PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN OGÓLNO-PAŃSTWOWEGO ZW. KAS CHORYCH W POLSCE

ROK II | MIESIĘCZNIK | ZESZYT 10

WARSZAWA, DN. 1 PAŹDZIERNIKA 1927.

J — k.

O UBEZPIECZENIU PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH.

Opracowany przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej i opublikowany w r. 1925 projekt ustawy o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, po zrewidowaniu go przez Ministerstwo na tle wyników 3-dniowej ustnej ankiety nad projektem, odbytej we wrześniu 1925 r. z udziałem około 50-ciu przedstawicieli zainteresowanych organizacyj, kół fachowych i gospodarczych, poddany został w roku 1926 konsultacji międzyministerjalnej, a po jej ukończeniu przedłożony został Radzie Ministrów w styczniu r. b., jako projekt rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej, do uzgodnienia względnie zdecydowania co do kilku zasadniczych kwestyj, których nie zdołano uzgodnić w toku konsultacji międzyministerjalnej, a co do których interesowani ministrowie nie mogli dojść do bezpośredniego porozumienia.

Uzgodniony projekt przesłany został przez Radę Ministrów Radzie Prawniczej do opinji. Rada Prawnicza wyłoniła specjalną Komisję, która pod przewodnictwem Prezesa Najwyższego Trybunału Administracyjnego, p. Kopczyńskiego, pracowała nad projektem od połowy marca do końca czerwca r. b.

W toku obrad Rady Prawniczej wprowadzono niektóre zmiany merytoryczne w przedłożonym projekcie, a wynikające z konieczności prawnej uwzględnienia ustawodawstwa, obowiązującego na Górnym Śląsku; Komisja Rady Prawniczej, uwzględniając postanowienia artykułu 7 ustawy konstytucyjnej śląskiej z 15 lipca 1920 r. względnie analogicznego postanowienia górnośląskiej Konwencji Genewskiej, pragnęła wykluczyć wszelkie szanse skarg przed forum międzynarodowem, wniesionych ewentualnie z powodu objęcia Górnego Śląska, jednolitemi dla całej Rzeczypospolitej przepisami prawnemi w danej dziedzinie.

Uwzględnić należy ponadto okoliczność, że w czasie prac Rady Prawniczej nad powyższym rządowym projektem, projekt śląskiej ustawy o ubezpieczeniu pracowników umysłowych przeszedł już przez dwa czytania na plenum Sejmu Śląskiego i podczas 3-ciego czytania odesłany został, na wniosek Wojewody Śląskiego, do komisyj celem porozumienia się z Rządem ze względu na projekt rządowy. W tym stanie rzeczy nie mogło pozostać bez wpływu na projekt rządowy stanowisko Komisji Socjalnej Sejmu Śląskiego, która, starając się dojść do porozumienia co do projektu rządowego unifikacyjnego, w pertraktacjach miała tego rodzaju atut, jak możność przedstawienia Sejmowi Śląskiemu w 3-ciem czytaniu projektu Śląskiego, którego uchwalenie skompensowałoby sytuację. Zmiany, wprowadzone przez Radę Prawniczą, uzyskały zgodę Ministra-wnioskodawcy.

Wobec tego, że wymieniony wyżej projekt przebywa już ostatni swój etap, bo i istnieje możliwość rychłego uchwalenia go przez Radę Min. i ogłoszenia w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, celem niniejszego artykułu jest zapoznanie interesowanych z treścią tego projektu.

Uwagi ogólne.

Projekt ten jest projektem ogólno-państwowych przepisów prawnych w dziedzinie specjalnego ubezpieczenia pracowników umysłowych, a zatem zastąpi przepisy austrjackiej ustawy o ubezpieczeniu pensyjnem funkcjonarjuszy prywatnych z 16 grudnia 1906 r. w brzmieniu obowiązującem obecnie w b. dzielnicy austrjackiej, przepisy analogicznej ustawy niemieckiej z 20 grudnia 1911 r. w brzmieniu, obowiązującem obecnie w województwie poznańskiem i pomorskiem, jak również przepisy tejże ustawy niemieckiej, zmienione ustawami śląskiemi, a obowiązujące na G. Śląsku, oraz przepisy polskiej ustawy o zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia, o ile ona na podstawie noweli z 28 października 1925 (Dz. U. R. P. Nr. 120, poz. 863) dotyczy pracowników umysłowych.

Projekt, dając realne zaopatrzenie inwalidzkie, wdowie i sieroce, i dystansując bardzo znacznie zaopatrzenie takie, należne w myśl ustaw dotychczasowych, przynosi równocześnie znaczną zniżkę obciążenia na to ubezpieczenie dla dwóch dzielnic, a to dla b.

dzielnicy austrjackiej z 12% na 8%, dla b. dzielnicy pruskiej z 8 —10% *średniej* danej klasy płacy na 8% *dolnej* granicy danej klasy płacy. Dla G. Śląska przynosi projekt nieznaczną podwyżkę w stosunku do obecnie obowiązującej składki, t. j. 4.44% *średniej płacy* (w danej klasie płac) w najniższej, 7% w średnich i 5.91% w najwyższej klasie płacy, a 6.26% faktycznej przeciętnej,—w porównaniu z 8% składką, przewidzianą w projekcie, a obliczaną od *dolnej* płacy w danej klasie płac względnie w grupie zarobkowej, która — obliczona również od *średniej* płacy w danej grupie zarobkowej—wyniosłaby od 6.4 do 7.5% w poszczególnych grupach zarobkowych. Jednakże uwzględnić należy okoliczność, że obowiązująca obecnie na G. Śląsku składka ustalona została przy przyjęciu zasad składki rosnącej, co miałoby ten skutek, że nawet przy obecnych świadczeniach nastąpićby musiało w przyszłości podwyższenie składek, zwłaszcza, iż — wobec 15-letniego okresu istnienia tego ubezpieczenia — do stanu równowagi jeszcze bardzo daleko. Podwyżka ta musiałaby nastąpić zresztą rychło wskutek uchwalenia projektu ustawy śląskiej, podwyższającej świadczenia, a im późniejby nastąpiła, temby znaczniejszą być musiała.

Dla b. dzielnicy rosyjskiej nie przynosi projekt nowego obciążenia, bo powszechnie znane tu są kasy przezorności, kasy emerytalne i tym podobne kasy wzajemnej pomocy, zakładane w braku ubezpieczenia emerytalnego, a składki do takich kas wynoszą od 10 do 20% płacy. Projekt, nie naruszając pozatem stosunków prawnych, zachodzących między pracownikiem lub pracodawcą a taką kasą, zwalnia pracodawcę od opłat na rzecz takiej kasy do takiej kwoty, jaką obowiązany będzie opłacać za ubezpieczenie emerytalne danego pracownika. Ewentualną nadwyżkę będzie pracodawca nadal uiszczać do kasy zgodnie ze swojem zobowiązaniem.

Na ubezpieczenie na wypadek bezrobocia przewiduje projekt 2%-ową składkę, która w porównaniu z obecną (2.5%) jest niższą, ale wysokość policzalnego zarobku, w myśl projektu jest wyższa, bo do 560 zł. miesięcznie. (Co do motywów, jakie skłoniły Min. P. i O. S. do wniesienia projektu odrębnego specjalnego ubezpieczenia pracowników umysłowych, zob. artykuł p. t. „Ubezpieczenie pracowników umysłowych" w tegorocznym kwartalniku M. P. i O. S. „Praca i Opieka Społeczna").

Zakres przedmiotowy.

Projekt obejmuje a) ubezpieczenie na wypadek braku pracy i b) ubezpieczenie na wypadek niezdolności do wykonywania zawodu, na starość i na wypadek śmierci (ubezpieczenie emerytalne). Oba te działy ubezpieczenia stanowią odrębne i samowystarczalne działy, a połączenie ich jest tylko połączeniem kodyfikacyjnem i organizacyjnem.

Wobec zasad, na których oparty jest projekt ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby oraz o ubezpieczeniu robotników na wypadek niezdolności do zarobkowania, a ich rodzin na wypadek śmierci ubezpieczonego (ogłoszony przez M. P. i O. S. drukiem w marcu r. b. i rozpatrywany przez Radę Ubezpieczeń Społecznych) w najbliższej przyszłości, t. j. równocześnie z wejściem w życie ostatnio wymienionego projektu, będzie musiało być wcielone do ubezpieczenia emerytalnego pracowników umysłowych także ubezpieczenie ich — od wypadków, gdyż projekt wymieniony wyżej łączy ubezpieczenie robotników od wypadków materjalnie z ubezpieczeniem inwalidzkiem robotników. Do tego czasu ubezpieczenie pracowników umysłowych od wypadków wykonywać będą dotychczasowe odrębne instytucje ubezpieczenia od wypadków, a w razie zbiegu rent Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych zmniejsza należną z ubezpieczenia emerytalnego rentę inwalidzką, wdowią lub sierocą o połowę takiejże renty, należnej z tytułu ubezpieczenia od wypadków.

Zakres podmiotowy.

Ubezpieczeniu podlegają *pracownicy umysłowi* obojga płci, o ile ukończyli 16 lat życia, a nie przekroczyli 60 względnie w pierwszych 5-ciu latach od wejścia w życie rozporządzenia 65 lat życia, a są zatrudnieni na obszarze Rzeczypospolitej u innych osób fizycznych lub osób prawnych; górna granica wieku ma znaczenie tylko o tyle, o ile w momencie, gdy miałby powstać obowiązek ubezpieczenia, dana osoba rozpoczynałaby ubezpieczenie poraz pierwszy lub na nowo, nie mając żadnych praw ubezpieczeniowych, policzalnych do ubezpieczenia, a nabytych przed osiągnięciem określonego wyżej wieku.

Kogo należy uważać za pracownika umysłowego, określa art. 3, art. 4 zaś daje możność uzupełnienia wyliczenia kategoryj, określonych w art. 3. Najwłaściwiej będzie artykuły te oraz 5, dotyczący zwolnienia od obowiązku ubezpieczenia z mocy prawa i art. 6, dający pewnym osobom prawo żądania zwolnienia — przytoczyć w całej osnowie.

Nadmienić jednak przytem należy, iż w myśl postanowień przejściowych wszystkie osoby, które w myśl dotychczasowych przepisów były ubezpieczone, podlegają ubezpieczeniu w myśl rozporządzenia Prezydenta, chociażby nie były objęte artykułem 3-cim; odnośnie zaś do art. 3 p. 9 należy zauważyć, iż w myśl postanowień przejściowych wszyscy sprzedawcy i ekspedjenci sklepowi i księgarscy, którzy w myśl dotychczasowych przepisów korzystali z uprawnień, przysługujących na mocy tychże przepisów pracownikom umysłowym, uważani są nadal za pracowników umysłowych do czasu wydania rozporządzenia wykonawczego, mającego określić ulgowe warunki zaliczenia do pracowników umysłowych tych sprzedawców sklepowych i księgarskich, którzy obejmą te obowiązki w ciągu 5 lat od wejścia w życie rozporządzenia Prezydenta, względnie zatrudnieni będą w miejscowościach, w których brak szkół dokształcających lub w których istnieje niedostateczna ilość tych szkół.

Art. 3. „Za pracowników umysłowych w rozumieniu rozporządzenia niniejszego uważa się:

1) osoby, spełniające czynności administracyjne i nadzorcze, jako to: zarządców i kierowników wszelkich przedsiębiorstw i zakładów, gospodarstw rolnych i leśnych lub połączonych z niemi przedsiębiorstw, inżynierów, techników, konstruktorów, sztygarów, kontrolerów, oficjalistów rolnych i leśnych, majstrów lub równorzędnych z nimi pracowników, którzy kierują technicznie pracą w zakładzie lub jego oddziałach i są za całość tej pracy odpowiedzialni, i t. p.;

2) osoby, uprawiające sztuki wyzwolone, bez względu na

wartość artystyczną produkcji (malarze, rzeźbiarze, śpiewacy, muzycy i t. p.);

3) artystyczny personel teatrów, orkiestr, wytwórni filmowych, stacyj nadawczych radjowych oraz doradców literackich i muzycznych;

4) dziennikarzy;

5) personel lekarski, dentystyczny, weterynaryjny oraz wykwalifikowany pomocniczy personel lekarski, dentystyczny i weterynaryjny;

6) osoby spełniające czynności biurowe i kancelaryjne oraz czynności rachunkowe, rysunkowe i kalkulacyjne;

7) telefonistów i telegrafistów;

8) farmaceutów, drogistów, kasjerów, dysponentów, sprzedawców podróżujących, akwizytorów;

9) sprzedawców zaś i ekspedjentów sklepowych i księgarskich, o ile ukończyli 6 klas szkoły średniej ogólno-kształcącej, państwowej lub prywatnej z prawami szkół państwowych, albo szkołę średnią zawodową, albo o ile ukończyli zawodową szkołę dokształcającą i odbyli praktykę, której warunki określi w tym celu rozporządzenie Min. Pr. i O. S. w porozumieniu z Min. Przem. i Handlu i Min. Wyzn. Rel. i Ośw. Publ. z uwzględnieniem stosunków lokalnych i zawodowych;

10) nauczycieli i wychowawców;

11) kapitanów, oficerów pokładowych i maszynowych, zarządców i asystentów zarządu polskich statków morskich lub rzecznych, jakoteż osoby spełniające czynności połączone z zajmowaniem równorzędnego lub wyższego stanowiska".

Art. 4. „Min. Pr. i O. S. może w drodze rozporządzenia, wydanego w porozumieniu z interesowanymi ministrami, rozszerzyć obowiązek ubezpieczenia w myśl rozporządzenia niniejszego na inne niewymienione w art. 3 kategorje pracowników, których czynności uzasadniałyby zaliczeni do pracowników umysłowych".

Art. 5. „Z pośród osób, posiadających warunki wymienione w art. 2 — 4, nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia:

1) osoby niezdolne do wykonywania swego zawodu (art. 22 ust. 2 i 3);

2) osoby, otrzymujące zaopatrzenie (pensje, renty, emerytury i t. p.) co najmniej w wysokości 40% pierwszego wynagrodzenia służbowego, jakie te osoby otrzymały na posadzie, objętej po przyznaniu im zaopatrzenia;

3) osoby, których czynności uzasadniające obowiązek ubezpiecązenia, stanowią zajęcia uboczne, przynoszące dochód niższy, niż inne stałe czynności zarobkowe, nieuzasadniające obowiązku ubezpieczenia;

4) mianowani na stałe (etatowi) funkcjonarjusze państwowi oraz praktykanci względnie aplikanci; pracownicy zaś przedsiębiorstw i zakładów państwowych, o ile przysługuje im prawo do uposażenia emerytalnego nie mniejszego od przysługującego funkcjonarjuszom państwowym lub przewidzianego w rozporządzeniu niniejszem;

5) pracownicy Banku Polskiego, Pocztowej Kasy Oszczędności, Państw. Banku Rolnego i Banku Gosp Krajowego, jeśli przysługuje im prawo do uposażenia emerytalnego nie mniejszego od przysługującego funkcjonarjuszom państwowym lub przewidzianego w rozporządzeniu niniejszem;

6) pracownicy związków komunalnych oraz ich przedsiębiorstw i zakładów, jakoteż pracownicy innych instytucyj o charakterze publiczno-prawnym oraz przedsiębiorstw lub zakładów tych instytucyj, o ile mają zapewnione prawo do uposażenia emerytalnego nie mniejszego od przysługującego funkcjonarjuszom państwowym, lub przewidzianego w rozporządzeniu niniejszem;

7) duchowni, zakonnicy i zakonnice oraz osoby należące do zgromadzeń i stowarzyszeń religijnych wszelkich wyznań lub stowarzyszeń dobroczynnych, o ile z pobudek religijnych lub humanitarnych zajmują się nauczaniem, pielęgnowaniem chorych lub innemi czynnościami użyteczności społecznej, nie pobierając za to innego wynagrodzenia prócz utrzymania;

8) cudzoziemcy-pracownicy przedstawicielstw dyplomatycznych i konsularnych państw obcych oraz międzynarodowych komisyj;

9 uczniowie szkół średnich ogólno-kształcących, państwowych szkół zawodowych oraz zakładów uznanych przez Min. P. i O. S. w porozumieniu z Min. Wyzn. Rel. i Ośw. Publ. za równorzędne — w czasie studjów w tych zakładach;

10) pracownicy przedsiębiorstw scenicznych lub orkiestralnych, nie mających stałej siedziby".

Art. 6. „Na własne żądanie będą zwolnieni od obowiązku ubezpieczenia:

1) studenci (zwyczajni słuchacze) państwowych szkół akademickich oraz innych szkół wyższych, które oznaczy Min. P. i O. S. w porozumieniu z Ministrem Wyzn. Rel. i Ośw. Publ.;

2) aplikanci adwokaccy i kandydaci notarjalni;

3) lekarze i weterynarze;

4) zatrudnieni u techników cywilnych, mających prawo samodzielnego prowadzenia robót (inżynierów wszelkich kategoryj, architektów i mierniczych), kandydaci do tego zawodu;

5) pochodzący z wyboru członkowie organów osób prawnych;

6) duchowni uznanych w państwie wyznań, o ile nie są objęci art. 5 p. 4 lub 7;

7) rodzice (teść, teściowa), dziadkowie i małżonek (małżonka) pracodawcy; pracownicy zaś pozostający do pracodawcy w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linji zstępnej, albo w stosunku pasierbów, dzieci pasierbów, małżonków pasierbów, lub małżonków dzieci pasierbów, pod warunkiem, że żyją z pracodawcą we wspólnem gospodarstwie domowem".

Powstanie i ustanie obowiązku ubezpieczenia i opłaty składek oraz praw ubezpieczeniowych.

Obowiązek ubezpieczenia i łączący się z nim obowiązek opłaty składek ubezpieczeniowych powstaje z pierwszym dniem tego miesiąca kalendarzowego, w którym pracownik pełnił czynności, uzasadniające obowiązek ubezpieczenia przynajmniej przez 14 dni, a ustaje z końcem tego miesiąca kalendarzowego w którym ubezpieczony utracił którykolwiek z warunków, uzasasadniających ten obowiązek, lub uzyskał prawo do renty. Osoba, otrzymująca uposażenie służbowe lub mająca do niego prawo, uważana jest za osobę, pozostającą w zatrudnieniu.

Składka ubezpieczeniowa płatna jest miesięcznie zdołu w ciągu pierwszych 10-ciu dni następnego miesiąca kalendarzowego, a zalegające składki podlegają ściągnięciu przymusowemu trybem, przewidzianym dla należności skarbowych i administracyjnych, z odsetkami zwłoki w wysokości półtorakrotnej stopy dyskontowej Banku Polskiego (z zaokrągleniem do pełnych jednostek procentu), z kosztami upomnień i kosztami egzekucyjnemi.

W powyższym terminie ma pracodawca również obowiązek przesyłania miesięcznych wykazów osób, zatrudnionych u niego w poprzednim miesiącu i podlegających temu ubezpieczeniu wraz z wykazem płac, przypadających składek oraz z wyszczególnieniem wszystkich istotnych dla stosunku ubezpieczeniowego okoliczności służbowych i rodzinnych (tych ostatnich

o tyle, o ile ubezpieczony uczynił zadość ciążącemu na nim obowiązku zgłoszenia ich pracodawcy), jakoteż zaszłych w stosunku do stanu poprzedniego miesiąca (formularze zgłoszeń ustali statut Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych).

Obowiązek ubezpieczenia i obowiązek opłaty składek powstaje z mocy samego prawa w razie, gdy zajdą okoliczności faktyczne, powodujące powstanie tego obowiązku.

Stwierdzenie tego obowiązku ze strony Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, a tem mniej prawomocność takiego stwierdzenia, nie decyduje o powstaniu tego obowiązku. Obojętnem też, czy pracodawca uczynił zadość obowiązkowi zgłoszenia. Zgłoszenie nie jest natomiast obojętne dla oceny praw ubezpieczonego pracownika.

Uskutecznienie w czasie właściwym przepisanego zgłoszenia ma ten skutek, iż cały czas zatrudnienia, uzasadniającego obowiązek ubezpieczenia (i objętego zgłoszeniem), zalicza się do ubezpieczenia bez względu na to, czy składki zostaną wciągnięte lub nie, natomiast w razie nieuskutecznienia zgłoszenia ze strony pracodawcy i następnego zgłoszenia z urzędu przez organa kontrolne lub w razie opóźnionego zgłoszenia przez pracodawcę, czas poprzedzający zgłoszenie zaliczony będzie do ubezpieczenia emerytalnego o tyle, o ile przypadające składki zostaną rzeczywiście uiszczone, jednakże za okres nie dłuższy od 3-letniego i to pod warunkiem zapłacenia należnych składek przed upływem 3 lat od ich płatności; do ubezpieczenia na wypadek braku pracy czas ten zaliczony będzie, o ile zapłata należnych składek nastąpi przed upływem 6 miesięcy od utraty danego zajęcia. Niezależnie od tego Zakładowi Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych przysługuje w razie uskutecznienia nieprawdziwych zgłoszeń lub nieuskutecznienia wogóle zgłoszeń, prawo ściągnięcia należnych składek z odsetkami zwłoki za okres 6-cioletni wstecz, podczas gdy normalne pretensje Zakładu przedawniają się po upływie 3-ch lat.

Po zajściu niezdolności do wykonywania zawodu, osiągnięcia wieku starczego, lub po śmierci pracownika dodatkowe zgłoszenia są nieważne.

Przez zaniedbanie zgłoszenia pracodawca naraża się na:

a) zastosowanie w stosunku do niego postanowień karnych rozporządzenia Prezydenta, niezależnie od ściągnięcia przypadających za dany okres składek wraz z odsetkami zwłoki, oraz utraty prawa potrącenia odpowiedniej części składki z płacy pracownika, co może nastąpić najwyżej za 2 okresy płatnicze wstecz;

b) odpowiedzialność materjalną w stosunku do poszkodowanych wskutek zaniedbania przepisanych zgłoszeń, przyczem Zakład Ubezpieczeń Pracown. Umysł. obowiązany jest dostarczyć obliczenia świadczeń, których pracownik względnie jego rodzina zostali wskutek tego pozbawieni.

Z ustaniem obowiązku ubezpieczenia nie ustają nabyte prawa ubezpieczeniowe. Pracownik, który nie jest inwalidą, może w razie ustania obowiązku ubezpieczenia kontynuować dobrowolnie ubezpieczenie, które musiało trwać conajmniej 4 miesiące składkowe, opłacając składkę ustaloną z uwzględnieniem ryzyka indywidualnego (zasada ubezpieczenia prywatnego), przyczem z opłatą składki należnej nie może pod utratą prawa zalegać dłużej, niż 11 miesięcy.

W każdym razie prawa emerytalne pozostają w mocy przez okres 18 miesięcy po ustaniu obowiązkowego ubezpieczenia i zaprzestaniu ewentualnego kontynuowania ubezpieczenia w takiej wysokości, w jakiej przysługiwały w chwili ustania ubezpieczenia obowiązkowego, względnie dobrowolnie kontynuowanego (dla ubezpieczenia na wypadek braku pracy ustanie obowiązku ubezpieczenia wskutek utraty zajęcia jest spełnieniem się zdarzenia losowego, stanowiącego rację tego ubezpieczenia, jest więc jednym z warunków powstania prawa do świadczeń z powodu braku pracy).

Do powyższego okresu nie wlicza się:

1) służby wojskowej, niewoli lub internowania,

2) czasu, w ciągu którego nie możliwe było uzyskanie zatrudnienia, uzasadniającego obowiązek ubezpieczenia, z powodu działań wojennych na obszarze zamieszkania ubezpieczonego,

3) czasu udowodnionej choroby, uniemożliwiającej objęcie względnie wykonywanie zatrudnienia, o ile ubezpieczony nie otrzymuje wynagrodzenia od pracodawcy, ani nie przysługuje mu prawo do wynagrodzenia,

4) czasu pozostawania bez zatrudnienia z powodu niemożności znalezienia odpowiedniego zajęcia pod warunkiem składania w czasie pozostawania bez pracy poświadczeń urzędu pośrednictwa pracy o niemożności znalezienia odpowiedniego zajęcia.

Jeśliby po upływie powyższego 18-miesięcznego okresu (z uwzględnieniem wymienionych dopiero co uprzywilejowanych okresów) zaszły okoliczności, uzasadniające prawa do świadczeń emerytalnych (inwalidztwo, starość, śmierć), prawo do świadczeń nie przysługuje. Uzyskane przed przerwą ubezpieczenia miesiące składkowe podlegają zaliczeniu do ubezpieczenia wznowionego po przerwie bezwarunkowo, o ile przerwa nie trwała dłużej, niż 18 miesięcy, zaś pod warunkiem przebycia w wznowionem ubezpieczeniu:

12 miesięcy obowiązkowego ubezpieczenia po przerwie nie dłuższej, niż 5-cioletniej,

24 miesięcy obowiązkowego ubezpieczenia po przerwie nie dłuższej, niż 10-cioletniej,

36 miesięcy obowiązkowego ubezpieczenia po przerwie nie dłuższej, niż 15-letniej.

Jeśli przerwa w ubezpieczeniu osoby, nie mającej w chwili ustania ubezpieczenia 60 lat życia, trwała ponad 3 lata, a obowiązek ubezpieczenia jej miałby powstać ponownie po osiągnięciu tego wieku, uważa się za wygasłe wszelkie ewentualne uprawnienia, wynikające z przebytych poprzednio miesięcy składkowych. Do przerwy w ubezpieczeniu nie wlicza się okresów uprzywilejowanych, wymienionych wyżej, oraz czasu otrzymywania renty inwalidzkiej.

Świadczenia ubezpieczeniowe:

A) na wypadek braku pracy.

Świadczenia, przewidziane na wypadek braku pracy, stanowią:

1) zasiłek z powodu braku pracy w wysokości

30% przeciętnej płacy podstawowej z ostatnich 12 miesięcy przed zajściem okoliczności, uprawniających do świadczeń, lub krótszego czasu, jeśli ubezpieczenie trwało krócej (nie mniej jednak, niż 6 miesięcy w ciągu ostatniego roku przed utratą zajęcia), dla samotnego, 40% zaś dla osób utrzymujących rodzinę, jako zasiłek zasadniczy, oraz 4% na każdego niezarobkującego i pozostającego na utrzymaniu ubezpieczonego, członka rodziny, do której zalicza się: a) małżonka, b) dzieci ślubne, nieślubne w stosunku do matki bezwarunkowo, a w stosunku do ojca nieślubnego w razie sądowego ustalenia lub pozasądowego uznania, o ile uznający je nieślubny ojciec łożył na ich utrzymanie, dzieci przysposobione (przybrane) przynajmniej na rok przed zajściem okoliczności uprawniających do świadczeń, pasierbów, pasierbic, wnuków i wnuczki, jeśli pozostawali na utrzymaniu osoby ubezpieczonej przynajmniej rok bezpośrednio przed powstaniem praw do świadczeń, braci i siostry, — wszystkich pod b) do 18 lat życia, względnie do 24 lat życia w razie odbywania studjów w publicznych zakładach naukowych, względnie przez czas ułomności, powodującej niezdolność do pracy, jeśli istniała ona już przed osiągnięciem 18 lat życia, c) wstępnych. Statut Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych może zaliczyć również rodziców współmałżonka. Zasiłek z powodu braku pracy nie może być mniejszy, niż 30 zł. miesięcznie, jeśli pobierane wynagrodzenie w utraconem zajęciu nie było niższe; w tym wypadku równa się on utraconemu wynagrodzeniu.

2) Opłata składek do Kasy Chorych celem ubezpieczenia pozostającego bez pracy na wypadek choroby od chwili, w której nie ma on już praw do świadczeń z Kasy z tytułu ubezpieczenia w czasie swego zajęcia.

Składka ta ma być opłacana od takiej płacy podstawowej, by ewentualny zasiłek chorobowy zbliżał się najbardziej do pobieranego przed zachowaniem zasiłku z powodu braku pracy (pozostający bez pracy nie pobiera zasiłku z powodu braku pracy, gdy jest chory i do pracy niezdolny). Za pozostających bez pracy, nie mających prawa do zasiłku z powodu braku pracy dlatego, że nie pobierali żadnego wynagrodzenia w utraconem zajęciu, składka do Kasy Chorych wynosi 3/5 składki w najniższej grupie zarobkowej właściwej Kasy, gdyż w razie zachorowania służy im prawo jedynie do pomocy leczniczej.

3) Zapomoga na podróż do miejsca zatrudnienia poza dotychczasowem miejscem zatrudnienia lub zamieszkania, w którem pozostający bez pracy otrzymał odpowiednie zajęcie. Równa się ona udowodnionym kosztom przejazdu do danej miejscowości według najniższej taryfy.

Do świadczeń z powodu braku pracy ma prawo ubezpieczony, który w ostatnim roku przed utratą zajęcia osiągnął conajmniej 6 miesięcy policzalnych do ubezpieczenia (czasu choroby i ćwiczeń wojskowych nie wlicza się do tego roku), jest zdolny do pracy, pozostaje bez pracy z powodu niemożności znalezienia odpowiedniego zajęcia, w sposób przepisany zgłosił swoje roszczenie.

Nie uzasadnia prawa do świadczeń pozostawanie bez zajęcia z powodu usamodzielnienia się gospodarczego lub opuszczenia zajęcia w związku z zawarciem małżeństwa, o ile chodzi o osoby płci żeńskiej.

Odpowiedniem zajęciem jest zajęcie, odpowiadające zdolnościom fizycznym, zawodowemu wykształceniu i uzdolnieniu ubezpieczonego, a nieszkodliwe dla zdrowia lub obyczajności, o ile nie jest ofiarowane za wynagrodzeniem niższem, lub na warunkach pracy gorszych od stosowanych w miejscu nowego zatrudnienia, ani też w przedsiębiorstwie, objętem zatargiem gospodarczym.

Świadczenia z powodu braku pracy ulegają wstrzymaniu na czas utraty zajęcia wskutek trwania strajku, odbywania kary utraty wolności, przez czas korzystania z zasiłków chorobowych z Kasy Chorych w razie zachorowania, przez czas wykonywania zajęcia przejściowego (w zrozumieniu rozporządzenia), przez czas, który odpowiada otrzymanej ewentualnie odprawie, oraz w razie porzucenia dobrowolnie zajęcia bez uzasadnionej przyczyny lub nieprzyjęcia odpowiedniego zajęcia, albo udzielenia nieprawdziwych wyjaśnień, — przez czas 3-miesięcy; ponadto świadczenia ulegają wstrzymaniu w razie przekroczenia przepisów o kontroli, a mogą ulec wstrzymaniu w razie niestosowania się do zarządzeń, dotyczących uzupełnienia wyszkolenia zawodowego na koszt zakładu.

Prawa do świadczeń ustają w razie ustania któregokolwiek z warunków, wymaganych dla przyznania świadczeń, z powodu śmierci, przez przedawnienie (6 miesięcy) i z upływem 6 miesięcy od chwili powstania prawa, nie wliczając czasu ćwiczeń wojskowych i czasu wstrzymania świadczeń z powodu wykonywania przejściowego zatrudnienia.

Statut Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych może ten okres przedłużyć o 3 miesiące dla ubezpieczonych, którzy osiągną określoną w statucie ilość miesięcy składkowych, nie korzystając ze świadczeń na wypadek braku pracy.

B. Świadczenia emerytalne.

Świadczenia emerytalne stanowią:

1) renta inwalidzka, należna w wypadku zmniejszenia się zdolności do wykonywania swego zawodu więcej, niż 50%, wynosząca po 5 do 10 latach ubezpieczenia 40% (kwota zasadnicza), a po 10 latach wzrastająca za każdy dalszy rok ubezpieczenia o 2% (kwota wzrostu renty) przeciętnej płacy podstawowej całego okresu ubezpieczenia (podstawa wymiaru świadczeń emerytalnych), dochodząc po 40 latach ubezpieczenia do 100% podstawy wymiaru. W żadnym wypadku renta nie może wynosić mniej, niż 50 zł. miesięcznie.

Osoba, znajdująca się w takim stanie, iż stale potrzebuje opieki i pomocy osób innych, otrzymuje dodatek w wysokości różnicy między rentą obliczoną w sposób powyższy, a podstawą jej wymiaru.

Na każde dziecko (ślubne, nieślubne, przysposobione, wnuki, pasierbowie — pod warunkami, omówionemi przy świadczeniach na wypadek braku pracy) niżej 18, względnie 24 lat życia, względ-

nie przez czas trwania ułomności dziecka — otrzymuje rencista dodatek w wysokości 4% podstawy wymiaru, przyczem renta z tym dodatkiem (lecz bez ewentualnego dodatku wymienionego wyżej) nie może przekroczyć podstawy jej wymiaru.

2) Renta starcza, należna po osiągnięciu 65 lat życia, albo po przebyciu 40 lat ubezpieczenia i osiągnięciu conajmniej 60 lat życia, o ile chodzi o mężczyzn, 35 lat zaś ubezpieczenia i osiągnięciu conajmniej 55 lat życia, o ile chodzi o kobiety.

Renta starcza równa się co do wysokości rencie inwalidzkiej, jakąby pobierała osoba upoważniona do renty starczej, gdyby była niezdolna do wykonywania zawodu.

Prawo do renty starczej nie jest zależne od tego, czy uprawniony pozostaje nadal na posadzie i jakie pobiera na tej posadzie wynagrodzenie, ani też od okoliczności, czy uprawniony jest zdolny do wykonywania zawodu, lub nie. Przy zbiegu renty starczej z rentą z tytułu ubezpieczenia od wypadków nie ma zastosowania jakiekolwiek zmniejszenie renty starczej.

3) Pomoc lecznicza dla ubezpieczonego, który po wyczerpaniu okresu zasiłkowego z Kasy Chorych jest nadal chory, w zakresie, w jakim udziela pomocy leczniczej ubezpieczonym Kasa Chorych. Pomoc ta jest niezależna od tego, czy ubezpieczony pobiera rentę inwalidzką lub starczą.

4) Renta wdowia, należna pozostałej wdowie, jeśli małżeństwo nie zostało zawarte przez rencistę, lub ubezpieczonego w wieku 55 lat życia, a małżeństwo trwało conajmniej 6 miesięcy lub trwało krócej z tego powodu, iż śmierć małżonka nastąpiła wskutek przyczyn, które zaszły po zawarciu małżeństwa, oraz pod warunkiem istnienia wspólności małżeńskiej z wyjątkiem wypadku rozdziału małżeństwa z winy zmarłego. Świadczenia, przewidziane dla członków pozostałej rodziny, nie należą się tym osobom, które do śmierci ubezpieczonego przyczyniły się rozmyślnem działaniem lub współdziałaniem, stwierdzonem prawomocnym wyrokiem karno-sądowym.

Jeśli pozostały wdowiec czyni zadość powyższym warunkom, a zmarła ubezpieczona ponosiła w całości lub w przeważnej części wydatki połączone z utrzymaniem rodziny, ma prawo do renty wdowca, o ile i jak długo jest niezdolny do wykonywania swego zawodu i nie posiada niezbędnych środków utrzymania.

Renta wdowia lub renta wdowca wynosi 60% (3/5) renty, jaką pobierała osoba ubezpieczona lub do jakiej w chwili śmierci nabyła uprawnienie.

5) Renta sieroca, należna dzieciom ślubnym, nieślubnym, przysposobionym, wnukom i pasierbom (na warunkach omówionych poprzednio i o ile po własnym ojcu lub matce prawo do renty sierocej nie służy), niżej 18 względnie 24 lat życia względnie przez czas trwania ułomności, powodującej niezdolność do zarobkowania — wynosi dla sieroty niezupełnej 20% (1/5), dla zupełnej zaś sieroty 40% (2/5) renty, jaką pobierał ubezpieczony lub do jakiej nabył uprawnienie w chwili śmierci.

Renty sieroce łącznie z rentą wdowią lub renty sieroce same nie mogą w sumie przekroczyć renty, jaka przysługiwała w chwili śmierci osobie ubezpieczonej z uwzględnieniem dodatków na dzieci; jeśliby suma miała przekroczyć tę granicę, renty sieroce ulegają stosunkowemu zmniejszeniu z tem, iż w miarę zmniejszania się liczby dzieci, uprawnionych do renty, wysokość rent pozostałych uprawnionych zwiększa się do wysokości zasadniczej renty sierocej z zastrzeżeniem dopuszczalnej łącznej ich sumy.

6) Jednorazowa odprawa a) dla ubezpieczonego, który stał się trwale niezdolny do wykonywania zawodu, a nie nabył prawa do renty inwalidzkiej jedynie z powodu nieosiągnięcia 60 miesięcy składkowych (okres wyczekiwania), b) dla wdowy (wdowca), pozostałej po takim ubezpieczonym, nie mającej prawa do renty wdowiej (wdowca), tylko z powodu nieosiągnięcia przez ubezpieczonego 60 miesięcy składkowych, jeśli ubezpieczony sam nie podjął odprawy, c) w braku uprawnionej wdowy (wdowca) łącznie dla pozostałych sierot pod analogicznemi warunkami, jak pod b), d) dla pozostałej matki, a w braku uprawnionej matki, dla ojca ubezpieczonego niezależnie od przebycia przez tego ostatniego okresu wyczekiwania, natomiast pod warunkiem, że wyłącznie lub przeważnie pozostawali na utrzymaniu ubezpieczonego, że ubezpieczony nie podjął sam jednorazowej odprawy, ani nie pobierał renty, ani też nie pozostawił osób, wymienionych pod b) i c)

Odprawa wynosi w wypadkach a), b), c) roczną, w ostatnim zaś wypadku półroczną przeciętną płacę podstawową ubezpieczonego, przyczem w ostatnim wypadku na żądanie uprawnionego będzie wypłacona zamiast jednorazowej odprawy renta, obliczona z uwzględnieniem wysokości należnej odprawy i wieku osoby uprawnionej według taryfy, zatwierdzonej przez państwową władzę nadzorczą.

Świadczenia emerytalne, wymienione w pkt. 1—5, uzależnione są — poza warunkami szczególnemi — od warunku przebycia 60 miesięcy składkowych, t. j. od przebycia tak zwanego okresu wyczekiwania. Warunek ten odpada, jeśli niezdolność zawodowa lub śmierć jest następstwem wypadku przy pracy; w takim razie przyjmuje się, iż ubezpieczony przebył okres wyczekiwania, a dla miesięcy brakujących do 60, przyjmuje się ostatnią płacę podstawową przed zajściem wypadku.

Wszystkie renty ulegają wstrzymaniu na czas odbywania kar utraty wolności dłuższej, niż jeden miesiąc, należną rentę przekazuje się jednak osobom, mającym prawo do alimentacji ze strony ubezpieczonego; renta inwalidzka, wdowia (wdowca) i sieroca ulegają zmniejszeniu w razie zbiegu z rentami z tytułu ubezpieczenia od wypadków, o czem już była mowa.

Renta inwalidzka ulega zmniejszeniu o zasiłek, pobierany z Kasy Chorych i na czas pobierania tego zasiłku, a w razie, gdy inwalida zarobkuje, renta ulega zmniejszeniu o taką kwotę, o jaką zarobek łącznie z rentą inwalidzką przewyższa podstawę wymiaru renty.

Renta wdowia ulega zmniejszeniu na czas trwania ponownego małżeństwa, jeśli wdowa z te-

go powodu nie żądała odprawy, która wynosi 3-letnią rentę wdowią. Dopuszczalne jest pobieranie tylko jednej renty wdowiej z tytułu ubezpieczeń społecznych (wedle wyboru). Świadczenia, przewidziane w rozporządzeniu, mogą ulec zajęciu i zapowiedzeniu sądowemu tylko z tytułu alimentów do wysokości 2/5, oraz dla roszczeń gmin o zwrot wydatków, poniesionych z tytułu opieki społecznej, do wysokości 1/5 przypadających do wypłaty świadczeń.

Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych ma prawo potrącenia wypłaconych zaliczek i nieprawnie dokonanych wypłat.

Na prośbę osoby uprawnionej do renty może Zakład wypłacić skapitalizowaną wartość renty według zasad, ustalonych przez M. P. i O. S., jeśli gmina, zobowiązana do zaopatrzenia danej osoby w razie ubóstwa, wyrazi na to zgodę i jest zapewnione celowe użycie otrzymanej kwoty.

Osoby płci żeńskiej, które w ciągu roku, po opuszczeniu posady wyszły zamąż, lub w ciągu roku po zamążpójściu opuściły pracę, a mają przebyty okres wyczekiwania, mogą żądać po 6-ciomiesięcznem pozostawaniu bez posady zwrotu takiej części zapłaconych składek na ubezpieczenie emerytalne, jaką pracodawca ma prawo potrącić pracownikowi. Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych może za zgodą danej osoby, a w pewnych wypadkach bez jej zgody (odmowa w tym ostatnim wypadku może spowodować czasowe wstrzymanie renty) zarządzić leczenie osoby, której grozi inwalidzwo, dla zapobieżenia temuż, lub osoby, pobierającej świadczenia z powodu inwalidztwa, dla przywrócenia jej zdolności zawodowej. Prawo do świadczeń emerytalnych ustaje z utratą któregokolwiek z wymaganych warunków, ze śmiercią uprawnionej osoby, przez przedawnienie (renty po 5-ciu latach, odprawa po roku).

Wysokość składek i podział ich między pracodawcę a pracownika.

Na pokrycie świadczeń na wypadek braku pracy przewiduje rozporządzenie składkę w wysokości 2 proc. płacy podstawowej, która w razie potrzeby może być podwyższona na odpowiedni czas do 3%; składka na ubezpieczenie emerytalne wynosi 8% płacy podstawowej.

Co pięć lat przeprowadzana ma być rewizja techniczna składek.

Projekt ustala grupy zarobkowe A do N dla ubezpieczenia emerytalnego, dla ubezpieczenia zaś na wypadek braku pracy najwyższą grupę stanowi grupa L. Grupa A wynosi od 60 do 90 zł. miesięcznie wyłącznie, grupa L 560 do 640 zł. wyłącznie, grupa N 720 zł. miesięcznie i wyżej. Płacę podstawową, od której wymierza się składki, i którą uwzględnia się przy wymiarze świadczeń, stanowi dolna granica poszczególnej grupy zarobkowej.

Za ubezpieczonych, nie pobierających żadnego wynagrodzenia, lub wynagrodzenie nie wyższe od 60 zł. miesięcznie, albo tylko utrzymanie, płaci pracodawca całą składkę z własnych funduszów. W innych wypadkach dzieli się składkę w następujący sposób:

1) gdy pracownik otrzymuje ponad 60 zł. do 400 zł. mies., pracod. płaci 3/5, a pracownik 2/5 składek;

2) gdy pracownik otrzymuje ponad 400 zł. do 800 zł. mies., pracod. płaci 1/2, a pracownik 1/2 składek.

3) gdy pracownik otrzymuje ponad 800 zł. mies, pracod. płaci 2/5, a pracownik 3/5 składek.

Za składkę odpowiada wobec zakładu pracodawca, który ma prawo potrącić pracownikowi przy wypłacie przypadającą część; potrącenie może być dokonane wstecz tylko za ostatnie okresy płatnicze. (Co do systemu pokrycia, zob. artykuł D-ra Stanisława Dobrowolskiego w Nr. 5 1927 r. „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych" p. t. „Podstawa obliczenia składek", z cyklu artykułów, poświęconych analizie ogłoszonego w marcu b. r. ministerjalnego projektu ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby oraz o ubezpieczeniu robotników na wypadek niezdolności do zarobkowania, a ich rodzin na wypadek śmierci ubezpieczonego).

Organizacja Ubezpieczeniowa.

Ubezpieczenie, przewidziane w rozporządzeniu, wykonywać mają terytorjalne Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, których ilość, siedzibę i właściwość terytorjalną określi Minister Pracy i Opieki Społecznej.

Do czasu zorganizowania tych zakładów pełnią dotychczasowe dzielnicowe Zakłady na swoim obszarze funkcje Zakładów Ub. Pr. Umysłowych; organizacją Zakładu, mającego działać na obszarze b. dzielnicy rosyjskiej, zajmie się specjalna Komisja Organizacyjna z prawami Rady i Związku, złożona 3 delegatów organizacyj pracowników, 3 delegatów organizacji pracodawców, oraz 3 nominatów Min. P. i O. S.

Organami Zakładu Ub. Prac. Umysłowych są:

1) Rada, organ uchwalający (najwyżej 45 członków),

2) Zarząd, organ wykonawczy (9—15 członków),

3) Komisja Rewizyjna, organ kontrolny (-6ciu członków),

4) Komisja Rentowa, organ załatwiający sprawy świadczeń, wymagające oceny okoliczności faktycznych, a nietylko ich stwierdzenia na podstawie dokumentów (4 członków).

Pozatem Zarząd musi wyłonić ściślejszy organ dla załatwienia roszczeń o świadczenia z powodu braku pracy, a może wyłonić ściślejszy organ także dla innych spraw.

W skład Rady i Zarządu wchodzą ponadto prezes i wiceprezes Zakładu, mianowani przez Min. P. i O. S. z pośród 4 kandydatów, przedstawionych przez Radę; jeśli prezesem zostanie przedstawiciel pracowników, wiceprezesem musi być przedstawiciel pracodawców — i odwrotnie.

W Radzie i Zarządzie przedstawiciele pracowników mają 2/3 mandatów, a pracodawców 1/3

mandatów, w Komisji Rewizyjnej zaś odwrotnie. W Komisji Rentowej zasiadają 2 pracownicy, 1 pracodawca i przewodniczący fachowy — dyrektor lub zastępujący go urzędnik. Dla uchwał tej Komisji wymagana jest jednomyślność, a w braku jej, sprawę rozstrzyga Zarząd. Rada i Zarząd muszą być zwołane na żądanie 1/3 ich członków.

Przy wyborach do Rady obowiązuje zasada proporcjonalności, pozatem zasada większości.

Czynne prawo wyborcze mają:

a) pracownicy ubezpieczeni obowiązkowo lub kontynuujący ubezpieczenie dobrowolnie, — przynajmniej 6 tygodni przed zgłoszeniem wyborów, — oraz pracownicy, korzystający ze świadczeń, — wszyscy pod warunkiem ukończenia 21 lat życia;

b) pracodawcy, zatrudniający przynajmniej jednego pracownika, ubezpieczonego conajmniej 6 tygodni przed dniem ogłoszenia wyborów.

Pracodawcom przysługuje ilość głosów zależnie od ilości zatrudnionych pracowników.

Bierne prawo wyborcze mają wyborcy, będący obywatelami polskimi, którzy ukończyli 25 lat życia. Kadencja organów — 6 lat, prócz Komisji Rewizyjnej, wybieranej na jeden rok. Szczegółowe przepisy wyborcze zawierać będzie regulamin wyborczy, wydany przez Min. P. i O. S. w porozumieniu z Min. S. W.

Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych łączą się w Związek Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, którego zadaniem jest w szczególności:

1) ustalanie jednolitych zasad administracji i biurowości, oraz polityki rentowej;

2) organizowanie lecznictwa zapobiegawczego i zmierzającego do przywrócenia zdolności zawodowej;

3) wspólna akcja w zakresie lokaty funduszów;

4) rozstrzyganie sporów między Zakładami (ostatecznie spory te oraz spory między Zakładem poszczególnym i Związkiem rostrzyga Min. P. i O. Społ.);

5) prowadzenie centralnej statystyki i przeprowadzanie rewizji technicznej obowiązującej składki;

6) lustracja Zakładów;

7) ustalanie zasad rozrachunku z tytułu przechodzenia ubezpieczonych z jednego Zakładu do drugiego oraz przeprowadzania rozrachunku między Zakładami, jakie obciążenie przypada na poszczególny Zakład z tytułu świadczeń, wypłaconych w danym roku.

Dla utrzymania bowiem jednolitej składki na całym obszarze Rzeczp. wszystkie Zakłady ponoszą wspólnie wydatki na świadczenia, do których prawo powstanie po wejściu w życie rozporządzenia; poszczególny Zakład pokrywa taką część ogólnej sumy wypłaconych w danym roku świadczeń, jaka wynika z porównania sumy należnych poszczególnemu Zakładowi składek w danym roku i uzyskanych przez niego w tym roku dochodów z lokat jego kapitałów — z ogólną sumą należnych w tym roku składek i uzyskanych dochodów z lokat.

W stosunku do ubezpieczonego wzgl. jego rodziny odpowiedzialny jest Zakład, w którym ubezpieczony był ostatnio ubezpieczony.

Świadczenia, do których prawo powstało przed wejściem w życie rozporządzenia, nie stanowią wspólnego obciążenia, lecz pokryte mają być z majątku danej dzielnicowej instytucji. Świadczenia te ulegają wydatnej podwyżce, uzależnionej od wystarczalności majątku danej instytucji.

Organami Związku są: Zarząd i Komisja Rewizyjna.

Zarząd składa się z delegatów poszczególnych Zakładów — po jednym z grupy pracowników i pracodawców, oraz z nominatów M. P. i O. S. w liczbie równej połowie delegatów; prezes i wice-prezes powoływani są przez Min. P. i O. S. z pośród nominatów. Komisja Rewizyjna składa się z delegatów Komisyj Rewizyjnych poszczególnych Zakładów, po jednym z każdej.

W wykonaniu ubezpieczenia współdziałają z Zakładami Ubezpieczeń Prac. Um. Kasy Chorych, które na żądanie Zakładu:

1) dostarczają materjału dla zarejestrowania podlegających temu ubezpieczeniu i kontrolują uskutecznione zgłoszenia;

2) przeprowadzają badanie stanu zdrowia proszących o świadczenie, uzależnione od niezdolności do wykonywania zawodu, lub o zastosowanie leczenia (t. j. uskutecznia to umówiony przez Zakład Ub. Pr. Um. lekarz właściwej Kasy Chorych);

3) przyjmują roszczenia o świadczenia z powodu braku pracy i świadczenia, uzależnione od niezdolności do wykonywania zawodu, przesyłają je ze swemi uwagami i wynikami dochodzeń, których przeprowadzenie uznały za wskazane,

4) ściągają zaległe składki na podstawie wykazów zaległości, przesłanych przez Zakład (ten ostatni może też bezpośrednio prowadzić egzekucję w drodze sądowej);

5) kontrolują uprawnienia osób, pobierających świadczenia,

6) wypłacają świadczenia, należne osobom, pozostającym bez pracy.

Roszczenia, określone wyżej w punkcie 3, muszą być zgłaszane za pośrednictwem Kas, które jako bardziej zbliżone do ubezpieczonego, mogą mieć szczegółowe dane, dotyczące ubezpieczonego, mogą skontrolować, czy zgłoszenia do Kasy pokrywają się ze szczegółami, podanemi w zgłoszeniu roszczenia, a o ile idzie o inwalidztwo, mogą oświetlić roszczenie przebiegiem chorób ubezpieczonego, przebytych pod opieką leczniczą Kasy. Wreszcie dla Zakładu Ub. Pr. Um. ważną jest okoliczność, czy zgłaszający roszczenie o świadczenia korzysta ze świadczeń Kasy Chorych i w jakim zakresie.

Zo powyższe czynności należy się Kasie zwrot kosztów wedle umówionych zasad; w razie sporu rozstrzyga Min. Pr. i O. Społ. Tenże Minister może ustalić jednolite zasady ogólne, jakie ma się stosować przy obliczaniu wynagrodzenia za te czynności.

(Ubezpieczenie zastępcze nie jest przewidziane; dotychczasowe instytucje zastępcze, działające na podstawie austrjackiej lub niemieckiej ustawy o ubezpieczeniu pensyjnem, ulegają likwidacji).

Zaopatrzenie starców.

Na wzmiankę zasługuje postanowienie przejściowe o zaopatrzeniu ze Skarbu Państwa tych pracowników umysłowych, którzy ukończyli w chwili wejścia w życie rozporządzenia 65 lat życia, posiadają obywatelstwo polskie (nie z nadania), nie mają niezbędnych środków utrzymania, są niezdolni do pracy, a przed nastaniem tej niezdolności przynajmniej 5 lat wykonywali zatrudnienie, któreby uzasadniało w myśl rozporządzenia obowiązek ubezpieczenia. Otrzymują oni zaopatrzenie na rachunek Skarbu Państwa w wysokości 50 zł. miesięcznie; po ich śmierci wdowy i sieroty (posiadające indywidualne warunki, wymagane do renty wdowiej lub sierocej) otrzymują zaopatrzenie wdowie wzgl. sieroce, obliczone od powyższej kwoty.

Osoby, które ukończyły 60 lat życia w chwili wejścia w życie rozporządzenia, lecz nie osiągnęły 65 lat życia, podlegają ubezpieczeniu; jeśli osoba taka jest już niezdolna do wykonywania zawodu względnie nie ma zatrudnienia, uzasadniającego obowiązek ubezpieczenia i z tego powodu nie została objęta ubezpieczeniem, lub była ubezpieczona, lecz nie przebyła okresu wyczekiwania, ma również z chwilą osiągnięcia 65 lat prawo do określonego wyżej zaopatrzenia pod określonemi wyżej warunkami, a po jej śmierci wdowa i sieroty. Jeśli osoba taka była ubezpieczona, to składki uiszczone za nią idą na rachunek Skarbu Państwa; osoba, która nie korzysta z zaopatrzenia na rachunek Skarbu Państwa, ma prawo do zwrotu wszystkich składek, uiszczonych za nią na ubezpieczenie emerytalne, a w razie jej śmierci, prawo to mają jej prawni spadkobiercy.

Zaopatrzenie wypłaca Zakład Ub. Pr. Um. właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby uprawnionej. Skarb Państwa zwraca wydatki, poniesione przez Zakłady na ten cel w pierwszych 10-ciu latach, ratalnie w 10 latach następnych z oprocentowaniem w wysokości stopy technicznej, wydatki zaś poniesione po upływie pierwszego dziesięciolecia zwraca Skarb Państwa corocznie zdołu z powyższem oprocentowaniem.

Rozstrzyganie sporów.

Spory między ubezpieczonymi, pracodawcami lub uprawnionymi do świadczeń z jednej strony, a Zakładem Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych z drugiej strony o roszczenia, wynikające z rozporządzenia, rozstrzygać będą specjalne organa, których organizację określi osobna ustawa; określi ona również postępowanie przed temi organami.

W okresie przejściowym spory te rozstrzygać będą w b. dzielnicy austrjackiej i niemieckiej te organa, które dotychczas rozstrzygają spory, wynikłe z ubezpieczenia pensyjnego funkcjonarjuszy prywatnych (zob. artykuł J. Pasternaka p. t. „Organizacja nadzoru i orzecznictwa w dziedzinie ubezpieczeń społecznych", Nr. 2 „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych" z r. 1926 z uwzględnieniem sprostowania str. ost. Nr. 5 „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych" z tego samego roku); organa te stają się właściwe również dla ubezpieczenia na wypadek braku pracy. Odnośnie do postępowania i kosztów postępowania mają zastosowanie przepisy dotychczasowe.

Na obszarze b. dzielnicy ros. spory te w okresie przejściowym rozstrzyga w I instancji Województwo, w II zaś Min. Pracy i Opieki Społecznej.

Termin do wniesienia środka prawnego przeciw decyzjom Zakładu Ub. Prac. Um., dotyczących świadczeń emerytalnych wynosi 6 miesięcy, przeciw wszelkim innym decyzjom — 1 miesiąc.

Od decyzji w sprawach:

1) świadczeń z powodu braku pracy;

2) wysokości, początku i końca świadczeń emerytalnych;

3) zwrotu składek i kapitalizacji rent;

4) wysokości składek;

5) należności dodatkowych (koszty upomnień, odsetki zwłoki) przysługuje odwołanie tylko do jednej instancji.

Nadzór państwowy.

Nadzór państwoy nad Zakładami Ub. Prac. Um. i Związkiem Zakładów Ub. Pr. Um. wykonywa Min. Pracy i Opieki Społecznej, który poza prerogatywami, wymienionemi w dziale organizacji, — właściwy jest do udzielania zatwierdzeń w tych wypadkach, w których wymagane jest zatwierdzenie rządowe (statuty, taryfy, preliminarz budżetowy, normy służbowe personelu, zasady wynagradzania członków organów, przyjęcie i zwolnienie dyrektora). Min. Pracy i Opieki Społecznej może delegować swego przedstawiciela na posiedzenia organów instytucyj, zarządzić lustrację instytucyj, a w razie naruszenia obowiązujących przepisów prawnych, szkodliwej gospodarki, niezdolności do wykonania swoich zadań lub niewykonania zarządzeń władzy nadzorczej — może rozwiązać dany lub wszystkie organa, ustanowić komisarza rządowego z obowiązkiem poczynienia zarządzeń w celu przeprowadzenia nowych wyborów w ciągu 6 miesięcy od dnia rozwiązania organu (ów).

— — — — — — — — — — — — —

Takie są najistotniejsze postanowienia projektu rozporządzenia Prezydenta o ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

Rozporządzenie ma wejść w życie od pierwszego dnia 4-go miesiąca kalendarzowego, następującego po ogłoszeniu, obejmując cały obszar Rzplitej; najważniejsze postanowienia organizacyjne wchodzą w życie z dniem ogłoszenia. Min. Pracy i Opieki Społecznej ma prawo wprowadzać rozporządzenie stopniowo w życie tak odnośnie do poszczególnych województw, jak co do działów ubezpieczenia (emerytalne i ub. na wypadek braku pracy), jakoteż wreszcie odnośnie do poszczególnych kategoryj osób, podlegających temu ubezpieczeniu.

Z. M.

W SPRAWIE WIELKOŚCI KAS UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH.

(ARTYKUŁ DYSKUSYJNY)

Art. 21 nowego projektu **ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby, oraz o ubezpieczeniu robotników na wypadek niezdolności do zarobkowania, a ich rodzin na wypadek śmierci ubezpieczonego,** tak określa wielkość Kas ubezpieczeń społecznych:

„Pod względem terytorjalnym okręg Kasy Ubezpieczeń Społecznych obejmuje jeden powiat administracyjny lub kilka powiatów, położonych na terenie jednego województwa, tak, aby liczba obowiązkowo ubezpieczonych w okręgu danej kasy wynosiła **conajmniej 5.000 osób** (podkreślenie moje. Z. M.).

W wyjątkowych wypadkach Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej może obniżyć wymaganą liczbę osób obowiązkowo ubezpieczonych, nie niżej jednak, jak do 3.000.

Jeżeli okaże się, że ilość obowiązkowo ubezpieczonych w okręgu danej Kasy zniża się trwale poniżej minimum wymienionego w ustępie pierwszym niniejszego artykułu, Kasa ulega likwidacji, a agendy jej zostaną przydzielone innym kasom, z zastrzeżeniem ustępu pierwszego niniejszego artykułu.

Jeżeli ilość ubezpieczonych na terenie jednego powiatu, wchodzącego w skład okręgu Kasy, który obejmuje kilka powiatów, osiąga minimum, przewidziane w ustępie pierwszym niniejszego artykułu, można stworzyć dla tego powiatu osobną Kasę, pod tym jednak warunkiem, że liczba obowiązkowo ubezpieczonych w pozostałej części okręgu Kasy jest większa od wymienionego minimum.

Dla miast, chociażby stanowiły osobne jednostki administracyjne (Warszawa, Łódź, Kraków, Lwów i t. p.), czy to pierwszej, czy drugiej instancji, odrębne Kasy tworzone być nie mogą".

Z powyższego widzimy, że nowy projekt ustawy przewiduje zasadnicze minimum ubezpieczonych w Kasach ubezpieczeń społecznych, czego niema w Kasach Chorych, opartych na ustawie z dnia 19 maja 1920 roku (Dz. Ust. Nr. 44, poz. 272), oraz że to minimum jest bardzo wysokie, bo wynosi aż 5000 osób.

Dotychczas działająca ustawa o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby ograniczała okręg działalności Kasy Chorych do jednego powiatu, przyczem dopuszczała wyodrębnienie z tego okręgu — miast większych, liczących 50.000 i więcej mieszkańców, a więc i tworzenie Kas Chorych, odrębnych dla miast tych.

Obecnie nietylko nie będzie mogła istnieć i powstać Kasa Chorych, odrębna dla miasta większego, lecz dwa lub więcej powiatów trzeba będzie łączyć, by utworzyć Kasę ubezpieczeń społecznych o nakazanej przez ustawę liczbie ubezpieczonych.

Kwestji nie ulega, że projektowi temu przyświeca myśl uczynienia Kas ubezpieczeń społecznych jednostkami, finansowo sprawnemi, zmniejszenie ich wydatków administracyjnych na rzecz świadczeń, wreszcie, zwiększenie możliwości tych świadczeń przez zwiększenie okręgu, składek i zasobów.

Ponieważ racje, przyświecające projektowi, mnie wydają się wysoce problematyczne w skutkach, przeto pozwolam sobie omówić wszechstronnie to zagadnienie na łamach „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych", zanim projekt stał się prawem.

Z doświadczenia handlowo - przemysłowego i opartej na niem teorji wynika, że duży obrót powoduje zmniejszenie wydatków administracyjnych, a, co za tem idzie, — prawdopodobieństwo zwiększenia zysków.

W danym wypadku nie o zyski chodzi, lecz o to, by składki wystarczyły na świadczenia ustawowe dla ubezpieczonych i by niepotrzebnie nie były trwonione ich kosztem na rzecz wydatków administracyjnych, by ryzyko ubezpieczeniowe rozłożone było na większą ilość osób. I doświadczenie trzydziestoletnie z górą instytucyj ubezpieczeń społecznych w Niemczech stwierdziło, że rozdrobnienie Kas Chorych na fabryczne, cechowe, korporacyjne, wreszcie, t. zw. miejscowe powszechne (a bynajmniej nie powszechne) — powoduje duże wydatki na lokale oddzielne, na personel administracyjny, a mało na świadczenia dla ubezpieczonych. Doświadczenie to wykazało, że w niektórych ośrodkach większych, gdzie nastąpiło połączenie Kas różnych w jedną, wydatki administracyjne spadły znacznie, a wydatki na świadczenia jednocześnie wzrosły. To doświadczenie cudze spowodowało, że w ustawie polskiej z dn. 19. V. 20 r. został przyjęty typ Kas terytorjalnych (nie w znaczeniu austrjackiem, lecz istotnem), że okręg Kas został rozszerzony na cały powiat i na wszystkich ubezpieczonych w powiecie, że zostały zniesione wszelkie zabytki ancien regime'u w postaci kas fabrycznych i t. p.

Niestety, ustawa, uchwalona przez sejm, postanowiła jedno, a tenże sejm wpływami swemi zakulisowemi wymógł drugie. Potężni w b. zaborze austrjackim Witosowcy z potężnymi w b. zaborze rosyjskim Stecczykami wymogli na swych rządach, by ustawa z d. 19. V. r. b. nie była rozszerzona — wbrew jej literze — na wieś, na parobków wiejskich. W b. zaborze rosyjskim nie została rozciągnięta — prawem kaduka — na wieś wcale, w b. zaborze zaś austryjackim — tem samem prawem — rozciągnięta tylko na gospodarstwa, liczące 75 hkt. ziemi, a więc z pominięciem włościan.

Jak wskazuje statystyka, drukowana w Przeglądzie Ubezpieczeń Społecznych (Nr. 4, r. 1927), w woj. Poznańskiem i Pomorskiem, gdzie ustawa działa w całej rozciągłości i gdzie żadnych wyłączeń dla wsi nie zrobiono, bo rozumieją i cenią do-

niosłość ubezpieczeń społecznych, Kas małych i karłowatych w r. 1925 nie było. Najmniejsza Kasa Chorych w Działdowie liczyła 2688 ubezpieczonych. Przeciętna zaś ilość ubezpieczonych w Kasach tych województw, licząc 57 Kas Chorych i 548.773 ubezpieczonych, wynosiła 9.627,6 osób. Jest to wielkość aż nadto dostateczna. Jeżeli teraz przejdziemy do Kas Chorych w b. zaborze austryjackim, gdzie ubezpieczenie zostało rozciągnięte na robotników rolnych częściowo, to i tu przekonamy się, że Kas karłowatych, t. j. liczących mniej, niż 1000 ubezpieczonych, jest w tym samym czasie zaledwie 3, a przeciętna ilość ubezpieczonych w Kasach tych, licząc 69 Kas Chorych i 393.972 ubezpieczonych, wynosi 5.709,7 osób. A więc i tu mamy normę przeciętną, przewyższającą tę, jaką przewiduje projekt nowej ustawy. Nawet w b. zaborze rosyjskim, gdzie ubezpieczenie nie jest wcale rozciągnięte na robotników rolnych, Kas karłowatych, a więc liczących mniej, niż 1000 ubezpieczonych, jest zaledwie parę.

A więc jakiż stąd wniosek? Bodaj, że narzuca się jedyny: **rozciągnąć ubezpieczenie na wieś, na wszystkich robotników rolnych,** a Kas karłowatych, a nawet małych do 3000 ubezpieczonych nie będzie, jak w b. zaborze pruskim.

Wniosek ten naprasza się tem bardziej, że nowy projekt ustawy nie tyczy się już tylko Kas Chorych, lecz Kas ubezpieczeń społecznych, obejmujących ubezpieczenie od wypadków na starość, dla wdów i sierot, a więc ubezpieczenia, **których sobie odjąć robotnik rolny, obojętny, względnie dla Kas Chorych, nie pozwoli napewno.**

Ustawowych przeszkód do rozciągnięcia tego niema ani obecnie, ani nie przewiduje ich też projekt nowej ustawy. I dlatego nasuwa się pytanie, po co te wszystkie zastrzeżenia co do okręgu Kasy, które przewiduje art. 21? Zwłaszcza, że łączenie kilku, a bodaj tylko 2 powiatów w okreg jednej Kasy wydaje się nietylko zbędne, lecz szkodliwe **w naszych realnych warunkach polskich, pozbawionych gęstej i dogodnej sieci komunikacyjnej oraz dostatecznej ilości wyrobionych sił kierowniczych i organizacyjnych.**

Teorja często upraszcza życie dla przeprowadzenia skutecznego swych wywodów. I dlatego tak często zawodzi, jeżeli ją brać dosłownie. Według teorji, administracja wielkiej Kasy kosztuje znacznie taniej, niż małej, lub karłowatej. Według teorji, im większa Kasa, tem administracja jej jest tańsza. Bo teorja bierze pod uwagę liczbę ubezpieczonych, liczbę przypływu składek, liczbę wydatków, jednem słowem, liczby, a pomija żywych ludzi, którzy o tych liczbach stanowią i temi liczbami operują.

Do kierowania instytucjami gospodarczemi, a takiemi zarówno są Kasy Chorych, jak mają być Kasy ubezpieczeń społecznych, potrzebni są ludzie, obdarzeni talentem organizacyjnym i kierowniczym. Do tego potrzebna jest pewna kultura społeczna, doświadczenie nietylko jednostek, lecz i pokoleń. Jednocześnie potrzebni są społecznicy, boć Kasy ubezpieczeń społecznych — to instytucje dobra społecznego, to instytucje zdobyczne klasy najmitów. Jednem słowem, potrzebne są do kierowania kasami temi kwalifikacje duże, bo i fachowe, i moralno - ideowe. Takich ludzi nie było w Polsce niewolnej, bo i instytucyj ubezpieczeń społecznych o tym zakroju nie było. Tych ludzi trzeba urabiać, kształcić. Ci ludzie już są dziś, lecz jest ich niewielu, a potrzeby są wielkie. I dlatego lepiej, jeżeli w okresie początkowym (taki okres potrwa lat dziesiątki), Kasy ubezpieczeń będą mniejsze, bo niemi łatwiej kierować i łatwiej je nadzorować. Wielkie Kasy dotychczasowe w bardzo małym stopniu mogą służyć przykładem sprawnej, oszczędnej i celowej administracji. Jeżeli nawet wykazują niewielki stosunkowo % wydatków administracyjnych, jest to aż nazbyt często tylko zasługą lepszych i lepiej opłacanych buchalterów, niż w Kasach małych. Buchalterzy ci umieją odpowiednio rozmieść i rozłożyć wydatki tak, aby wszystko wyglądało „w porządku". Są oni często zdania, że Kasy są dla świadczeń ubezpieczonych, a więc faktycznie wszystkie wydatki są związane ze świadczeniami. W tych warunkach wydatki administracyjno-osobowe w bilansach mogą maleć do nieskończoności ku podziwowi niewtajemniczonych. Natomiast doświadczenie mówi, że tak zwane Kasy małe, liczące od 1000 do 3000 ubezpieczonych, przy skrzętnej, oszczędnej i umiejętnej gospodarce dają sobie aż nadto radę z włożonemi na nie przez ustawę obowiązkami. Zapewne, są to świadczenia elementarne, jeżeli chodzi o lecznictwo. Nie może taka Kasa pozwolić sobie na sprowadzanie specjalistów i t. p. Lecz i Kasa, licząca 5000 ubezpieczonych, też na to pozwolić sobie nie może. Zresztą ustawa przewiduje instytucje ubezpieczeń wyższego typu, do obowiązku których należy zaspokajanie potrzeb ubezpieczonych wyższego rzędu. Doświadczenie istniejących Kas mówi też, że próby łączenia paru czy kilku powiatów w jedną całość gospodarczą i pod jednem kierownictwem dawały rezultaty przeważnie opłakane z przyczyn najróżniejszych. Albo kierownictwo ogólne nie było w stanie ująć większej całości i odpowiednio ją zorganizować oraz nią pokierować; albo jedne części okręgu były eksploatowane i krzywdzone na korzyść innych; albo kierownictwo na miejscach było niedołężne i nieodpowiednie. A rezultat był zawsze jeden: świadczenia niezadowalające, administracja liczna i droga, stan instytucji pod względem finansowym — opłakany. Wywody te oparte są na faktach, których nie wymieniam, gdyż... nomina sunt odiosa, lecz które ubezpieczeniowcy sumienni i znający się na rzeczy dobrze znają.

Jakież więc stąd wnioski? Te, że artykuł 21 projektu ustawy powinien być radykalnie zmieniony i skrócony. **Okręg Kas ubezpieczeń społecznych powinien być ograniczony do jednego powiatu, jak to było w ustawie z dn. 19 maja 1920 r. Większe miasta, liczące 50.000 mieszkańców, powinny mieć prawa tworzenia Kas odrębnych. Kasy nie powinny liczyć więcej, niż 50.000 ubezpieczonych. W miastach lub powiatach, liczących ponad 50.000 ubezpieczonych, Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej może zarządzić utworzenie paru czy kilku Kas Chorych. Kasy karłowate, nie liczące 1000 ubezpieczonych i nie mogące podołać, włożonym na nie**

przez ustawę obowiązkom, mogą być przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej włączone do jednej z Kas sąsiednich.

Jak z powyższego widać, stoję na stanowisku nietylko zniesienia wysokiego minimum, lecz i **wprowadzenia maximum** okręgu poszczególnej kasy. A przyczyny tego stanowiska są te same, co zniesienia wysokiego minimum. Nie mamy jeszcze umiejętnych gospodarzy-społeczników dla prowadzenia olbrzymich instytucyj gospodarczych. Te wielkie instytucje - lewiatany, które dziś są, są prowadzone lub zorganizowane niewłaściwie i źle. A więc uczmy się! A uczyć się zawsze łatwiej na mniejszem gospodarstwie, niż na większem. Nie bądźmy zarozumiali i uparci!

Dr. D. BUCHHEIM.

GOSPODARKA FINANSOWA KAS CHORYCH A LECZNICTWO

(ARTYKUŁ DYSKUSYJNY).

Celem Kas Chorych, w najogólniejszem znaczeniu, jest ściąganie składek i używanie tychże na leczenie członków i ich rodzin. Świadczenia zatem Kas Chorych wedle obowiązującej ustawy są świadczeniami krótkoterminowemi, przy których nie zachodzi potrzeba tworzenia funduszu stałego. Kasy Chorych *w zasadzie* nie potrzebując gromadzić funduszów, mogą składki zebrane w całości zużyć na lecznictwo członków i ich rodzin, a jedyną troską i jedynym punktem wytycznym dla nich musi być i jest, by dochody roczne pokryły wydatki, czyli innemi słowy Kasy mają obowiązek pracować bez niedoborów przy rocznych zamknięciach rachunków.

Aby gospodarkę funduszami doprowadzić do uzgodnienia wydatków z dochodami, starano się w pierwszych latach istnienia obecnej ustawy o Kasach Chorych zebrać dostateczny materjał statystyczny, na podstawie któregoby można w przybliżeniu ustalić procentowo do dochodów wysokość wydatków w pojedyńczych działach pracy Kas Chorych. I rzeczywiście na podstawie materjału statystycznego ustalono, że Kasy Chorych, chcąc prowadzić racjonalną gospodarkę, dochody swe podzielić muszą na pokrycie następujących wydatków:

1) na wydatki administracyjne, a więc wydatki na prowadzenie zarządu, obejmujące płace personelu biurowego, wydatki na lokal biurowy, na oświetlenie, opał, druki i t. p.,

2) na świadczenia w gotówce, obejmujące świadczenia członkom z powodu utraty zarobków podczas choroby, świadczenia dla karmiących i świadczenia na wypadek śmierci członka Kasy lub członków rodziny,

3) wydatki na personel leczniczy, obejmujące wynagrodzenie lekarzy i lekarzy dentystów oraz wynagrodzenie pomocniczego personelu leczniczego,

4) wydatki na lekarstwa, który to dział obejmuje lekarstwa, materjał dentystyczny, środki pomocnicze przeciwko zniekształceniu i kalectwu oraz środki opatrunkowe. Co się zaś tyczy stosunku, w jakim każdy z tych działów partycypować ma w dochodach Kas, to na podstawie doświadczeń doszło się do ustalenia, że chcąc racjonalnie gospodarować, pomoc lekarska (dział 3) nie powinna dochodzić do 20% ogółu dochodu, zaś lekarstwa i opatrunki (dział 4) nie powinny również przekroczyć 18% do 20% ogółu dochodów. Natomiast koszta administracyjne (dział 1) obracać się winny w granicach 12% ogółu dochodów.

Rzeczywiście też Kasy Chorych przeciętnie doprowadziły do tego stanu, że koszta administracyjne obracają się w granicach ustalonych w myśl powyższego klucza.

Zupełnie inaczej przedstawia się gospodarka Kas Chorych w dziedzinie wydatków na pomoc lekarską i na lekarstwa.

W tym dziale wydatki niestety są tak ogromne, że prawie więcej niż połowa istniejących na terenie Polski Kas Chorych, wskutek nadmiernych świadczeń na lecznictwo, pracuje ciągle z niedoborem względnie (o ile nie chce mieć niedoboru) ogranicza niestety do ostatecznych granic, wydatki na dział 2-gi t. j. na zasiłki pieniężne, a tem samem krzywdzi chorych członków w tych świadczeniach, które w czasie choroby dla utrzymania jego i jego rodziny z powodu niezdolności do pracy są mu koniecznie potrzebne.

Że tak jest w istocie, wykażę na podstawie sprawozdania z Kas Chorych złączonych w okręgowy Związek we Lwowie. Dane zaś czerpane z tego sprawozdania Okręgowego Związku Kas Chorych we Lwowie za rok 1926 mogą już być miarodajne z tego względu, że sprawozdanie to obejmuje województwo lwowskie, tarnopolskie, stanisławowskie i wołyńskie, a więc ogromną połać Rzeczypospolitej mającą gęstą sieć (57) Kas Chorych.

Bierzemy najpierw Kasy Chorych pracujące z niedoborem.

Są to Kasy Chorych w Bóbrce, Drohobyczu, Gródku - Jagiellońskim, Jarosławiu, Jaworowie, we Lwowie powiat, Rzeszowie, Sanoku, Tarnobrzegu, Kołomyji, Nadwórnie, Stryju, Śniatynie, Tłumaczu, Brodach, Brzeżanach, Kamionce - Strumiłowej, Skałacie, Tarnopolu, Dubnie, Kowlu, Krzemieńcu, Łucku i Włodzimierzu - Wołyńskim. W tych wszystkich Kasach Chorych w roku 1926 świadczenia na pomoc lekarską i na lekarstwa przekroczyły znacznie najwyższą normę procentową ogółu dochodów.

Aby się nie powtarzać, przy wymienieniu każdej Kasy podam najpierw odsetek na pomoc lekarską a obok tego w nawiasie odsetek na lekarstwa wydany przez te Kasy.

W szczególności wydała Kasa Chorych w Bóbrce 24,6%, Drohobyczu 21,5% (17,5%), Gródku - Jagiellońskim 28,5% (18,3%), Jarosławiu 31,2% (21%), Jaworowie 26,6% (21,2%), we Lwowie powiat 24,8%, Rzeszowie 23,2% (19,1%), Kołomyji 17,1% (23,8%), Stryju 21,4%, Śniatynie 20.9% (22,6%), Tłumaczu 27,9% (18,4%), Brodach 27,7% (20,7%), Skałacie

25,1% (22,5%), Kowlu nawet 25,3% (30,9%), i t. d. Szereg innych Kas, które wprawdzie nie miały w roku 1926 niedoboru, wydawał również większy odsetek na pomoc lekarską i lekarstwa aniżeli norma, uszczuplając z tych powodów zasiłki pieniężne.

W okręgu Związku Kas Chorych we Lwowie, n. p. były to Kasy w Brzozowie, Kolbuszowej, Łańcucie, Mościskach, Przeworsku, Strzyżowie, Rohatynie, Podhajcach. Kasy te wydawały na pomoc lekarską i lekarstwa po dwadzieścia kilka do trzydziestu procent ogółu dochodów, podczas gdy na zasiłki pieniężne wydawały minimalny odsetek, a mianowicie: Kasa Chorych w Kolbuszowej 4%, w Brzozowie 13%, w Łańcucie 20%, w Mościskach 11,8%, w Przeworsku 8,9%, w Strzyżowie 12,9%, Rohatynie 9,8%, w Podhajcach 8,2% i t. d. *).

Takie anormalne stosunki muszą bezwarunkowo być zmienione, jeśli Kasy Chorych mają odpowiedzieć swojemu zadaniu.

Przyczem nie należy zapomnieć także, że leczenie członków Kas Chorych, aby odpowiadało celowi, musi także obejmować leczenie w zakładach specjalnych oraz miejscach kąpielowych, zdrojowiskach. Uwzględniając wydatek potrzebny właśnie na leczenie zdrojowe, Kasy Chorych dając to ostatnie leczenie w miejsce zasiłku pieniężnego, muszą bezwarunkowo mieć do dyspozycji na to właśnie świadczenie znaczny odsetek ogółu dochodów.

Ten odsetek (świadczenia gotówkowe) bezwarunkowo utrzymanym być musi w dość znacznej wysokości i absolutnie uszczuplić go nie można.

Wobec tego jedynym wyjściem z tej sytuacji jest obniżenie nadmiernych świadczeń na personel leczniczy i na lekarstwa.

Na to już słyszę zarzuty, że wydatki na pomoc lekarską i na lekarstwa nie są pozycją stałą, które można z góry ustalić, gdyż wysokość tych wydatków zawisłą jest od czynników elementarnych, od liczby chorych w pewnym okresie czasu i rodzaju chorób. Te zaś czynniki nie dadzą się obliczyć i są od woli ludzkiej niezależne, a zatem wysokość wydatków na te cele dyktuje nam natura zupełnie dowolnie.

Na te zarzuty atoli odpowiem, że doświadczenie wykazuje nam, iż są one zupełnie nieuzasadnione i nie odpowiadają rzeczywistemu stanowi sprawy.

Poza bowiem sporadycznemi wypadkami pewnych chorób, występujących epidemicznie w krótkim okresie czasu w znacznie zwiększonej liczbie, statystyka stwierdza ponad wszelką wątpliwość, że przy normalnym stanie liczba chorych i rodzaj chorób w ciągu okresu rocznego obraca się mniej więcej w tych samych cyfrach, że zatem w dziedzinie potrzeb lekarskich i środków leczniczych można ustalić pewien dokładny odsetek wydatków na to potrzebnych.

O ile tedy Kasy na te świadczenia wydają większy aniżeli normalny odsetek dochodów, to tego nadmiaru wydatków nie wywołuje ilość i liczba chorób, przyczyną musi być sposób wykonywania lecznictwa.

Przystępując do zbadania przyczyny nadmiernych wydatków na płace lekarzy Kas Chorych, musimy rozpatrzeć w pierwszym rzędzie, jakie są czynności tych lekarzy i jakie są rodzaje wynagrodzenia tych prac lekarskich. Prace lekarzy kasowych dzielą się na czynności badań chorych albo u siebie w domu, albo też ambulatoryjnie — dalej na badanie i leczenie obłożnie chorych u nich w domu, — w końcu na badanie i leczenie obłożnie chorych, wówczas lekarz wyjeżdża do chorych.

Wynagrodzenie lekarzy kasowych obejmuje: 1) za leczenie ambulatoryjne u siebie lub w ambulatorjum Kasy, wynagrodzenie ryczałtowo uregulowane, 2) wynagrodzenie za wizyty u chorego w domu, 3) wynagrodzenie za każdy wyjazd poza miejsce zamieszkania.

Dla uniknięcia podejrzenia, że jestem uprzedzony do lekarzy kasowych i zapewne dążę do obniżenia wysokości ich zasadniczych płac, zgóry oświadczam, że wysokość wynagrodzenia lekarzy za pracę nie jest wygórowana, owszem utrzymana jest w granicach dość umiarkowanych. Dlatego też szukam środków zasadniczych nie w obniżeniu wysokości płac, lecz w sposobie przeprowadzenia lecznictwa.

Rozchodzi mi się mianowicie o wykonywanie lecznictwa przy wyjazdach na wieś. Jeśli ktoś zachoruje obłożnie we wsi, wówczas biuro Kasy Chorych wydaje odnośnemu choremu kartkę do lekarza, celem wyjazdu tamże. W myśl umów zawartych z lekarzami, lekarze otrzymują za wyjazd wynagrodzenie obejmujące także stratę czasu lekarza. Ponieważ zdarzyć się może, że w tej samej wsi jest kilku obłożnie chorych, wówczas w myśl umowy, lekarz za każdego dalszego pacjenta, którego w tym czasie ma w tej samej wsi odwiedzić, otrzymuje osobne wynagrodzenie w kwocie kilku złotych.

Ściśle rzecz biorąc, ma lekarz obowiązek i prawo odwiedzić we wsi tylko tych chorych, dla których wydano w biurze Kasy kartki lecznicze. Tymczasem co się dzieje? Gdy lekarz przyjedzie na wieś, to dwór chcąc zaoszczędzić rzekomym chorym, dla których lekarza nie wzywano, drogę do miasta, prowadzi lekarza także do nich. Zawsze się znajdzie takich kilku lub nawet kilkunastu, a lekarz chętnie ich bada, otrzymując i za badanie tych chorych po kilka złotych. Często się nawet okazuje, że ci badani nie są chorzy, a Kasa wypłaca za nich osobne wynagrodzenie lekarzowi. Te anomalia powodują w Kasie Chorych wydatek na lekarzy, wynoszący co miesiąc pokaźną kwotę.

Musi nastąpić usunięcie nieprawidłowości, a wślad zatem i zaoszczędzenie dość znacznego wydatku na płacę lekarską. Kasy Chorych winny bezwarunkowo zażądać od lekarzy, by w czasie bytności na wsi leczyli tylko tych chorych, którzy przedłożyli kartki lecznicze Kasy. Należy kategorycznie oświadczyć lekarzom, że za wszystkich innych rzekomo chorych, którzy mogą przyjść do miasta celem leczenia ambulatoryjnego, Kasa Chorych nie jest obowiązana płacić lekarzowi osobne wynagrodzenie i tegoż wynagrodzenia też płacić nie będzie.

Również winno być usunięte osobne wynagrodzenie lekarzy za leczenie chorych należących do innych Kas Chorych. To wynagradzanie jest zupełnie niezrozumiałe. Lekarz, lecząc członków innych Kas, musi sobie zdać sprawę z tego, że w zamian za to lekarze innych Kas leczą znowu chorych jego Kasy, że zatem

*) Autor mówi tylko o Kasach Małopolski wsch.; w Kasach innych województw kwoty, wypłacane, jako zasiłki są znacznie wyższe. — **Red.**

zaoszczędza sobie czas, któryby musiał użyć dla leczenia członków, których leczą lekarze innych Kas.

A teraz przypatrzmy się wydatkom na środki lecznicze. W tym kierunku również można poważne sumy zaoszczędzić przy dobrej woli lekarzy kasowych.

Musimy się z tem liczyć, że nasz stan robotniczy przeciętnie stoi jeszcze na niskim stopniu kulturalnym i dlatego bez skrupułów szuka sposobności by wykorzystać Kasy Chorych.

I cóż się dzieje? Znaczny procent członków Kasy dla uzyskania zasiłku zgłasza się, symuluje chorobę i żąda zapisania lekarstwa. Naturalnie tego lekarstwa wcale nie używa, a Kasa ma wydatek. Jest obowiązkiem lekarzy, skoro u zgłaszającego nie znajdą ścisłych symptomatów choroby, by nie zapisywali mu zaraz lekarstwa, lecz kazali mu przyjść na drugi lub trzeci dzień celem ponownego zbadania i postawienia pewnej już diagnozy. Uniknie się w ten sposób udzielania lekarstw osobom, które ich wcale nie potrzebują! A takich pseudochorych jest falanga! Oszczędność zatem na niepotrzebnych zgoła lekarstwach będzie bardzo znaczną, naturalnie bez uszczerbku rzeczywiście chorych. I tego też słusznie Kasy od swoich lekarzy domagać się mogą, skoro to ani lekarzom ani badanym żadnego uszczerbku nie robi, a umożliwia Kasom racjonalną gospodarkę finansową.

Dr. HENRYK KŁUSZYŃSKI.

POWIATOWA KASA CHORYCH W PRADZE.

W podróży mej do Czechosłowacji zawadziłem o Pragę, aby zapoznać się z lecznictwem w Kasach Chorych i zobaczyć niedawno wybudowany gmach ambolatoryjny i administracyjny pow. Kasy Chorych w Pradze, o którego zaletach i urządzeniach dochodziły słuchy do Polski. Dzięki uprzejmości Dyrektora i Naczelnego Lekarza, mogłem dokładnie poznać cały budynek i jego urządzenia, jako też i warunki lecznictwa w tejże Kasie. Gmach okazały, imponujący wielkością i rozmiarami, położony na 4 frontach ulic, głównym frontem zwrócony ku Wełtawie. Koszt tego gmachu wraz z urządzeniem wewnętrznem wynosi przeszło 30 miljonów koron czeskich, t. j. około 8 miljonów złotych. Należy przytem zrozumieć, że powiatowa Kasa Chorych w Pradze ma obecnie zaledwie 58.000 członków i w porównaniu z warszawską lub łódzką Kasą Chorych jest karłem, a mimo to mogła sobie pozwolić na tak wielkie obciążenie budżetu. Gmach ten tak wielkich rozmiarów zbudowany jest na rychły rozrost tejże Kasy, co ma też nastąpić w najbliższej przyszłości, gdyż cały szereg powiatów, leżących około Pragi, zostanie wcielonych do Wielkiej Pragi tak, że Kasa potroi niebawem liczbę ubezpieczonych i według przypuszczeń obecnego dyrektora cyfra ubezpieczonych dojdzie do 120.000 członków. Gmach, w którym mieści się administracja i wielkie centralne ambulatorjum, jest obliczony na rozrost Kasy, a tymczasem mieszka tam 44 lokatorów, którzy w miarę większego zapotrzebowania pokoi zmuszeni będą opróżnić dotychczasowe swoje mieszkanie.

Urządzenia lecznicze rozmieszczone są w gmachu od suteren aż do 4 piętra.

W suterenach umieszczona została cała fizykalna terapja, a więc wodolecznictwo, rzymska łaźnia z basenami ciepłej i zimnej wody, elektro i światło-terapja, mechano-terapja, zakład Zanderowski, kąpiele lecznicze, sale na leżalnie po zabiegach leczniczych i w końcu wielki basen do pływania. Basen ten ma szerokości 11.40 mt. i 25 mt. długości. Jest wspólny dla mężczyzn i kobiet. Woda stale przypływa i odpływa, a jej temperatura wynosi między 19 a 20° R. Głębokość basenu wynosi od 80 ctm. do 3 mt., a więc mogą do niego wchodzić także i nie umiejący pływać. Przed wejściem do basenu są urządzone szatnie pojedyńcze do schowania ubrania, nadto każdy obowiązany jest przedtem pójść pod prysznic by się dobrze zmyć, a nogi wstawić do specjalnie urządzonych wanienek z ciepłą wodą i dozorcy pilnują, by nikt bez dokonania tego procesu nie wszedł do basenu. Oprócz tego znajdują się w miejscu, gdzie woda sięga głębokości do 3 m., skocznie do skakania do wody dla tych, którzy dobrze pływają. Obok basenu urządzona jest restauracja, bufet, znajduje się tam również fryzjer i manicurzystka.

Gabinety lekarskie i dentystyczne rozmieszczone są na I, II i III piętrze, a na IV piętrze znajduje się zakład położniczy. Z poczekalni nie wchodzi się odrazu do gabinetu lekarskiego, lecz do dwóch szatni, a każda z nich ma oddzielne wejście do gabinetu lekarskiego. Gdy rozpoczyna się ordynacja, wchodzi jednocześnie dwóch chorych do oddzielnych szatni, zamykają się od wewnątrz, by z poczekalni nikt w czasie ich bytności u lekarza nie mógł wejść, i po rozebraniu się, pierwszy wchodzi do lekarza. Po skończonem badaniu wraca do szatni i natychmiast wchodzi drugi. Gdy pierwszy ubrany wychodzi z szatni, wstępuje tam trzeci i tak kolejno bez straty czasu na rozebranie i ubieranie może lekarz większą liczbę chorych przyjmować.

Lekarze sami dokonują pierwszych badań chemicznych moczu i dopiero jeśli zachodzi potrzeba ściślejszego badania odsyłają chorego do zakładu bakterjologicznego, znajdującego się w tym samym gmachu. Lekarz zyskuje na szybkości w rozpoznaniu choroby, a zakład jest odciążony niepotrzebnemi badaniami.

W każdym gabinecie jest telefon. Lekarz w razie potrzeby może się natychmiast skomunikować z drugim lekarzem, o ile pragnie urządzić konsyljum, może dzięki telefonom zwrócić się do Nacz. Lekarza lub do władz administracyjnych Kasy.

Gabinety chorób skórnych i wenerycznych mają oddzielne wejście od ulicy i są umieszczone w innem skrzydle gmachu ambulatoryjnego. Oddzielne wejście jest dla mężczyzn, a oddzielne dla kobiet.

Dla tych ostatnich urządzony jest oddzielny gabinet do przepłukiwania, zwłaszcza dla tych kobiet, dla których przepłukiwania w domu są z nader różnych przyczyn bardzo krępujące lub nawet zupełnie

niemożliwe. Obok tych gabinetów urządzone są kąpiele zwłaszcza dla tych, którzy leczyli się na świerzb lub otrzymali wcierania rtęciowe. Widoczna jest celowa i racjonalna dbałość o czystość ciała ubezpieczonych w Kasie. Obok gabinetu laryngologicznego i ocznego umieszczone są małe salki operacyjne dla tych działów medycyny, tak że lekarze dokonują prawie wszystkich operacji i tylko w wyjątkowych przypadkach, nie nadających się do ambulatoryjnego operowania, odsyłają do szpitala.

Osobne wejście jest dla tych chorych chirurgicznych, którzy mają być operowani. Wzorowo, według wymagań ostatniej techniki, urządzone są sale operacyjne dla operacji czystych i nieczystych. Chorzy mają osobne szatnie, ubrania zostają poddane dezynfekcji, urządzono osobne łazienki dla tych chorych. Po dokonaniu operacji pozostają jakiś czas w ambulatorjum i do tego celu jest przeznaczonych 5 pokoi dla 10 — 15 chorych.

Do Zakładu położniczego, umieszczonego na najwyższem piętrze, prowadzi oddzielne wejście z oddzielną windą. Zakład obliczony jest na 18 łóżek porodowych i 44 przedporodowych, t. j. ciężarnych, które przybywają do zakładu na kilka dni przed mającym się odbyć porodem. Osobne sale dla infekcyjnych i sale operacyjne dla czystych porodów. Każda ciężarna rodzi w oddzielnym pokoju, a nie na zbiorowej sali. Oprócz tego jest mała sala dla zakładania kleszczy.

Po porodzie pozostaje każda 10 dni w zakładzie, o ile nie nastąpi jakaś komplikacja, która zmusza chorą do pobytu dłuższego.

Również i dział dentystyczny jest wysoko postawiony. Działem tym kierują wyłącznie lekarze dyplomowani, którzy po uzyskaniu doktoratu dłuższy czas specjalizowali się na klinice dentystycznej. Po za działem konserwatywnego leczenia, jest dział chirurgiczny jamy ustnej. Osobny gabinet jest dla tych, którzy po raz pierwszy przychodzą, tam zostaje postawione rozpoznanie i chory odesłany do leczenia do odpowiedniego lekarza. Działem technicznym kierują również wyłącznie stomatolodzy, a technicy dentystyczni wykonują w pracowni powierzone prace. Z pacjentami nie stykają się technicy dentystyczni. Ustawodawstwo czeskie pozwala na pobieranie pewnej opłaty za leczenie dentystyczne. Każdy ubezpieczony ma prawo za każdy miesiąc należenia do Kasy Chorych do leczenia dentystycznego wartości 5 koron czeskich. Jeżeli zatem należy przypuśćmy 12 miesięcy, ma prawo do pomocy dentystycznej wartości 60 koron i o ile leczenie kosztuje więcej, musi resztę dopłacić. Przy pierwszej wizycie ustala się koszt leczenia. Ubezpieczony lub jego rodzina mogą zatem otrzymywać oprócz konserwatywnego leczenia i protezy kauczukowe lub złote, a Kasa Chorych oblicza ceny według własnych kosztów. Plomba z leczeniem kosztuje 6 koron, t. j. 1 zł. 40 gr., korona złota 120 kor., t. j. 28 zł. 36 gr. i t. d.

Tylko extrakcje zębów w znieczulaniu miejscowem dokonywane są bezpłatnie. Kasa Chorych udziela jednak dość często kredytu na te cele na poczet tych praw w przyszłości, które ubezpieczony nabędzie z tytułu swego członkostwa. Ubezpieczeni zapłacili w r. 1926 za leczenie dentystyczne 455.284 k. czeskich, a cały nakład utrzymania ambulatorjum dentystycznego przez Kasę Chorych wynosił kc. 1.405.626, czyli, że ubezpieczeni ponieśli blisko 25% ogólnych kosztów. Dodać jeszcze należy, że oddział dentystyczny posiada własny aparat Rentgenowski.

Powiatowa Kasa Chorych w Pradze wysyła corocznie kilkaset dzieci nad morze, lub do okolic górskich, i w r. 1926 wysłała do 117 dzieci do Grado nad morzem włoskiem i 38 dzieci do Jugosławji, a do gór 146 dzieci — razem 421 dzieci. Jak na Kasę Chorych o 58.000 członkach jest to cyfra b. poważna i chlubnie świadczy o jej działalności.

Z urządzeń ambulatoryjnych wymienić jeszcze należy wzorowo urządzone pralnie. Dla każdego oddziału istnieje osobna pralnia: a) dla łaźni, b) ambulatorjum, c) zakładu położniczego, d) oddziału chorób skórnych i wenerycznych.

Personel administracyjny umieszczony jest w wielkich halach 30 mt. długości i 20 szerokości z oświetleniem górnem i bocznem. Urządzenie wewnętrzne bankowe, a publiczność ma tyle wolnej przestrzeni, że choćby się podwoiła, nie będzie jeszcze ścisku ani natłoku. Dla wygody publiczności i chorych jest w bezustannym ruchu automatyczna winda otwarta. Korespondencja wewnętrzna między wydziałami a władzami za pomocą automatycznych aparatów, t. j. zapomocą poczty pneumatycznej.

W końcu poświęcę jeszcze kilka słów finansowej działalności Kasy Chorych. Z przypisanych składek wydała Kasa na zasiłki chorobowe 38.48%. Honorarja lekarskie wyniosły wraz z leczeniem rodzinnem 9.5%, a więc prawie o 60% mniej niż w Polsce, mimo, że w powiatowej Kasie Chorych w Pradze są honorarja znacznie wyższe aniżeli u nas. Tłómaczyć to należy wysoką kwalifikacją lekarzy i przez to większą wydajnością pracy. W ambulatorjum pracują profesorowie i docenci kliniki lekarskiej.

Na apteki wydała Kasa około 7%, prawie zatem 100% mniej aniżeli u nas. Kasa nie posiada własnej apteki. Leczenie dentystyczne wynosiło 3.68%.

Administracyjne wydatki wyniosły 9.20%, a w Kasie Chorych pracuje obecnie 114 urzędników. Przy tak racjonalnej gospodarce mogła się Kasa pokusić o wystawienie monumentalnego gmachu, który zaszczyt i chlubę przynosi Zarządowi Kasy. Dla informacji dodać muszę, że Zarząd znajduje się w rękach czeskiej socjalnej demokracji.

ALEKSANDER MARKOWSKI.

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W ROSJI SOWIECKIEJ.

BUDŻET UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH NA ROK 1926/7.

Rosja sowiecka pierwsza wprowadziła jednolite, scalone ubezpieczenia społeczne na wszystkie wypadki losowe, obejmujące wszystkich zatrudnionych zarobkowo, również i kolejarzy oraz pracowników państwowych, z jednolitą składką na wszystkie ubezpieczenia, wpłacaną przez pracodawcę. O organizacji i zakresie działania tych ubezpieczeń znajdujemy ciekawe dane w dwóch numerach dwutygodnika „Woprosy Strachowanja" (nr. 19 (308) i nr. 20 (309), organu urzędowego Głównego Urzędu ZSSR. oraz RSFR. Najważniejszym dla nas materjałem jest budżet ubezpieczeń społecznych na rok 1926/7 (rolniczy rok gospodarczy), który opracowuje Rada Związkowa Ubezpieczeń Społecznych, przy udziale przedstawicieli poszczególnych komisarjatów (ministerstw), a zestawia ostatecznie prezydjum budżetu państwowego.

Budżet ten nazwany „budżetem orjentacyjnym ubezpieczeń społecznych" przedstawia się następująco:

Dochody.

Składki ubezpieczających	rubli	844,020,000
Procenty i kary	„	6,330,000
Oprocentowanie kapitału	„	3,500,000
Dochód ogólny	rubli	853,850,000

Wydatki.

Na pomoc lekarską członkom i ich rodzinom	rubli	229.936.000
Zapomogi na czasową niezdolność do pracy z powodu choroby	„	214,454,000
Ubezpieczenie bezrobotnych		66,918,000
Ubezpieczenie inwalidów i rodzin zmarłych ubezpieczonych	„	158,702,000
Zapomogi na dodatkowe rodzaje ubezpieczeń	„	80,704,000
Domy odpoczynkowe i sanatorja		30,000,000
Wydatki organizacyjne		26,236,000
Oświata ubezpieczeniowa i prace naukowe	„	1,200,000
Subsydja na zarządzenia profilaktyczne	„	1,000,000
Subsydja na utrzymanie inspekcji pracy	„	1,700,000
Subsydja na budownictwo mieszkaniowe dla robotników	„	29,500,000
Na likwidację zobowiązań tego samego budownictwa za 1925/26	„	7,500,000
Na kapitał rezerwowy	„	6,000,000
Ogółem wydatki	rubli	853,850,000

Uzasadnienie dodane do tego budżetu wyjaśnia, że za podstawę przyjęto cyfrę ubezpieczonych średnio na 8,900,000 osób (o 10 proc. więcej, niż w roku poprzednim) i uważa się cyfrę tę za maksymalną. Składki obliczono od zarobku przeciętnego 61 rubli 50 kop. na miesiąc (o 13 proc. więcej, niż w roku poprzednim), co stanowi 13,18 proc. od zarobku.

Z analizy wydatków dowiadujemy się, że niektóre wydatki trzeba było ograniczyć znacznie, w stosunku do roku poprzedniego, a to ze względu „na ciężkie położenie finansowe ubezpieczeń społecznych". Ograniczenie takie zastosowano przedewszystkiem w dziale wydatków „na domy odpoczynkowe i sanatorja" z 32 milj. rubli w roku poprzednim na 24. W tym celu zalecono poszczególnym kasom zastępowanie sanatorjów na południu, najkosztowniejszych, sanatorjami miejscowemi i domami odpoczynkowemi oraz ograniczenie wydatków na budownictwo takie. Budżet wyznacza ścisłe („twerdyje") granice dla korzystania z tego działu pomocy na 513,219 osób, w tej cyfrze 455,286 w domach odpoczynkowych ze średnim terminem przebywania 2 tygodnie i kosztami utrzymania jednej osoby przez ten czas na 26 rubli, 45,408 w miejscowych sanatorjach (średni pobyt 5 tygodni, koszt utrzymania rubli 145) i 12,525 osób w sanatorjach na południu, z przeciętnym pobytem 6 tygodni i kosztami utrzymania, razem z przejazdem, rbl. 210.

Wydatki organizacyjne, będące właściwie kosztami administracyjnemi, oznaczono na rubli 26,236,000, zaznaczając jednocześnie, że dotychczasowe wydatki faktyczne pierwszego półrocza muszą być w drugiem ograniczone o 10 proc. W szczegółach wydatki te obliczono następująco:

Pensję 18 tys. pracowników, ze średniem wynagrodzeniem 917 rubli 40 kop. rocznie — rubli 16,513,000. Składki na ubezpieczenie społeczne i związki zawodowe (11,8 proc.) — rubli 1.949.000. Utrzymanie kontroli lekarskiej — 1,500,000. Wydatki administracyjno-gospodarcze — 6,274,000.

Zasadnicze oświetlenie do tego budżetu znajdujemy w artykule wstępnym w n-rze 20 (309) „Woprosy Strachowanja" pod wymownym tytułem: „Pora bit' trewogu" (Czas bić na alarm). Treść artykułu tego dajemy dosłownie w przekładzie:

„Budżet ubezpieczenia społecznego na rok 1926/7 sporządzono z krańcowem naciągnięciem dochodów i wydatków. Naprzykład w części wydatków na czasową niezdolność do pracy budżet opiera się na wyliczeniu 960 dni na rok na 100 ubezpieczonych. Najmniejsze odchylenie od tej cyfry w kierunku powiększenia stworzy dla klas kłopotliwe położenie. Kasy ubezpieczeniowe mogą uniknąć trudności finansowych tylko przez surowe trzymanie się ram budżetu. Dane wstępne odnoszące się do położenia finansowego kas zmuszają do bicia na alarm. Dotychczas nie osiągnęły kasy koniecznego dla bezdeficytowości poziomu opłaconych dni chorobowych. W tej sytuacji deficyt jest nieunikniony. Przykładem Leningrad, Odesa i Irkutsk, gdzie kasy już pracują z deficytem.

Jedno jest wyjście: Drogą lepszej kontroli urlo-

pów (chorobowych), wzmocnioną walką ze spacerowiczami („progulszczykami"), kasy muszą dobić się zmniejszenia opłaconych dni chorobowych do normy budżetowej. W tym zakresie przychodzi z pomocą kasom niedawno ogłoszone rozporządzenie Rady Komisarzy Ludowych ZSRS. o walce ze spacerami. Rozporządzenie to poleca wprowadzenie przyjęć wieczorem dla członków, upoważnia kasy do odmowy wypłaty zapomogi za choroby wywołane ostrem pijaństwem i zaleca wprowadzenie ściślejszej kontroli nad zużyciem przez ubezpieczonych udzielonych urlopów.

Dotychczas w wielu miejscowościach robotnicy i pracownicy przychodzą do ambulatorjów w czasie pracy. Porządek ten musi być gruntownie wykorzeniony: odwiedzanie ambulatorjów powinno się odbywać tylko po czasie pracy. Nie powinno się opłacać czasu straconego na odwiedzenie ambulatorjum, z wyjątkiem wypadków przewidzianych w instrukcji Wszechros. sowietu ubezp. społecznego i Komisarjatu Lud. Zdrowia.

Dotychczas walka ze spacerami (opuszczaniem pracy) wywołanem i „pijatyką", prowadzona jest przez kasy z niedostateczną intensywnością.

Jednym ze środków walki ze spacerami jest nadzór za prawidłowem wykorzystaniem przez chorych ubezpieczonych udzielonych im z powodu choroby urlopów, gdyż nieodpowiednie wyzyskanie takiego zwolnienia sprowadza przedłużanie choroby. W tym zakresie rozporządzenie Sownarkomu ZSSR. daje kasom bardzo ostrą broń, która powinna być wykorzystana w pełnym zakresie, nie zapominając oczywiście przytem, że ostra broń wymaga ostrożnego obchodzenia się z nią.

Kwestja pozbawienia zapomogi powinna być w każdym wypadku decydowana przez prezydjum kasy ubezpieczeń. Również w taki sam sposób winny być decydowane sprawy potrącania części zapomóg na niezdolność do pracy w związku z pijaństwem lub wykorzystaniem urlopu nie według przepisu.

W każdym bądź wypadku kasy ubezpieczeń muszą w obecnej kampanji letniej przyjąć pod uwagę ciężkie położenie finansowe ubezpieczenia społecznego i zapewnić bezdeficytową gospodarkę".

O kryzysie przeżywanym przez kasy ubezpieczeń znajdujemy bliższe informacje w artykuliku „Kryzys finansowy w Leningradzie" w tymże numerze „Wopr. Str.". Przyczyną: wzrost wydatków na zapomogi chorobowe i brak pracy oraz ogromne zaległości składek trustów państwowych: przemysłu maszynowego, budowy okrętów i elektrycznego. Zaległości te wyniosły ogółem na 1 stycznia r. b. przeszło 11 miljonów rubli, a deficyt leningradzkiej kasy ubezpieczeń oblicza się na drugie półrocze na 4 milj. 190 tys. rubli.

Budżet pomocy lekarskiej.

Organizacja pomocy lekarskiej w sowieckich kasach ubezpieczeń niezupełnie odpowiada naszym kasom chorych. Interesujące dane w tym zakresie znajdujemy w artykule „Preliminarz wydatków funduszu leczniczego" (nr. 19 (308) „Wopr. Str."), zawierającym zasadnicze wskazówki o sporządzaniu takich preliminarzy. We wstępie ustalono następujące zasady: „Leczniczy fundusz ubezpieczeniowy jest w swojej istocie funduszem dotacyjnym, niedostatecznym na pokrycie wszystkich rodzajów pomocy lekarskiej ubezpieczonym i ci jako obywatele ZSRS. mają prawo korzystać z części funduszów, przeznaczonych w budżetach państwowym i miejscowym na potrzeby ochrony zdrowia. Dlatego konieczne jest przy ustalaniu preliminarzy przeprowadzić rozgraniczenie między pomocą lekarską, pokrywaną całkowicie lub z maksymalną dotacją leczniczego funduszu ubezpieczeniowego i między pomocą utrzymywaną całkowicie z budżetu państwowego lub miejscowego".

„Ubezpieczeniowy fundusz leczniczy powinien być przeznaczony w pierwszym rzędzie na utrzymanie zasadniczych form pomocy—szpitalnej i ambulatoryjnej, w mniejszym zaś, w zależności od pokrycia tej pierwszej pozycji, na inne rodzaje (walka z chorobami społecznemi, ochrona macierzyństwa i dzieciństwa, ogólne zarządzenia profilaktyczne), które powinny być utrzymywane w całości z budżetu państwowego lub miejscowego".

„W centrach przemysłowych, z wielką ilością ubezpieczonych, gdzie państwowe i miejscowe budżety, wychodzące z ogólnych norm dla ludności nieprzemysłowej, nie mogą pokrywać w całości potrzeb ludności robotniczej, część urządzeń leczniczych, dla wyłącznych potrzeb ubezpieczonych (szpitale, ambulatorja) winny być całkowicie utrzymywane z funduszu leczniczego".

Do artykułu dołączony jest preliminarz utrzymania takich zakładów dla kasy ubezpieczeniowej w Leningradzie. W zakresie szpitalnym przyjęto 367,4 łóżek-dni na 100 ubezpieczonych robotników i pracowników, czyli 10 łóżek rocznie na każdy tysiąc ubezpieczonych plus 2 na dzieci i możliwe braki, co daje ogółem 12 łóżek na 1000 ubezpieczonych, a ponieważ kasa leningradzka liczy 500 tys. ubezpieczonych, musi ona utrzymywać na swój wyłączny koszt 6000 łóżek. Na członków rodzin obliczono to zapotrzebowanie na 3,500 łóżek, które powinny być utrzymywane z funduszów ogólno-państwowych. Kasa posiada do dyspozycji 7,200 łóżek i uznano, że może ona utrzymać tą ilość na swój koszt.

Koszty te obliczono według norm państwowych, mianowicie: koszt dziennie jednego łóżka, bez wydatków personalnych, rbl. 1,50 (wyżywienie 70 kop., wydatki gospodarcze 45 kop.), co daje ogółem rbl. 3,942,000, wydatki personalne (4,320 jednostek obsługi z płacą przeciętną 53 rbl. miesięcznie), ogółem rbl. 3,263,50, razem wydatki kasy na ten cel rbl. 7,805,500 rocznie.

Dla ambulatorjum oblicza się 18 wizyt ambulatoryjnych rocznie na jednego ubezpieczonego czyli 9 miljonów wizyt dla wszystkich członków kasy. Koszt jednej wizyty z recepturą, ale bez wydatków personalnych ustanowiono na kop. 38,3, do czego dolicza się kop. 15 na badania laboratoryjne i Roentgena, co daje ogółem rbl. 1,404,000. Wydatki personalne (2,230 jednostek personelu) — rubli

1,684,631. Utrzymanie ambulatorjum ogółem rubli 3,088,631.

Wizyty lekarskie w domu jedna rocznie na jednego ubezpieczonego — ogółem 500 tys. wizyt. Koszt jednej wizyty, bez wydatków personalnych, 32,5 kop., w tem wydatki gospodarcze 8 kop., medykamenty i instrumentacja — 2 kop., receptura 1,5 kop., lekarstwo — 22,5, wydatki personalne — rbl. 377,220, ogółem rbl. 539,720. Wydatki te pokrywane winny być z funduszu „G" (państwowego).

„Medpunkty", (posterunki lekarskie pierwszej pomocy — ambulatorja fabryczne). Na jednego ubezpieczonego 10 wizyt rocznie, koszt jednej wizyty 35 kop. (medykamenty i instrumentacja)—6 kop., „oświata sanitarna" (?)) — 2 kop., wydatki personalne — 27 kop. W obliczeniu przyjęto, że korzystających z tej pomocy robotników fabrycznych jest w kasie 250 tys.

Lecznictwo specjalne, protezy ogólne i zębowe. Lecznictwo specjalne ogółem rbl. 191 tys., protezowanie 100 tys. rbl., zakład chorób zawodowych rbl. 148,598. Produkcja zębów sztucznych 30 tys. miesięcznie, z tej liczby jedna trzecia — 10 tys., rozdaje się bezpłatnie pracującym w specjalnie szkodliwych przedsiębiorstwach, pozostałe 20 tys. za 50 proc. kosztów własnych, które wynoszą rbl. 1,23 kop za jeden ząb.

Zestawienie ogólne wydatków w tym zakresie Kasy leningradzkiej przedstawia się następująco:

pomoc szpitalna	rbl.	7,205,500
pomoc ambulatoryjna	„	3,088,631
pomoc domowa	„	539,720
pomoc w „medpunktach"	„	875,000
lecznictwo specjalne	„	191,015
protezowanie ogólne	„	100,000
protezowanie zębowe	„	270,000
instytut chorób zawodowych	„	148,598
Ogółem	rbl.	12,418,464

Przychód na rachunek funduszu leczniczego obliczony jest (po odliczeniu 10 proc. na kapitał zapasowy leczniczy miejscowej republiki i 12 proc. na budownictwo mieszkaniowe), na rbl. 13,200,000, co daje pozostałość rbl. 781,536, z której rubli 600 tys. minimalnie musi być przeznaczone na nowe budowle i remonty kapitalne. Ponieważ na ochronę macierzyństwa i walkę z chorobami społecznemi (432 tys. na pierwsze i 138 tys. na drugie) pozostałość nie wystarczyła, powiększyć musiano odpowiednio dotację z funduszu państwowego. Artykuł kończy się stwierdzeniem, że tak wielki ośrodek przemysłowy, jak Leningrad, powinien otrzymywać dotacje państwowe na nowe budownictwo i kapitalne remonty.

Obliczenia te są jednak trochę teorją akademicką, jak to można się przekonać z zamieszczonej w tymże numerze korespondencji o organizacji pierwszej pomocy w Leningradzie. Dowiadujemy się z niej przedewszystkiem, że na ogólną ilość 227 punktów pierwszej pomocy („medpunkty"), 104 utrzymywane były wyłącznie z funduszu państwowego, 36 przez przedsiębiorstwa i 87 z funduszów mieszanych, również głównie państwowych. Liczba wizyt wyniosła rocznie 1,628,792 (7,8 na jednego ubezpieczonego), czyli znacznie mniej, niż podano w urzędowym preliminarzu. Pomimo tego korespondent uznaje cyfrę tę za zbyt wysoką dla pierwszej pomocy. Zestawienie szczegółowe stwierdza też, że faktycznie pierwszej pomocy udzielono tylko w 628,645 wypadkach, czyli 38,5 proc. ogólnej ilości przyjęć. Pozostałe 61,5 proc. przypada na normalne lecznictwo, do czego punkty te nie są przeznaczone, ani przygotowane. Jednak i pośród wypadków pierwszej pomocy 82,8 proc. przypada na pomoc nie związaną z pracą (nagły ból zębów, zachorowania żołądkowe, omdlenia i t. p.).

W każdej prawie korespondencji o działalności poszczególnych kas znajdujemy dużo skarg i faktów o deficytowej gospodarce. W gub. Brjańskiej zlikwidowano szereg kas, przyłączając ich członków do innych, z powodu gospodarki deficytowej. Kasa bežycka, zaliczająca się do największych w tej gubernji, ściągnęła tylko 67,4 proc. składek, a wydała na zapomogi i pensje inwalidzkie rbl. 1,266,421, zamiast 602 tys. przewidywanych w budżecie. Obsługiwana przez tę Kasę fabryka „Profintern", zatrudniająca 14 tys. ubezpieczonych, winna jest Kasie przeszło pół miljona zaległych składek. Kasa winna jest członkom (niewypłacone zapomogi) 70 tys. rubli i miała 107 wypadków zachorowań na każde 1000 członków, z przeciętną długością choroby 13,8 dni, czyli prawie dwa razy tyle, niż przewiduje preliminarz, przytoczony przez nas na wstępie.

Włodzimierska Kasa gubernjalna, licząca 104 tysiące członków, miała w roku ubiegłym 890 tys. rubli deficytu i 383 tys. rubli zaległych składek, które powiększyły się na 1 czerwca 1926 roku do 667 tys. rubli. 90 proc. członków kasy pracuje w zakładach państwowych. Rewizje, przeprowadzone w roku 1925 w fabrykach i przedsiębiorstwach, stwierdziły przeszło miljon rubli ukrytych zarobków, od których nie płacono kasie składek. Kasa sewastopolska udziela, nawet przy długotrwałych chorobach, tylko 4—5-dniowych zwolnień i pomimo tego wypłaca na choroby więcej, niż kasy miast przemysłowych.

Z tych wszystkich danych, aczkolwiek ułamkowych, jedno można wnioskować, że organizacja ubezpieczeń społecznych w Rosji sowieckiej, przeżywa poważny kryzys, chociaż daleka jest jeszcze od pełnej rozbudowy, jak świadczą chociażby dane z Moskwy, gdzie znaczna część członków kasy jest obsługiwana przez felczerów, a nawet sanitarjuszki tylko, lub skargi z Czelabińska na to, że członkowie kasy wolą się leczyć u lekarzy kasowych w domu za pieniądze. Z wielu miejscowości skarżą się na zbyt hojne szafowanie przez władze państwowe ulgami. W niektórych kasach („Krasnoje Sormowo") 85 proc. zakładów przemysłowych płaci składki według taryfy ulgowej, wynoszącej 10 proc. zamiast 13,18 proc. Przedstawiciel państwowej komisji budżetowej domaga się dalszych ulg w tym zakresie przez zasadniczą reformę obliczania składek, z uwzględnieniem możności płatniczej i dochodowości przedsiębiorstw.

Lecznictwo sanatoryjne.

O tym zakresie świadczeń można sobie wyrobić dość dokładny sąd na podstawie powyższych źródeł sowieckich. Budżet ustala ściśle liczbę — 513,219 osób mogących w ciągu roku korzystać z sanatorjów. Przy 9 prawie miljonach ubezpieczonych, co z członkami rodzin daje około 30 miljonów, jest to cyfra bardzo niska. Lwia część przypada jednak na „domy odpoczynkowe" (455,286), będące właściwie letniskami podmiejskimi, a nawet często tylko pensjonatami zdrowotnemi w mieście. Do właściwych uzdrowisk, miejscowości kuracyjnych na południu Rosji, może wyjechać tylko 12 i pół tysięcy osób rocznie, co oczywiście nie pozostaje w żadnym stosunku do potrzeb lecznictwa w tym zakresie. Potwierdza to też urzędowy organ ubezpieczeń społecznych, pisząc: „Instytucje ubezpieczeniowe mogą zaspokoić maksymalnie 20—25 proc. potrzebujących", dalej zaś czytamy: „Tysięce chorych jedzie do uzdrowisk leczyć się na własny koszt i na miejscu ma tysiączne kłopoty z mieszkaniem, kąpielami, wizytami lekarskiemi, za które musi płacić, stając się często ofiarami wyzyskiwaczy". Czytamy też skargi na zły system rozdziału miejsc określonych w budżecie. Rozdział ten znajduje się nie w rękach kasy ubezpieczeniowej, a związków zawodowych i — jak czytamy w organie sowieckim — bardzo często dostają się one ludziom zdrowym. jak tur ale posiadającym wpływy w związkach.

Pomoc bezrobotnym i inwalidom.

Ubezpieczenie na brak pracy wchodzi do ogólnego ubezpieczenia i na ten cel budżet przez nas przytoczony przeznacza 66,918.000 rubli. Nie mając dokładnej cyfry bezrobocia w Rosji sowieckiej, trudno ocenić, jak się przedstawia w praktyce to ubezpieczenie. Pewną opinję można sobie wyrobić ze stosunków lokalnych, opisanych w korespondencjach do „Woprosow Strachowanja". W opisie działalności gubernjalnej Kasy gub. Włodzimierskiej znajdujemy następujące dane cyfrowe: Bezrobotnych jest ogółem 9 tys., co stanowi w stosunku do zatrudnionych 6,6 proc. czyli odsetek wyjątkowo mały, nawet dla dobrych przedwojennych konjunktur gospodarczych. Pomimo tego zaledwie 20,7 proc. bezrobotnych zarejestrowanych w gub. Włodzimierskiej otrzymują zasiłki, które wynoszą maksymalnie dla 1 kategorji (robotnicy wykwalifikowani, kobiety obarczone dziećmi i zdemobilizowani żołnierze) 12 rbl. miesięcznie, czyli piątą część przeciętnego zarobku robotnika.

Jeszcze skromniej przedstawiają się renty inwalidzkie, nawet w samem świetle teorji. Ubezpieczony, który stał się niezdolnym do pracy przed 50 rokiem życia, musi wykazać się 8-mioletnią nieprzerwaną pracą zarobkową, poza tem, że inwalidztwo zostało osiągnięte w czasie pracy najemnej i w związku z nią. To samo musi udowodnić inwalida, który stał się niezdolnym do pracy z powodu kalectwa. Wdowy po inwalidach zdolne do pracy mogą otrzymywać rentę w tym wypadku, jeśli mają dzieci poniżej lat 8. Inwalida, posiadający majątek lub dochód wystarczający na „zaspokojenie minimalnych potrzeb życiowych", niema prawa do zapomogi.

Tak wąskie ramy świadczeń są w praktyce jeszcze bardziej zwężane. W każdym numerze „Woprosy Strachowanja" znajdujemy dwie rubryki: „Szkoła omyłek" i „Wołokita", która to nazwa odpowiada naszemu „Od Annasza do Kaifasza", pełne groteskowych wprost obrazków z praktyki kas ubezpieczeń.

Wnioski.

Materjał ten nie jest wystarczający do wniosków analitycznych, można jednak oprzeć na nim pewną charakterystykę ubezpieczenia społecznego w Rosji sowieckiej. Pomimo pozornej jednolitości, jest ono bardzo skomplikowane i tem różni się od organizacji podobnej w innych krajach, że nie jest nietylko samorządną, ale nawet odrębną organizacją. Duży stosunkowo budżet ogólny tłómaczy się włączeniem do ubezpieczenia wszystkich urzędników i pracowników państwowych oraz kolejarzy, którzy we wszystkich innych krajach mają znacznie szersze świadczenia opłacane przeważnie przez państwo. Emerytury tej kategorji pracowników oraz inwalidów wojennych, które w Rosji sowieckiej obciążają ubezpieczenia społeczne, również w innych krajach włączone są do budżetu państwowego. Ze składek ubezpieczeniowych wydzielane są w Rosji znaczne sumy na budownictwo mieszkaniowe, nie mające żadnego związku z zadaniami ubezpieczenia, wreszcie znaczne sumy wydzielane są na fundusze ogólno-państwowe i miejscowych republik, przeznaczone na ogólne cele zdrowotne.

W Rosji istnieją kasy ubezpieczeniowe: powiatowe, gubernjalne, okręgowe, miejskie i kolejowe. Działalność kas ogranicza się faktycznie do ściągania składek i wypłaty zapomóg. Organizacja lecznictwa należy do urzędów zdrowia, którym kasy przekazują odpowiednie sumy. Leczenie odbywa się w ambulatorjach i przychodniach: fabrycznych, państwowych, miejskich i t. p. Jedynie w dużych miasta przemysłowych szpitale i ambulatorja utrzymywane są przez kasy ubezpieczeń. Zasady i normy lecznictwa regulują urzędy państwowe, które wogóle mają bardzo szeroką ingerencję w działalności kas.

Władze wyborcze w kasach (wybory pośrednie, przez delegatów) powiązane są z władzami administracyjno-gospodarczemi. Członkowie komitetu wykonawczego, odpowiadający naszym zarządom kas chorych, pełnią czynności dyretkorów i kierowników biur. Ustalanie budżetu należy do władz państwowych, które również — jak wynika z cytowanych faktów — biorą udział w przyznawaniu i wymiarze rent oraz zapomóg. Wszystko to razem upoważnia nas do stwierdzenia, że organizacja ubezpieczeń społecznych w Rosji nie może być porównana z podobną organizacją w innych krajach, a stanowczo już nie stanowi wzoru — zachęcającego do naśladowania.

KRONIKA

VI ZJAZD LEKARZY I DZIAŁACZY SANITARNYCH MIEJSKICH W ŁODZI.

Brak miejsca nie pozwala nam na umieszczenie sprawozdania z tego Zjazdu. Podajemy najważniejsze wnioski uchwalone, tchnące nieco innym duchem, aniżeli inne zjazdy lekarskie. **(Red.).**

W sprawie higjeny pracy: 1. Zważywszy, iż współczesna higjena pracy i technika sanitarna posiada wystarczające środki dla uzdrowienia pracy zawodowej w przemyśle i rzemiosłach, VI Zjazd uznaje, że w celu skoordynowania badań naukowych i powiększenia ich wydajności należy utworzyć „Centralny Instytut Pracy" wraz z muzeum pracy. 2. Zjazd uchwala, iż niezbędnem jest skodyfikowanie i ujednostajnienie ustawodawstwa, dotyczącego prawnej ochrony pracy, z uwzględnieniem wymagań współczesnej higjeny. 3. Zjazd uznaje za konieczne utworzenie Inspekcji Higjeniczno-Lekarskiej, jako spejjalnej Sekcji Min. Pracy i Opieki Społecznej, działającej w porozumieniu z Inspektoratem Pracy. 4. Uznając znaczenie i celowość prac inspektorów fabrycznych w zakresie kontroli i opieki nad pracą kobiet i młodocianych, Zjazd domaga się jaknajszybszego utworzenia Inspektoratów Kobiecych w ośrodkach o masowem zatrudnieniu kobiet. 5. Wobec tego, iż ustawa z dn. 2.VII.1924 r. o ochronie pracy kobiet i młodocianych dotychczas nie jest wprowadzona w życie w całej swej rozciągłości Zjazd uznaje, że Państwo i Samorządy winny jaknajprędzej przystąpić do organizacji żłobków w swych instytucjach i zakładach, dając tem przykład przedsiębiorstwom prywatnym. 6. Zjazd domaga się, aby niewykonywanie wobec kobiet zakazu pracy nocnej oraz gwałcenie liczby przewidzianych w ustawie obowiązujących godzin ich pracy, było surowo karane. 7. Zważywszy, iż ochrona zdrowia i rozwój fizyczny pracowników fabrycznych stanowią zagadnienia pierwszorzędnej doniosłości, w którego pomyślnem rozwiązaniu są zainteresowani przemysłowcy — w interesie produkcji, organizacje robotnicze — zgodnie z celem swojego istnienia, Kasy Chorych w dążeniu do zmniejszenia nieprodukcyjnych wydatków na lecznictwo, spowodowanych nadmierną ilością uszkodzeń cielesnych, chorobowością i śmiertelnością ubezpieczonych, Państwowy Zakład Ubezpieczeń od Wypadków — ze względu na konieczność zmniejszenia sum, wypłacanych inwalidom pracy i tytułem rent; Samorządy — ze względu na konieczność zmniejszenia wydatków na opiekę społeczną nad obywatelami przedwcześnie pozbawionymi zdolności do pracy zarobkowej, wreszcie Władze Państwowe w trosce o dobro Państwa i dobro Narodu. — VI Zjazd uznaje za konieczne skoordynowanie i wzmożenie działalności wyżej wymienionych czynników.

Szpitalnictwo i inne sprawy: 1. VI Zjazd uchwala: a) Koniecznem jest, jak najrychlejsze wydanie ustawy szpitalnej, b) Koniecznem jest tworzenie związków celowych dla prowadzenia szpitali dla umysłowo chorych, wenerycznych, gruźliczych i innych, c) Koniecznem jest skreślenie w Ustawach o Kasach Chorych punktu 3 art. 43, obciążającego budżety samorządów, d) Uznać za celowe, ażeby lekarze szpitali samorządowych byli stałymi etatowymi pracownikami miasta. 2. Wobec groźnej klęski mieszkaniowej, mającej olbrzymi wpływ na szerzenie się gruźlicy i innych chorób, VI Zjazd stwierdza konieczność podjęcia przez czynniki samorządowe i rządowe akcji budowlanej na szeroką skalę, oraz wydatnego popierania współdzielczego ruchu budowlanego.

W sprawie ubezpieczeń społecznych: 1. VI Zjazd Lekarzy i Działaczy Sanitarnych Miejskich w Łodzi wita z uznaniem inicjatywę rządu w sprawie uporządkowania i usprawnienia ubezpieczeń społecznych w Polsce przez opracowanie nowej ustawy ubezpiecz. Zjazd wyraża nadzieję, że nowa ustawa przyczyni się do podniesienia zdrowotności w kraju, zachowania i pomnożenia sił wytwórczych, zapewnienia zdrowia przyszłym pokoleniom, pomnożenia wzrostu zaludnienia i uniknięcia zwyrodnienia rasy. Przy opracowaniu tej ustawy niezbędna jest współpraca lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich oraz zawodowych organizacyj lekarskich. Uznając doniosłe znaczenie ubezpieczeń społecznych i lecznictwa kasowego dla zdrowotności miast polskich, pragnie Zjazd współdziałać przy uporządkowaniu ubezpieczeń społecznych w Polsce i poleca komitetowi wykonawczemu VI Zjazdu lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich szczegółowe rozpatrzenie projektu nowej ustawy ubezpieczeniowej oraz przedstawienie swej opinji czynnikom rządowym.

MIĘDZYNARODOWY ZWIĄZEK LEKARZY.

W najbliższym czasie, po długim okresie prac przygotowawczych, zorganizuje się ostatecznie Międzynarodowy Związek Zawodowy Stowarzyszeń Lekarskich, którego siedzibą centralną ma być Paryż. Zadania tej organizacji określa jej statut w sposób następujący:

„Związek ma być ośrodkiem informacji, wskazówek i współdziałania pomiędzy stowarzyszeniami medycznemi, istniejącemi w poszczególnych krajach, celem wymiany doświadczeń, zdobytych na polu licznych zagadnień charakteru zawodowego, dotyczących życia osobistego i życia społecznego lekarzy". Głównymi organizatorami Związku są pp. dr. Decourt, przewodniczący Unji Związków Lekarskich we Francji, oraz dr. Vuilleunier, przedstawiciel lekarzy szwajcarskich.

Działalność powstającego Związku obserwować będziemy bacznie. Z notatek, jakie się ukazały w prasie zagranicznej, widać, iż Związek ma także na celu zorganizowanie lekarzy na zasadzie międzynarodowej, celem poparcia lekarzy poszczególnych państw w walce z Kasami Chorych. Międzynarodowy Zjazd Kas Chorych, który odbędzie się w Brukseli w październiku b. r., obmyśleć musi skuteczne środki przeciwdziałania zamierzeniom Związku lekarzy, o ile akcja jego zwracałaby się przeciw ubezpieczeniom społecznym lub Kasom Chorych. **(Red.).**

OPŁATY STEMPLOWE.

Ministerstwo Skarbu donosi oficjalnie.

Pisma, wnoszone do urzędów państwowych przez zakłady ubezpieczeń przymusowych np. Kasy Chorych, Powszechny Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Warszawie (rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 27 maja 1927 r. Dz. U. R. P. Nr. 46 poz. 410), Zakład Pensyjny dla funkcjonarjuszy z siedzibą we Lwowie (rozporządzenie z dn. 6 sierpnia 1921 r., Dz. U. R. P. Nr. 76 poz. 524), Ubezpieczalnia Krajowa w Poznaniu (rozporządzenie Ministra b. Dzielnicy Pruskiej z dnia 2 sierpnia 1920, Dz. Urz. Min. b. Dz. Pr. Nr. 45, poz. 380), Zakład ubezpieczenia od wypadków z siedzibą we Lwowie (ustawa z dnia 30 stycznia 1924 r. Dz. U. R. P. Nr. 16, poz. 148 oraz rozporządzenie z dnia 7 czerwca 1924 r. Dz. U. R. P.Nr. 50 poz. 512), Zakład Ubezpieczenia Urzędników Prywatnych w Poznaniu (rozporządzenie z dn. 26 maja 1926 r., Dz. U. R. P. Nr. 55 poz. 322), zarząd główny i zarządy obwodowe Funduszu Bezrobocia (art. 17 — 26 ustawy z dn. 18 lipca 1924 r. Dz. U. R. P. Nr. 67, poz. 650), są wolne od opłaty stemplowej na mocy art. 144, poz. 2 ustawy o opłatach stemplowych, jako wniesione przez związek przymusowy (L. DPO. 5682/VII/27).

PRACE KAS I ZWIĄZKÓW.

LECZENIE GRUŹLICY PRZEZ SPÓŁKĘ BRACKĄ W TARNOWSKICH GÓRACH.

Spółka Bracka kładzie specjalną wagę na walkę z gruźlicą, tym najstraszniejszym wrogiem ludu pracującego. Różnemi zabiegami Spółka Bracka dąży, aby w zarodku, przy stwierdzeniu choroby umożliwić energiczną walkę profilaktyczną z tą chorobą. Dlatego utworzyła organizację, która daje gwarancję, że każdy członek, chorujący na gruźlicę płuc, znajdzie się pod obserwacją lekarską.

W walce z gruźlicą bierze udział przeszło 100 brackich lekarzy okręgowych, pod których kierownictwem pracują opiekunki, siostry zakonne. Sieć organizacji walki z gruźlicą obejmuje całe terytorjum Górnego Śląska, podzielone na obwody opiekuńcze.

Lekarze braccy, jako lekarze — opiekuni, przekazują osoby, podejrzane na chorobę płuc i takie, które chorują faktycznie na gruźlicę, pod opiekę sióstr-opiekunek, które odwiedzają tych chorych, starają się o środki zapobiegawcze, izolację, umieszczenie w szpitalach i t. d., udzielają na koszt Spółki Brackiej środków wzmacniających (Haematogen, Emulsję, kąpiele i t. d.) i zarządzają, w porozumieniu z brackim lekarzem okręgowym, naświetlanie lampą kwarcową.

Sióstr takich Spółka Bracka zatrudnia 35. Otrzymują one bezpłatnie potrzebne przybory, poduszki gumowe, ciepłomierze, spluwaczki i t. d., a jeżeli chory nie posiada odpowiedniego łóżka, wypożycza się mu je z lecznicy.

Po ulokowaniu chorego w szpitalu lub w razie śmierci chorego w domu, Spółka Bracka zwraca się każdorazowo do miejscowej władzy policyjno - sanitarnej o odkażenie mieszkania i udziela na ten cel zapomogi pieniężne.

Organizacja ta, choć może jeszcze niedostateczna, wykazała jednak, iż jest odpowiednia, a jej wyniki dodatnie.

Wobec trudności gospodarczych, powstałych z powodu przesilenia w przemyśle węglowym, Spółka Bracka nie mogła doprowadzić jeszcze do ostatecznie zamierzonej organizacji, przedewszystkiem do ulepszenia wyżywienia chorych, jak i udzielania zapomóg na mleko i inne środki spożywcze, lecz z biegiem czasu przy celowej współpracy z władzami i społeczeństwem da się więcej uzyskać.

W opiece brackich lekarzy okręgowych znajdowało się w roku 1925 ogółem 2.685 osób, przeważnie rencistów i osób z rodzin członków. Siostry, opiekujące się, zwłaszcza wypadkami daleko posuniętej gruźlicy, dokonały 26.292 odwiedzin w mieszkaniach chorych.

Mężczyźni leczeni są przedewszystkiem w lecznicy przeciwgruźliczej w Wodzisławiu, kobiety z zamkniętą gruźlicą w lecznicy brackiej w Knurowie, z otwartą zaś w lecznicy brackiej w Orzeszu, gdzie znajdują się specjalne oddziały dla chorych na płuca.

Chorzy, których umieszczono w specjalnych zakładach, opuścili lecznicę wszyscy w stanie wyzdrowienia lub poważnego polepszenia. Przedewszystkiem lecznica w Wodzisławiu wykazała bardzo dodatnie wyniki, gdyż z małemi wyjątkami, wszyscy chorzy mogli powrócić do pracy zawodowej.

Akcję powyższą prowadzi Sp. Br. wspólnie z Zakł. Ubezpieczeń Społecznych w Królewskiej Hucie, który pokrywa część kosztów leczenia chorych na gruźlicę. W roku 1925 leczyło się z powyżej wspomnianej liczby chorych przeszło 1.100 osób w specjalnych zakładach przeciwgruźliczych, w brackiej lecznicy przeciwgruźliczej w Wodzisławiu, w Obornikach i innych.

Zaznaczamy, że osoby, leczące się u lekarzy okręgowych, należy zaliczać po większej części do lżej chorych, zaś około ⅓ tej liczby są chorzy, którzy w beznadziejnym i nieuleczalnym stanie zostali zwolnieni z lecznic do domu, gdyż nie mogli już być przedmiotem leczenia szpitalnego.

Osoby, chore na gruźlicę, Spółka Bracka umieszcza zaraz po stwierdzeniu choroby płucnej w lecznicy. W roku 1925 leczyło się w lecznicach brackich ogółem 3.840 osób na gruźlicę lub katar płuc.

W roku 1926 leczyło się osób chorych na płuca w lecznicach około 2.900, zaś z tych blisko 1.000 w zakładzie w Wodzisławiu. U lekarzy okręgowych znajdowało się w kuracji około 3.000 osób, które były odwiedzane przez siostry opiekunki w blisko 32.000 odwiedzinach w ich mieszkaniach.

Dokładnej liczby wypadków śmierci u osób, należących do Spółki Brackiej, nie można podać dla braku specjalnej statystyki, wynosić ona będzie około 15% powyżej wymienionej liczby.

Dodać należy, że Spółka Bracka wysyła, aby już w zarodku zapobiedz gruźlicy, corocznie około 1.200 schorzałych i niedobrze odżywionych dzieci do letnisk, zdrojów i nad morze. Przyczynia się to w dużej mierze do zapobiegania gruźlicy, bo wypadki gruźlicy u dzieci są rzadkie.

„SPRAWOZDANIE OKRĘGOWEGO ZWIĄZKU KAS CHORYCH WE LWOWIE ZA ROK 1926".

Należy z zadowoleniem podkreślić, że sprawa opracowywania i publikowania sprawozdań z działalności naszych instytucyj ubezpieczenia chorobowego wkracza na tory normalne. Do szeregu instytucyj, ogłaszających drukiem swoje sprawozdania, przyłączył się obecnie Okręgowy Związek Kas Chorych we Lwowie, obejmujący swoją działalnością województwa: lwowskie, stanisławoskie, tarnopolskie i wołyńskie. Uczynił to stosunkowo dość późno, gdyż, po okresie wahań walutowych i dewaluacyjnych, można było już za 1924 i 1925 r. ogłosić dane o działalności Związku. Dobrze, że uczyniono to przynajmniej teraz za rok 1926.

Obok właściwego sprawozdania ze stanu finansów i działalności samego Związku, publikacja zawiera także krótkie sprawozdanie historyczne i sytuacyjne poszczególnych Kas, należących do Okręgowego Związku, oraz szereg zestawień o ruchu członków, o ruchu chorych i o finasach Kas w 1926 r.

Trzeba tu odrazu co do tego faktu zrobić pewne zastrzeżenie. Można być zwolennikiem jaknajwiększej jawności w gospodarce Kas Chorych i dążyć do jaknajwcześniejszego publikowania rezultatów tej gospodarki, a jednak nie godzić się z metodą, zastosowaną przez Okręgowy Związek we Lwowie, który tak pośpieszył się z ogłoszeniem sprawozdania finansowego swoich Kas, że w kilku wypadkach nawet **nie czekał na ostateczne ustalenie bilansów i rachunków obrotu przez Kasy**, lecz oparł swoje obliczenia na bilansach surowych, nie mówiąc już o tem, że większość bilansów i rachunków ogłasza **przed ich skontrolowaniem i zatwierdzeniem przez władzę nadzorczą.** Taka metoda może wprowadzić dezorjentację, jeśli w wynikach ostatecznych będą różnice, a musi wrowadzić dezorganizację, jeśli władzę nadzorczą stawia wobec faktu dokonanej już publikacji nieścisłych lub niewłaściwie ujętych danych.

Przystępując do omówienia samego sprawozdania, należy stwierdzić, że jest poważnie opracowane, przejrzyście ułożone i zawiera wiele cennych informacyj, które mogą się przydać zarówno innym związkom, jak i samym Kasom, a należycie spopularyzowane w prasie i w organizacjach społecznych, mogą

się walnie przyczynić do ugruntowania zrozumienia zadań ubezpiezenia chorobowego i umocnienia zaufania mas do instytucyj ubezpieczeniowych. Widać bowiem ze sprawozdania, że życie w Okręgu płynie wartkiem strumieniem, że na wszystkich polach działalności związkowej praca się rozwija i stwierdzać się dają znaczne postępy. Pocieszające są zwłaszcza dowody żywotności Związku w dziedzinie **organizacji lecznictwa,** które na naszych kresach południowo-wschodnich wymaga jeszcze bardzo wielu skoordynowanych wysiłków władz publicznych, samorządowych i organizacyj społecznych, aby mogło zabezpieczyć masy pracujące przed fatalnemi skutkami wieloletnich zaniedbań w dziedzinie zdrowotności publicznej.

Jeśli sobie uświadomimy niski poziom zarobków na terytorjum Związku, jakoteż ogromne trudności, z jakiemi dotąd walczyć tam musiał chory przy szukaniu pomocy lekarskiej, zwłaszcza w bardziej skomplikowanych wypadkach, to ocenić potrafimy w pełni wartość dzieła, dokonanego przez Związek, a polegającego na utworzeniu **własnej wielkiej lecznicy,** w której tysiące chorych z najbardziej zapadłych zakątków kraju znajduje pomoc i ratunek, o jakich dawniej nawet marzyć nie mogli. Ileż to uratowanych egzystencyj i przywróconych życiu gospodarczemu sił produkcyjnych kryje się poza cyframi tego sprawozdania! Wystarczy wskazać, że **na oddziale chirurgicznym** leczono w roku sprawozdawczym 549 chorych z zakresu wielkiej chirurgji przez 10.416 dni, **na oddziale położniczo-ginekologicznym** 347 chorych przez 4.523 dni i 500 położnic przez 4.516 dni. Oprócz tego leczono ambulatoryjnie na pierwszym z tych oddziałów 534 chorych z zakresu małej chirurgji, a na drugim 376 chorych z zakresu ginekologji. Pracownia roentgenologiczna miała ogółem 3.341 pacjentów, dla których wykonała 3.438 prześwietleń i zdjęć, a 2.333 zabiegi lecznicze.

Jeżeli jeszcze ogólnikowo wspomniemy, że **w sześciu ambulatorjach specjalistycznych i w instytucie Zanderowskim leczono blisko 10 tysięcy chorych** najnowszemi i najdoskonalszemi metodami i aparatami, na jakie sobie małe Kasy prowincjonalne nie mogą pozwolić, to zrozumiemy, jak ważną jest **koordynacja sił i środków,** znajdująca swój wyraz w Związkach Kas Chorych.

Przeglądając szczegółowe zestawienia o ruchu chorych w lecznictwie specjalistycznem Związku, możemy stwierdzić, że korzystały z niego prawie bez wyjątku wszystkie Kasy Okręgu, przyczem z najodleglejszych nawet Kas, jak z Dubna, Włodzimierza, Krzemieńca, Tarnopola, Czortkowa i t. d. frekwencja przekraczała po 100 chorych na rok.

Część lekarska sprawozdania, choć rejestruje dokładnie wszystkie rodzaje chorób i metody leczenia, nie daje jednak jeszcze dostatecznych danych statystycznych. Brak np. m. in. zupełnie oceny rezultatów leczniczych, które należałoby w przyszłych sprawozdaniach wedle możności uwzględnić. Nie wystarczy bowiem informacja, że np. z 347 chorych ginekologicznych leżących „wypisano wyleczonych lub z poprawą 330, zmarło 6, a pozostało na rok 1927 — 11 chorych", bo trudno przypuścić, aby żadna z osób wypisanych nie opuściła lecznicy **bez** poprawy. Nieco bliższe określenie stopnia poprawy, ścisłe ustalenie liczby bezskutecznych zabiegów i obliczenie tych danych, jak i wypadków śmierci w stosunku do poszczególnych chorób mogłoby stać się początkiem **właściwej statystyki lekarskiej,** tak jeszcze u nas niedocenianej, a tak ważnej dla ustalenia stopnia uleczalności różnych chorób jakoteż wartości rozmaitych metod leczenia. Interesuje to oczywiście w pierwszym rzędzie lekarzy, może jednak stanowić także pożyteczny materjał orjentacyjny dla odpowiedzialnych kierowników Kas i Związków.

Z finansowego sprawozdania Związku dowiadujemy się, że z ogólnej sumy aktywów, przekraczającej nieco 1 miljon złotych, ponad 40 proc. przypada na zaległości z tytułu opłat związkowych i kosztów leczenia, a ponad 50 proc. na ruchomości i nieruchomości. Zarząd Związku słusznie uskarża się na utrudniającą jego działalność opieszałość Kas w regulowaniu zobowiązań i podkreśla zwłaszcza niesolidność Kas z Lubelskiego, które, nie należąc do Związku, a korzystając z jego urządzeń, są w stosunku do Związku najgorszymi płatnikami. Ten stan rzeczy musi istotnie paraliżować akcję Związku, ze szkodą dla samych Kas Chorych, które często zobowiązania wobec Związku odsuwają na najdalszy plan. Jeżeli, mimo tak znaczne zaległości Kas Chorych, Związek potrafił swoje własne zobowiązania wobec innych utrzymać na poziomie z roku poprzedniego, a nawet zmniejszyć długi hipoteczne, to wykazał w każdym razie sprężystość w administracji.

Fundusz zapasowy Związku wynosił w końcu 1926 roku, już po odpisaniu niedoboru za r. 1925, ponad 327 tysięcy zł., faktyczna wartość majątku Związku jest jednak z pewnością znacznie większa, gdyż ruchomości i nieruchomości wstawiono do bilansu według kosztów nabycia, gdy obecna ich wartość jest w rzeczywistości większa.

Koszty administracyjne Związku wymagały 113.392 złotych, co w stosunku do sumy wszystkich dochodów w kwocie 456.151 zł. stanowi 24.85 proc. Zaznaczyć należy, że zarówno z lecznicy Związku, jak i z Domu Zdrowia w Iwoniczu podano oddzielnie bilanse i rachunki działalności, a do rachunku Związku wstawiono tylko **nadwyżki,** które w tych dwóch zakładach dały ponad 9 tysięcy zł., a z leczenia poza lecznicą i z retaksacji ponad 8 tysięcy zł. Rachunek obrotu lecznicy wynosi blisko 250 tysięcy zł., a rachunek Domu Zdrowia blisko 70 tysięcy zł.

Pragnąć należy, aby Związek kroczył dalej z energją po obranej drodze ku pożytkowi ubezpieczonych i całego społeczeństwa, i aby z prac swoich zdawał odtąd regularnie sprawę w coraz lepiej opracowanych i coraz bogatszych pod względem informacyjnym publikacjach. **O. E.**

ZAKOŃCZENIE KRAKOWSKIEGO KURSU DLA PRACOWNIKÓW KAS CHORYCH.

Urządzane systematycznie od szeregu lat przez Okręgowy Związek Kas Chorych w Krakowie, kursy dla pracowników Kas Chorych cieszą się dobrze zasłużoną opinją w Kasach i pośród urzędników kasowych, skoro stale jest więcej zgłoszeń, aniżeli kurs może przyjąć. Ostatnio urządził Związek w czasie od 4 maja do 11 czerwca kurs dokształcający z programem nauki, obejmującym następujące przedmioty:

1. Ubezpieczenie na wypadek choroby w Polsce.
2. Administracja wewnętrzna Kas Chorych.
3. Ćwiczenia praktyczne w sprawach administracji kasowej.
4. Zasady ubezpieczeń społecznych w kraju i zagranicą.
5. Zasady ubezpieczenia długoterminowego.
6. Nadzór państwowy nad Kasami Chorych.
7. Organizacja lecznictwa w Kasach Chorych.
8. Organizacja aptek kasowych.
9. Zasady buchalterji.
10. Księgowość w Kasach Chorych — kontrola.
11. Gospodarka finansowa Kas Chorych.
12. Ogólne wiadomości z zakresu przepisów prawnych.
13. Zarys organizacji władz i urzędów, z którymi Kasy wchodzą w styczność.

14. Egzekucja wierzytelności Kas Chorych.
15. Przepisy i praktyka prawa wekslowego.
16. Zasady naukowej organizacji pracy.
17. Zasady nauki gospodarstwa społecznego.

W wykładach prelegenci uwzględnili także zasady projektu ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby, od wypadków i na wypadek śmierci ubezpieczonego, aby zaznajomić słuchaczy ze stanem ustawodawstwa socjalnego w Polsce w możliwie najszerszym zakresie.

Na kurs zgłoszono 46 słuchaczy, z Kas b. zaboru austrjackiego i rosyjskiego, ponadto zgłosiło się 3-ch prywatnych. Kierownictwo kursu niechętnie przyjmuje zgłoszenia osób z poza Kas, ponieważ stwarza to później konieczność szukania stanowisk dla odpowiednich kandydatów. Przed egzaminem odwołano z kursu 2-ch słuchaczy, 3-ch wogóle się nie zjawiło, do ustnego egzaminu zgłosiło się 41 słuchaczy, ponadto z poprzedniego kursu dodatkowo — za zgodą komisji egzaminacyjnej — 2-ch słuchaczy. Egzaminy odbywały się w czasie od 14 — 18 czerwca b. r., za zgodą słuchaczy były niepubliczne i dały wynik następujący:

1) z powdu zachorowania odstąpiło od egzaminu 5-ciu słuchaczy, którym uchwałą komisji egzaminacyjnej pozwolono poddać się egzaminowi w czasie najbliższego kursu, jaki Związek urządzi,
2) z wynikiem bardzo dobrym zdało 5-ciu słuchaczy,
3) z wynikiem dobrym 19 słuchaczy,
4) z wynikiem dostatecznym 10 słuchaczy,
5) z wynikiem niedostatecznym 4 słuchaczy.

Przedmiotem egzaminu były wykłady, wymienione pod 1, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15 i 17. Przy egzaminach przyszłych postanowiono z przedmiotów, będących tematem ogólnych wykładów, pytać tylko niektórych, a to na podstawie orzeczenia komisji egzaminacyjnej.

Stwierdzono, że przeciętny poziom wiadomości słuchaczy, biorących udział w IV-ym kursie, był niewątpliwie niższy, niż na kursach poprzednich, wobec tego komisja egzaminacyjna uznała za celowe wezwanie Kas, delegujących słuchaczy, aby wybierały urzędników, mogących się wykazać wykształceniem przynajmniej w zakresie niższej szkoły średniej lub równorzędnej, na wypadek zaś niemożności stwierdzenia kwalifikacji naukowych takich słuchaczy, którzy odbyli conajmniej 3-letnią praktykę biurową w Kasach Chorych i mogą wykazać się dodatnim poświadczeniem władz Kasy. Komisja egzaminacyjna upoważniła nadto kierownictwo kursu do poddawania uprzedniego zgłoszonych kandydatów egzaminowi wstępnemu, którego wynik rozstrzygnąłby o dopuszczeniu do wykładów. Uchwały te podjęto w celu osiągnięcia najlepszych wyników i przysporzenia Kasom pełnokwalifikowanych urzędników.

Dotychczas Związek Krakowski wyszkolił około 150 pracowników Kas, a uwagi lustratorów jakoteż władz nadzoru państwowego stwierdzają, że praca urzędników, którzy przeszli kursy, zaznaczyła się niewątpliwą poprawą.

Zarząd Związku dba o to, aby dobór wykładających był możliwie najlepszy. Przewodnictwo komisji egzaminacyjnej spoczywało — jak w latach ubiegłych — w rękach p. kierownika Głównego Urzędu Ubezpieczeń Adama Korskiego.

Zarząd Związku projektuje urządzenie najbliższego kursu już w jesieni, a więc w okresie, nadającym się więcej do nauki, aniżeli upalne dnie lata, utrudniające pracę prelegentom i słuchaczom.

ZAKOŃCZENIE POZNAŃSKIEGO KURSU DLA PRACOWNIKÓW KAS CHORYCH.

W dniu 21 sierpnia o godz. 11-ej przed południem w auli szkoły Wydziałowej w Poznaniu odbyła się uroczystość zakończenia 1-go kursu dla pracowników Kas Chorych województw Poznańskiego i Pomorskiego, urządzonego staraniem Okr. Związku Kas Chorych.

W uroczystości brali udział przedstawiciel Władzy Nadzorczej, Zarządy, Komisarze i Dyrektorzy Kas Chorych wymienionych województw, grono prelegentów, słuchacze, wreszcie przedstawiciele prasy.

Słowo wstępne wygłosił komisarz Okr. Zw. Kas Chorych p. Dr. Rudkowski, który przedstawił krótki zarys pracy na kursie.

Kurs trwał od 18 lipca do 13 sierpnia r. b., de fakto zakończono wykłady 17 sierpnia, egzamina trwały od 18 — 20 sierpnia 1927.

W kursie brało udział 50 słuchaczy. Do egzaminu stawiło się 49-ciu. Złożyło egzamin z postępem conajmniej dostatecznym 43-ech, z tych 5-ciu słuchaczy z postępem bardzo dobrym, a mianowicie: Ludwik Kordon z Ostrowa, Herbert Kaethner z Poznania, Teodor Wielich ze Strzelna, Feliks Woźniak ze Żnina i Wilhelm Lippert z Torunia. Ci ostatni otrzymali nagrody w postaci książek.

Ogólne wyniki kursu są dość dobre, zwłaszcza, jeżeli się zważy, że jest to pierwszy podobny kurs na terenie obydwu województw zachodnich.

P. Dr. Rudkowski podkreślił intensywną pracę wszystkich słuchaczy, dodając, że nawet ci, którzy nie złożyli egzaminu z postępem dostatecznym okazali wiele chęci do nauki i tylko niemożność dostosowania się do poziomu pozostałych, uniemożliwiła im uzyskanie lepszych wyników.

P. Dr. Rudkowski zakończył swe przemówienie podziękowaniem dla grona prelegentów.

O wartości kursu, znaczeniu ich i wartości uzyskanych świadectw mówił p. dyr. Barański, jako przewodniczący Komisji Egzaminacyjnej.

Po przemówieniu rozdano świadectwa.

Na kursie, obejmującym całokształt wiedzy niezbędnej dla każdego pracownika Kasy Chorych, wykładali prócz poprzednio wymienionych pp. Dr. Rudkowskiego i dyr. K. Barańskiego następujący: Dr. Kunicki, radca Guzy, adw. Hundt, naczelnik Wilczyński, ref. Przybylski, ref. St. Rulski, Kom. Sell, prof. Wachowski i Gątkiewicz.

CZASOPISMA I KSIĄŻKI.

„PORADNIA PRZECIWGRUŹLICZA", opracowali Dr. med. Stanisław Paradistal, Sekretarz wykonawczy Polskiego Związku Przeciwgruźliczego oraz Dr. Stanisław Popowski, Kierownik Poradni Przeciwgruźliczej P. K. P. D., z przedmową Doc. D-ra T. Janiszewskiego.

Książka bardzo na czasie, praca wielkiej doniosłości ukazała się z druku staraniem Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych oraz Polskiego Związku przeciwgruźliczego.

Książka zawiera wszystko, co w sprawie założenia i prowadzenia Poradni przeciwgruźliczej wiedzieć powinien lekarz kasowy i kierownictwo Kasy. Na wszystwie pytania znajdują się tu odpowiedzi jasne, krótkie, wyczerpujące — należy to, co napisane brać do ręki i wcielać w życie!

Zarządy Kas Chorych powinny bezwarunkowo zakupić potrzebną im ilość egzemplarzy tej tak pożytecznej książki i zaopatrzyć w nią swych pp. Lekarzy i kierownictwo Kasy.

Pp. Dr. Paradistal i Dr. Popowski wielką oddali przysługę sprawie walki z gruźlicą wydając teraz tę książkę.

Z. Kl.

„ARBEITERSCHUTZ" w Nr. 14-tym ogłasza artykuł Dr. Friedebergera z Berlina p. t. „Zur Ambulatoriumsfrage", w którem charakteryzuje zmiany, jakie się dokonały w lecznictwie kasowem w ostatnich 20 latach.

Walka lekarzy z Kasami Chorych w Niemczech — powiada dr. F. — zaostrzyła się znacznie, od kiedy ogólny kryzys gospodarczy podważył egzystencję stanu lekarskiego, jak i innych warstw społecznych, a kierownicy stanu lekarskiego stanęli wobec zadań, przerastających ich siły. Za jedyne źródło swego niepowodzenia uznali rozbudowę ubezpieczeń społecznych i spodziewali się przez walkę przeciw ubezpieczeniom poprawić los stanu lekarskiego. Zapoznają oni, że **warunki gospodarcze i postępy techniki leczniczej** z nieodpartą koniecznością prowadzą do przekształcenia stosunków zawodowych stanu lekarskiego. Typ „lekarza domowego" zanika coraz bardziej, gdyż masy pracujące nie są w stanie pozwolić sobie na taki zbytek, a z drugiej strony postępy techniki tak dalece skomplikowały metody djagnostyczne i lecznicze zawodu lekarskiego, że niemal żaden lekarz prywatny nie jest w stanie zaopatrzyć się w potrzebne aparaty, nie mówiąc już o tem, że nie jest w możności sam zastąpić tych wszystkich **specjalistów,** których **współpraca** stanowi warunek powodzenia nowoczesnego lecznictwa. **Tę współpracę postawić może na racjonalnych podstawach tylko system ambulatoryjny.** Przejście do tego systemu stało się i z tego jeszcze względu konieczne, że stosunek wolno-praktykujących lekarzy kasowych do chorych nie zadowalniał ani ubezpieczonych, ani lekarzy, ani zarządu Kas Chorych.

Stosunki między lekarzem i Kasą Chorych wymagają wyjątkowego stopnia zaufania. **Lekarz nosi w swej kieszeni— w pewnym sensie — książeczkę czekową Kasy.** Otrzymuje on nietylko wynagrodzenie za swe czynności, ale oznacza też wielkość wydatków kasowych: on przepisuje lekarstwa i środki lecznicze, on decyduje o wypłacie zasiłków chorobowych, od jego opinji zależy wysłanie chorego do szpitala lub sanatorjum na koszt Kasy. W takich warunkach lekarz staje się funkcjonarjuszem instytucji, a dobór lekarzy i ich ustosunkowanie do Kasy nie może być oparte na schematycznej umowie z nieodpowiedzialną organizacją lekarską, lecz musi polegać na bezpośredniem zetknięciu z odpowiedzialną jednostką. Kiedy lekarze, w grudniu 1923, występując przeciw niedogodnemu dla nich rozporządzeniu rządu, zagrozili Kasom strajkiem, musiały one uciec się do zorganizowania ambulatorjów. Organizacja lekarska umieściła je natychmiast na „czarnej liście," zagroziła gospodarczym i towarzyskim bojkotem wszystkim pracującym w nich lekarzom, nie cofając się przed żadnym, nawet najbardziej pogardy godnym środkiem, jak obmowa, kalumnia, oszczerstwo. Ale mimo wszystkie przeciwności: **ambulatorja się ostały** Dziś wiemy już, że są one koniecznością, bez której ekonomiczna gospodarka w instytucjach ubezpieczeń społecznych jest niemożliwa. Ale zarazem wiemy też, że dopiero one **wyprowadzą całą pomoc lekarską z zaułka,** z którego długo nie mogła znaleźć wyjścia. Możliwość poddania wielkiej liczby chorych badaniu zjednoczonego kolegjum lekarskiego, rozporządzającego wielkiemi urządzeniami technicznemi, przynosi pożytek zarówno chorym, jak i Kasom i lekarzom.

W ciągu 3½-letniego istnienia wzrosła liczba ambulatorjów kasowych w Berlinie do 40, a dalsze budowanie nowych i rozszerzanie istniejących jest pilną potrzebą. W ciągu pierwszych trzech miesięcy b. r. miały one **800.000 pacjentów,** a o uznaniu, jakiem się cieszą wśród ubezpieczonych świadczy fakt, że **szybko wzrasta zwłaszcza liczba tych członków Kas, którzy zgłaszają się do ambulatorjów, mimo że mają prawo do wolnego wyboru lekarza na mieście.**

Pewne sfery lekarskie bronią się jeszcze przed wkroczeniem na tę nową drogę społecznej pomocy lekarskiej i widzą w ambulatorjach objekty walki, zagrażające „wolności stanu lekarskiego". Odstąpią od tej bezpłodnej walki, gdy zrozumieją, że są one urzeczywistnieniem idei, wyrosłej ze społecznych i gospodarczych warunków doby obecnej.

„DEUTSCHE KRANKENKASSE" w n-rze 29-tym podaje streszczenie odczytu d-ra med. K. **Finkelratha** z Berlina **o międzynarodowej kwestji lekarzy kasowych,** które redakcja czasopisma zaopatrzyła w uwagę, że nie zgadza się we wszystkiem z wywodami autora.

Dr. F. rozpatruje całokształt spraw związanych z działalnością lekarzy kasowych, opierając się nietylko na stosunkach niemieckich, ale i na danych z całego szeregu innych krajów, m. in. także z Polski. Do jakichś ostatecznych wniosków autor nie dochodzi, chciał widocznie tylko dostarczyć materjałów do oceny zagadnienia i przygotować jego rozwiązanie. Ponieważ obszerniejsze przedstawienie sprawy autor podał w specjalnej publikacji pod tym samym tytułem, będziemy więc jeszcze mieli sposobność zapoznać się bliżej z jego wywodami.

TREŚĆ:

J — k. — O ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

Z. M. — W sprawie wielkości Kas ubezpieczeń społecznych.

Dr. D. Buchheim. — Gospodarka finansowa Kas Chorych, a lecznictwo.

Dr. Henryk Kłuszyński. — Powiatowa Kasa Chorych w Pradze.

Aleksander Markowski. — Ubezpieczenia społeczne w Rosji sowieckiej.

Kronika.

Prace Kas i Związków.

Czasopisma i książki. —

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.