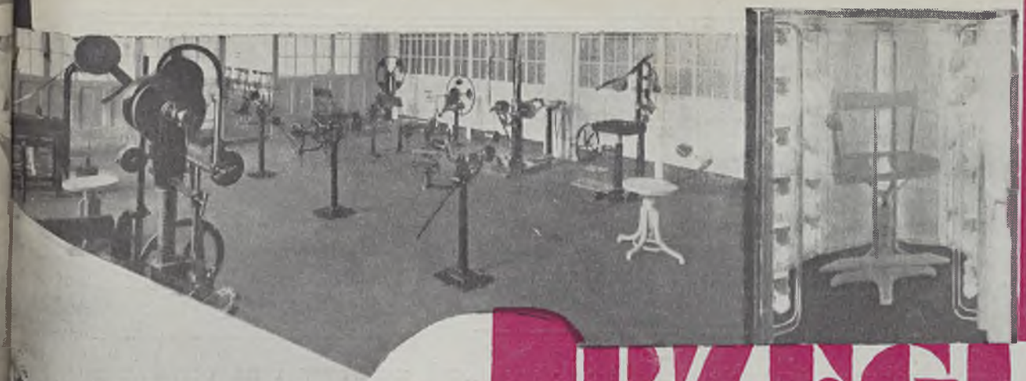


# PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ORGAN OGÓLNO
PAŃSTWOWEGO
ZWIĄZKU KAS
CHORYCH W POLSC

Nº 4

Kiedy serce słabnie,
Kiedy tętno staje się nitkowatem i
Przy wielkich przełomach oddechowych

# CORAMINA

wprowadza w zdumienie przez swój szybki, silny i trwały skutek

---

Skrzepia serce, pobudza krwiobieg, na ośrodkowy układ nerwowy i na ośrodek oddechowy

# C O R A M I N A

wywiera tensam wpływ co kamfora, będąc pozbawiona wad oleju kamforowego. Dzięki rozpuszczalności w wodzie i wyjątkowo małej jadowitości Coramina zadawaną bywa w tychsamych dawkach wewnętrznych jak pozaustnie.

KROPLE AMPUŁKI

Próby i literatura na żądanie.

**PABJANICKIE TOWARZYSTWO AKCYJNE PRZEMYSŁU CHEMICZNEGO.**

# Adrenalin Chloride Solution 1/1000

**(ROZTWÓR CHLORKU ADRENALINY P., D. & C.).**

ADRENALIN P. D. & Co. jest produktem nadnercza, zwężającym naczynia krwionośne i podnoszącym ciśnienie krwi. Wprowadzony do lecznictwa przez Parke, Davis & Co. w roku 1901-ym, okazał się środkiem bezcennej wartości dla różnorodnych celów lekarskich, szczególnie w chirurgji.

ADRENALIN P., D. & Co. jest prawdopodobnie najbardziej silnym i szybko działającym środkiem, pobudzającym serce; wywołuje on prawie natychmiastowy skutek po dożylnym wstrzyknięciu, działa nieco wolniej, umieszczony na lub pod językiem.

ADRENALIN CHLORIDE SOLUTION P., D. & Co., 1/1000 jest dostarczany we flakonach po 10 i 30 g i w ampułkach po 0,5 $cm^3$ w pudełkach po 6 ampułek.

## PARKE, DAVIS & CO., LONDYN

**GŁÓWNY SKŁAD NA RZECZPOSPOLITĘ POLSKĄ:**

Dom Handlowo-Komisowy „SAIR" Sp. Akc.
WARSZAWA, Plac Żelaznej Bramy Nr. 2.

Telefony: 526-01, 526-02, 526-03, 526-04, 526-05.

PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Organ Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych w Polsce

ROK IV | MIESIĘCZNIK | ZESZYT 4

WARSZAWA, 1 KWIETNIA 1929.

B — i.

# „POMOC LEKARSKA" MAGISTRATU ST. M. WARSZAWY.

Pracownicy miejscy m. st. Warszawy dotychczas nie są obowiązkowo ubezpieczeni w warszawskiej Kasie Chorych [1]), korzystają z pomocy lekarskiej oraz innych świadczeń, przewidzianych przez ustawę z dn. 19.V.1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby, bezpośrednio udzielanych przez zarząd miasta. Sposób udzielania świadczeń rzeczowych (pomoc lecznicza) unormowany jest statutem oraz regulaminem (Dziennik Zarządu m. st. Warszawy Nr. 77 z 1923 r.), który w tym celu tworzy specjalną instytucję nazwaną „Pomoc lekarska dla pracowników miejskich". Uprawnionymi do korzystania z pomocy lekarskiej są wszyscy pracownicy zarządu miasta, t. j. prezydjum magistratu, rady miejskiej, wydziałów administracyjnych oraz następujących instytucyj autonomicznych: dyrekcji wodociągów i kanalizacji, dyrekcji teatrów miejskich, miejskich zakładów zaopatrywania, administracji gospodarstwa rolnego i leśnego. Pomoc lekarska dla pracowników miejskich, którą w dalszych częściach artykułu w skróceniu nazywać będziemy „pomoc lekarską", udziela świadczeń w zakresie, przewidzianym w ustawie o ubezpieczeniu na wypadek choroby.

Według sprawozdania „pomocy lekarskiej" w okresie czasu od 1.IV.1927 r. do 31.III.1928 r. (rok budżetowy) uprawnionych do korzystania ze świadczeń tej instytucji było 15,224 pracowników miejskich, nie licząc członków ich rodzin, co do których brak jest danych. Mniej więcej w tym samym czasie w 1927 r. sprawozdanie zarządu Kasy Chorych m. Warszawy wykazuje przeciętnie 200,180 obowiązkowo ubezpieczonych. Ogólna liczba osób uprawnionych do świadczeń Kasy wykazała około 400,000 osób. Jak z powyższego wynika bardzo poważna część z pośród pracowników zatrudnionych na terenie m. Warszawy nie jest ubezpieczona w Kasie Chorych, co poważnie narusza zasadę terytorjalnej budowy naszego ubezpieczenia na wypadek choroby. Celem wyświetlenia czy pracownicy miejscy otrzymują pomoc lekarską w takim zakresie, w jakim otrzymywaliby ją w Kasie Chorych, oraz czy pomoc ta mniej czy więcej kosztuje w tejże Kasie, przystępujemy do porównania wyników działalności obu instytucyj, opierając się na podanych powyżej sprawozdaniach.

Ogólne zasady organizacji służby leczniczej w „pomocy lekarskiej" i w Kasie Chorych są bardzo do siebie zbliżone. I w jednej i w drugiej instytucji personel lekarski składa się: z lekarza naczelnego, jako kierownika lecznictwa, z lekarzy okręgowych względnie rejonowych, lekarzy ambulatoryjnych, oraz z pomocniczej służby lekarskiej, jak: sanitarjusze, felczerzy i t. p. Ogólna liczba lekarzy, zatrudnionych przez „pomoc lekarską" wynosiła w roku sprawozdawczym 37, zatrudnionych zaś przez Kasę Chorych — 553. Przeliczenie tych liczb w stosunku do ubezpieczonych wykazuje, że na 1 lekarza przypada w „pomocy lekarskiej" 411 ubezpieczonych, w Kasie Chorych — 362, czyli inaczej mówiąc, lekarz „pomocy" ma o 13,5% więcej osób pod swą opieką, aniżeli lekarz Kasy Chorych.

Jeszcze gorzej przedstawia się w „pomocy lekarskiej" sprawa organizacji pomocy dentystycznej. Podczas bowiem, gdy „pomoc" zatrudnia zaledwie 5 lekarzy dentystów, czyli na 1 dentystę przypada— 3045 pracowników, to Kasa Chorych posiada 105 lekarzy - dentystów, czyli na każdego przypada 1907 ubezpieczonych, to jest o 1138 mniej (62,6%). Poza

[1]) Zainteresowanych przyczyną tego stanu rzeczy odsyłamy do artykułu p. adw. T. Słońskiego „Ubezpieczenie praciwników miejskich na wypadek choroby", zamieszczonego w Nr. Nr. 6, 7, 8, „Służby społecznej", komunikat specjalny, wydany przez Warszawską Informację prasową.

lekarzami Kasa Chorych posiada do swej dyspozycji 231 akuszerek rejonowych, „pomoc lekarska" akuszerek nie posiada wcale.

Już to pierwsze porównanie organizacji lecznictwa „pomocy lekarskiej" i Kasy Chorych wskazuje, że ta ostatnia, będąca tak często przedmiotem nieprzebierającej w środkach krytyki, wykazuje znacznie większą dbałość o zapewnienie swym członkom dostępu do lekarzy, niż „pomoc lekarska", wysuwana jako argument w walce o zmianę systemu terytorjalnego Kas Chorych i przejścia do Kas zakładowych (fabrycznych), zawodowych, itp. Jeśli nawet magistrat nie zapewnia swym członkom, co do ilości lekarzy, a jak się następnie przekonamy i co do innych warunków, dostatecznej pomocy lekarskiej, to czegóż moglibyśmy oczekiwać od prywatnych pracodawców.

Zarówno lekarze „pomocy lekarskiej" jak i Kasy Chorych udzielają porad bądź w ambulatorjach, bądź też obłożnie chorym w mieszkaniach. Niedostateczna jednak ilość ambulatorjów miejskich sprawia, że lekarze „pomocy" przyjmują również chorych pracowników we własnych gabinetach. Wyższość systemu lecznictwa ambulatoryjnego, z punktu widzenia medycyny współczesnej, nad leczeniem w prywatnych gabinetach, które nigdy nie mogą być tak zaopatrzone w instrumenty i przyrządy lecznicze jak ambulatorja, fundowane przez wielkie organizacje, łatwiejsze kierowanie w wielkich ambulatorjach chorych do specjalistów oraz szereg innych jeszcze ważkich przyczyn, powoduje coraz szersze zastosowanie tego systemu w medycynie społecznej, tembardziej, że i psychika chorych dostraja się do wymagań medycyny [1]); przyczyn, jakie na to wpłynęły na tem miejscu rozpatrywać nie będziemy.

Aczkolwiek nie posiadamy dokładniejszych danych o urządzaniu ambulatorjów „pomocy lekarskiej", to jednakże już na podstawie danych o ich rozmieszczeniu w budynkach biurowych, a nie w specjalnie wybudowanych domach, można wywnioskować, że nie mogą one być dostosowane do nowoczesnych zasad medycyny, wymagającej, aby ambulatorjum mieściło się w gmachach odpowiednio skonstruowanych; wtedy zasadniczo system ambulatoryjny może wydać owoce. Należy wyrazić zdziwienie, że magistrat posiadając w swym zarządzie duże szpitale, położone w różnych częściach miasta, nie wykorzystał ich dla urządzenia ambulatorjów dla swych pracowników, a umieścił je w centralnym gmachu ratusza, na stacji pomp rzecznych, na stacji filtrów, w inspekcji komunikacji i jedno tylko ambulatorjum we właściwem miejscu, mianowicie w szpitalu Przemienienia Pańskiego na Pradze.

Tej przestarzałej, przynajmniej co do formy, organizacji służby leczniczej w „pomocy lekarskiej" przeciwstawia Kasa Chorych 15 ambulatorjów, urządzonych bądź w wielkich gmachach specjalnie na ten cel budowanych, bądź też ulokowanych w budynkach, częściowo przystosowanych do potrzeb leczniczych. Poza temi ambulatorjami posiada Kasa Chorych jeszcze przychodnie zamiejscowe w Brwinowie i Milanówku oraz 37 przychodni fabrycznych, przeznaczonych dla udzielania porad wyłącznie pracownikom zatrudnionym w danym przedsiębiorstwie. Poza przychodniami fabrycznemi, każde z ambulatorjów posiada oddzielne gabinety przyjęć dla poszczególnych rodzajów chorób i na 136 gabinetów istnieje zaledwie 21 wspólnych dla paru specjalności. Nie wyobrażamy sobie, żeby „pomoc lekarska" potrafiła w swoich 5 ambulatorjach urządzić odzielne gabinety dla 19 rodzajów chorób, jak to uczyniła Kasa Chorych, a ponownie podkreślamy, że prywatny gabinet lekarski prawie nigdy nie może być tak zaopatrzony w instrumenty i utensylja lekarskie, chociażby ze względu na koszta, jak gabinety w ambulatorjach kasowych. W zakresie udzielania pomocy dentystycznej Kasa Chorych ma znaczną przewagę organizacyjną nad „pomocą lekarską", która nie posiada ani jednego ambulatorjum dentystycznego i kieruje wszystkich chorych do prywatnych gabinetów lekarzy - dentystów; Kasa Chorych natomiast posiada 11 własnych specjalnych ambulatorjów o 46 fotelach oraz instytut chirurgiczno - stomatologiczny. W ten sposób Kasa może przeprowadzić leczenie członka całkowicie we własnych zakładach dentystycznych.

Poza ambulatorjami posiada Kasa Chorych szereg zakładów specjalnych: szpital ginekologiczno-chirurgiczny, zakład rentgenologiczny, przyrodoleczniczy, 4 zakłady elektro-heljo-termoterapeutyczne, zakład ortopedyczny wreszcie pogotowie. „Pomoc lekarska" posiada jedynie tylko specjalny zakład, a właściwie gabinet światło - leczniczy w centralnem ambulatorjum; zabiegi zaś rentgenologiczne, leczenie radem, mechanoterapja i t. p. otrzymują pracownicy miejscy na koszt „pomocy lekarskiej" w miejskich szpitalach lub w zakładach prywatnych. Wobec utrzymywania przez miasto szpitali i połączonych z nimi specjalnych zakładów, jest to rozwiązanie zupełnie słuszne; nie mniej jednak, znane przeciążenie chorymi szpitali warszawskich, wywiera zapewne pewien ujemny wpływ na wartość stosowania zabiegów i ogranicza ich liczbę. Poza wymienionemi zakładami posiada jeszcze Kasa Chorych centralne laboratorjum chemiczno - bakterjologiczne.

Wszelkie środki lecznicze wytwarza Kasa Chorych we własnych aptekach (8) oraz w wytwórniach; „Pomoc lekarska" dostarcza pracownikom miejskim lekarstwa i inne środki lecznicze za pośrednictwem aptek prywatnych.

Zreasumowanie przeprowadzonego porównania organizacji działu technictwa w „pomocy lekarskiej" i w Kasie Chorych nasuwa wniosek, iż Kasa Chorych jest lepiej zorganizowana i przygotowana do udzielania świadczeń leczniczych swym członkom, aniżeli „pomoc lekarska". Brak w tej ostatniej dostatecznej liczby ambulatorjów i zakładów, braki w ich urządzeniu, zbyt mała liczba lekarzy, wszystko to są przyczyny, zmniejszające wartość udzielanej pomocy, oraz wywierające bezwątpienia ujemny wpływ na chorych — utrudniony dostęp do lekarza napewno odstrasza od korzystania z pomocy lekarskiej i zmusza chorych do poszukiwania porady na innej

[1]) Dowodem może tu służyć fakt powstawania obecnie bardzo dużej liczby lecznic prywatnych dla przychodnich chorych, zorganizowanych ambulatoryjnie.

drodze lub też zaniechania leczenia przy wszelkich lżejszych zachorowaniach.

Przechodząc do przedstawienia i porównania działalności leczniczej obu instytucyj musimy zaznaczyć, że skład osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń tych instytucyj jest mniej więcej jednakowy pod względem tych warunków np. płci, wieku, stosunku do pracy (prac. umysł. prac. fizyczn.), które wywierają wpływ na stan zdrowotności. W Kasie Chorych ubezpieczone są wszystkie osoby, zatrudnione na podstawie stosunku służbowego, a więc zarówno pracownicy umysłowi jak i fizyczni. Ze świadczeń pomocy lekarskiej korzystają nietylko urzędnicy. ale również pracownicy fizyczni, szczególnie w instytucjach autonomicznych, jak np. w administracji gospodarstwa rolnego i leśnego, w dyrekcji wodociągów i kanalizacji. Podział uprawnionych do świadczeń w obu instytucjach pod względem płci i wieku można śmiało uznać za jednakowy; 15 tysięcy pracowników miejskich jest zbyt wielką zbiorowością, aby bez istnienia specjalnych przyczyn można było w niej odnaleść odchylenia od stosunków normalnych.

Najbardziej istotnym sprawdzianem rozmiarów pomocy lekarskiej jest liczba udzielonych porad. Ogółem w okresie sprawozdawczym lekarze Kasy Chorych udzielili 2.999.000 porad, liczba zaś porad lekarzy „pomocy lekarskiej" wynosiła 164 tys. Przeliczenie liczby udzielonych porad w stosunku do liczby uprawnionych wykazuje, że w Kasie Chorych na 1 ubezpieczonego przypada w ciągu roku prawie 15 porad, na każdego pracownika miejskiego 10,8 porad, czyli prawie o 5 porad mniej. Już to pierwsze zestawienia działalności leczniczej obu instytucyj wskazuje na mniej intensywną działalność „pomocy lekarskiej" i niekorzystanie z jej organizacji przez pracowników miejskich; świadczy to o braku z ich strony zaufania do „pomocy lekarskiej" względnie wynika z niedostatecznej, w stosunku do potrzeb, rozbudowy organizacji, gdyż trudno przypuścić, niema zresztą żadnych podstaw do podobnych przypuszczeń, aby wśród 15 tys. pracowników miejskich mniej liczne były wypadki zapadnięć chorobowych aniżeli wśród członków Kasy Chorych.

Jeżeli sięgniemy w dalszym ciągu do statystyki porad lekarskich to okaże się, że w „pomocy lekarskiej" przeszło połowa (56,4%) porad obejmowała choroby wewnętrzne, podczas gdy w Kasie Chorych porady w chorobach wewnętrznych stanowiły zaledwie czwartą część (24,9%) ogółu udzielonych porad. Usprawiedliwienia różnicy między stosunkami w „pomocy" i w Kasie należy się doszukiwac w stosunkowo mniejszej specjalizacji lekarzy „pomocy" i większej wśród nich liczby interesantów oraz dokładniejszem określeniem choroby w Kasie Chorych i częstem kierowaniem chorych do specjalistów. Nie trzeba chyba dowodzić, że większa specjalizacja w zakresie lecznictwa stosowana przez Kasę Chorych bardziej odpowiada współczesnym zasadom medycyny i lepsze wydaje rezultaty.

Szczegółowy podział udzielonych porad według rodzajów chorób podaje poniższe zestawienie:

Na 100 porad lekarskich udzielono porad:

| rodzaj | Kasa Chorych | „Pomoc Lekarska |
|---|---|---|
| wewnętrznych | 24.9 | 56.4 |
| chirurgicznych | 13.2 | 7.2 |
| dziecięcych | 7.6 | 6.7 |
| kobiecych | 6.6 | 3.8 |
| moczopłc. i skórno - wenerycz. | 13.0 | 7.8 |
| nerwowych i umysłowych | 3.3 | 1.6 |
| gardlanych, usznych, nosowych | 5.2 | 3.3 |
| ocznych | 7.4 | 3.1 |
| jamy ustnej | 18.8 | 10.9 |

W powyższem zastrzeżeniu uderza specjalnie mała liczba porad dentystycznych. Należy stwierdzić, że „pomoc lekarska" nie zapewnia należytej pomocy dentystycznej pracownikom miejskim. Powyższe twierdzenie będzie zupełnie jasne, jeśli raz jeszcze podamy, że jeden lekarz-dentysta przypada na 3045 pracowników miejskich, podczas gdy w Kasie Chorych — na 1907 ubezpieczonych. Jeszcze jednym dowodem upośledzenia pracowników miejskich pod względem pomocy dentystycznej jest fakt, że na ubezpieczonego przypada w Kasie Chorych 2,3 porady dentystyczne, w „pomocy lekarskiej" — 1,2 porady. Analizując w dalszym ciągu liczbę udzielonych porad możemy rozdzielić je na porady udzielone w ambulatorjach i porady udzielone na mieście. Odnośnie do porad udzielonych przez lekarzy „pomocy" w swych prywatnych gabinetach to oczywiście włącza się je do porad ambulatoryjnych. Do porad więc na mieście zaliczono jedynie wizyty lekarzy u obłożnie chorych w ich mieszkaniach. Przeprowadzone obliczenia wykazują, że w Kasie Chorych 89% wszystkich porad przypada na porady w ambulatorjach a 11% na porady na mieście; w pomocy lekarskiej 92,7% stanowią porady ambulatoryjne a 7,3% porady na mieście. I w tym wypadku widzimy przewagę organizacyjną Kasy Chorych [1]), w której widać łatwiej jest uzyskać odwiedziny lekarza w domu chorego aniżeli w „pomocy lekarskiej". W jakiej mierze może się odbić na zdrowiu obłożnie chorego konieczność wędrowania do lekarza, względnie pozostawania bez jego opieki tego oczywiście ocenić nie możemy.

W związku z liczbą udzielonych porad lekarskich podajemy teraz ogólną liczbę zabiegów (operacje, opatrunki, zastrzyki i t. p.) wykonanych przez personel leczniczy. Liczba zabiegów w Kasie Chorych dosięgła w sprawozdawczym roku 826,002, czyli prawie co trzecia porada kończyła się zastosowaniem jakiegoś zabiegu. W „pomocy lekarskiej" stosowanie zabiegów miało znacznie skromniejsze rozmiary i zaledwie 1 zabieg przypada na 8 porad.

Z pośród zabiegów stosowanych w lecznictwie dentystycznem porównamy liczbę plomb założonych przez lekarzy w obu instytucjach. W Kasie Chorych 1 założona plomba przypada na 5 porad dentystycznych, względnie na 2 ubezpieczonych. W pomocy lekarskiej jedna plomba przypada na 3 porady ze względu jednak na mniejsze udostępnienie pomocy

[1]) Ułatwia bardzo uzyskanie pomocy lekarskiej w domu specjalne pogotowie lekarskie Kasy Chorych, udające się w dzień i w nocy do obłożnie chorych w każdym wypadku, wymagającym natychmiastowej pomocy lekarskiej.

dentystycznej tylko co 3 pracownik miejski miał założoną plombę.

Z innych zabiegów leczniczych należy jeszcze wziąć pod uwagę, ze względu na rolę jaką odgrywają w medycynie, przyrodolecznictwo i zabiegi rentgenologiczne. W okresie sprawozdawczym korzystało z przyrodolecznictwa w Kasie Chorych 18588 osób w „pomocy lekarskiej" — 6998, czyli na 100 ubezpieczonych w Kasie Chorych — 9,3 osób, w „pomocy lekarskiej"—46. Pięciokrotne częstsze stosowanie przyrodolecznictwa w „pomocy lekarskiej", obok naogół niższego poziomu innych działów opieki lekarskiej, nasuwa przypuszczenie, że innego rodzaju zabiegi uwzględniono w odpowiednich pozycjach sprawozdań, tembardziej, że w Kasie Chorych przypada na 1 pacjenta ponad 13 zabiegów przyrodoleczniczych, natomiast w „pomocy lekarskiej" zaledwie 6.

Odwrotne stosunki panują w zakresie zabiegów rentgenologicznych: w Kasie Chorych bowiem co 10 ubezpieczony poddawany był badaniom rentgenologicznym, w „pomocy lekarskiej" — co 30. Ogółem w Kasie Chorych poddawano badaniom rentgenologicznym charakteru rozpoznawczego i leczniczego— 20.703 osoby, w „pomocy lekarskiej" — 477. Przyczyną względnie dość rzadkiego stosowania rentgenologji w „pomocy lekarskiej" jest zapewne nie posiadanie odpowiedniego własnego gabinetu i wypływająca stąd konieczność odsyłania chorych do pracowni rentgenologicznych szpitali miejskich. Ta okoliczność, z jednej strony może być wywiera wpływ hamujący na lekarzy „pomocy lekarskiej" w ordynowaniu zabiegów rentgenologicznych, z drugiej strony przepełnienie szpitali własnymi chorymi utrudnia pacjentom „pomocy lekarskiej" wykorzystanie zaleceń lekarzy.

W zakresie pomocy położniczej konstatujemy, że „pomoc lekarska" zatoczyła szersze kręgi niż Kasa Chorych. Podczas bowiem, gdy w Kasie Chorych na 100 ubezpieczonych [2]) przypada 3,6 to w „pomocy lekarskiej" 6,4 wypadków udzielenia pomocy położniczej. Ogółem Kasa Chorych udzieliła tej pomocy 7239 położnym, a „pomoc lekarska" — 977. Nie rozporządzając podziałem pracowników miejskich według płci, nie możemy analizować przyczyn powodujących różnicę w rozmiarach pomocy położniczej w obu instytucjach, możemy jednak przypuścić że wynika ona z faktu mniejszej liczby porodów wśród członkiń Kas Chorych. W uzupełnieniu zaznaczamy jeszcze, że Kasa Chorych poza udzieleniem położnym pomocy akuszeryjnej wypłaca im zasiłki pieniężne t. z. połogowe, których suma ogólna dosięgła w 1927 r. kwoty 700 tys. zł. Odpowiedniej pozycji w sprawozdaniu finansowem „pomocy lekarskiej" nie umieszczono. Być może, że pracownice otrzymują w czasie porodu nie zasiłek a płacę z ogólnych funduszów.

Leczenie szpitalne stosowane było przez obie instytucje w mniej więcej jednakowych rozmiarach. Liczba dni szpitalnych wynosiła w Kasie (451,828) 2,3 na 1 ubezpieczonego, w „pomocy lekarskiej" (36,030) 2,4 na 1 pracownika miejskiego. Również i liczba t. zw. przekazów do szpitali (liczba osób skierowanych do szpitali) w obu instytucjach prawie pokrywa się, wynosi bowiem w Kasie 12 na 100 ubezpieczonych, a 14 w „pomocy lekarskiej".

Kończąc porównanie świadczeń leczniczych udzielonych przez Kasę Chorych i „pomoc lekarską" musimy jeszcze wspomnieć o rozmiarach akcji leczenia w uzdrowiskach, sanatorjach i innych podobnych zakładach. Ogólna liczba osób wraz z dziećmi, względem których zastosowano leczenie balneoterapją wynosiła w Kasie Chorych 3165 (1,5 osób na 100 ubezpieczonych), w „pomocy lekarskiej" 635 (4,2 na 100 pracowników miejskich).

Jak już raz zaznaczono w niniejszym artykule Kasa Chorych posiada własne apteki całkowicie zaspakajające zapotrzebowanie lekarstw. Posiadanie własnych aptek wywołuje częste stosowanie lekarstw w lecznictwie kasowem. „Pomoc lekarska" zaopatruje pracowników miejskich w lekarstwa za pośrednictwem aptek prywatnych. Trudno jest ściśle ustalić czy brak własnych aptek, czy też przyczyny jakiegoś rodzaju wpływają na rzadsze stosowanie lekarstw przez lekarzy „pomocy lekarskiej", niemniej jednak liczby, zamieszczone w sprawozdaniach, stwierdzają, że w Kasie Chorych wykonano recept 3,740 tys. czyli na 1 ubezpieczonego 18,7, zaś w „pomocy lekarskiej" — 170 tys. czyli 11,3 na 1 pracownika miejskiego. Jeśli obliczymy ile recept przypada na 1 poradę to w wyniku możemy znów stwierdzić, że w Kasie Chorych (1,3 recepty na 1 poradę) lekarstwa są stosowane częściej, aniżeli w „pomocy lekarskiej" (1,1 recepty na 1 poradę). Na powyższem kończymy porównywanie ważniejszych przejawów lecznictwa w Kasach Chorych i „pomocy lekarskiej" i przechodzimy do zestawienia i porównania rachunków działalności obu instytucyj.

W konkluzji sprawozdania „pomocy lekarskiej" stwierdzono, że na lecznictwo pracowników miejskich wydatkowano kwotę, stanowiącą 2,4% ogólnych wydatków personalnych. Jakkolwiek w sprawozdaniu nie powiedziano wyraźnie, to jednak zdaje się było intencją autorów sprawozdania dążenie do wykazania, że „pomoc lekarska" dla pracowników miejskich kosztuje taniej niż ubezpieczenie tych pracowników w Kasie Chorych, w której składka wynosi faktycznie 7,5 płacy [1]). Jak zobaczymy poniżej, właściwie nie można porównywać ogólnej kwoty wydatków Kasy Chorych z wydatkami „pomocy lekarskiej" szereg bowiem pozycji wydatków, rzeczywiście przez miasto ponoszony w konsekwencji ubezpieczenia swych pracowników w Kasie Chorych, nie figuruje w zestawieniu finansowym „pomocy lekarskiej", a mieści się w budżetach wydziałów magistratu i instytucji autonomicznej.

Jeśli zbadamy wszystkie pozycje rachunków działalności obu instytucyj i zestawimy te, które

[1]) Ustawowo składka wynosi 6,5% płacy, ponieważ jednak oblicza się ją za 7 dni w tygodniu, gdy normalnie praca trwa 6 dni, faktycznie więc w stosunku do rzeczywistego zarobku wynosi 7,5%.

[2]) Wobec braku w sprawozdaniu „pomocy lekarskiej" podziału pracowników miejskich według płci nie możemy dokonać obliczeń w stosunku do ubezpieczonych kobiet.

znajdując się w sprawozdaniu Kasy Chorych, jednocześnie figurują w sprawozdaniu „pomocy lekarskiej" to otrzymamy następującą tablicę [1]):

| WYSZCZEGÓLNIENIE | Kasa Chorych | „Pomoc lekarska" |
|---|---|---|
| zwroty gotówkowe (z art. 23) | Zł. 2,285.— | Zł. 49,708.— |
| pensje lekarzy . . . . . | „ 4,351,294.— | „ 247,493.— |
| „ dentystów . . . . | „ 738,052.— | „ 35,105.— |
| „ felczerów i sanitarjuszy | „ 786,794.— | „ 37,901.— |
| dodatkowe koszty personelu leczniczego . . . . . | „ 25,028.— | „ 25,419.— |
| środki lecznicze i opatrunkowe . . . . . | „ 4,623,515.— | „ 383,642.— |
| koszty leczenia w szpitałach, zakładach leczniczych i sanatorjach . . . . . | „ 7,446,230.— | „ 47,579.— |
| przewóz chorych i lekarzy | „ 366,581.— | „ 3,212.— |
| płace personelu biurowego . | „ 2,855,571.— | „ 29,207.— |
| wydatki biurowe . . . . | „ 192,781.— | „ 3,665.— |
| różne wydatki administracyjno - rzeczowe . . . | „ 108,677.— | „ 8,202.— |
| Razem . . | Zł. 21,496,812.— | Zł. 1,299,345.— |

Suma podanych powyżej wydatków Kasy Chorych stanowi 60% ogólnej kwoty wydatków Kasy i obejmuje prawie całkowicie koszty świadczeń rzeczowych i częściowo koszty administracji, nie zawiera natomiast zupełnie kosztów świadczeń pieniężnych, kosztów ogólnych, kwoty odpisów na fundusz amortyzacyjny i zapasowy. Wszystkie wymienione ostatnio wydatki musi Kasa Chorych ponosić, będąc całkowicie samodzielną i samowystarczalną instytucją. Zarząd miasta też oczywiście te wydatki ponosi, nie figurują one tylko w rachunku działalności „pomocy lekarskiej", a pokrywane są z budżetu innych wydziałów i instytucyj autonomicznych, musi bowiem magistrat wypłacać swym pracownikom pobory w razie choroby, zamiast zasiłków z Kasy Chorych musi magistrat, w wypadku zwiększonych wydatków „pomocy lekarskiej", np. wskutek epidemji wydatki te pokryć (w Kasie Chorych na tego rodzaju wydatki przeznaczony jest fundusz zapasowy), musi w końcu magistrat ponosić wydatki na pokrycie kosztów ogólnych (stosunkowa część ogólnych wydatków zarządu miasta, przypadająca na „pomoc lekarską", jako wydział magistratu) i amortyzować nieruchomości i ruchomości „pomocy lekarskiej". Nie posiadając zamknięcia rachunkowego magistratu za rok budżetowy 127 i 1928, nie możemy obliczyć [2]) jaka kwota powinna faktycznie zamykać rachunek działalności „pomocy lekarskiej", mamy jednak wrażenie, że odpowiednie skorygowanie tego rachunku wykazałoby w rezultacie, iż „pomoc lekarska" nie wiele taniej kosztuje magistrat niż ubezpieczenie swych pracowników w Kasie Chorych, która jak już stwierdziliśmy pod względem jakości świadczeń leczniczych przewyższa „pomoc lekarską".

Obecnie kolejno porównamy i omówimy wszystkie podane w zestawieniu pozycje.

Uderza w sprawozdaniu „pomocy lekarskiej" wysoka kwota (49,708 zł.) zwrotów gotówkowych t. j. zwrotów kosztów leczenia, dla pracowników zamieszkałych poza Warszawą i zwrotów kosztów pomocy akuszeryjnej i w domu. Przy liczeniu na jednego pracownika stanowi ten wydatek 3,3 zł., w Kasie Chorych wynosi zaledwie 0,01 zł. na 1 ubezpieczonego. Porównanie tych danych świadczy o bardzo częstem zastępowaniu przez „pomoc lekarską" bezpośrednich świadczeń lekarskich wypłatą zasiłków na leczenie. Czy jest to korzystne dla pracowników wątpimy.

Koszty pensji lekarzy obciążały w Kasie Chorych 1 ubezpieczonego kwotą 21,7 zł., w „pomocy lekarskiej" — 16,3 zł. Niższa przeciętna kwota kosztów poborów lekarzy w „pomocy lekarskiej" tłumaczy się z jednej strony mniejszą liczbą lekarzy w stosunku do liczby pracowników, aniżeli w Kasie Chorych, z drugiej znów strony niższemi przeciętnemi poborami, przypadającemi na 1 lekarza.

W Kasie Chorych bowiem lekarz pobiera średnio 7,868 zł. rocznie, w „pomocy lekarskiej" — 6,700 zł. Ponieważ trudno jest przypuścić, aby lekarze „pomocy lekarskiej" godzili się pracować na gorszych warunkach, aniżeli lekarze Kasy Chorych, można więc przypuszczać, że lekarze „pomocy" są zatrudnieni w ciągu mniejszej liczby godzin.

Okoliczność ta wyjaśnia nam dlaczego w „pomocy lekarskiej" przypada na pracownika miejskiego dużo mniejsza liczba porad (10,8) aniżeli w Kasie Chorych (15,0), wpływa na to zjawisko zbyt mała liczba godzin ordynacyjnych i zaznaczona już parokrotnie zbyt mała liczba lekarzy.

Podobne, jak powyżej różnice, wywołane temi samemi przyczynami, istnieją w odniesieniu do kosztów płac lekarzy - dentystów oraz pomocniczej służby lekarskiej (felczerzy, sanitarjusze i t. p.). W Kasie Chorych przypada na 1 ubezpieczonego 3,6 zł. płac dentystów i 3,10 zł. płac sanitarjuszy; w „pomocy lekarskiej" odpowiednie liczby wynoszą 23 zł. i 2,5 zł. Poza wymienionemi wydatkami obie instytucje wykazują jeszcze w dziale kosztów pensyj personelu leczniczego jeszcze t. zw. dodatkowe koszty. Wobec zaliczenia w sprawozdaniu „pomocy lekarskiej" do tych kosztów również i dodatkowych kosztów personelu biurowego, nie można przeprowadzić odpowiednich porównań, albo odpowiedniego porównania. Poza wymienionemi pozycjami Kasa Chorych posiada jeszcze wydatki, których nie wykazuje zupełnie „pomoc lekarska" w swojem sprawozdaniu. Przedewszystkiem Kasa Chorych wydatkowała w roku sprawozdawczym na pensje dla akuszerek — 277,332 zł. oraz na pensje pracowników ambulatoryjnych i służby niższej — 827,271 zł. Ponieważ „pomoc lekarska" udzielając pomocy położniczej w zakładach względnie wypłacając zasiłki na pomoc akuszeryjną w domu nie zatrudnia zupełnie akuszerek, brak

[1]) Nazwy pozycji podajemy w brzmieniu sprawozdania Kasy Chorych.

[2]) Szacunkowe powiększenie wydatków „pomocy" o 40% nie dałoby właściwego obrazu już chociażby z tego powodu, że koszty zasiłków pieniężnych za względu na wyższy poziom płac pracowników miejskich napewno stanowi większy odsetek ogółu wydatków, aniżeli w Kasie Chorych.

odpowiedniej pozycji w sprawozdaniu jest uzasadniony. Natomiast posiadając 5 ambulatorjów musi „pomoc lekarska" zatrudniać jednak służbę niższą, chociażby celem utrzymania w nich porządku. Koszty płac tej służby są prawdopodobnie ukryte w wydatkach innych wydziałów i instytucyj autonomicznych. Nie znajdujemy również w „rachunku działalności pomocy lekarskiej" kosztów ubezpieczeń społecznych (od wypadków i na wypadek choroby) personelu leczniczego, które to ubezpieczenia kosztowały Kasę Chorych w roku sprawozdawczym 379,929 zł. I ten wypadek powinien obciążać budżet „pomocy lekarskiej". Jak widzimy prawie wszystkie pozycje wydatków nie uwzględnione w sprawozdaniu „pomocy lekarskiej" winny być włączone do jej budżetu. Niedokonanie tego przyczynia się do sztucznego obniżenia ogółu kosztów „pomocy lekarskiej" a łącznie z uwzględnieniem jeszcze szeregu innych faktycznych wydatków „pomocy lekarskiej" stwarza fikcję jakoby pomoc ta kosztowała 24% ogólnych wydatków personalnych. Podaliśmy już powyżej, że „pomoc lekarska" znacznie mniej wydawała chorym lekarstw i innych środków leczniczych, aniżeli Kasa Chorych, ze sprawozdania rachunkowego przekonywujemy się, że koszt wykonania jednej recepty był prawie dwukrotnie wyższy w „pomocy lekarskiej" jak w Kasie Chorych. Na 1 receptę przypada w Kasie Chorych — 1,2 zł., w „pomocy lekarskiej" — 2,2 zł. kosztów lekarstw i środków opatrunkowych. Poważna różnica w kosztach lekarstw tłumaczy się przyczynami natury organizacyjnej, Kasa Chorych produkuje wszystkie lekarstwa we własnych aptekach, co zmniejsza oczywiście ich koszt podczas gdy „pomoc lekarska" nabywa lekarstwa w aptekach prywatnych. Koszt leczenia w szpitalach, ambulatorjach, sanatorjach i t. p. zakładach wynosił w przeliczeniu na 1 ubezpieczonego w Kasie Chorych 37,2 zł. w „pomocy lekarskiej" — 31,3 zł. Znów zaobserwowana różnica w stosunkach Kasy Chorych i „pomocy" wymaga bliższych wyjaśnień. W tym celu od ogólnej sumy kosztów leczenia odejmiemy w obu instytucjach koszty leczenia w ambulatorjach, otrzymaną kwotę podzielimy przez liczbę dni szpitalnych, sanatoryjnych i t. p. Przekonamy się wtedy, że koszt leczenia w ciągu 1 dnia wynosił w Kasie Chorych — 11,4 zł., w „pomocy lekarskiej" — 6,5 zł. Wysoki koszt leczenia w Kasie Chorych nie wynika bynajmniej z rozrzutności lub złej organizacji tego lecznictwa w Kasie. Przeważającą bowiem część omawianych kosztów pochłaniają opłaty za chorych w szpitalach, a jak wiadomo Kasa, poza jednym nie wielkim zresztą szpitalem chirurgiczno - ginekologicznym, szpitali własnych nie posiada i leczy chorych w szpitalach miejskich, w których również są umieszczeni chorzy pracownicy miejscy. Należy więc przypuścić, że szpitale miejskie pobierają od „pomocy lekarskiej" opłaty za leczenie pracowników miejskich według niższej taksy, aniżeli za leczenie członków Kasy Chorych. Nie jednakowy układ sprawozdań obu instytucyj nie pozwala tej kwestji wyświetlić z całą dokładnością, w każdym bądź razie można stwierdzić, że pewna część wydatków „pomocy lekarskiej" obciąża budżet szpitali. W pozostałej grupie wydatków, obejmującej koszty leczenia w ambulatorjach konstatujemy, że w Kasie Chorych przypada na 1 ubezpieczonego 5,8 zł. tych kosztów, w „pomocy lekarskiej" nieco mniej — 4,4 zł. Wytłumaczenie tej różnicy znajdujemy łatwo w przytoczonych już parokrotnie uwagach o wyższości pod względem urządzenia ambulatorjów oraz w większej liczbie udzielonych porad w Kasie Chorych, aniżeli w „pomocy lekarskiej", w której pozatym część chorych jest przyjmowana w prywatnych gabinetach lekarskich.

Przechodząc z kolei do omówienia następnej pozycji wydatków, t. j. kosztów administracji, musimy zgóry zaznaczyć, że nie wszystkie pozycje kosztów, podobnie jak i w innych działach wydatków, zostały podane w sprawozdaniu „pomocy lekarskiej", gdyż jak wynika z zasad organizacji „pomocy" czynności administracyjne, związane z udzielaniem pracownikom miejskim świadczeń leczniczych, np. wydawanie chorym biuletynów do lekarzy, wykonywują pracownicy poszczególnych wydziałów a nie „pomocy"; koszty tych prac obciążają budżety wydziałów. Również i w pozycji kosztów administracyjno - rzeczowych nie znajdujemy szeregu pozycyj jak np. kosztów czynszu za lokale, lub też wykazane są w tak niskich kwotach, że nasuwają przypuszczenie, iż część ich ponoszą inne wydziały. Do tego rodzaju wydatków można zaliczyć :koszty druku i materjałów piśmiennych, które w „pomocy lekarskiej" wynoszą 0,14 na 1 pracownika miejskiego, a w Kasie Chorych 0,71 na 1 ubezpieczonego, koszty opału i światła („pomoc" — 0,05, Kasa 0,12), wreszcie koszty telefonów, poczty i telegrafu („pomoc" — 0,03, Kasa — 0,12)

Brak w sprawozdaniu „pomocy lekarskiej" danych o liczbie zatrudnionych pracowników biurowych, zmusza nas do obliczenia płac tych pracowników jedynie w stosunku do liczby ubezpieczonych. W Kasie Chorych na 1 ubezpieczonego przypada 14,3 zł. kosztów płac personelu biurowego, w „pomocy lekarskiej" — 9,1 zł. Koszt więc płac personelu biurowego jest znacznie wyższy w „pomocy lekarskiej" aniżeli w Kasie Chorych; czy wynika to ze stosunkowo większej liczby urzędników w „pomocy" czy też przyczyną są wyższe ich płace — nie jesteśmy w stanie, na podstawie posiadanych materjałów odpowiedzieć. W tym dziale wydatków podobnie jak w dziale pensyj personelu leczniczego nie podano kosztów ubezpieczenia społecznego urzędników, odpowiedni wydatek Kasy Chorych wynosił w roku sprawozdawczym 160,28 zł. a więc prawie 1 zł. na 1 ubezpieczonego.

W ostatecznym wyniku przeprowadzonego porównania można stwierdzić, że Kasa Chorych przewyższa „pomoc lekarską" jakością świadczeń rzeczowych, zakresem działalności leczniczej, oraz że wszystkie wydatki „pomocy lekarskiej", wynikające z wyłączenia pracowników miejskich z pod ubezpieczenia w Kasie Chorych, można w przybliżeniu oszacować na przeszło 5% ogółu wydatków personalnych, czyli prawie tyle, ile będzie wynosić składka (6% płacy podstawowej) na ubezpieczenie chorobowe według projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznem.

# DOCHODY I WYDATKI INSTYTUCYJ UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH R. P. W 1927 ROKU

| RODZAJE UBEZPIECZEŃ | Dochody | | Rozchody | | | | | Nadwyżka nad wydatkami |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Ogółem | W tem składki | Ogółem | Świadczenia | | Koszty administracji | Inne wydatki | |
| | | | | Pieniężne | Rzeczowe | | | |
| Ubezpieczenie na wypadek choroby (ust. z 19/V 1920 r.) . . | 205.978.365.19 | 194.271.607.19 | 205.978.365.60 | 44.870.727.97 | 104.334.745.64 | 19.105.411.67 | 37.667.480.32* | — |
| Ubezpieczenie na wypadek choroby na Górnym Śląsku . . | 27.052.252.29 | 24.097.317.39 | 25.168.334.99 | 7.350.075.03 | 15.865.600.39 | 1.752.282.03 | 200.377 54 | 1.883.917.30 |
| Ubezpieczenie od inwalidztwa i starości . . . . . | 24.795.901.70 | 23.140.290.75 | 16.672.868.31 | 14.645,116.57 | 661.982.58 | 1.304.723.72 | 61.045.44 | 8.123.033.39 |
| Ubezpieczenia inwalidzkie górników w Małopolsce . . . . | 1.047 282.96 | 852.707.14 | 746.298.57 | 628.853.56 | — | 84.150.81 | 33.294.20 | 300.984.39 |
| Ubezpieczenie dodatkowe górników na Górnym Śląsku . . | 19.182.615.89 | 17.650.173.55 | 20.328.826.47 | 18.203.737.19 | 577.791.78 | 1.047.820.88 | 499.476.62 | 1.146.210.58 |
| Ubezpieczenie pracowników umysłowych . . . . . | 33.831.480.67 | 25.487.011.44 | 5.547.376.04 | 3.027.068 42 | 709.049.57 | 1.065.808.66 | 745.449.39 | 28.284.104.63 |
| Ubezpieczenie od wypadków . . . | 48.320.097.59 | 43.979.289.61 | 29.711.969.53 | 21.077.088.35 | 225.923.79 | 4.075.321.22 | 4.333.636.17 | 18.608.127.06 |
| Razem . . . . . | 360.207.996.70 | 329.478.397.46 | 304.154.039.51 | 109.802.667.09 | 122.375.093.75 | 28.435.518.99 | 43.540.759.68 | 56.053.956.19 |

*) W tem: koszty ogólne — 8.864.614.37, odpisy na fundusz amortyzacyjny — 1.874.169,93, na fundusz zapasowy: odpisy przymusowe — 20.160.165.88 zł., nadwyżka bilansowa — 6.768.530.14 zł.

DR. E. BIRSOWSKI.

# ZAGADNIENIE PRACY ZAWODOWEJ KOBIETY A UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE.

Coraz więcej rozlega się głosów o niezbędności nowego nastawienia działalności pracy Kas Chorych, coraz częściej mówi się o równorzędności, a nawet o suwerenności badania zapobiegawczego w całokształcie pracy ubezpieczenia społecznego Kas Chorych. W referacie p. t. „Ubezpieczenie na wypadek choroby, a higjena społeczna", wygłoszonym na II Zjeździe Międzynarodowym Związku Kas Chorych— poseł Eldersch w sposób następujący (cyt. według Dr. Kriegera) określił program Kas Chorych w tej dziedzinie: Opieka nad zdrowymi — akcja zapobiegawcza — akcja, mająca na celu przywrócenie zdrowia — propaganda higjeny. Powołuje się przytem na uchwały X Międzynarodowej Konferencji Pracy z r. 1927 w tej materji, które brzmią: „Większej części chorób można zapobiec; staranna akcja zapobiegawcza może zmniejszyć straty, powstające z powodu utraty zdolności do pracy, zaoszczędzić fundusze, które przeznacza się na zwalczanie chorób, dających się uniknąć, a dzięki tym zabiegom będzie można podnieść poziom gospodarczy, umysłowy i obyczajowy ogółu".

W związku z tem warto poruszyć temat, który rzeczywistość z dniem każdym czyni bardziej aktualnym, zagadnienie, któremu udziela się tyle uwagi zagranicą i które również zasługuje na większe niż dotychczas zainteresowanie się u nas. Mam tu na myśli problemat pracy zawodowej kobiety, t. j. „kwestję kobiecą", w całej jej rozciągłości i jej znaczenie dla Kas Chorych, jako jeden z najważniejszych czynników ubezpieczenia społecznego. Doniosłość zagadnienia danego dla Kas Chorych dobrze zrozumiał Zarząd Związku Niemieckich Kas Chorych, założywszy w r. 1925 Instytut Badania psychofizycznych cech kobiety (Institut für Frauenkunde), kobiety w czasie pracy i spoczynku, zdrowej i chorej, a to celem możliwego zapobiegania i uchronienia jej przed zachorowaniem, celem lepszego utrzymania jej przy zdrowiu w pracy. Na czele instytucji tej stoi znany ginekolog prof. Liepman. Problem wpływu pracy zawodowej na zdrowie, chorobowość i śmiertelność kobiety oddawna zaprzątał umysły wybitnych uczonych w Ameryce, Anglji, Niemczech i in. Z najbardziej czynnych w tej dziedzinie jest znany ginekolog Hirsz, jeden z twórców ginekologji socjalnej, jako nauki, dążącej do zaopiekowania się kobietą nietylko jako jednostką, lecz ujmującej tę sprawę pod kątem widzenia socjalno-eugenicznym. Jednem z najważniejszych zagadnień ginekologji socjalnej jest sprawa chorób zawodowych kobiety, powodu ich powstawania i środki zaradcze. Otóż Hirsz na podstawie długoletnich badań i, posiłkując się danemi niemieckiemi Kas Chorych — stwierdza oddziaływanie ujemne pracy fabrycznej na rozwój organizmu, przyczynienie się jej do wadliwego ukształtowania się — między innemi — kośćca, miednicy kobiety, co w znacznym stopniu — podług niego — powoduje ogromny odsetek patologicznych porodów, urodzin martwych płodów itp.; długotrwałe siedzenie, stanie w pozycji jednostajnej, nużącej, w postawie nachylonej, oprócz deformowania (zniekształcenia) układu kostnego, przyczynia się również do zastoju krwi w organach podbrzusznych i staje się źródłem wielu zachorowań — w tej liczbie — i kobiecych (zapalenie błony śluzowej macicy, stwardnienie mięśnia macicy, b. obfite miesiączkowanie ,bóle podczas perjodów i t. d.) — u biuralistek, telefonistek, nauczycielek, szwaczek, krawcowych (poronienia), robotnic fabrycznych. Niemałą rolę w powstaniu zaburzeń różnych odgrywa nadwyrężenie, wyczerpanie układu nerwowego pracownicy. Przy ciężkiej fizycznej pracy — u służby domowej, u robotnic na roli — spotykamy się często z opuszczeniem się narządów rodnych, wypadnięciem macicy. Złe warunki życiowe, w których wyrasta i rozwija się robotnica, przyprawiające ją o krzywicę — w znacznym stopniu potęgują niebezpieczeństwo przy porodzie. Jeszcze smutniej przedstawia się sprawa z typem konstytucjonalnie i bez tego fizycznie niższo wartościowym — astchemicznym, infantilnym (dziecięcym), fizycznie niedorozwiniętym, limfatycznym — u którego wszystkie procesy rozwojowe organizmu, jak formowanie się kości, nastanie okresu dojrzałości — odbywają się w znacznie zwolnionym tempie.

O ile obserwujemy — twierdzi Hirsz — dla ilustracji, przemysł włókienniczy, który stosunkowo jest najmniej szkodliwy dla pracownicy, albowiem nie spotykamy się tu ani z substancjami trującemi, szkodliwemi dla matki i płodu, ani z tak wielkim, jak w innych gałęziach przemysłu wysiłkiem w pracy, który mógłby ze szkodą oddziaływać na ciążę, to jednak okaże się, iż z pomiędzy 3165 porodów u robotnic, zatrudnionych w tym przemyśle (liczby lipskiej Kasy Chorych za czas 1924-1926), stwierdzono patologicznych—34,4%, a w 30,3% wypadków niezbędnymi okazały się zabiegi lekarskie; przyczem u robotnic, pracujących w pozycji stojącej — odsetek porodów patologicznych — wynosi liczbę 48,8, zabiegów zaś lekarskich 39,2, podczas gdy u siedząco pracujących liczby te odpowiednio wynoszą 30,7 i 24,1. O wiele gorzej rzecz się ma z porodami u robotnic, które rozpoczęły pracę w 14 roku życia, albowiem zabiegi lekarskie niezbędne okazały się w 43%, porodów zakończonych przy pomocy kleszczy — było 14,68%, a cięć cesarskich — 1,2%. W jak ścisłym związku znajdują się powikłania poporodowe (łożysko przodujące wadliwie umiejscowione i in.), z pracą zawodową — zaznacza Hirsz — trudno narazie określić. To jednak pewne, iż wykazują one tendencję zwiększenia liczbowego, co w parze idzie ze stałym wzrostem liczby zawodowo zatrudnionych kobiet. A znaczenie, jakie mają przytoczone cyfry — dodaje Hirsz — dla zdrowia ludności — ilustruje odsetek

zawodowo zajętych kobiet w stosunku do ogólnej ilości kobiet w każdym odnośnym uprzemysłowionym kraju: na czele stoi Francja z jej 43,3% pracujących zawodowo kobiet, 2-gie miejsce zajmują Niemcy z 35,6%, na 3-ciem zaś miejscu stoi Austrja z 35,4%, przyczem spotykamy się wszędzie z tendencją wciągnięcia wciąż nowych rzesz kobiecych do pracy. Najmniejsze liczby pod tym względem wykazuje Ameryka — 16,5%. U nas sprawa przedstawia się w ten sposób, iż (według spisu 1921) na 7,7 miljonów mężczyzn zarobkujących, mamy 6,2 miljona kobiet czynnych zawodowo, przyczem według Daszyńskiej - Golińskiej — w Warszawie, Poznaniu, na Pomorzu na 100 mężczyzn przypada od 60 — 70 kobiet zarobkujących, dochodząc w niektórych miejscach do 90, a nawet 95.

Z pewną rezerwą co do bezpośredniego związku pomiędzy zachorowaniami kobiety, a zawodem jej — wypowiada się prof. Liepman w swoim referacie na XXXII Zjeździe Niemieckich Kas Chorych (w sierpniu 1928), omawiając szeroko i dokładnie zagadnienie kobiety pracującej w całokształcie działalności ubezpieczeniowej Kas Chorych. I na wstępie zaznacza, iż choroby ginekologiczne (kobiece), a przedewszystkiem poronienia, narażają Kasy Chorych na wydatki o wiele większe, aniżeli gruźlica i choroby weneryczne. Ponieważ wchodzi tu jeszcze w grę i zdrowie matki obecnej i współtwórczyni przyszłego pokolenia — zrozumiałem jest, dlaczego Kasom Chorych w tak dużym stopniu zależeć powinno na zainteresowaniu i zajęciu się tak ważną sprawą. Oto jak prof. L. ujmuje swoje myśli: Znaczenie kobiety w ubezpieczeniu społecznem (Kas Chorych) uwydatnia się w stałem powiększaniu się liczby kobiet ubezpieczonych (w Niemczech) w r. 1885 na 100 członków Kas Chorych przypadało 22,2 członkiń, w r. zaś 1925 na 100 mężczyzn — ubezpieczonych jest już 61,6 kobiet. Jeszcze jaskrawszy jest fakt, jeśli wziąć pod uwagę, iż czasokres choroby kobiety pracującej wykazuje tendencję wzrastającą w porównaniu z okresem u mężczyzn: jeżeli średnia liczba dni choroby członka Kasy Chorych wynosiła w r. 1913 — 20,1, to w r. 1925 już 28,0 dni choroby. Nie ulega wątpliwości, iż źródłem tych zachorowań jest zbyt wielkie obarczenie, nadwyrężenie psychofizyczne i szkodzenie zdrowiu kobiety pracującej jednocześnie zazwyczaj robotą zawodową, w gospodarstwie, macierzyństwem i następstwami — tej istnej plagi czasów naszych — masowych poronień. Ciekawie ilustruje te liczby lipska Kasa Chorych: otóż na 100 mężczyzn ubezpieczonych średnio choruje w wieku między 25 a 34 rokiem życia 38,0, z tyluż kobiet — 50,2. Cyfry powyższe nastręczają myśl, jaki zachodzi bezpośredni związek między zawodem, a niedomaganiami kobiety — badaniem szczegółowem tej kwestji (przy poparciu czynników rządowych) ma się właśnie zająć instytut, którym kieruje prof. Liepman. Jakkolwiek niesłusznem byłoby — zaznacza Liepman — wszystkie zachorowania kobiety zarobkującej kłaść na karb jej pracy zawodowej — to jednak, zdaniem naszem — winniśmy dążyć wszelkiemi siłami do najważniejszego celu — higjeniczno - zapobiegawczego, celem utrzymania przy zdrowiu i uzdrowienia kobiety zawodowo czynnej. A powyższe jest związane ściśle z przestrzeganiem ogólnych przepisów, dotyczących higjeny kobiety.

Mówiąc dalej o znaczeniu zachorowań kobiety dla ubezpieczenia społecznego, Liepman dłużej zatrzymuje sie na tem tak smutnem zjawisku, jakiemi są wspomniane masowe poronienia. Według statystyki Kasy Chorych, zakładów przemysłowych A. E. G. w Berlinie — u jej członkiń na 592 porodów w roku 1915 przypada 349 poronień, w r. zaś 1925 na 406 porodów mamy 666 poronień (47%, przytem robotnic zamężnych). Liczby berlińskie miejscowej Kasy Chorych (za rok 1924-5) przemawiają niemniej jaskrawo — na 4864 porody przypada 5160 poronień. Dzięki statystyce wrocławskiej Kasy Chorych (z roku 1927) dowiadujemy się, iż na tle poronień i z powodu zachorowań kobiecych, jako niezdolne do pracy, uznano 3477 kobiet, podczas gdy gruźlica i inne choroby płuc dały tylko liczbę 1991. Zbytecznem jest dodać w jak wielkim stopniu obarczają poronienia finansowo Kasy Chorych (zasiłek, koszty utrzymania w szpitalu, albo opłata za zabiegi lekarskie, środki lecznicze). Pominąwszy, iż średni okres niezdolności do pracy (według danych berlińskich Kas Chorych) trwa od 10 — 20 dni — podkreślić należy — twierdzi Liepman — iż aborty te są źródłem blisko 50% wszystkich następczych zachorowań kobiecych. Powodują obok tego dość poważną cyfrę śmiertelności, bo sięgającą do 15 tysięcy (Niemcy). Obok sprawy poronień Liepman porusza kwestję porodów, powikłań, śmiertelności i połogu, wypowiadając się — rzecz prosta — za koniecznością umieszczania rodzących na ten czasokres w zakładach położniczych (pewien konserwatyzm kobiety, brak dostatecznej ilości łóżek — tak samo, jak i u nas — nie daje możności przeprowadzenia tymczasem tego w życie)... Na zakończenie swego referatu — Liepman, mówiąc o niezbędności należytego zrozumienia czynnika duchowego w życiu kobiety zdrowej i chorej — podkreśla ogromne znaczenie umiejętnie zorganizowanej propagandy higjeny w postaci ulotek, filmów, przy pomocy żywego słowa i muzeów higjeny pracy. Życie mianowicie dowiodło, iż wszelkie środki ochronne podczas pracy, najlepsze ustawodawstwo ochrony pracy nie odnoszą pożądanego skutku, o ile nie trafią do przekonania szerokich rzesz zainteresowanych.

Z powyższego wynika, iż w Niemczech z ich przeszło 40 lat istniejącemi Kasami Chorych, przy ich starannie opracowanem prawodawstwie ochrony pracy — również nie wiele jeszcze osiągnięto w sprawie ochrony zdrowia, zapobiegania chorobom robotnic. Cóż dopiero mówić o naszej Kasie Chorych, instytucji zaledwie 10 lat istnienia liczącej. Toteż słusznie stwierdza Dr. Krieger (na marginesie sprawozdania swego z wyżej wspomnianego Zjazdu Międzynarodowego Związku Kas Chorych), mówiąc o bilansie ogólnym, dorobku dotychczasowym naszych Kas Chorych: „Akcja zapobiegawcza, propagandowa, socjalno-higjeniczna nie jest jeszcze u nas prowadzona planowo, obmyślona w szczegółach, jest jeszcze u nas w stadjum dyskusji... A ogólne tezy p. Eldersza przez Kongres uchwalone dowodzą, iż czeka nas praca i wielka i trudna".

Z ciekawemi myślami, co do praktycznego zapoczątkowania pracy tej na gruncie naszym, spotykamy się w artykule d-ra H. Kłuszyńskiego p. t. „Organizacja lecznictwa chorych zawodowo w Kasach Chorych" (P. U. S. 2/1929). W jaki sposób wykorzystać proponowany „Ośrodek badawczy" dla celów socjalnej ginekologji (nie stać jeszcze nas na „Institut für Frauenkunde", a zatem dla akcji ochrony zdrowia i zapobiegania chorobom kobiety pracującej) — o tem w następnym artykule.

# WYROK SĄDU NAJWYŻSZEGO

## W SPRAWIE UMOWY Z LEKARZAMI W K. CH. M. WARSZAWY.

Sąd Najwyższy w składzie: Przewodniczący Sędzia L. Błaszkowski, W. Miszewski, Sędziowie: S. Nowodworski przy udziale jako sekretarza Sędziego pokoju J. Jakubowskiego i w obecności Podprokuratora E. Krotowskiego na posiedzeniu Sądowem Izby Pierwszej dn. 12/21 grudnia 1928 r. w sprawie Kasy Chorych m. st. Warszawy przeciwko Zrzeszeniu Lekarzy Kasy Chorych o uznanie umowy za wygasłą, rozpoznawał skargę kasacyjną adwokata Ryszarda Gerlicza, pełnomocnika Kasy Chorych m. st. Warszawy, na wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dn. 22 — 31 grudnia 1927 roku (12 — 16 stycznia 1928 roku).

Zarząd Kasy Chorych m. Warszawy zawarł w dn. 15 czerwca 1922 r. umowę ze Zrzeszeniem Lekarzy tejże Kasy, obejmującą ustalenie wymienionych w niej zasadniczych warunków pracy lekarzy we wspomnianej Kasie Chorych, w umowie tej było zastrzeżone, że obowiązuje ona obie strony aż do zastąpienia jej nową umową. Zarząd Kasy Chorych, wymówiwszy powyższą umowę w dn. 23 lutego 1925 r. z dniem 1 czerwca 1925 r. wytoczył imieniem tejże Kasy przeciwko Zrzeszeniu Lekarzy powództwo o uznanie umowy za wygasłą od tej ostatniej daty. Sąd Okręgowy powództwo oddalił, a Sąd Apelacyjny wyrok Sądu Okręgowego zatwierdził, uznawszy, że Kasa Chorych byłaby władna wypowiedzieć sporną umowę jedynie na podstawie dostatecznej ku temu przyczyny w postaci braku zgody Zrzeszenia na rzeczywiście potrzebne zmiany, czego w przypadku Kasa nie udowodniła.

W skardze kasacyjnej Zarząd Kasy Chorych żąda uchylenia powyższego wyroku, upatrując w nim obrazę art. 339 i 7II U.P.G., art. 1134 i1174 K. C. oraz art. 42, 84 i 93 ustawy z dn. 19 maja 1920 r. (Dz. Ust. Nr. 44 poz. 272) i wywodząc, między innemi, że wypowiedzenie umowy samo przez się, skutkowało jej wygaśnięcie.

Po wysłuchaniu sprawozdania Sędziego-referenta, głosów rzeczników stron oraz wniosków Podprokuratora,

zważywszy:

że na podstawie ustaleń zaskarżonego wyroku umowa, zawarta przez strony winna być poczytana za biorową umowę pracy;

że wobec braku przepisów ustawowych, normujących istotę i skutki zbiorowych umów pracy — oprócz nie znajdujących w przypadku zastosowania przepisów o umowach zbiorowych w rolnictwie (ustawy Nr. 26 poz. 147 i in.) oraz dla dozorców domowych (ustawa z dn. 23 stycznia 1920 r. Dz. Ust. Nr. 8 poz. 53) — stosunki prawne, dotyczące takich umów, winny być oceniane na podstawie ogólnych zasad prawa cywilnego;

że zastrzeżenie w umowie, iż obowiązuje ona aż do zastąpienia jej przez nową umowę obustronną nie może być uważane za ustanowienie terminu (art. 1185K.C.), gdyż nie uzależnia czasu wygaśnięcia zobowiązań stron od takiego wypadku przyszłego, którego nastąpienie jest pewne i niezawodne, zawarcie bowiem nowej umowy jest wypadkiem niepewnym, który może się nie urzeczywistnić;

że przeto zastrzeżenie takie mogłoby jedynie za wyraźny warunek rozwiązujący (art. 1183 K. C.), którego zarówno ewentualna zbędność w umowie w tej postaci, w jaką został ujęty, jak i możność lub nieważność w świetle art. 1174 K. C. nie wymagają w sporze obecnym rozważenia, skoro podstawą roszczenia jest upływ terminu, kończącego zobowiązania, a więc zagadnienia, dotyczące warunku, pod jakim zostało zaciągnięte zobowiązanie, są dla rozstrzygnięcia sporu obojętne;

że zatem umowa, zawarta przez strony, winna być traktowana, jako umowa, dotycząca zobowiązań ciągłych, której czas trwania nie został oznaczony.

że wszelkie takie umowy, o ile dotyczą zobowiązań osobistych, mogą być odwołane wolą jednej ze stron, bądź bez skrępowania żadnym terminem (art. 2004 K. C.), bądź z koniecznością wypowiedzenia w terminie ustawowym lub zwyczajowym (art. 1736, 1774, 1780 K. C.), bądź wreszcie z uzależnieniem terminu wygaśnięcia zobowiązania od słusznego interesu drugiej strony (art. 1869, 1888, 1900, 1901 K. C.);

że umowy pracy należą do kategorji tych umów, które mogą być odwołane za wypowiedzeniem;

że należy przeto uznać, iż zobowiązania, objęte zbiorową umową pracy, zawartą na czas nieokreślony, ustają na żądanie każdej ze stron z zachowaniem jedynie terminu wypowiedzenia, przewidzianego dla umów pracy przez ustawę lub zwyczaj i druga strona obowiązana jest poddać się takiemu następstwu, które płynie z natury stosunku, wytworzonego przez umowę (art. 1135 K. C.);

że przeto odmówiwszy, wbrew zasadom prawnym wyżej wyłuszczonym, stronie pozywającej prawa wypowiedzenia w terminie zwyczajowym zbiorowej umowy pracy o czasie trwania nieokreślonym, Sąd Apelacyjny dopuścił się istotnej obrazy art. 1135 K. C. wobec której wyrok zaskarżony nie mo-

że być utrzymany w mocy, już bez potrzeby rozważenia pozostałych zarzutów skargi kasacyjnej;

z tych zasad Sąd Najwyższy wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 22/31. XII. 1927 r. 12 — 16 stycznia 1928 r. z powodu obrazy art. 1135 K. C. uchyla i sprawę temuż sądowi do ponownego rozpoznania w innym składzie Sędziów przekazuje.

(Nr. Sprawy I. L. 1384/28).

R. T.

# INSTRUKCJA W SPRAWIE DOKONYWANIA PRZEZ K. CH. ROZRACHUNKU ZE SKARBEM PANSTWA NA MOCY ART. 48 USTAWY Z DN. 19 MAJA 1920 R.

(ARTYKUŁ DYSKUSYJNY).

Ułożenie i rozesłanie przez Okręgowy Urząd Ubezpieczeń w Warszawie do Kas Chorych wymienionej w nagłówku instrukcji, jako chęć ustalenia i ujednostajnienia przepisów, normujących sposób zestawiania przez Kasy Chorych odnośnych obliczeń i popierania swoich roszczeń odpowiedniemi dokumentami, jest zupełnie słuszna i odpowiada istotnej potrzebie.

Niektóre jednak przepisy instrukcji nasuwają uwagi krytyczne, tak pod względem treści, jak i ze względów formalnych.

Rzuca się w oczy przedewszystkiem żądanie obliczania przeciętnego kosztu dziennego pomocy lekarskiej (II. C. Z. a. str. 11) i położniczej (II. C. z. b., str. 13) według wydatków miesięcznych.

Są to jednak okresy zbyt krótkie, by według nich można było przeprowadzić jakąkolwiek kalkulację, i żadna Kasa, żadna instytucja w ten sposób kalkulacji kosztów nie prowadzi. Buchalteryjne księgowanie poszczególnych wydatków w tym lub owym miesiącu jest często rzeczą czysto przypadkową i dla obliczenia kosztów, istotnie obciążających dany miesiąc, zupełnie niemiarodajną. Koszty pomocy lekarskiej, zwłaszcza pochodzącej ze źródeł pozakasowych, nie zawsze są i mogą być księgowane w tym miesiącu, w którym pomoc ta była członkom Kasy udzielona. Sumy, wypłacone przez Kasę i księgowane w całości w dzień ich wypłaty, dotyczą nieraz całego szeregu miesięcy, następujących po wypłacie lub wypłatę poprzedzających.

W tych warunkach dokonane obliczenie wydatków miesięcznych — nawet jeżeli Kasa, jak chce instrukcja, poniesie już wielki, a zgoła dla niej nieprodukcyjny trud obliczenia wartości zużytych w ciągu danego miesiąca materjałów — nigdy nie będzie odpowiadało rzeczywistości, a obciąży jeno pracę biurową Kasy, nie przynosząc nikomu i niczemu żadnego pożytku. Zgodnie z art. 48 ustawy z dn. 19.5.1920 r. Kasy obliczają się ze Skarbem Państwa co pół roku, i kalkulacja kosztów mogłaby być dokonywana za cały okres odrazu, bez żadnego uszczerbku dla Skarbu, a nadto z wielką oszczędnością pracy dla Kasy i ze znacznie większą wiarogodnością i dokładnością całego rachunku.

Nadomiar przepisy, dotyczące omawianego tu art. 48, szwankują jeszcze pod jednym względem,, nie uwzględniając w obliczeniu kosztów świadczeń wcale kosztów ogólnych: administracyjnych, lokalu, utrzymania przychodni, światła, opału, materjałów piśmiennych i t. p. Jest to nawet niezupełnie zgodne z ustawą: w art. 48 ust. 1 powiedziano, iż Skarb Państwa zwraca Kasie „połowę **kosztów** świadczeń" (podkreślenie nasze), „wymienionych w art. 30 ust. I lit. b. i c. oraz w art. 33 lit. c."; nie powiedziano tam zaś tylko: „połowę **zasiłków**", których właśnie owe punkty b. i c. art. 30 i p. c. art. 33 jedynie dotyczą. Stąd wyraźnie wynika, że intencją prawodawcy było obciążenie Skarbu Państwa nietylko **bezpośrednią** wartością świadczeń, jak w przytoczonym przypadku kwotą samych jeno zasiłków, lecz i **kosztami** ogólnemi, które one za sobą niewątpliwie pociągają.

Rzecz jasna, że w małych Kasach, gdzie frekwencja chorych jest wogóle niewielka, a cała administracja oraz koszty ogólne świadczeń sięgają zaledwie najniższych możebnych jednostek i praktycznie nie mogą już ulec redukcji, koszty ogólne leczenia bezrobotnych i wypłacania zasiłków połogowych, nie dają się prawie obliczyć i bez szkody dla Kasy mogą być pominięte. Lecz w Kasach dużych, jak warszawska, łódzka, sosnowiecka, gdzie liczby porad lekarskich dla bezrobotnych i liczby wypłat zasiłku połogowego i dla karmiących dochodzą do bardzo poważnej wysokości — koszty ogólne z konieczności znacznie wskutek tego wzrastają. Pominięcie w obliczeniu kosztów świadczeń nieodłącznie z udzielaniem tych świadczeń związanych i przez nie spowodowanych wydatków, przynosi większym Kasom — wbrew ustawie i intencji prawodawcy — poważny uszczerbek.

Nie tak może doniosłe ze względu na niepożądane dla Kasy skutki, jakieby one mogły sprowadzić, jak wyżej omówione usterki, lecz niemniej zasługujące na krytyczną uwagę, są pewne braki i niedokładności w sformułowaniu niektórych przepisów instrukcji, które właśnie wskutek owych niedokładności mogłyby wywołać w wykonaniu niejakie nieporozumienia.

Na str. 5: w wykazie wypłaconych zasiłków połogowych i dla karmiących, w rubryce „Wypłacono got. zasiłek połogowy 50%, art. 30.IV. a", brak jeszcze „lub b.".

Na str. 6: ustęp A) 1. jest zredagowany niejasno, właściwie niezgodnie z art. 36.I. i art. 48 ustawy, a przez pominięcie art. art. 30.I. a i 33. a. b. może nasunąć podejrzenie, iż według instrukcji świadczenia, przewidziane w dwóch ostatnio wymienionych artykułach, z mocy art. 36. I. ubezpieczonym nie przysługują. Podejrzenie to rozwiewa

dopiero wykaz, na str. 10, który wyraźnie uwzględnia odnośne świadczenia. Nie potrzeba zaś chyba dowodzić, iż **„instrukcja"** powinna być zawsze i wszędzie zupełnie wyraźna.

Ustęp ten winien brzmieć, jak następuje: „W myśl art. 48 ustawy Skarb Państwa zwraca Kasie Chorych koszty pomocy lekarskiej, udzielonej na mocy art. 36. I. b. członkom Kasy i ich rodzinom, w zakresie art. 23 ust. I. lit. a, nie dłużej jednak, niż w ciągu 26 tygodni, oraz art. 30. I. a. i art. 33 a. b., a mianowicie: a)..."

Również u st. a) i b) po wyrazie „choroby" należy dodać „albo połogu".

Na tejże stronicy w p. 3. ust. 2 po wyrazie „b. członkom", należy dodać „i ich rodzinom".

Na str. 15: całkiem niejasny jest cel i niewiadome znaczenie przepisu III.3, który mówi o tem, że do wniosku do Skarbu Państwa o zwrot z art. 48 powinny być dołączone takie a takie zestawienia i dowody. Lecz instrukcja raz już o tem mówiła, mianowicie wszędzie, gdzie dawała wzory do sporządzania zestawień i dowodów.

Niewiadomo tedy, czy cały ten przepis ze str. 15 ma być tylko sumaryczną rekapitulacją, powtórzeniem ze względów niejako dydaktycznych, tego, co w instrukcji było już raz wprawdzie powiedziane, lecz w różnych miejscach rozproszone — a w takim razie z treści przepisu powinnoby to jasno i niedwuznacznie wynikać — czy też może wszystkie zestawienia i dowody mają być dołączone do wniosku w dwóch egzemplarzach, raz według żądań przy opisie poszczególnych zestawień i dowodów, drugi raz według przepisu ze str. 15.

Na str. 16: instrukcja głosi, że „od osób trzecich, otrzymujących kwoty za ubezpieczonych, K. Ch. powinna żądać upoważnienia..."

Dotychczas Kasy Ch., wypłacając zasiłki osobom trzecim (żonom, mężom, dzieciom), zadawalają się zazwyczaj upoważnieniami, żądanemi raczej pro forma, z podpisami, nie zaświadczanemi przez żaden organ miarodajny. Lecz tego rodzaju upoważnienia, jako dowody, nie mają dla Okr. Urzędu Ub., ani dla Skarbu żadnej wartości. Czyżby więc instrukcja żądała upoważnienień z podpisami, zaświadczonemi przez urząd policyjny lub przez rejenta? Byłoby to połączone z wielkiemi trudnościami, zarówno dla ubezpieczonych, jak i dla Kasy. W każdym jednak razie w instrukcji brak pod tym względem wszelkich wskazówek.

Mamy wreszcie do zanotowania jako usterki czysto formalnej natury jeszcze kilka żądań instrukcji — naszem zdaniem — zupełnie zbytecznych, ile że ich wykonanie, nic Urzędowi Ub., ani Skarbowi nie dając, przysporzy Kasom Chorych sporo nieprodukcyjnej, a często dość uciążliwej pracy:

Str. 3: instrukcja żąda podawania w kwestjonarjuszach numeru legitymacji, gdy Okręg. Urz. Ub. w piśmie do K. Ch. m. W. z dn. 26.1.1928 r., Nr. 1138/28, uznał, iż brak legitymacji członkowskiej w żadnym razie nie może utrudniać otrzymania świadczenia, co, praktycznie biorąc, równa się unieważnieniu, skasowaniu legitymacyj członkowskich. Po cóż więc ten numer?

Str. 3: skoro według p. 4) wymienia się datę porodu, a w p. 6) powiedziano, „za jaki czas wypłacono zasiłek (od dn. . . . do dn. . ., razem za dni. . .)" — p. 5), czyli liczba kolejna tygodnia już tem samem jest wiadoma, i osobne jej wypisywanie jest całkiem niepotrzebną tantologją.

Str. 7: p. B. 1. 3. jest zupełnie zbędny: okres „przynależności do Kas Chorych... w ciągu ubiegłych 12 miesięcy w myśl ust. II art. 36" nie stanowi o prawie do świadczeń z mocy ust. I tegoż artykułu, a o ostatnie jedynie wszak tutaj chodzi; jeżeli zaś potrzebne jest stwierdzenie, że chory nie miał praw z tytułu ust. II, to najzupełniej pod tym względem wystarczy deklaracja, której wzór znajdujemy na str. 8.

Str. 8: podpis dyrektora, wzgl. komisarza pod deklaracją, mający na celu stwierdzenie właściwie tylko **zgodności wniesienia** do rubr. 3, 4 i 5 danych **(nie** zaś stwierdzenie samych danych, jak brzmi wzór deklaracji) według pism obcych Kas Chorych, jest całkiem tu niepotrzebny; podpis upoważnionego urzędnika stwierdzi tę zgodność zupełnie dostatecznie i wiarogodnie, a obarczanie tą pracą jeszcze i dyrektorów lub komisarzy, już i bez tego podpisujących z konieczności całe masy papierów, jest tu zbędnym biurokratycznym dodatkiem.

Str. 9: według przepisu, zawartego pod II. B. 3, zaświadczeniem o niemożności uiszczania przez b. członka Kasy opłat wskutek utraty zarobku i z braku własnych funduszów lub dochodów może być:

a) świadectwo ubóstwa, wydane przez urząd gminny lub urząd policji państwowej;
b) zaświadczenie urzędu pośrednictwa pracy;
c) zaświadczenie rządcy domu;
d) wywiad kontrolera Kasy.

Zdawałoby się, iż **każdy** z tych dokumentów **zosobna** może stanowić dostatecznie miarodajny i wiarygodny dowód swej niemożności ponoszenia opłat; i to byłoby w porządku, z wyjątkiem może zaświadczenia, wymienionego pod c), a zgoła niewiarogodnego.

Aliści bezpośrednio potem następujące zdanie temu przeczy, żądając, by pierwsze trzy zaświadczenia były jeszcze sprawdzane na miejscu przez kontrolera Kasy.

Jakiż wszakże jest cel takiej skomplikowanej i uciążliwej procedury? Skoro pierwsze trzy zaświadczenia nie zasługują na zaufanie, a rozstrzygającym i jedynie wiarogodnym ma być dopiero wywiad kontrolera Kasy, to owe trzy zaświadczenia, których zdobycie (zwłaszcza pierwszych dwóch) dodamy tu nawiasem, musi być dla byłego członka dość kłopotliwe i nawet połączone z niejakiemi kosztami, są całkiem zbyteczne, i należałoby poprzestać na jednym tylko dowodzie, rzekomo najbardziej wiarogodnym, czyli na wywiadzie kontrolera.

Czy jednak wywiad kontrolera jest istotnie bardziej miarodajny, niż zaświadczenie urzędu policyjnego lub pośrednictwa pracy? Czy zresztą kontroler Kasy może sam przekonać się, np., że b. członek posiada lub nie posiada gdzieś jakiejś poważniejszej sumy hipotecznej albo nie przechowuje w szufladzie swego biurka papierów procentowych — jeżeli zainteresowany sam mu prawdy nie powie?

Rażącą zwłaszcza jest sprzeczność pomiędzy tym przepisem, a brzmieniem okólnika Okręg. Urzędu Ubezp. w Warszawie z dn. 16.8.1923 r. (Nr. Dz. 604/23), który słusznie twierdzi, iż „...fakt utraty zarobku, otrzymywanego z tytułu zatrudnienia, na którego podstawie członek Kasy był ubezpieczony... uzasadnia sam przez się niemożliwość uiszczania opłat dla prolongowania ubezpieczenia...", a polecając Kasie w dalszym ciągu okólnika przedsięwzięcie środków w celu uchronienia się od nadużyć ze strony zgłaszających się o świadczenia z tytułu art. 36.I. zastrzega jednak wyraźnie, by „...**środki te nie były połączone dla nich z kosztami, np. Kasa może żądać od nich piśmiennej deklaracji z podpisem zainteresowanego i poświadczonej przez dwóch świadków, stwierdzającej niemożność uiszczania opłat**" (podkreślenia nasze).

**J-k.**

# USTAWA BELGIJSKA O UBEZPIECZENIU PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH.

W zachodnich państwach, a w szczególności w państwach romańskich, do ostatnich lat, dominowała zasada liberalizmu w dziedzinie ubezpieczenia osób, pozostających w stosunku pracy, przed skutkami takich zdarzeń losowych, jak inwalidztwo, starość, śmierć, podczas gdy państwa centralnej Europy i Anglji wprowadziły do tego ubezpieczenia zasadę przymusu, stwarzając specjalny system ubezpieczeń społecznych.

Państwa romańskie zasadniczo ograniczały swoją interwencję na korzyść pracowników do formy subwencjonowania towarzystw samopomocy za cenę podporządkowania się z ich strony kontroli rządowej i pewnym zasadniczym normom działania.

W czasach powojennych państwa zachodnie, a w szczególności Belgja, Francja, Hiszpanja, Włochy wkroczyły zdecydowanie na drogę przymusowych ubezpieczeń społecznych, uznając niedostateczność dotychczas stosowanych środków.

Pierwsze z wymienionych wyżej państw, Belgja, wprowadziła ustawą z dnia 10 grudnia 1924 r. obowiązkowe ubezpieczenie na starość i na wypadek śmierci, dotyczące wszystkich robotników, ustawą zaś z dnia 10 marca 1925 r. specjalne ubezpieczenie na starość i na wypadek śmierci pracowników umysłowych.

Zadaniem niniejszego artykułu jest przedstawienie zasad tego ostatniego ubezpieczenia, godnego uwagi choćby z tego powodu, że Belgja jest jedynem państwem, które po wojnie wprowadziło specjalne ubezpieczenie pracowników umysłowych; zastąpienie bowiem przez państwa sukcesyjne, które przejęły terytorja b. cesarstwa austrjackiego i b. cesarstwa niemieckiego, odziedziczonych przepisów, dotyczących ubezpieczenia pracowników umysłowych ustawą własną, — stanowi raczej unifikację w tej dziedzinie na obszarze danego państwa, aniżeli wprowadzenie przez dane państwo tego ubezpieczenia, ile że ubezpieczenie to dane państwo w tej lub innej postaci na pewnym obszarze swego terytorjum odziedziczyło.

Ze względu na ramy artykułu, jak również na brak wielu przepisów wykonawczych, zapowiedzianych w ustawie, ważnych dla pełnej oceny dobrodziejstw ustawy, poruszone zostaną w niniejszym artykule najistotniejsze tylko postanowienia omawianej ustawy z podkreśleniem w części końcowej odmiennego ujęcia podstawowych zasad tego ubezpieczenia w ustawie polskiej.

**Zakres osób podlegających ustawie.** Ustawie o ubezpieczeniu pracowników umysłowych podlegają: 1) pracownicy umysłowi (employés) bez różnicy płci, posiadający obywatelstwo belgijskie, zatrudnieni za wynagrodzeniem w prywatnych przedsiębiorstwach zagranicznych, urządzonych w Belgji, jakoteż pracownicy umysłowi, zatrudnieni w instytucjach publicznych; osobno wymienieni są dziennikarze;

2) pracownicy umysłowi bez różnicy płci, cudzoziemcy, zatrudnieni w Belgji w przedsiębiorstwie belgijskiem lub w filji przedsiębiorstwa zagranicznego, urządzonego w Belgji, ci ostatni, korzystają z dopłaty państwa tylko w wypadku, gdy ich kraj macierzysty przyznaje równoznaczne korzyści obywatelom belgijskim.

Nie podlegają ubezpieczeniu w myśl omawianej ustawy stali urzędnicy państwowi, związków samorządowych i instytucyj użyteczności publicznej, mający zapewnione prawa emerytalne.

Ustawa nie zawiera pojęcia pracownika umysłowego (employé); przepisy wykonawcze, jako bliższą wskazówkę, podają, iż ubezpieczeniu podlegają osoby płci męskiej poniżej 65 roku życia, a płci żeńskiej poniżej 60-go roku życia, w chwili wejścia w życie ustawy, zatrudnione na podstawie umowy o pracę, a wykonywujące z reguły czynności natury intelektualnej („effectuant en ordre principal et en vertu d'un contrat de louage de services, un travail de nature intellectuelle"...) pod władzą, kierunkiem i nadzorem pracodawcy, za wynagrodzeniem, płaconem przez tegoż.

Powyższe kryterja stosunku, uzasadniającego obowiązek ubezpieczenia, nie są dostatecznie ścisłe, o ile chodzi o rodzaj czynności, które mają uzasadniać powyższy obowiązek i tę kwestję niewątpliwie będą musiały wyjaśnić ściślej przepisy uzupełniające.

Belgowie, którzy ze względu na okoliczności, dotyczące siedziby przedsiębiorstwa, nie są objęci obowiązkiem ubezpieczenia, mogą zgłosić się do ubezpieczenia dobrowolnego w określonym terminie, zyskując przez to dopłatę państwa.

**Składki ubezpieczeniowe.** Ustawa pierwotna przewidywała 10%-ową składkę, płaconą po połowie przez pracodawcę i pracownika; jedynie w wypadku, gdy pracownik otrzymuje mniej niż 6000 fr. rocznie, składka jego wynosiła tylko 3%, podczas

gdy pracodawca płaci 5%. Nowela z 10 czerwca 1926 r. obniża składkę ubezpieczonego pracownika we wszystkich wypadkach do 3%, pozostawiając składkę pracodawcy w wysokości 5%.

W pokryciu świadczeń, przewidzianych ustawą, bierze również udział skarb państwa w tych samych rozmiarach, co w ubezpieczeniu ogólnem; udział państwa waha się od 0.50 do 1 fr. (w zależności od roku urodzenia ubezpieczonego) rocznie na każdy 1 frank, wpłacony na rachunek ubezpieczonego.

Dopłaty państwa przysługują do chwili, w której renta na starość oraz renta dla żony osiąga po 240 fr. na podstawie łącznych wpłat (pracodawcy, pracownika i państwa). Ponadto państwo zabezpiecza swoją dopłatą pewną minimalną rentę wdowią. Wysokość dopłat państwa jest ograniczona do wysokości — 288 fr. rocznie. Dopłata państwa ustaje, jeżeli prywatne dochody ubezpieczonego przekraczają 15000 fr. rocznie. Dopłaty państwa są zapisywane co roku, lecz na rachunek ubezpieczonego przelewa się dopiero w chwili rozpoczęcia wypłaty renty.

Składki pracodawcy i pracownika należą się od wynagrodzenia służbowego tylko do wysokości 15.000 fr. rocznie, ewentualna nadwyżka ponad powyższe maximum jest uwzględniana przy wymiarze należnej składki za danego ubezpieczonego, o ile ma on na utrzymaniu dzieci poniżej 16 lat życia, przyczem na każde z nich powyższe maximum wynagrodzenia rocznego, branego pod uwagę przy obliczaniu składek, podwyższa się o 500 fr.

Składki winny być płacone za osobę ubezpieczoną płci męskiej do chwili osiągnięcia 65 lat życia, a za osobę płci żeńskiej do końca 60-go roku życia.

**Świadczenia ubezpieczeniowe.** Instytucje ubezpieczeniowe, w których ubezpieczeni są podlegający tej ustawie pracownicy umysłowi, przekazują corocznie do ogólnej kasy oszczędności i emerytur (Caisse générale d'épargne et de retraite), w której każdy ubezpieczony na podstawie jakiejkolwiek z ustaw ubezpieczeniowych posiada swój rachunek, minimalne składki, ustanowione ustawą ogólną z dnia 10 grudnia 1924 r., (t. j. 1 fr. miesięcznie za nieżonatych pracowników płci męskiej, nie mających 18 lat życia i za osoby płci żeńskiej, 3 fr. zaś za inne osoby). Następnie instytucje ubezpieczające pracowników umysłowych, przekazują do funduszu emerytalnego pracowników umysłowych (le fonds d'allocation pour employés) część składki, a mianowicie: 25% do 1940 r., 15% do 1955 r., 10% po 1955 r.

Składki, przekazywane do ogólnej kasy oszczędności i emerytur, mają zapewnić interesowanym dobrodziejstwa ustawy ogólnej, które (pomijając pewne dobrodziejstwa, mające znaczenie tylko w okresie przejściowym) stanowią:

1) Renta na starość dla ubezpieczonego w wysokości 720 fr. rocznie, z czego 480 fr. ze składek pracodawcy i pracownika, 240 fr. zaś z dopłat państwa,

2) renta na starość dla żony ubezpieczonego w tej samej wysokości,

3) renta wdowia — w razie wcześniejszej śmierci męża przed otrzymaniem renty na starość; renta wdowia wynosi 360 fr. z czego 240 fr. ze składek i 120 fr. z dopłat państwa, przyczem państwo zabezpiecza minimum 120 fr. swoim udziałem,

4) renta sieroca, płatna wdowie w wysokości 120 fr. za każde dziecko w wieku do lat 16-tu, względnie sierotom zupełnym w wieku do lat 16-tu po 240 fr.

Część składki, przekazywana do funduszu emerytalnego pracowników umysłowych, przeznaczona jest na zapewnienie specjalnych dodatków do renty, ustanowionych w przepisach przejściowych; dodatki te, których wysokość określić ma tabela, wydana w drodze rozporządzenia królewskiego, wypłacane są na następujących zasadach:

Dodatek do renty na starość przysługuje pracownikom, urodzonym pomiędzy 1862 i 1891 r., mającym 30 lat pracy w charakterze pracownika umysłowego, przesłużonej przed 60 rokiem życia, o ile chodzi o pracownika płci żeńskiej, a 65 rokiem życia, o ile chodzi o pracownika płci męskiej. Jeśli czas służby nie wynosi 30 lat, lecz przekracza 10 lat, dodatek należy się w zmniejszonej wysokości, a mianowicie wynosi za każdy rok służby po 1/30 maksymalnego dodatku, przypadającego na pracownika, urodzonego w roku, w którym urodziła się odnośna osoba. Dalszym warunkiem powyższych uprawnień jest wymóg, by w ciągu czasu, podczas którego podlegał pracownik ustawie z 10.III.1926 r. były uiszczane składki do funduszu emerytalnego w przepisanej wysokości, co najmniej jednak w ciągu jednego roku.

Dodatek całkowity (maksymalny) otrzymują osoby, których dochód roczny wraz z dochodem małżonka nie przekracza 3000 fr.; przy każdych 600 fr. podwyżki ponad 3000 fr., dodatek zmniejsza się o 1/6. Przy obliczaniu dochodów nie uwzględnia się pewnych dochodów wcale (np. renty, otrzymywane na podstawie ustawy ubezpieczeniowej ogólnej, pensje wojskowe za czyny wojenne, dochody stanowiące wynagrodzenie służbowe), inne są uwzględniane w 50% swej rzeczywistej wysokości (np. pensje wdowie i ascedentów po zmarłych i poległych na wojnie, odszkodowania wypadków przy pracy, dochód, stanowiący wynagrodzenie służbowe małżonka i dochód z pracy zawodowej interesowanego lub jego małżonka), tylko zaś do wysokości 600 fr. w stosunku do samotnego, a 1200 fr. w stosunku do żonatego — wlicza się inne renty (nie uprzywilejowane na podstawie punktów poprzednich) i dożywocia.

Dodatek dla wdowy — należy się wdowom po ubezpieczonych, urodzonych po 1862 r., którzy zostaną spensjonowani, lub których śmierć nastąpi w okresie 10 lat po ogłoszeniu ustawy, o ile przepracowali conajmniej 10 lat w charakterze pracowników umysłowych i o ile uiszczano za nich składki w czasie, w którym podlegali ubezpieczeniu w myśl tej ustawy, nie mniej jednak niż: 1 rok w wypadku spensjonowania lub śmierci w r. 1928, a o 1 rok więcej za każdy późniejszy rok spensjonowania lub śmierci, z tem, że wymagane jest pięć lat opłaty składek w wypadku, gdy spensjonowanie lub śmierć nastąpiły po 1931 r. Wyłączone są małżonki młodsze o 25 lat od swego małżonka i te, które wyszły zamąż za otrzymujących już renty.

Dodatek całkowity (maksymalny) należy się wdowie, której dochód nie przekracza 1500 fr. rocznie po zastosowaniu analogicznych, jak wyżej przy-

wilejów dla pewnych rodzajów dochodu; przy każdych 600 fr. nadwyżki ponad 1500 fr. dodatek zmniejsza się o 1/6. Wdowa traci to prawo w razie zamążpójścia.

Wdowom wypłaca się na każde dziecko niżej 18 lat życia, zaopatrzenie sieroce, za sieroty zaś zupełne—osobie, względnie instytucji, mającej pieczę nad temi sierotami.

Z funduszu pensyjnego wypłaca się ubezpieczonym, nie mającym 65 lat względnie 60 lat życia (zależnie od płci), a dotkniętych zupełną i trwałą niezdolnością do pracy, zaopatrzenie inwalidzkie; warunki uzyskania tego zaopatrzenia zawierać będzie rozporządzenie królewskie.

Część składki, pozostała po potrąceniu, omówionem powyżej, przeznaczona jest:

1) na zapewnienie dożywotniej renty starczej, płatnej od 65 roku życia ubezpieczonym płci męskiej, a od 60-go roku życia osobom płci żeńskiej. Renta ta może być płacona już od 55 roku życia po odpowiednim oświadczeniu, które składać należy na 15 miesięcy przed miesiącem, od którego pragnie dana osoba otrzymywać rentę, — lecz w wysokości zredukowanej według współczynnika, który określi rozporządzenie królewskie;

2) na zapewnienie dożywotniej renty wdowiej pod warunkiem zawarcia przez ubezpieczonego małżeństwa przed rozpoczęciem poboru renty starczej.

Gdy małżonka ma ten sam wiek, co ubezpieczony, wysokość renty wynosi zależnie od wieku ubezpieczonego w chwili śmierci od 35% do 50% renty ubezpieczonego. W razie różnicy wieku między małżonkami, wysokość renty wdowiej ulega zmianie zgodnie z taryfą, zatwierdzoną przez rząd.

Wdowa może w wypadku, gdy mąż zmarł przed rozpoczęciem pobierania renty, otrzymać jednorazową wypłatę najwyżej w wysokości połowy kapitałowej wartości renty.

Jeśli ubezpieczony jest samotny (wolny, wdowiec, rozwiedziony) połowę kapitału, przeznaczonego na zapewnienie renty wdowiej, wypłaca się zstępnym względnie wstępnym w razie braku pierwszych, lub osobom, wskazanym przez ubezpieczonego, o ile ubezpieczony zmarł, nie rozpocząwszy poboru renty; drugą połowę tego kapitału przelewa się do funduszu emerytalnego (o którym była wyżej mowa), do którego przelewa się także pierwszą połowę kapitału, jeśli niema osób, z trzech wyżej wskazanych kategoryj.

Gdy ubezpieczony rozpoczął pobór renty, cały, wyżej określony kapitał, przelewa się do funduszu emerytalnego, który w razie późniejszego małżeństwa zapewnia małżonce rentę wdowia, a w razie śmierci rencisty w stanie samotnym, kapitał ten znajduje przeznaczenie omówione powyżej.

W ten sposób samotny nie ma przeto prawa do wyższej renty, niż renta, należna żonatemu na podstawie takich samych składek, jakkolwiek ubezpieczenie oparte jest na systemie finansowym ubezpieczeń prywatnych.

Składki składa się na indywidualne konto ubezpieczonego, przeznaczając odpowiednie jej części, zgodnie z planem technicznym, na zebranie kapitałów, mających zapewnić odnośne rodzaje rent. Wedle wartości kapitałowej zebranych składek określa się w chwili zajścia okoliczności, uprawniających do renty, wysokość odnośnej renty według przyjętych w ubezpieczeniach prywatnych zasad asekuracyjno - technicznych, przy uwzględnieniu wieku i płci ubezpieczonego.

**Instytucje ubezpieczeniowe.** Trzy rodzaje instytucyj uczestniczą w wykonaniu ubezpieczenia, unormowanego omawianą ustawą, a mianowicie: ogólna kasa oszczędności i emerytur, fundusz emerytalny pracowników umysłowych i prywatne kasy względnie towarzystwa ubezpieczeniowe, mające zatwierdzenie rządowe.

Pracodawcy i pracownicy opłacają składki, każdy w dowolnej instytucji ubezpieczeniowej według swego wyboru. W razie zmiany miejsca pracy oraz instytucji ubezpieczeniowej lub zmiany za wspólnem porozumieniem pracownika i pracodawcy instytucji ubezpieczeniowej, ta ostatnia obowiązana jest przekazać zebrane za danego pracownika rezerwy premjowe, bez żadnych potrąceń, do nowej kasy. Postanowienie to nie dotyczy części składek przekazywanej do kasy ogólnej celem zapewnienia świadczeń, przewidzianych w ustawie ogólnej.

W Ministerstwie Przemysłu, Pracy i Przezorności Społecznej utworzony został specjalny organ opinjodawczy w sprawach, związanych z tem ubezpieczeniem i rozstrzygający ostatecznie odwołania od decyzji funduszu (t. zw. wyższa rada emerytalna pracowników umysłowych); skład jej określi osobne rozporządzenie.

Fundusz emerytalny, o którym była wyżej mowa, jest również przy wymienionem wyżej ministerstwie; ma on osobowość prawną. Zarząd tego funduszu należy do rady, składającej się z 9-ciu członków, a mianowicie: z trzech przedstawicieli pracowników, trzech przedstawicieli pracodawców i z trzech przedstawicieli rządowych, mianowanych na 6 lat przez Ministra. Przewodniczącego mianuje król z pośród członków rady; sekretarza, bez głosu stanowczego, mianuje minister. Osobne rozporządzenie królewskie ma określić regulamin r[illegible] administracyjnej funduszu, sposób lokat i postępowanie w sprawach roszczeń o świadczenia z funduszu.

Ustawa powyższa miała wejść w życie z dniem 1-go stycznia 1927 r., jednakże wykonanie jej natrafiło w niektórych kołach na żywe niezadowolenie i dlatego ustanowiono specjalną komisję, której zadaniem jest przedstawienie sprawozdania w sprawie ewentualnie wskazanych modyfikacyj poszczególnych postanowień ustawy, opartego na wysłuchaniu zainteresowanych i przestudjowaniu przedstawianych przez nich postulatów.

Rząd zamierza spowodować odpowiednią uchwałę parlamentu tak, by od 1 stycznia 1929 r. ustawa weszła w życie, gdyż do tego czasu wykonanie ustawy zostało zawieszone. Jednakże już od 1 stycznia 1926 r. wprowadzono obowiązek opłaty składek; przejściowe postanowienia zapewniają dobrodziejstwa ogólnej ustawy o ubezpieczeniu na starość i na wypadek śmierci.

Zestawiając najistotniejsze postanowienia ustawy belgijskiej z polską ustawą o ubezpieczeniu pra-

cowników umysłowych, można podkreślić następujące różnice na korzyść ustawy polskiej:

Ustawa polska (pomijając ubezpieczenie na wypadek braku pracy, na które uiszcza się osobną składkę) obejmuje szerszy zakres wydarzeń losowych, gdyż obejmuje również niezdolność do wykonywania zawodu (która nie musi być ani zupełna, ani trwała), podczas gdy ustawa belgijska uwzględnia tylko starość i śmierć.

Ustawa polska daje przeto więcej świadczeń za tę samą (8%) składkę, bo: w wypadku niezdolności do wykonywania zawodu, w wypadku osiągnięcia wieku starczego i wypadku śmierci, zapewniając znaczną stosunkowo odprawę w razie nieprzybycia czasu, wymaganego od uzyskania renty; ustawa polska daje również w pewnych wypadkach pomoc leczniczą ubezpieczonym.

Wysokość świadczeń, należnych w identycznych wypadkach losowych na podstawie obu ustaw, różnić się musi znacznie na korzyść ubezpieczonych na podstawie ustawy polskiej, która oparta jest na systemie kapitałowego pokrycia świadczeń płynnych, ze względu na założenie wiecznej permanencji instytucji ubezpieczeniowej, podczas gdy w ustawie belgijskiej wysokość świadczeń w poszczególnych wypadkach jest odpowiednikiem zebranych na rzecz danych osób rezerw premjowych. Przy takich odmiennych systemach te same świadczenia muszą mieć znacznie wyższe pokrycie przy systemie drugim, niż przy pierwszym, a przeto za tę samą składkę można zapewnić znacznie wyższe świadczenia, przyjmując system pierwszy.

Ustawa belgijska mogła tylko za taką cenę pozostawić dowolność wyboru instytucji ubezpieczeniowej, podczas gdy w Polsce obowiązuje przymus ubezpieczenia w powołanej do tego, właściwej, terytorjalnej instytucji publicznej; otrzymanie świadczeń, przewidzianych w ustawie belgijskiej, mają bowiem zapewnić ubezpieczonym rezerwy premjowe, które dla każdego ubezpieczonego z uwzględnieniem jego indywidualnych właściwości, istotnych według zasad asekuracyjno - technicznych, muszą być gromadzone i w razie jego przejścia do innej instytucji przekazywane.

Wobec zadania, nałożonego na specjalną komisję, istnieje prawdopodobieństwo, że w chwili wejścia w życie ustawy w całości, brzmienie jej w tym i owym punkcie będzie odmienne od dzisiejszego, do samych podstaw tego ubezpieczenia.

# K R O N I K A.

WIDZ.

**RÓŻNE NADUŻYCIA.**

Znakomity publicysta, p. Widz, ogłosił w dzienniku warszawskim „Epoka" ciekawy feljeton, którym w sposób bardzo interesujący oświetla bolączki naszych Kas Chorych. Artykuł p. Widza ogłaszamy w całości.

„W łódzkiej Kasie Chorych stwierdzono liczne nadużycia. Setki, tysiące ludzi symuluje choroby dla zdobycia zasiłku. I często im się to udaje.

Były też nadużycia szczególnie wymyślne. Wzywa się, naprzykład, lekarza do chorego dziecka. Wizyta. Świadectwo. Zasiłek. A potem wychodzi na jaw, że dziecko było „wypożyczone". Zdarzały się wypadki, że chore dziecko wypożyczano kilka razy różnym ludziom, którzy do tego dziecka wzywali lekarzy i wszyscy dostali zasiłek.

Takie rzeczy dyktuje ludziom nędza, bo to się, oczywiście, dzieje w świecie nędzy najkrańcowszej. Można się domyśleć, że rodzice chorego dziecka wypożyczali je niezawsze bezinteresownie, że czasem też coś na tem zarabiali. Można też, nawet należy przypuszczać, że taki sposób zarabiania nie sprawiał im przyjemności, a nawet nie omyli się chyba, kto powie, że napewno było im przykro, boleśnie, kiedy ich chore dziecko przenoszono do innego mieszkania, tam, gdzie znowu przyjdzie lekarz i da świadectwo zasiłkowe.

Co też to ludziom ubogim przychodzi do głowy! W innych sferach nawet na myśl nikomu nie przyjdzie, że takie rzeczy są możliwe.

W sferach niebiednych czy zamożnych robi się nadużycia dla poważniejszych zysków, dla znacznie większych korzyści, niż zasiłki w Kasie Chorych. Komużby się to opłaciło wypożyczać własne chore dziecko?

Ba! Dla „poważnego" interesu, owszem, handluje się dziećmi. Od niepamiętnych czasów sprzedawało się, naprzykład, córkę komuś bogatemu, nic sobie nie robiąc z tego, że córka kocha kogo innego, albo ma wstręt niekłamany dla upatrzonego przez rodziców męża. To — całkiem co innego, to się robiło od wieków, to już taka tradycja... A przytem — rzecz wygodna, bo nie stoi w żadnej kolizji z prawem. Dziś handel ten — rzadszy, warunki inne, ale zdarza się jeszcze. Córunię się sprzedaje, pieniążki są i wszystko w porządku. A że córunia — i tak bywa — dużo potem płacze — no, mój Boże, przecież „życie nie jest romansem"...

Nie, nie! W tej sferze dla paru głupich groszy nie robi się nadużyć na własnych dzieciach. Jeszcze nikt nie słyszał, żeby człowiek, nienależący do klasy nędzarzy, wypożyczał swoje chore dziecko. To są natchnienia głodu, chłodu, wielkich, najdotkliwszych braków. Oddawna już zauważono, że nędza jest siostrą niemoralności. Ta to siostra, wierna towarzyszka, podszepnęła taką myśl: kiedy dziecko chore, dają zasiłek, więc pożyczcież to dziecko innym nędzarzom, żeby i oni mogli coś dostać, a zyskiem podzielicie się: dadzą w kasie kilkanaście, może nawet kilkadziesiąt złotych. Bogactwa z tego nie będzie, ale trochę więcej jedzenia przez kilka, albo przez kilkanaście dni.

Pisało się dużo o żebraczkach z niemowlęciem na ręku. Nie ich, pożyczone. Dla wzbudzenia litości. Bo ludzie są twardzi, a dziecko na ręku — obrazek smutny, więc ten i ów da pięć groszy.

Teraz — nowy proceder — wypożyczanie chorego dziecka dla uzyskania zasiłku z Kasy Chorych. Naturalnie, że brzydkie oszustwo. Tylko na co się bardziej gniewać, czy na ludzi, którzy to uprawiają, czy na warunki, które takie pomysły wywołują?

W łódzkiej Kasie Chorych postanowiono zabezpieczyć się przeciw tym oszustwom. Będzie się żądało zaświadczeń rządcy domu, że dziecko jest własne, niepożyczone... Dla niektórych rodziców takie żądanie będzie bardzo nieprzyjemne.

Pomyślą, że przecież można im wierzyć, nie wszyscy oszukują. Większa będzie formalistyka. Tacy ludzie, takie warunki...

Inne jeszcze wykryto nadużycia. Bardzo interesujące. Chory otrzymuje od lekarzy trzy kartki na trzy kąpiele zdrowotne. Cóż robi? Zamiast — czytamy w sprawozdaniu rewidentów — „wykorzystać te kartki dla siebie, zabiera do kąpieli żonę i dziecko".

Jaki przestępca, jaki oszust! Sam miał się wykąpać trzy razy, ale wykombinował, że skoro ma trzy kartki, to lepiej, żeby się wykąpali wszyscy troje.

Stwierdzono sporo takich wypadków, takich nadużyć, że chorzy „nie wykorzystali" kartek na kąpiele zdrowotne, tylko sprowadzali do kąpieli swoje rodziny.

Łazienki w domu nie mają, za kąpiel gdzieindziej zapłacić choćby parę groszy niezawsze jest łatwo, a tu — kartki w ręku. Kąpiel zdrowotna. Ma pomóc choremu? Żona i dziecko — zdrowe. No tak, ale kąpiel, niechże się wykąpią. Tak myśli chory mąż i chory ojciec.

Taki koflikt: dobry mąż i dobry ojciec, ale zły obywatel, oszukuje Kasę Chorych. Sam się miał wykąpać trzy razy. Miało mu pomóc, pewno przez działanie jakiejś soli, lecz powiedział sobie: jedna kąpiel trochę mniej pomoże, niż trzy, ale za to żona i dziecko...

Takie nadużycia z kartkami dla... higjeny, dla czystości, o której dużo się teraz mówi. Taki podstęp — w imię dobrego serca. Bo temu chyba nikt nie zaprzeczy, że takie serca są dobre.

Dobre serca ludzi oszukujących instytucję społeczną... Rzecz prosta, zjawisko skomplikowane, nieporządeczek jakiś w ustroju, duch złośliwości w warunkach socjalnych...

Przychodzi do domu cała rodzina — czysta, wykąpana. Przyjemnie, udało się... Potem — przykrość. Nadużycie wykryto. Kara pieniężna, albo może areszt. I wstyd. Wstyd? Tak i nie. To zależy... Sprawa nie jest prosta, chociaż litera prawa jest zupełnie jasna.

Żal sędziego, który sądzi takie sprawy. Niby wiadomo — oszustwo, paragraf taki i taki, a jednak, a jednak... Trudne są sprawy, kiedy między litery prawa wciska się sumienie i wtrąca swoje znów nauki.

## Z MIĘDZYNARODOWEGO TERENU PRACY. NAD REUMATYZMEM.

Międzynarodowa Liga do walki z reumatyzmem, mająca swoją główną siedzibę w Amsterdamie wydaje okresowo zbiór materjałów w sprawie reumatyzmu p. t.: Acta Rheumatica. Wyszedł właśnie zaszyt drugi w maju b. r. Na czele numeru wypisane jest motto: „Każda choroba o charakterze społecznym winna być zwalczana w okresie jej rozpoczęcia a nie na końcu". Chory na reumatyzm stanowi nowy problem dla lekarza".

Międzynarodowe Biuro Ligi uprasza, by przedstawiciele Narodowych Komitetów do walki z reumatyzmem, jako też inne zainteresowane osoby lub towarzystwa zasilały „Acta Rheumatica" wiadomościami o pracach i o wszystkich zdarzeniach, tyczących się organizacji walki z reumatyzmem.

Rząd holenderski zwrócił się na drodze dyplomatycznej do rządów tamże akredytowanych z zawiadomieniem o utworzeniu się Międzynarodowej Ligi do walki z reumatyzmem.

Przyjęto z małemi zmianami schemat badań, opracowany przez angielskie ministerstwo zdrowia. Stwierdzono, iż cztery czynniki, odgrywają przyczynową rolę w powstawaniu reumatyzmu. Schemat badań jest stosowany w wielu klinikach i poradniach.

Wydano katalog dzieł i prac o reumatyzmie.

Wskazanem jest, by każda praca naukowa o reumatyzmie i z zakresu społecznego była przesłana do Generalnego Sekretarza w Amsterdamie Kaizergracht 489. Również wskazanem jest by katalogi księgarskie książek lekarskich miały osobny dział o reumatyzmie.

W związku z zamieszaniem jakie panuje w międzynarodowej nauce w sprawie nomenklatury i istoty schorzeń reumatycznych, International Advisory Bureau, ma zamiar zaprosić z rozmaitych krajów kilku rzeczoznawców na polu badań nad schorzeniami reumatycznemi, by przeprowadzili badania w Amsterdamie na pewnej liczbie chorych, aby potem wspólnie wydać sprawozdanie z wyników tych badań. W Holandji ścierają się nietylko ze sobą poglądy niemieckie, francuskie i angielskie, ale nadto chorzy badani wykazują charakterystyczne cechy, które rozmaitym krajom są właściwe.

Biuro gromadzić będzie z rozmaitych krajów dane, które mają znaczenie społeczne i rozsyłać je będzie komitetom narodowym.

W czasie od 13 — 18 września odbędzie się w Budapeszcie Międzynarodowy Kongres dla walki z reumatyzmem.

Zgłoszono narazie następujące referaty:

„Stosunek między ostrym a chronicznym reumatyzmem w krajach zastąpionych w Międzynarodowej Lidze".

„Znaczenie badań serologicznych i hematologicznych u reumatyków".

Oprócz tego będą wykłady z zakresu balneologji.

Z Budapesztu wyjadą członkowie Kongresu do Wiednia, gdzie zwiedzać będą klinikę prof. Wenkebacha, gdzie będą przedstawieni chorzy, a obcy rzeczoznawcy wydadzą swe orzeczenia.

W czasie od 22 — 27 lipca 1929 r. odbędzie się Międzynarodowy Kongres „Actinologji" w Paryżu pod przewodnictwem prof. d'Arsonvala, na którym omawiana będzie kwestja terapji świetlnej przy chronicznym reumatyzmie.

Z początkiem sierpnia odbędzie się kongres staraniem „Federation Dentaire International" w Utrechcie, na którym wygłoszony zostanie referat:

„Nauka dentystyczna a medyczny problem reumatyzmu".

Czwarty zjazd niemiecki towarzystwa dla walki z reumatyzmem odbył się 5 i 6 kwietnia b. r. w Wiesbadenie. Zjazd ten miał uczestnikom pokazać co miejsce zdrojowe z nastawieniem naukowem zdziałać może na polu zwalczania reumatyzmu; zwłaszcza służyć miało ono za wzór dle specjalnych zakładów lub specjalnych oddziałów w powszechnych szpitalach.

Instytut badawczy dla nauki balneologji i przemiany materji w Wiesbadenie jest wzorem naukowej placówki na polu schorzeń reumatycznych. Składa się z oddziału klinicznego o 90 łóżkach ze wszystkiemi nowoczesnemi urządzeniami dla djagnostyki, posiada własne kąpiele w zakładzie jakoteż urządzenia dla laboratoryjnych badań fizjologicznych i biologicznych. Dr. Harpuder, kierownik zakładu, przedstawił szeroko zakreślony materjał o dzisiejszym stanie wiedzy w zakresie przemiany materji w chorobach reumatycznych i poddał krytycznej ocenie rozmaite nowoczesne metody lecznicze.

Dyrektor wewnętrznego oddziału szpitala miejskiego w Wiesbadenie Dr. A. Geronne przedstawił cały szereg reumatyków o rozmaitych postaciach schorzeniach i wskazał, że przy należytym doświadczeniu na tem polu leczenie nawet bardzo ciężkich przypadków daje dobre wyniki.

Uczestnicy Zjazdu odwiedzili sąsiednie miasto Frankfurt nad Menem i zwiedzili zakład fizykalnej terapji, na którego czele stoi prof. Dr. Strassburger, pionier fizykalnych metod leczenia. Tenże oprowadzając uczestników wyraził się, że

nie jest wskazanem, by terapja fizykalna wyodrębniła się z całości medycyny jako odrębna gałąź. Przeciwnie należy ją stosować na równi ze środkami farmaceutycznemi i innym arsenałem medycyny. Ale należy się tej metody leczniczej nauczyć narówni z innemi metodami leczniczemi. Fizykalna terapja nie może być pasierbem medycyny.

Wśród innych problemów poruszonych na tym zjeździe przeprowadzono odgraniczenie i ujednostajnienie nomenklatury rozmaitych reumatycznych schorzeń. Wybrano nadto specjalną komisję, która ma się zająć statystycznem badaniem rozmiarów chorób reumatycznych.

Dr. Schanz z Drezna wygłosił referat na temat: „Reumatyzm, niedowład, zużycie". Prelegent twierdził, że niektóre cierpienia, uchodzące za reumatyczne, są właśnie objawami płaskiej stopy i wywołane zostały przeciążeniem. Również i w kręgosłupie mogą występować bóle wskutek przeciążenia, a uważane są za reumatyczne. Silne zużycie stawów daje te same skutki, co nadmierne obciążenie. Z należytego rozpoznania też wypływa celowa terapja.

W końcu „Acta Rheumatica" podają spis prac naukowych o reumatyzmie, które ukazały się od października 1928 r. do końca marca 1929 r.

## DONIOSŁE ZMIANY W NIEMIECKIEM USTAWODAWSTWIE O UBEZPIECZENIU PRACOWNIKÓW UMYSŁOWYCH.

Nowelizacja ustawy z 20 grudnia 1911 r. o ubezpieczeniu urzędników prywatnych była już od dłuższego czasu przedmiotem usilnych starań i zabiegów niemieckiego świata pracowniczego. W pierwszym rzędzie chodziło o złagodzenie warunków uzyskania świadczeń, przedewszystkiem zaś o skrócenie okresu wyczekiwania dla rent, wynoszącego dotychczas 120 miesięcy składkowych. Szczególnie w ubiegłym roku przy omawianiu nowego polskiego ustawodawstwa o ubezpieczeniu pracowników umysłowych ukazywały się niejednokrotnie w niemieckiej prasie pracowniczej głosy, domagające się wprowadzenia korzystniejszych dla pracowników postanowień ustawy polskiej.

Te słuszne żądania pracowników niemieckich zostały częściowo przynajmniej zaspokojone. Ustawa z dnia 7-go marca 1929 r. (Reichsgesetzbl. I. S. 75) skróciła okres wyczekiwania do 60 miesięcy. Jeszcze bodaj donioślejszym społecznie jest dalszy przepis tej ustawy, w myśl którego za niezdolnego do wykonywania zawodu uważa się ubezpieczonego, który ukończył 60 lat życia i conajmniej przez rok pozostaje nieprzerwanie bez pracy. Prawo do renty w tym wypadku powstaje od chwili ustania uprawnień do świadczeń z powodu braku pracy i trwa do chwili objęcia jakiegokolwiek zatrudnienia, uzasadniającego obowiązek ubezpieczenia. Przepis powyższy otrzymał narazie charakter przejściowy i będzie obowiązywać do końca 1933 r., prawa jednak do rent, nabyte przed tym terminem, pozostaną i nadal w mocy.

Wprowadzenie pozostawania bez pracy, jako warunku, uzasadniającego prawo do świadczeń z ubezpieczenia na wypadki ,oparte na życiu, jest ze stanowiska teorji ubezpieczeniowej zasadniczo niewskazane, gdyż czynnik ten nie może być uwzględniony w założeniach asekuracyjno - technicznych ze ścisłością w tej gałęzi ubezpieczeń. Z drugiej jednak strony niemożność uzyskania pracy przez pracowników starszych, szczególnie dająca się odczuć przy częstych zmianach metod pracy (dzisiejsze Niemcy żyją zaś właśnie pod znakiem racjonalizacji pracy) wynika nietyle z warunków panujących na rynku pracy, ile z niemożności przystosowania się pracownika starszego do zmienionych warunków pracy. Taki brak pracy, którego powody nie zależą od rynku pracy, lecz od indywidualnych warunków pracownika, nie stanowi właściwie ryzyka, pokrywanego przez ubezpieczenie na wypadek braku pracy. Wobec zaś braku jakichkolwiek innych podstaw do zabezpieczenia losu pracowników, objętych tem specyficznem bezrobociem, zrozumiałem staje się uznanie niemożności uzyskania pracy wskutek podeszłego wieku za jednoznaczne z niezdolnością do wykonywania zawodu w rozumieniu ustawy o ubezpieczeniu emerytalnem. Łączy się z tem ta może tylko chwilowa korzyść, że unika się narazie konieczności obniżenia do 60 lat życia granicy wieku, uprawniającej do uzyskania renty starczej, co było również jednym z najważniejszych postulatów świata pracowniczego. Obniżenie granicy wieku musiałoby w konsekwencji prowadzić do znacznego podrożenia kosztów ubezpieczenia i ewentualnie konieczności podwyższenia składki; niedaleka przyszłość pokaże czy postanowienia ustawy z 7-go marca 1929 r. do tych samych rezultatów nie doprowadzą.

**Roman Garlicki.**

# KSIĄŻKI I CZASOPISMA.

**DR. JÓZEF ZIELIŃSKI. „Higjena Pracy". Warszawa, 1929. Nakładem Instytutu Gospodarstwa Społecznego. Słowo wstępne Ludwika Krzywickiego.**

Książka dr. Józefa Zielińskiego o higjenie pracy, która jest zbiorem artykułów z tego zakresu, ogłoszonych w czasopismach lekarskich oraz w „Robotniku", ukazała się prawie w półtora roku po śmierci autora.

Wydanie tej książki ma dla świata pracy w Polsce pierwszorzędne znaczenie, gdyż pisał ją człowiek, który był nietylko lekarzem, ale przedewszystkiem i nadewszystko wielkim marzycielem i entuzjastą, który całem swem gorącem sercem świat pracy ukochał, dla niego do ostatnich chwil swego życia pracował.

Z kart tej książki tchnie szczera i serdeczna troska o zdrowie i życie polskiego najmity, tchnie wiara w lepsze jutro, które będzie wyzwoleniem świata pracy z dzisiejszej poniewierki i ucisku.

Trzeba przejść po naszych fabrykach, biurach i warsztatach, aby przekonać się w jak okropnych warunkach, urągających najbardziej elementarnym przepisom higjenicznym, pracuje robotnik i urzędnik, jak nie szanuje się zdrowia pracowników, zmuszając ich do pracy w lokalach ciemnych, brudnych, wilgotnych, źle przewietrzanych.

Jeszcze kilka lat temu higjena pracy była w Polsce czemś zupełnie nieznanem i dopiero „przed kilku laty po powrocie do kraju, tak pisze o sobie autor, zająłem próżną placówkę, nieposzukiwaną przez nikogo".

Dr. Józef Zieliński, pracując kolejno w Ministerstwie Zdrowia i w Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej poświęca się całkowicie i wyłącznie sprawom higjeny pracy.

Dzięki usilnej pracy i energji dr. Józefa Zielińskiego zo-

staje w Polsce zapoczątkowane ustawodawstwo z dziedziny higjeny pracy. Nie wyliczając tutaj wszystkich Jego prac z tego zakresu, należy jednak wyraźnie zaznaczyć, iż wszystkie wydane ustawy czy rozporządzenia w sprawach higjeny pracy zostały przez niego opracowane.

Pisząc artykuły, które są zebrane w tej książce, dr. Józef Zieliński pragnął, aby je czytali kierownicy robotniczego ruchu zawodowego, lekarze, którym powierzona jest opieka nad zdrowiem robotnika, inspektorzy pracy, którzy w pierwszym rzędzie mają wpływ na higjeniczne urządzenie i utrzymanie warsztatów pracy, wreszcie wszyscy ci, którym nie jest obca troska o zdrowie i życie polskiego pracownika, a nadewszystko sami zainteresowani — robotnicy i pracownicy najemni.

Książka ta jest dla każdego czytelnika prawdziwą skarbnicą wiadomości z zakresu higjeny pracy, opartych na najnowszych badaniach i doświadczeniach naukowych.

Charakteryzując warunki higjeniczne, w jakich pracownik zmuszony jest pracować, autor pisze: „szewc, co wykończa pantofelki balowe w swej podziemnej suterenie wilgotnej, szwaczka, co szyje suknie jedwabne w ciasnej pracowni, dusznej na poddaszu, malarz, co trującemi farbami maluje obrazy, kasjer, co całe godziny siedzi w swej klatce rozpalonej, wszyscy są skazani na chorobę i śmierć przedwczesną".

Rozpatrując sprawę wydajności pracy człowieka, autor podkreśla, iż „aby ją zwiększyć, podwoić, zmusza się robotnika do podwójnej pracy, znosi się pracę na dniówkę, przerwy, odpoczynek... A tymczasem higjena pracy stoi odłogiem. Nikt w niej nie szuka leków i zbawienia. Nikt nie chce poznać czarownych jej skutków".

„Niechaj robotnik nasz odżywia się dobrze, mieszka po ludzku, przychodzi do fabryki niezmęczony, niechaj zakład pracy będzie dlań ogniskiem zdrowem, wesołem i schludnem, niechaj praca jego nie będzie szkodliwa, męcząca, ciężka i wyczerpująca, a wydajność pracy się zwiększy, robotnik przestanie złorzeczyć, lud polski nie będzie tak cierpiał, Polska wejdzie na nowe tory".

Higjena pracy służąc sprawie ochrony zdrowia i życia pracowników, ma wielkie znaczenie dla ubezpieczeń społecznych, a przedewszystkiem dla Kas Chorych. Dr. Józef Zieliński rozpatrując w swej pracy ten związek pomiędzy higjeną pracy a ubezpieczeniami zaznacza: „nasze zaś ubezpieczenia, nasze Kasy Chorych nie rozumieją interesu własnego w podniesieniu zdrowotności warunków pracy, w zapobieganiu wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym".

„Kasy Chorych w Polsce są przepiękną instytucją, chlubą przed całym światem. Mogły były powstać tylko w chwili rozpędu wyzwoleńczego. Niechaj jednak przełamią okowy rutyny, nie tylko leczą, lecz i zapobiegają chorobom, niechaj pojmą swe wielkie posłannictwo i obowiązek: zajmować się higjeną, dać wszystkim większym zakładom pracy swych higjenistów, swych lekarzy fabrycznych".

Polecając gorąco książkę dr. Józefa Zielińskiego wszystkim tym, którym nie jest obcy los i przyszłość polskiego robotnika, należy powtórzyć życzenie wyrażone przez prof. L. Krzywickiego w przedmowie do tej książki, a mianowicie: „Niechaj książka idzie w świat i tam po śmierci d-ra J. Zielińskiego oddziaływa w duchu jego przekonań na umysły, a przedewszystkiem na serca! Jesteśmy pewni, że jej ukazanie się będzie zwrotnym punktem w taktyce naszego świata pracy: książka uświadomi robotników o znaczeniu higjeny pracy i skłoni, ażeby te sprawy za pośrednictwem związków zawodowych wzięli w swoje ręce. Ziszczą się wtedy najukochańsze marzenia dzielnej pamięci szermierza, który w agonji przedśmiertnej powtarzał jeszcze: pragnąłbym zginąć, walcząc o higjenę pracy..."

**„ZDROWIE".** W Nr. 2/1929 tego pisma ogłosił p. dr. Jerzy Babecki artykuł: „O zasadniczych podstawach działalności Kas Chorych". Ciekawy jest stosunek autora do tak poważnego tematu. Autor jest jakby „bezstronnym słuchaczem" własnego artykułu. Pisze on bowiem, że Kasom Chorych „stawia się" zarzuty, „niektórzy" twierdzą... i t. d. Wynikałoby właściwie z tego tonu, iż autor nie uznaje słuszności tych zarzutów. Ponieważ jednak p. dr. Babecki zagadnienia te omawia, musimy uznać, że zarzuty te uważa za słuszne i na nie odpowiedzieć. Myśl zasadnicza Autora jest następująca: Fakt zorganizowania Kas Chorych zwolnił pracodawcę „od obowiązku interesowania się warunkami bytu i zdrowia pracowników. Dla pracodawcy stało się obojętne, czy jego pracownik traci wiele dni pracy z powodu choroby, czy staje się prędzej niezdolny do pracy, bo koszty z tem związane ponosi nie on, lecz Kasa Chorych. Jeżeli pracownik zapadnie na gruźlicę na skutek złych warunków wietrzenia lub ogrzewania w fabryce, to na tem ucierpi robotnik i Kasa Chorych, ale nie pracodawca. Osobisty więc interes bynajmniej nie zmusza fabrykanta do wglądu w warunki bytowania jego pracowników, do starań o lepsze dla nich mieszkania, hygjeniczne urządzenia w fabryce, natryski, umywalnie, do organizacji sprzedaży w fabryce gorącego mleka na drugie śniadanie i t. p. inowacyj, tak często i z wielkim pożytkiem dla obu stron stosowanych we wzorowych zakładach przemysłowych tych krajów, gdzie Kasy Chorych niema, n. p. w Ameryce".

Z tego wynika, iż przed zorganizowaniem Kas Chorych (np. w byłej dzielnicy rosyjskiej przed 1920 r.) pracodawcy nasi myśleli o mleku dla robotników, o drugich śniadaniach, o kontrolowaniu stanu higjenicznego ich mieszkań, słowem — idylla. Zdaje się, że Szan. Autor zbyt mało orjentuje się w warunkach życia robotniczego, pisząc te słowa. Szkoda poprostu tracić czas na udawadnianie, że się myli, wystarczy wskazać tylko na sprawozdania naszych inspektorów pracy lub Komisji Ankietowej, by stwierdzić, jak wielką jest jego pomyłka. Konkluzją tej idylli jest twierdzenie: „Niektórzy idą tak daleko, iż twierdzą, że system sprawowania opieki nad zdrowiem robotnika i jego rodziny przez Kasę Chorych może się w pewnych wypadkach okazać gorszy, niż przy istnieniu lekarzy fabrycznych". Zdaje się, że p. dr. Babecki nie widział wogóle naszych Kas Chorych ani też przedwojennych kas fabrycznych, **skoro może powiedzieć, iż: ‚niektórzy idą tak daleko", że wyżej stawiają kasy** fabryczne od obecnie istniejących.

Autor stwierdza, iż w wielu wypadkach jednostki aspołeczne wykorzystują Kasy, otrzymując nadmierne świadczenia, gdy jednocześnie inne osoby myślące społecznie korzystają ze świadczeń tylko wówczas, gdy są rzeczywiście chore. Stąd wniosek Autora następujący: „Zarząd Kasy Chorych w oficjalnych sprawozdaniach i na wystawach ilustruje pięknemi wykresami wzrost lecznictwa z roku na rok, wzrost liczby udzielonych porad i zabiegów, wydanych leków, jakby szczycąc się niemi i liczbami temi stara się wykazać pomyślny rozwój Kas Chorych. Trudno jednak ten rozwój uznać za zadawalniający. Wszak ta statystyka wskazuje poniekąd na coraz gorszy stan zdrowia ubezpieczonych, **a więc smutnie może świadczyć o samej instytucji** (podkreślenie nasze — Red.), mającej nad tem zdrowiem pieczę i wywołuje obawę, że nie prędko ustaną narzekania na braki Kasy Chorych." P. dr. Babecki jest lekarzem i może w piśmie poświęconem higjenie twierdzić, iż gorszy stan zdrowia ubezpieczonych „smutnie może świadczyć o samej instytucji". Słowem Kasa „źle leczy". Czy tak? Tak my przynaj-

mniej to zdanie zrozumieliśmy. Cóż dziwić się ubezpieczonym, którzy przychodzą do Kasy — jak twierdzi Autor — po „tygrysie mleko" skoro lekarz składa winę na Kasy Chorych za zły stan zdrowia jej członków. Związek przyczynowy między płacą, mieszkaniem a zdrowiem człowieka jest rzeczą dzisiaj tak powszechnie znaną, ba truizmem, iż dziwić się tylko można, że z pod pióra lekarza wychodzą takie twierdzenia.

Jakie są środki zaradcze?

P. dr. Babecki twierdzi, iż zasadniczy błąd naszych Kas Chorych leży w ich organizacji. Zdaniem p. dr. Babeckiego „lecznictwo Kasy Chorych nie jest niczem innem, jak współdzielczą formą leczenia. Każda zdrowa kooperatywa musi być oparta na handlowych podstawach. Członek, który wpłaca do niej więcej, musi mieć w pewnej mierze prawo i gwarancję większych zysków". Nie możemy na łamach „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych" rozpocząć dyskusji na temat istoty i zadań spółdzielczości. Ograniczymy się tylko do stwierdzenia, że jest to spółdzielczość „specjalnego nabożeństwa". Oczywiście, że są i takie spółdzielnie i tacy spółdzielcy, którzy — mówiąc słowami p. dr. B. — wpłacając do niej więcej, muszą mieć w pewnej mierze „prawo i gwarancję większych zysków". Tego rodzaju pogląd na istotę spółdzielczości przypomina niektóre nasze spółdzielnie budowlane, które budując swym członkom, za pieniądze płynące z podatków, kilkunastopokojowe wille, rzeczywiście dają prawo i gwarancję nawet do bardzo wielkich zysków.

Wobec takiego poglądu na istotę spółdzielczości nie można już dziwić się oryginalności poglądów dr. Babeckiego na organizację Kas Chorych.

A mianowicie: „Jeżeli składka ubezpieczonego wynosi 10 zł. miesięcznie i stawka pracodawcy 15 zł. — razem daje to 25 zł. miesięcznie, 300 zł. rocznie. Przypuśćmy, że świadczenia Kasy na rzecz ubezpieczonego i jego rodziny wyniosły w ciągu roku tylko 50 zł. Pozostałą niewykorzystaną sumę 250 zł. możnaby podzielić na 5 części, z których 2/5 — 100 zł. byłyby przelane do Kasy ogólnej na korzyść instytucji (ogółu ubezpieczonych), drugie 100 zł. byłyby złożone jako oszczędności dla ubezpieczonego, lub zwrócone mu jako premjum za zdrowie, a ostatnią piątą część — 50 zł. zwracanoby pracodawcy, jako premjum za zdrowie jego pracownika.

Teoretycznie przyjęcie podobnej zasady byłoby sprawiedliwe, a praktycznie mogłoby dać bardzo dodatnie wyniki. Przy opracowywaniu przyszłej ustawy o ubezpieczeniach, zasadę tę, w tej czy innej formie, należałoby uwzględnić."

Pomijamy już wszelkie względy natury techniczno-administracyjnej, np. w jaki sposób obliczyć, iż ubezpieczony A i jego rodzina kosztowały Kasę w ciągu jednego roku np. 50 zł. Sam pomysł jest czemś tak niebywałem, że wprost dziwić się należy, że wogóle mógł powstać.

Uczy nas wprawdzie nasza P. K. O. iż „Oszczędność — to zdrowie", jednak nikt dotychczas nie uczył nas, iż „zdrowie — to oszczędność". Tak rozumować będzie oczywiście każdy ubezpieczony i będzie się starał leczyć tanio, by przy końcu roku zaoszczędzić na swem zdrowiu choćby 50 zł. Ba, nawet pracodawca będzie propagatorem tej sui generis oszczędności, oczywiście i on skorzysta na tem, albowiem otrzyma premję w myśl zasady: zdrowie — to oszczędność.

A owe „typy aspołeczne", przychodzące do Kasy Chorych po „tygrysie mleko"? Wobec tego, iż ubezpieczony leczony będzie za tę kwotę, jaką wpłacił a tylko pewna część zostanie wpłacona do Kasy ogólnej, co się stanie w tym wypadku np. w razie epidemji, jeżeli kwoty te zostaną już wyczerpane? Kasa automatycznie zmuszona będzie przerwać leczenie członka, choćby najbardziej chorego, jeżeli on sam tego nie uczyni, by zasłużyć na miano człowieka oszczędnego.

Na tych przykładach widzimy nierealność projektu p. dr. Babeckiego. Przyczyna tej nierealności jest zupełnie zrozumiała. P. dr. Babecki nie zdaje sobie sprawy z charakteru ubezpieczeniowego Kas Chorych. Charakter ten nadaje im, między innemi, „wspólność ryzyka" t. j. że składka jest wypadkową tych kosztów i świadczeń, jakie Kasa obowiązana jest ponosić dla ubezpieczonych i ich rodzin. Można oczywiście dyskutować nad zagadnieniem, czy w danem państwie składka nie jest zbyt niska lub zbyt wysoka, można szukać środków zaradczych celem przeciwdziałania nadmiernym świadczeniom (jakkolwiek jest to zjawisko, którego przyczyny w dużej mierze leżą poza Kasą Chorych), jest jednak rzeczą niedopuszczalną, by można było szukać rozwiązania tego zagadnienia w płaszczyźnie techniczno - administracyjnej. Absurdalność projektu dr. Babeckiego polega właśnie na braku zrozumienia istoty Kas Chorych, jako instytucji ubezpieczeniowej.

---

Redakcja „Zdrowia" ogłosiła ten artykuł jako artykuł dyskusyjny, nie zgadzając się zapewne z pomysłami dr. Babeckiego.

---

**K. KORNIŁOWICZ. Akcja społeczno-kulturalna w górnictwie angielskiem wraz z dodatkiem o analogicznej akcji w Czechosłowacji i o Śląskim Funduszu Wolnych Kuksów.** Warszawa, 1929, str. 96, Instytut Gospodarstwa Społecznego. Skład Główny w Księgarni Robotniczej, Warecka 9.

Ukazała się nakładem Instytutu Gospodarstwa Społecznego w cyklu „Notatki informacyjne" praca P. Kazimierza Korniłowicza p. t. „Akcja społeczno-kulturalna w górnictwie angielskiem".

Książka ta zapoznaje nas z działalnością kulturalną w górnictwie angielskiem prowadzoną na wielką skalę i planowo w oparciu o t. zw. Górniczy Fundusz Społeczno-Kulturalny. Podstawę prawną akcji dała w Wielkiej Brytanji ustawa górnicza z r. 1920 obciążająca przedsiębiorstwa górnicze daniną w wysokości 1 pensa od tonny wydobytego węgla na rzecz powyższego Funduszu. Zadaniem „Funduszu" jest przedewszystkiem zakładanie różnych inwestycyj na cele związane z poprawą życia kulturalnego górników a więc na organizację rozrywek (tereny rozrywkowe, domy ludowe i t. d.), urządzenia społeczno-higjeniczne (domy rekonwalescentów, kąpieliska i t. d.), na oświatę (kursy dla dorosłych górników, stypendja uniwersyteckie i t. d.). Autor daje szczegółowy opis dwu działów akcji, opierając się na danych źródłowych i osobistych obserwacjach. Książkę uzupełnia dodatek w którym znajdujemy zwięzłe omówienie analogicznej akcji w Czechosłowacji i na Górnym Śląsku oraz projekt utworzenia w Polsce Społeczno-Kulturalnego Funduszu Górniczego.

Na końcu książki podane są źródła.

**„INFORMATOR". Biuletyn Kasy Chorych m. Poznania.**

Ukazał się Nr. 1 tego wydawnictwa, którego celem jest informowanie ubezpieczonych o gospodarce Kasy.

„Ubezpieczony winien wiedzieć — pisze Redakcja — co się robi w Kasie, do której należy, winien śledzić bacznie jej gospodarkę. Istnieją coprawda Rady Kasy Chorych i Zarządy Kas, wybrane przez ubezpieczonych. Trudności jednak techniczne nie pozwalają członkom tak Rad jak i Zarządów zetknąć się z każdym ubezpieczonym, by w każdym wypadku informować go szczegółowo o pracach i zamierzeniach Kasy. Jest to wprost nie do pomyślenia. A przecież każdy przyzna, że ubezpieczony interesuje się tem, co się w danej Kasie dzieje i co wogóle robi się dla jego dobra.

Biorąc powyższe pod uwagę, Zarząd Kasy Chorych m. Poznania postanowił dotychczasowy stan rzeczy zmienić i znaleźć drogę, na której mógłby dotrzeć do najknajszerszych rzesz członków Kasy i umożliwić im dokładne zapoznanie się z pracami Kasy i jej poczynaniami. Za najwłaściwszą ku temu drogę Zarząd uznał wydawanie specjalnego „Informatora", który umożliwiłby „utrzymanie stałego i bezpośredniego kontaktu między Kasą Chorych a ubezpieczonymi".

Zarząd Kasy Chorych w Poznaniu nie ma zamiaru wydawania pisma, mającego na celu reklamy Kasy Chorych, pisze bowiem:

„Raz jeszcze podkreślamy, że zdajemy sobie sprawę z istniejących niedomagań Kasy m. Poznania. Niedomagań tych nie usunie się za jednym zamachem — na to trzeba dłuższego czasu. Na drodze do podniesienia poziomu Kasy stoją wielkie trudności, a trudności te zwalczymy tylko wtedy, gdy wzajemnie będziemy sobie pomagali".

Nr. 1 „Informatora" najwięcej miejsca poświęca sprawie, która Kasę poznańską najbardziej wówczas interesowała, t. j. sprawie strajku lekarzy. Znajdujemy tam szereg dokumentów, które ukazują także i odwrotną stronę medalu tej akcji lekarskiej.

Z „Informatora" dowiadujemy się wreszcie, że Kasa poznańska wprowadza ciekawą inowację — wypłatę zasiłków przez pocztę. Rzecz, godna zastanowienia, — przyszłość pokaże, czy ten eksperyment się powiedzie.

## DR. JÓZEF KOWALEWSKI.

### STAN MIESZKAŃ SŁUŻBY FOLWARCZNEJ W ŚWIETLE LICZB NA TERENIE B. KRÓLESTWA KONGRESOWEGO, WARSZAWA 1927 R.

Należy się uznanie autorowi za wydanie tej cennej książeczki, ilustrującej stan kultury higjenicznej naszej wsi na terenie dawnej Kongresówki. Starania o poprawę bytu materjalnego były w większym lub mniejszym stopniu przez właścicieli ziemskich uwzględniane, ale warunki mieszkaniowe nie uległy żadnym zmianom, a przecież są wprost rozpaczliwe.

Autor zadał sobie trud zbadania choćby części mieszkań służby folwarcznej . Majątków na terenie dawnego zaboru rosyjskiego jest 6290, a folwarków 12,106. Zbadano 18.6% folwarków mieszkania służby folwarcznej. Badania te wykazały, że we wszystkich 5 województwach jest mieszkań jednoizbowych 85.05%, dwuizbowych 13.99%, trzyizbowych 1.29%. Najwięcej jest mieszkań jednoizbowych, w województwie lubelskiem 87.53% na 100 mieszkań, w kieleckiem 86.61%, łódzkiem 84.21%, warszawskiem 83.97%, białostockiem 77.24%. Domy, w których służba folwarczna mieszka są w 51.82% drewniane a w 48.18% murowane.

Ogólna liczba osób w zbadanych 17.639 mieszkaniach wynosi 102.234, czyli że na jedno mieszkanie przypada 6 izb, a ponieważ 83.8% mieszkańców zajmuje mieszkania jednoizbowe, przeto mieszkania te są przepełnione i ciasne, jeżeli się jeszcze weźmie pod uwagę, że na jednego mieszkańca przypada w jednoizbowem zaledwie przeciętnie 9.29 m³ przestrzeni, w dwuizbowem 14.57, a w trzyizbowem 18.54. Faktycznie przedstawiają się stosunki jeszcze gorzej, Albowiem na 100 mieszkań jednoizbowych przypada na 1 osobę powierzchni do 3 m³ w 32.66%, od 3 — do 5 m³ w 44.49%, od 5 — 7 m³, w 14.44% a wyżej 7 m³ w 8.36 mieszkaniach. Jeżeli weźmiemy pod uwagę przestrzeń mieszkań otrzymamy, że na 100 mieszkań jednoizbowych na 1 osobę przypada do 9 m³ przestrzeni 49.15%, od 9 — 15 m 35.65%, od 15 — 21 lat u 9.67%, wyżej 21 lat u 5.53%. Z tego wynika, że prawie *trzecia część mieszkań jednoizbowych pod względem powierzchni t. j. 32.66% i prawie połowa mieszkań pod względem przestrzeni t j. 49.15% przypadających na jedną osobę kiwania.* Również i mieszkania drugiej grupy są niedostate- *należą do mieszkań zupełnie się nie nadających do zamiesz-* czne zarówno pod względem powierzchni jak i przestrzeni. Cyfrowo jest mieszkań jednoizbowych 296.558, dwuizbowych 76.893, trzyizbowych 4.246. Ale nietylko pod względem wymiarów i zagęszczenia są mieszkania służby folwarcznej antisanitarne, ale także pod względem oświetlenia mieszkania istnieją warunki wprost fatalne. Albowiem badania wykazały, że *ciemnych mieszkań jednoizbowych* jest 57.94%, niedostatecznie oświetlonych dziennem światłem 23.02%, czyli 80.96% mieszkań nie odpowiada wymaganiom stawianym przez higjenę . Najgorsze warunki są w województwie lubelskiem, kieleckiem. Ale i 53.69% mieszkań dwuizbowych i 37.44% trzyizbowych są niedostatecznie oświetlone światłem dziennem. Choroby zakaźne mają wspaniałe warunki rozwoju, tembardziej, że *te ciemne mieszkania są najgęściej zaludnione.*

Nadto mieszkania te albo zupełnie nie są przewietrzane, albo przewietrzanie jest wadliwe. Przedewszystkiem sama służba folwarczna nie jest dostatecznie uświadomiona co do wartości i znaczenia higjenicznego i pożytku dla zdrowia regularnego przewietrzania mieszkania, ale pozatem okna mieszkań są zamurowane i nie można ich otwierać, ani nie posiadają lufcików, tak że w *39.58% mieszkań jednoizbowych okna są nieotwieralne a 83.81% nie ma lufcików.* Mieszkania dwuizbowe mają w 14.85% a trzyizbowe w 4.40% okien nieotwieralnych. Nie może zatem być mowy o prawidłowem przewietrzania mieszkania.

Do ogrzewania służą najczęściej piece do gotowania i pieczenia. Zaledwie *3.97% mieszkań jednoizbowych ma oddzielnie piece od ogrzewania* pomieszczeń. Z mieszkań dwuizbowych jest 51.92% trzyizbowych 94% mieszkań, które posiadają oddzielne piece do ogrzewania mieszkania. Z zestawienia tego wynika, że *mieszkania służby folwarcznej są ogrzewane niedostatecznie.* Oprócz pieców brak również okien podwójnych, zabezpieczających mieszkanie w zimie przed utratą ciepła. Tylko 5.93% mieszkań jednoizbowych, 21.29% dwuizbowych a 49.78% trzyizbowych ma podwójne okna. Brak okien podwójnych ma ujemny wpływ na stopień ogrzewania mieszkań, z drugiej zaś strony niedostateczne przewietrzanie przy jednoczesnem nagrzewaniu mieszkań z powodu gotowania może powodować — jak słusznie autor zaznacza — zatrzymanie ciepła w ustroju, co jest szkodliwe dla zdrowia, szczególnie dla niemowląt . Większa umieralność niemowląt w porze letniej ma związek z zatrzymaniem ciepła w ustroju wskutek nadmiernego przegrzewania mieszkań. Dzieci na wsi mają jednak większą możność przebywania na powietrzu co wpływa na zmniejszenie umieralności.

W związku z wielką ciasnotą mieszkań służby folwarcznej muszą być urządzenia wewnętrzne nader prymitywne, nie odpowiadające wymogom higjeny i zdrowia. Przedewszystkiem brak dostatecznej liczby łóżek. Ciasnota nie pozwala na ustawienie większej liczby łóżek. W następstwie tego śpią starsi z młodszymi i istnieje możność obserwacji życia płciowego. Badania autora wykazały, że na jedno mieszkanie jednoizbowe przypada łóżek 2.16, dwuizbowe 2.58, trzyizbowe 3.55. Brak pieniędzy i zrozumienia wpływa, że w mieszkaniach dwu i trzyizbowych również nie ma dostatecznej liczby łóżek. Są mieszkania jednoizbowe, w których na 9 osób przypada jedno łóżko.

Brak zatem dostatecznej liczby łóżek stwarza warunki sprzyjające szerzeniu się chorób zakaźnych a zwłaszcza gruźlicy.

W mieszkaniach służby folwarcznej nie może być mowy o zachowaniu czystości, albowiem stan podłogi, który decyduje o czystości mieszkania przedstawia się najgorzej. *W tym stanie podłóg* — mówi słusznie autor — *przejawia się w całej pełni obojętność, jaką pewna część właścicieli folwarków wykazuje wobec swych pracowników.*

Zaledwie 20.5% mieszkań jednoizbowych mają podłogi drewniane a 79.5% podłogi wysoce niehygjeniczne. Ale nawet te drewniane podłogi są przeważnie zgniłe i zepsute 6.63% mieszkań ma podłogę z cegieł, wskutek tego unosi się drobny pył z każdej cegły, przy zamiataniu a nawet chodzeniu. Pył nie może być usunięty, gdyż mieszkania są nie przewietrzane, dostaje się zatem do organizmu, czyniąc go mniej odpornym na choroby płucne i wogóle zakaźne. W 66.81% mieszkań są podłogi z gliny ubitej, a 6.06% z ziemi ubitej, podłogi takie nie mogą być wogóle zmywane.

Jeżeli się doda do tego, że drzwi mieszkań otwierają się często wprost na dwór, że nieszczelnie się zamykają, że widać ślady robactwa na ścianach, a w 23.41% mieszkań są zepsute dachy z zaciekami na sufitach i nikt nie myśli o naprawie dachów, otrzymamy rozpaczliwy obraz mieszkań służby folwarcznej.

Również zaopatrzenie służby folwarcznej w wodę jest niedostateczne, albowiem 10.66% ludności używa wody nie nadającej się do użytku, 67.62% korzysta z wody wątpliwej dobroci, gdyż czerpanej ze studni kopanych i odkrytych, nadto korzystanie z wody jest często ograniczone z powodu zbyt dużej odległości od źródła czerpania wody.

W końcu poświęcił autor również nieco uwagi ustępom znajdującym się w obrębie mieszkań służby folwarcznej. Wogóle sprawa ustępów jest źle postawiona. Na 102.234 osób jest zaledwie 1.521 ustępów, czyli przeciętnie jeden ustęp na 67 osób. Nadto 13.61% ustępów znajduje się blisko mieszkań nie w odległości 10 metrów — i w skutek tego rozszerza się naokoło domu zatruwająca woń; nadto — wskutek tego plaga much roznosicieli chorób a bliskość studzien lub źródeł powoduje chemiczne i bakterjologiczne zatrucie wody. Tak się przedstawia tragedja mieszkaniowa służby folwarcznej na terenie dawnej Kongresówki.

Byłoby bardzo interesujące otrzymać porównawcze dane z mieszkań innych zaborów.

Autor jest wyższym urzędnikiem Departamentu Służby Zdrowia i przedłożył swojej władzy przełożonej hańbiący dokument o stosunkach mieszkaniowych wielkiej części Polski. Czy Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zechce z całą energją wystąpić wobec zagrożonego zdrowia wielkiej liczby mieszkańców? A przecież autor zbadał zaledwie stosunki 18.6% folwarków z liczbą mieszkańców przeszło 102.000 czyli można przyjąć że je zamieszkuje conajmniej 500.000 mieszkańców we wszystkich folwarkach gdyż nie należy przypuścić, by w reszcie folwarków t. j. 71.4% były stosunki lepsze.

Autor słusznie dowodzi, że naprawa stosunków tych może nastąpić tylko na drodze prawnej, albowiem właściciele ziemscy odrzucają żądania dotyczące poprawy warunków mieszkaniowych.

*Dr. Heński.*

**UZUPEŁNIENIE**

**artykułu „Organizacja Władz Nadzorczych Kas Chorych" (Nr. 1, 1929 P. U. S.).**

Otrzymaliśmy następujące pismo:

Na podstawie reskryptu Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej z dnia 31.VII 1922 r. Nr. 905.VIII Okręgowy Urząd Ubezpieczeń w Poznaniu nie wykonywa orzecznictwa aż do czasu wydania przez Ministerstwo rozporządzenia o postępowaniu przed Okręgowemi Urzędami Ubezpieczeń, zapowiedzianego w par. 8 Rozporządzenia z dnia 27.III.1922 r. Do tego czasu obowiązek wykonywania orzecznictwa b .dzielnicy pruskiej w dalszym ciągu spełniają istniejące tam urzędy ubezpieczeń (powiatowe, względnie miejskie oraz wyższe).

*(—) Bronisław Siwik.*

# TREŚĆ:


**B — i.** — „Pomoc lekarska" st. m. Warszawy.

**Dr. E. Birsowski.** — Zagadnienie pracy zawodowej kobiety a ubezpieczenie społeczne.

Wyrok Sądu Najwyższego w sprawie umowy z lekarzami w K. Ch. m. Warszawy.

**R. T.** — Ilustracja w sprawie dokonywania przez K. Ch. rozrachunku ze skarbem Państwa.

**J. I-k.** — Ustawa belgijska o ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

**Kronika.**

**Książki i czasopisma.**



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 „Robotnik", Warecka 7.

# *Bilans Okręgowego Związku Kas Chorych w Łodzi na dzień 31 grudnia 1928 r.*

| | STAN CZYNNY | | | STAN BIERNY | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | GOTÓWKA | | 3.673.78 | KASY CHORYCH za nadpłacone świadczenia i składki: | | |
| 2 | BANKI: | | | A. Kasy Chorych za nadpłacone składki: | | |
| | 1. Bank Gospodarstwa Krajowego | 111.255,00 | | 1. P. K. Ch. w Kaliszu zł. 1.929,88 | | |
| | 2. Bank Związku Spółek Zarobkowych | 84,289.50 | | 2. „ „ Pabjanicach „ 31.17 | | |
| | 3. P. K. O. w Warszawie | 18.074.87 | 213.619.37 | 3. „ „ Turku „ 47.49 | 2.008.54 | |
| 3 | KASY za ŚWIADCZENIA i SKŁADKI | | | B. Kasy Chorych za nadpłac. świadcz.: | | |
| | A. Kasy Chorych za zaległe składki: | | | 1. P. K. Ch. w Kaliszu zł. 2.435.63 | | |
| | 1. Kasa Chor. m. Łodzi Zł. 385.122.27 | | | 2. „ „ Koninie „ 901.78 | | |
| | 2. P. K. Ch. w Koninie „ 770.48 | | | 3. „ „ Turku „ 755.38 | | |
| | 3. „ „ Kole „ 1.167.37 | | | 3. „ „ Zd. Woli „ 1.343.71 | 5.439.50 | 7.445.04 |
| | 4. „ „ Ozorkowie „ 3.514,17 | | | 2 WIERZYCIELE: | | |
| | 5. „ „ Piotrkowie „ 28.732.17 | | | a) Og. Państw. Zw. Kas. Ch. w Warszawie | 4.099.86 | |
| | 6. „ „ Radomsku „ 20.731.92 | | | b) P. K. Ch. w Turku za lokaty gotówki | 5.000.— | |
| | 7. „ „ Słupcy „ 522.73 | | | c) Szpitale według specyfikacji | 27.447.20 | |
| | 8. „ „ Tomaszowie „ 7.144.18 | | | d) Zakł. lecz. specjal. i t. p. wg. specyfikacji | 3.626.— | |
| | 9. „ „ Wieluniu „ 1 485.76 | | | e) przedsiębiorstwa budowlane: | | |
| | 10. „ „ Zd. Woli „ 1.984.34 | 451.175.39 | | a) 5% kaucji od rach. w-g specyfikacji zł. 24.231.87 | | |
| | B. Kasy Chorych za świaczenia: | | | b) należn. za wykon. rob. w-g specyfikacji „ 31.521.05 | 55.753.92 | |
| | 1. Kasa Chorych m. Łodzi Zł. 65.808.91 | | | f) różni w-g specyfikacji | 2.736.59 | 98.663.57 |
| | 2. P. K. Ch. w Kole „ 352 16 | | | 3 POŻYCZKI HIPOTECZNE: | | |
| | 3. „ „ Kutnie „ 5.00 | | | Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Warszawie za długoterminową pożyczkę hipoteczną | | 350.000.— |
| | 4. „ „ Ozorkowie „ 36.841.53 | | | 4 FUNDUSZ AMORTYZACYJNY: | | |
| | 5. „ „ Pabjanicach „ 12.001.71 | | | a) odpisy za lata ubiegłe | 12.202.48 | |
| | 6. „ „ Piotrkowie „ 5.548.59 | | | b) odpisy za rok sprawozdawczy | 942.02 | 13.144.50 |
| | 7. „ „ Radomsku „ 3.230.06 | | | 5 FUNDUSZ ZAPASOWY: | | |
| | 8. „ „ Słupcy „ 200.77 | | | A. Z odpisów (10%) ogólnych wpływów) w myśl § 16 statutu Związku: | | |
| | 9. „ „ Tomaszowie „ 13.893.20 | | | a) stan początkowy zł. 109.310.08 | | |
| | 10. „ „ Wieluniu „ 1.786,05 | | | b) tegoroczny przydział „ 114.464.55 | 223.774.63 | |
| | 11. „ „ Włocławku „ 42.00 | 139.719.99 | 590.895.38 | B. Z NADWYŻEK BILANSOWYCH: | | |
| 4 | WEKSLE w portfelu | | 4.783 78 | a) stan początkowy zł. 667 324.72 | | |
| 5 | DŁUŻNICY: a) różni według specyfikacji | | 5.354.33 | b) tegoroczny przydział „ 829.176.51 | 1.496.501.23 | 1.720.275.86 |
| 6 | KOSZTY BUDOWY według specyfikacji | | 1.281.510.07 | | | 2.189.528.97 |
| 7 | WYDAWNICTWA: | | | | | |
| 8 | 2.689 szt. „O ranach i ich leczeniu | | 3.732.10 | | | |
| | RUCHOMOŚCI: a) zakupione w latach ubiegłych | 13.801.86 | | | | |
| | b) zakupione w roku sprawozdawczym | 219.50 | 14.021.36 | | | |
| 0 | NIERUCHOMOŚCI: wartość placów | | 71.938.80 | | | |
| | | | 2.189 528.97 | | | |

KSIĘGOWY:
**(—) St. Ebert**

P. O. DYREKTOR:
**(—) J. Kieler.**

PRZEWODNICZĄCY:
**(—) J. Danielewicz.**

KOMISJA REWIZYJNA:
PRZEWODNICZĄCY: **(—) M. Hudec,**
CZŁONKOWIE: **(—) Br. Matwin,**
**(—) Sz. Milman.**

# Rachunek działalności Okręg. Związku Kas Chorych w Łodzi za rok sprawozdawczy 1928.

| | WYDATKI | | | | WPŁYWY | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | KOSZTY ADMINISTRACYJNE | | | | 1 | SKŁADKI CZŁONKOWSKIE: | | |
| | A. OSOBOWE: | | | | | a) wymierzono w roku sprawozdawczym . | | 1.024.887,16 |
| | a) odszkodowanie członków Władz Związku | Zł. 7.268.04 | | | 2 | ODSETKI: | | |
| | b) płace personelu biurowego . . . . . | „ 30.046.32 | | | | a) od zaległych świadczeń i składek . . . . . zł. 31.041.24 | | |
| | c) ubezpieczenie pracowników . . . . . | „ 4 026.52 | | | | b) od lokacji w bankach. . . „ 2.941.71 | 33.982.95 | |
| | d) koszty delegacji, podróży, rozjazdów i t. p. | „ 1.695.95 | 43.036.83 | | 3 | SUBSYDJUM z funduszu inwestycyjnego Ogólno Państw. Związku Kas Chorych . | 85.775.58 | 119.758.53 |
| | B. RZECZOWE: | | | | | | | |
| | a) druki i materjały piśmienne . . . . . | „ 1.773.78 | | | | | | |
| | b) opał i światło . . . . . | „ 582 89 | | | | | | |
| | c) poczta, telefon, telegraf . . . . . | „ 3.231 30 | | | | | | |
| | d) dzierżawa lokalu biurowego . . . . . | „ 2.000.00 | | | | | | |
| | e) różne wg. specyfikacji . . . . . | „ 5.360 51 | 12.948.48 | 55.983.31 | | | | |
| | KOSZTY LECZNICZE: | | | | | | | |
| | a) płace personelu leczniczego . . . . . | | | 6.193.35 | | | | |
| | KOSZTY LUSTRACJI: | | | | | | | |
| | a) płace personelu . . . . . | | 4.632.42 | | | | | |
| | b) koszty podróży, przejazdów i t. p. . . . | | 1.611.84 | 6.244.26 | | | | |
| 2 | ŚWIADCZENIE: | | | | | | | |
| | a) retaksacja recept i t. p. . . . . | | | 4.440.77 | | | | |
| | KOSZTY OGÓLNE: | | | | | | | |
| | a) składka członk. na Og. Państw. Zw. K. CH. | | 32.106.12 | | | | | |
| | b) składka na fund. inwest. Og. P. Zw. K. Ch. | | 85.775.58 | | | | | |
| | c) administracja własnych nieruchomości . | | 461.59 | | | | | |
| | d) dyskonto weksli obcych . . . . . | | 7.149.55 | | | | | |
| | e) różne . . . . . | | 1.706 08 | 127 198.92 | | | | |
| | ODPISY NA FUNDUSZ AMORTYZACYJNY: | | | | | | | |
| | a) z nieruchomości 25% . . . . . | | | 942.02 | | | | |
| | ODPISY NA FUNDUSZ ZAPASOWY: | | | | | | | |
| | a) 10% od wpływów w myśl. par. 16 Statutu Związku . . . . . | | 114.464.55 | | | | | |
| | b) nadwyżka bilansowa . . . . . | | 829.176.51 | 943.641.06 | | | | |
| | | | | 1.144.645 69 | | | | 1.446.645.69 |

KSIĘGOWY:
**(—) St. Ebert.**

P. O. DYREKTOR:
**(—) J. Kieler.**

PRZEWODNICZĄCY:
**(—) J. Danielewicz.**

KOMISJA REWIZYJNA:
PRZEWODNICZĄCY: **(—) M. Hudec.**
CZŁONKOWIE: **(—) Br. Matwin.**
**(—) Sz. Milman.**

## Powiatowa Kasa Chorych w Piotrkowie

OGŁASZA

# KONKURS

**na stanowisko lekarza Oddziału Kasy Chorych w Kamieńsku** z siedzibą w Wojciechowie, miejscowości letniskowej, położonej w pobliżu miasteczka o kilku tysiącach mieszkańców. Oddział Kasy Chorych w Kamieńsku obejmuje opieką lekarską około 2 000 osób.

Od kandydatów, ubiegających się o to stanowisko, wymagane są następujące warunki:

1. Obywatelstwo polskie.
2. Nieprzekroczony 45 rok życia.
3. Prawo praktyki lekarskiej przyznane przez władze Państwa Polskiego.
4. Przynajmniej 3 letnia praktyka zawodowa, z czego conajmniej jeden rok praktyki szpitalnej (pożądaną jest praktyka w Kasie Chorych).
5. Znajomość akuszerji.
6. Świadectwo zdrowia.

Warunki wynagrodzenia zależne są od umowy.

Oferty z dołączonemi dokumentami, odnoszącemi się do wymaganych od kandydatów warunków i dokładnym przebiegiem życia, przyjmowane będą pod adresem Powiatowa Kasa Chorych w Piotrkowie Trybunalskim do do dnia 20 marca 1929 r.

Dyrektor
**Z. Suchecki**

Przewodniczący Zarządu
**Dr. A. Próchnik**

# INSULIN "A.B."

TRADE A B MARK **Brand**

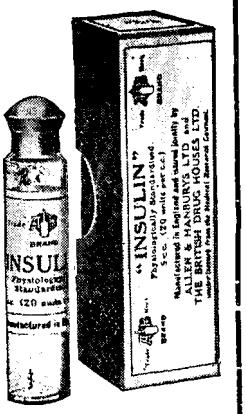
**Insulina „A. B." odznacza się:** Stałością jednostek, pełną mocą i stałem działaniem we wszystkich klimatach, czystością i zupełną jałowością, brakiem odczynów białkowych, wobec czego niema ubocznych szkodliwych działań.

**Aktywność Insuliny „A. B."** jest zapewniona przez dokładne fizjologiczne mianowanie i ustalenie na podstawie przyjętej jednostki. Każda serja Insuliny przed wypuszczeniem na rynek zostaje poddana badaniom Rady Medycznych Badań.

Insulina dostarczana jest w dwuch stężeniach:

**20 jednostek w 1 cm³**
Opakowana w flakonach, zaw.:
5 cm³ (100 jednostek lub 10 dawek)
25 cm³ (500 „ „ 50 „ )

**40 jednostek w 1 cm³**
Opakowana w flakonach, zaw.:
5 cm³ (200 jednostek lub 20 dawek)




Wszelkie szczegóły i najnowsza literatura zostanie przesłaną wszystkim Pp. Lekarzom.

**Allen & Hanburys Ltd. & The British Drug Houses Ltd. LONDON**

Główny Skład na Rzeczypospolitą Polską:
**Dom Handlowo - Komisowy „Sair" Sp. Akc.**
Warszawa, Plac Żelaznej Bramy Nr. 2.
Telefony: 526-01, 526-02, 526-03, 526-04, 526-05.

## Kasa Chorych m. Bydgoszczy

poszukuje dla swego

**Ambulatorjum Dentystycznego**

# 2 LEKARZY DENTYSTÓW

Oferty z życiorysem i podaniem warunków składać należy do dnia 30.III b. r. na ręce Zarządu Kasy Chorych m. Bydgoszczy, ulica dr. Emila Warmińskiego Nr. 2.

Zarząd Kasy Chorych
m. Bydgoszczy.

## Zarząd Powiatowej Kasy Chorych w Zaleszczykach

rozpisuje

# KONKURS

**na posadę lekarza naczelnego Kasy z siedzibą w Zaleszczykach.**

Wymagane:

1) Obywatelstwo polskie.
2) Prawo wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem.
3) Przynajmniej dwuletnia praktyka szpitalna lub pięcioletnia zawodowa.

Warunki według umowy.

Należycie udokumentowane podania należy wnosić do Zarządu Powiatowej Kasy Chorych w Zaleszczykach do 31.III.1929 r.

Dyrektor:
**B. Jękst.**

Przewodniczący Zarządu:
w z. **Schäffer.**