6668	287	6078	262	3317	143	3426	148	9525	410
50 — 59 „	13712	39264	2864	1856	135	6061	442	3167	231	5081	371	4817	351	2896	211	1580	115	2116	154	6009	438
60 i więcej	7149	23702	3315	796	111	2229	312	1572	220	5286	740	4536	634	1544	216	1045	146	868	121	2163	303
Wiek niewiadomy	8488	108	12,7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	0,8	—	—	—	—

Tabl. 14.