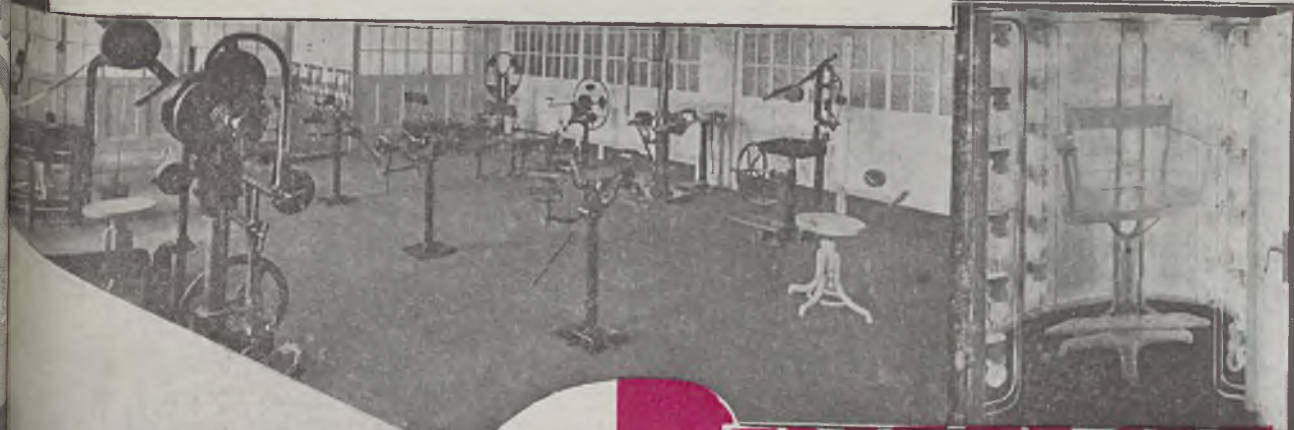
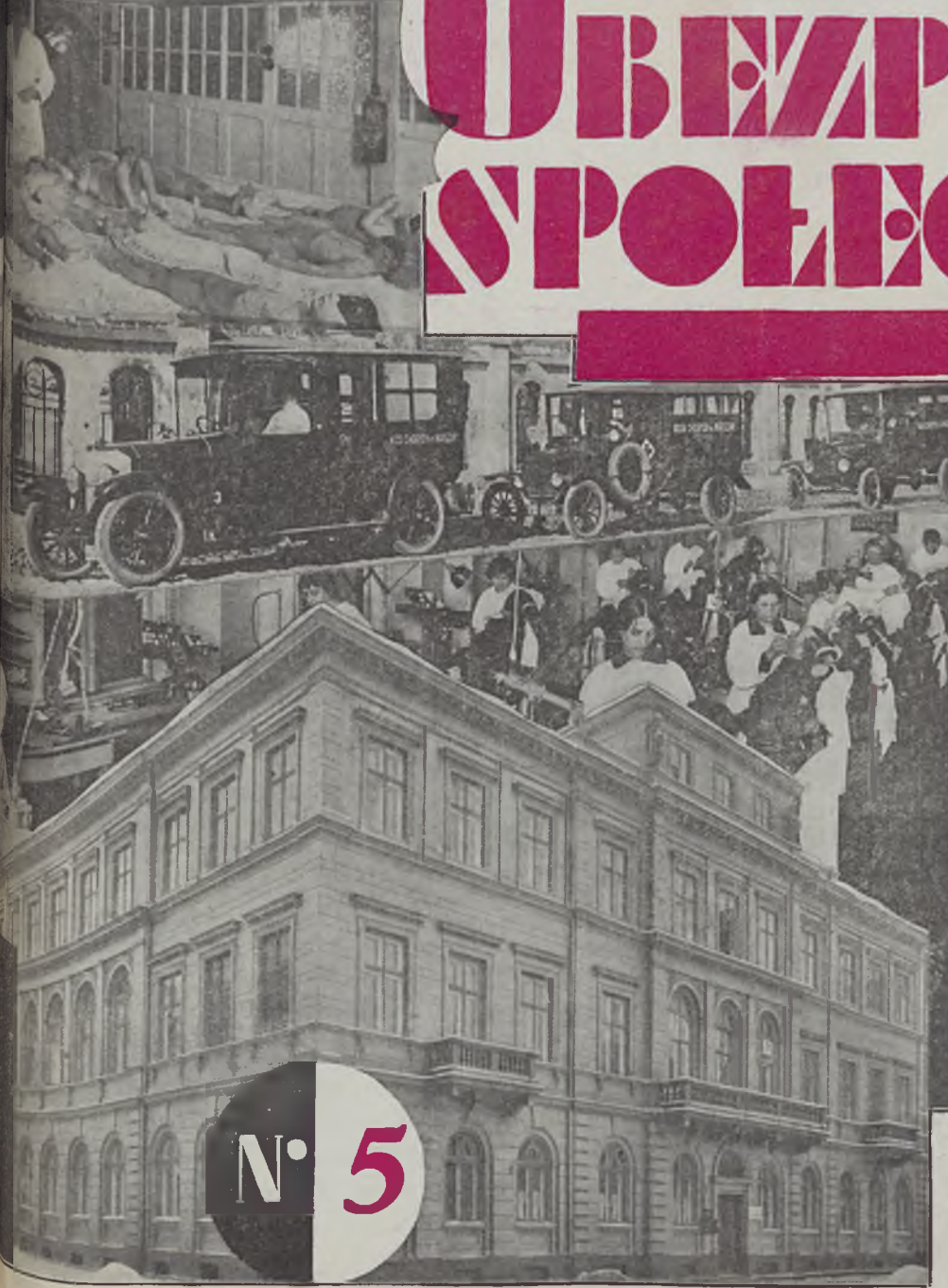
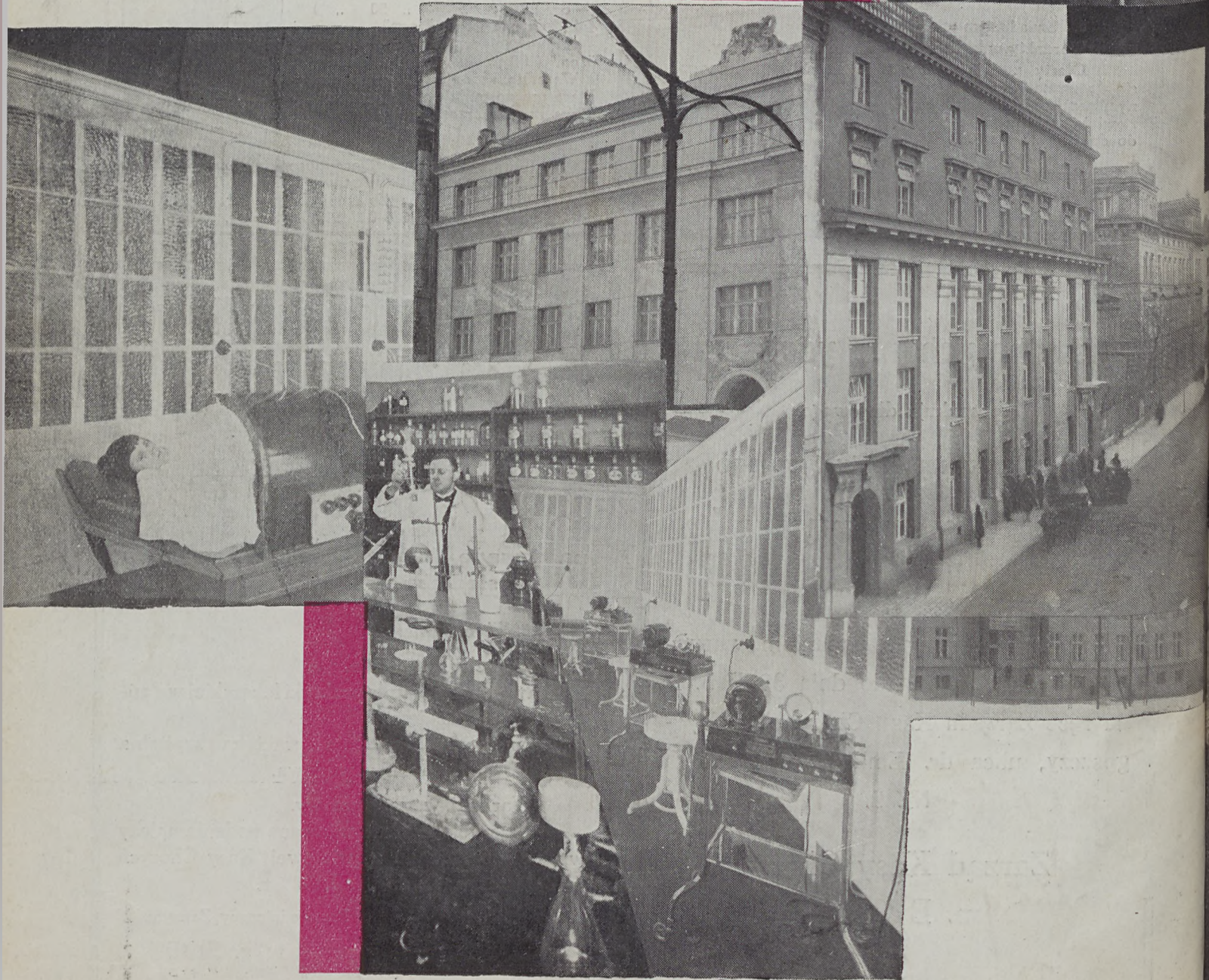


WYKAZ
CZŁONKÓW

1. Dr. J. J. ...
2. Dr. J. J. ...
3. Dr. J. J. ...
4. Dr. J. J. ...
5. Dr. J. J. ...
6. Dr. J. J. ...
7. Dr. J. J. ...
8. Dr. J. J. ...
9. Dr. J. J. ...
10. Dr. J. J. ...



PRZYGLĄD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH



ORGAN OGÓLNO
PAŃSTWOWEGO
ZWIĄZKU KAS
CHORYCH, POLSK

PRZEGLĄD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH

Organ Ogólnopanstwowego Zw. Kas Chorych w Polsce

ROK IV

MIESIĘCZNIK

ZESZYT 5

WARSZAWA, 1 MAJA 1929.

Ir.

STAN BEZKONTRAKTOWY W KASACH CHORYCH WOJ. POZNANSKIEGO I POMORSKIEGO *)

(DOKUMENTY).

I. UMOWA ZAWARTA MIĘDZY OKRĘGOWYM ZWIĄZKIEM KAS CHORYCH W POZNANIU A ZWIĄZKIEM LEKARZY ZACHODNIEJ POLSKI.

§ 1.

Praktykę lekarską w Kasach Chorych wykonywują w zasadzie lekarze, należący do Związku Lekarzy Zachodniej Polski, którzy odpowiadają wymogom ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim z dnia 2 grudnia 1921 r. (Dz. U. R. P. Nr. 105, poz. 762) i mają za sobą przynajmniej dwuletnią praktykę lekarską

Lekarze, należący do Związku Lekarzy Z. P., którzy praktykowali do 31-go grudnia 1928 r. w Kasach Chorych, praktykują w nich nadal. Lekarze, nienależący do Związku Lekarzy Z. P., którzy praktykowali w Kasach Chorych do 31-go grudnia 1928 r., wykonywują praktykę w dalszym ciągu bez jakichkolwiek ograniczeń co do czasu.

Lekarzy naczelných, lekarzy zaufania i lekarzy zakładowych mianuje Kasa Chorych po uprzednim zasięgnięciu opinii Związku Lekarzy Z. P., o ile kandydatem na to stanowisko jest członek Związku Lekarzy Z. P.

W razie wakansu na stanowisko lekarza kasowego (praktykującego) Związek Lekarzy Z. P. przedstawia kandydata, względnie kandydatów na to stanowisko; Zarząd Kasy albo przyjmuje do praktyki kandydata, proponowanego przez Związek Lekarzy Z. P., albo rozpisuje konkurs, przyczem kandydat względnie kandydaci, proponowani przez Związek Lekarzy Z. P., będą przyjęci do konkursu bez obowiązku powtórnego zgłaszania się.

O wyborze lekarza (czy to związkowego, czy pozazwiązkowego) na podstawie konkursu stanowi stała komisja kwalifikacyjna lekarska, urzędująca w Poznaniu, złożona z 3-ch członków. W skład tej komisji wchodzi: 1 lekarz, wydelegowany przez Okręgo-

wy Związek Kas Chorych w Poznaniu, 1 lekarz wydelegowany przez Związek Lekarzy Z. P. i wybrany przez nich arbiter.

Komisja kwalifikacyjna lekarska winna przy wyborze lekarza wziąć pod uwagę zarówno kwalifikacje fachowe, jak i etyczne kandydatów z uwzględnieniem przy równych kwalifikacjach na dane stanowisko, w miarę możliwości, w pierwszym rzędzie kandydatów, zaproponowanych przez Związek Lekarzy Z. P. względnie praktykujących w obrębie województw Poznańskiego i Pomorskiego.

§ 2.

Lekarz, należący do Związku Lekarzy Zachodniej Polski może być pozbawiony praktyki lekarskiej w Kasie Chorych tylko na podstawie wzajemnego porozumienia się między Zarządem Kasy Chorych a Związkiem Lekarzy Z. P. z wyjątkiem wypadków, przewidzianych w dalszych ustępach niniejszego paragrafu.

Jeżeli lekarz, należący do Związku Lekarzy Zachodniej Polski, a praktykujący w Kasie Chorych zostanie usunięty ze Związku Lekarzy Zachodniej Polski, to traci prawo praktyki lekarskiej w Kasie Chorych tylko wtedy, gdy Zarząd Kasy wyrazi na to swą zgodę; jeżeli jednak usunięcie lekarza ze Związku Lekarzy Zachodniej Polski nastąpiło z powodów natury fachowej, a dotyczących sposobu wykonywania

*) W Nr. 3 naszego pisma umieściliśmy artykuł p. Ir. p. t.: „Stan bezkontraktowy w Kasach Chorych wojew. poznańskiego i pomorskiego”, omawiający przebieg tej akcji. Obecnie drukujemy dokumenty: 1) umowę i 2) pismo wystosowane przez Okr. Zw. Kas Chorych w Poznaniu do Związku Lekarzy Zach. Polski. — Redakcja.

przez niego praktyki lekarskiej — na żądanie jednej ze stron sprawa będzie przekazana do rozpatrzenia i ostatecznego zacydowania komisji kwalifikacyjnej lekarskiej, przewidzianej w § 1.

Również na żądanie Zarządu Kasy Chorych Związek Lekarzy obowiązany będzie przedłożone przez Zarząd Kasy zarzuty, co do wykonywania praktyki lekarskiej przez lekarza, należącego do Związku Lekarzy Z. P. rozpatrzyć i w razie stwierdzenia słuszności tych zarzutów, w ciągu 6 tygodni ukarać lekarza włącznie do pozbawienia go praktyki w Kasach Chorych. Gdyby Zarząd Związku Lekarzy Z. P. nie wydał decyzji w ciągu 6-tygodniowego terminu lub jeśli z tej decyzji Zarząd Kasy Chorych nie był zadowolony, będzie mu przysługiwało w przeciagu 2-ch tygodni prawo przekazania sprawy Komisji Kwalifikacyjno-Lekarskiej, wymienionej w § 1 do rozpatrzenia i powzięcia ostatecznej decyzji.

§ 3.

Praktykę kasową wykonywać może tylu lekarzy, ilu wymaga rzeczywista potrzeba.

Jako normę przyjmuje się jednego lekarza na 1000 ubezpieczonych, a w Kasach miejskich 1 na 1000 z wyłączeniem specjalistów, do których w tym wypadku nie zalicza się internistów i pedjatrów.

Jeżeli chodzi o nowe stanowisko lekarskie, Kasa Chorych obsadza to stanowisko względnie rozpisuje konkurs w sposób, przewidziany w § 1 (ustęp 4, 5 i 6-ty), bądź z własnej inicjatywy, bądź na wniosek Związku Lekarzy Z. P.

W razie rozbieżności poglądów, co do rzeczywistej potrzeby obsadzenia nowego stanowiska — rozstrzyga Okręgowy Urząd Ubezpieczeń.

W razie opróżnienia się stanowiska lekarza kasowego (praktykującego) Kasa Chorych obowiązana jest ogłosić konkurs względnie obsadzić wolne stanowisko w sposób przewidziany w § 1 (ustęp 4, 5 i 6-ty), o ile przez obsadzenie tego stanowiska stosunek przewidziany w ustępie drugim niniejszego paragrafu nie będzie przekroczony.

§ 4.

Lekarze dopuszczeni do praktyki w Kasie Chorych otrzymywać będą wynagrodzenia za swą pracę w taki sposób, jak to miało miejsce przed dniem 1 stycznia 1929 r., o ile w oddzielnej umowie, zawrząc się mającej między Kasą Chorych a odnośnym obwodem Związku Lekarzy Z. P. obie strony zgodnie nie ustanowią innego sposobu wynagrodzenia lekarzy.

Tam, gdzie umówionym sposobem wynagrodzenia lekarzy jest ryczałt procentowy, obliczony w pewnym stałym procencie od dochodu ze składek Kas Chorych, ryczałt ten będzie odtąd obliczany **nie od przypisanych składek**, lecz od **rzeczywistego wpływu składek** w danym miesiącu bez względu na to, za jaki okres składki te zostały Kasie wpłacone. Za podstawę wymiaru ryczałtu uważa się składkę 6½% względnie taką składkę, jaką miała Kasa Chorych przed 1.I.1929 r.

Ryczałt procentowy przeznaczony jest na wynagrodzenie za pracę wszystkich lekarzy, zajmujących się leczeniem osób, uprawnionych w myśl przepisów

ustawy z 19.V.1920 r. (Dz. U. R. P. Nr. 44) do leczenia się w danej Kasie Chorych z wyjątkiem lekarzy szpitalnych i lekarzy w gabinetach fizykalnego leczenia.

W wypadkach, gdy umową, zawartą między Kasą Chorych a obwodem Związku Lekarzy Z. P. oprócz lekarzy, zamieszkałych na terenie danego powiatu, dopuszczeni będą do praktyki także lekarze z sąsiednich powiatów, jak również, gdy po poradę do lekarza zgłosi się chory, który mieszka wprawdzie na terenie tego samego, co lekarz powiatu, lecz jest uprawniony do leczenia się w Kasie Chorych sąsiedniego powiatu, lekarz otrzyma wynagrodzenie za swą pracę z ryczałtu tej Kasy Chorych, do której chory należy.

Zasady, ustalone przez Związek Lekarzy Z. P. dla rozrachunku honorarjów, należnych poszczególnym lekarzom za ich pracę, winny być stosowane w równej mierze do wszystkich lekarzy, praktykujących dla danej Kasy Chorych.

W Kasach Chorych, w których pracują lekarze wymienieni w ustępie 3-im niniejszego paragrafu, a wynagradzani w formie stałej płacy, lub mający gwarantowane minimum, a podpadający pod ryczałt, Kasy same wypłacać będą płace tym lekarzom potrącając je z sum, należnych obwodowi Związku Lekarzy Z. P. tytułem ryczałtu.

§ 5.

O ile w oddzielnej umowie między Kasą Chorych a obwodem Związku Lekarzy Z. P. obie strony zgodnie inaczej nie postanowią, zwrot kosztów przejazdów lekarzy do chorych będzie unormowany w ten sam sposób i w takiej wysokości, jak w umowie, obowiązującej do 31 grudnia 1928 r.

Jeżeli koszty przejazdów lekarzy objęte będą ryczałtem procentowym, to ta część ryczałtu, która przypada na zwrot kosztów przejazdów winna być osobno ustalona i w umowie oddzielnie zaznaczona.

Umowy lokalne określą bliższe szczegóły co do podziału ryczałtu między lekarzy pracujących w danej Kasie.

Ustęp ten odnosi się do Kas Chorych, w których pracują lekarze niezwiązkowi.

Związek Lekarzy przedkłada Kasom każdego miesiąca zestawienie podziału ryczałtu.

Wysokość ryczałtu, przeznaczonego na wynagrodzenie lekarzy za ich pracę, określą umowy lokalne, które zawarte będą między poszczególnymi Kasami Chorych, a odnośnymi Oddziałami Związku Lekarzy Z. P.

Punktem wyjścia dla oznaczenia wysokości ryczałtu winno być dążenie do utrzymania wydatków Kasy Chorych na lekarzy, objętych ryczałtem, na dotychczasowej wysokości według stanu z przed 1 stycznia 1929 r.

Od tej zasady rzeczywistego „status quo ante” mogą obie strony w drodze wzajemnego porozumienia się odstąpić na korzyść jednej ze stron tylko z ważnych przyczyn, uzasadniających konieczność wzgl. słuszność takiej zmiany.

W razie gdyby obie strony nie doszły do porozumienia co do wysokości ryczałtu, na żądanie jednej ze stron sprawa ta zostanie przekazana Komisji Ar-

bitrażowej w Poznaniu, która powołana zostanie przez okręgowy Urząd Ubezpieczeń w Poznaniu przy Okręgowym Związku Kas Chorych na województwa poznańskie i pomorskie, w ciągu 14 dni od dnia podpisania niniejszej umowy.

Przed przekazaniem sprawy do Komisji Arbitrażowej obie strony zgodnie ustanowią zapis, określający dokładnie przedmiot sporu wzgl. różnicę zdań, które uniemożliwiały porozumienie się.

Orzeczenie Komisji arbitrażowej będzie dla obu stron bezwzględnie wiążące, na okres trwania umowy. Gdyby jednak która ze stron czuła się pokrzywdzoną orzeczeniem Komisji Arbitrażowej, będzie miała prawo ograniczyć w umowie lokalnej moc obowiązującą orzeczenia Komisji Arbitrażowej do 1 roku z tem, że przed upływem tego czasu sprawa oznaczenia wysokości ryczałtu zostanie powtórnie rozpatrzoną i zdecydowaną przez Komisję Arbitrażową.

Do czasu wydania orzeczenia przez Komisję Arbitrażową lekarze otrzymywać będą zaliczkowo ryczałt taki sam, jaki Kasa wypłacała przed 1.I.1929 r.

Sprawa przekazania do orzeczeń Komisji arbitrażowej winna być załatwiona w ciągu najdalej 3-ch miesięcy, licząc od dnia przekazania.

§ 7.

Wymieniona w § 6 Komisja Arbitrażowa składa się z przewodniczącego, z dwóch przedstawicieli Kas Chorych, z których jednego deleguje zainteresowana Kasa Chorych, jednego zaś Okręgowy Związek Kas Chorych w Poznaniu oraz z dwóch przedstawicieli Związku Lekarzy Z. P., z których jednego deleguje Zarząd zainteresowanego Obwodu Związku Lekarzy Z. P., jednego Zarząd Związku Lekarzy Z. P. w Poznaniu.

Przewodniczącego powołują zgodnie przedstawiciele obu stron. W razie niedojścia do porozumienia przewodnictwo obejmie p. Bolesław Wybieralski, Dyrektor Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu, albo p. Dr. Czasz, Radca Magistratu w Poznaniu.

§ 8.

Lekarze, praktykujący w Kasach Chorych zobowiązują się przeznaczyć dla pacjentów kasowych odpowiedni co do rozmiarów i urządzenia oraz dostatecznie ogrzany pokój na poczekalnię.

W godzinach przyjęć, przeznaczonych dla pacjentów kasowych, pacjenci tak kasowi, jak i ewent. prywatni chorzy, oczekują na przyjęcie tylko w jednej wspólnej poczekalni.

Przyjęcie chorych odbywa się według kolejności ich zgłaszania się.

§ 9.

Kasy Chorych zastrzegają sobie prawo perjodycznej kontroli przez swych lekarzy naczelnych wzgl. lekarzy zaufania, poczekalni i gabinetów poszczególnych lekarzy praktykujących.

§ 10.

Lekarze dopuszczeni do praktyki lekarskiej w Kasie Chorych zobowiązują się leczyć każdą uprawnioną do leczenia się osobę według najlepszej wiedzy i sumienia, bez pobierania jakichkolwiek dopłat, a w razie odmowy przyjęcia zgłaszającej się po porady osoby, podać Kasie na jej żądanie powód odmowy.

§ 11.

Związek Lekarzy Z. P. zobowiązuje się do współdziałania z Okręgowym Związkiem Kas Chorych oraz przez swe obwody z Zarządami poszczególnych Kas w akcji, zmierzającej do ochrony interesów ogółu ubezpieczonych przed nadużyciami, — w szczególności, gdy chodzić będzie o walkę z symulacją oraz z nadmiernem szafowaniem leków.

Szczegółowe uzgodnione instrukcje w tej sprawie wyda Kasom Okręgowy Związek Kas Chorych a lekarzom związkowym Związek Lekarzy Z. P.

§ 12.

Ustawa niniejsza obowiązuje obie strony od chwili zawarcia do dn. 31.8.1931 r.

O ile umowa nie zostanie wypowiedziana na 6 miesięcy przed jej upływem, przedłuża się ją automatycznie zawsze na 1 rok.

§ 13.

Umowy lokalne winne być zawarte zgodnie z powyższymi zasadami i podlegają aprobacie Okręgowego Związku Kas Chorych i Zarządu Związku Lekarzy Z. P. w Poznaniu.

Poznań, dnia 2 marca 1929.

II. PISMO OKR. ZW. KAS CH. W POZNANIU DO ZWIĄZKU LEKARZY ZACH. POLSKI.

W odpowiedzi na zgłoszone przez Związek Lekarzy propozycje co do zawarcia umowy z Kasami Chorych względnie ze Związkiem Lekarzy Kas Chorych w Poznaniu, a w szczególności propozycje, odnoszące się do systemu lecznictwa w Kasach Chorych województwa poznańskiego i pomorskiego, Okręgowy Związek Kas Chorych w Poznaniu komunikuje co następuje:

Ustawa z dnia 19.V.1920 r. pozostawia Kasom Chorych zupełną swobodę w wyborze systemu lecznictwa, przyznając im prawo zakładania własnych szpitali, sanatorjów, ambulatorjów i t. d. Zarówno

więc ze względu na wyżej wymienioną ustawę, jak i ze względu na odpowiedzialność wobec ogółu ubezpieczonych za przestrzeganie i obronę praw, przysługujących Kasom Chorych, Zarządy wszystkich Kas są zgodne co do tego, że jakiegokolwiek zrzeczenie się uprawnień, przyznanych im przez ustawę, jest niedopuszczalne. Z tego powodu Okręgowy Związek Kas Chorych uznać musi za niemożliwe normowanie za pomocą umowy ze Związkiem Lekarzy sprawy systemu lecznictwa, zwłaszcza w sensie, ograniczającym swobodę korzystania Kas Chorych z praw im przysługujących.

Okręgowy Związek Kas Chorych w Poznaniu nie zapomina jednak, że lekarze, zrzeszeni w Związku Lekarzy Zachodniej Polski, a praktykujący w Kasach Chorych, są z rozmaitych przyczyn zainteresowani w tem, aby był im wiadomy kierunek rozwoju organizacji lecznictwa Kas Chorych. Wobec tego Okręgowy Związek Kas Chorych w Poznaniu w imieniu wszystkich Kas Chorych województwa Poznańskiego i Pomorskiego, z wyjątkiem Kasy Chorych miasta Torunia, Powiatowej Kasy Chorych w Mogilnie i Gdyni (Kasa Chorych na powiat morski) oświadcza:

Kasy Chorych nie przesadzając jak się ułożą stosunki w Kasach pod względem lecznictwa po wygaśnięciu zawręć się mającej umowy, stwierdzają, iż na czas trwania tej umowy zatrzymują, jako podstawę lecznictwa przyjmowanie chorych przez lekarzy w ich prywatnych gabinetach, system ten jednak zamierzają uzupełnić w ten sposób, aby lecznictwo w Kasach odpowiadało jak najlepiej potrzebom chorych i wymogom nowoczesnej wiedzy lekarskiej, zwłaszcza pod względem przyrodo-lecznictwa, specjalizacji lekarskiej, profilaktyki oraz nowoczesnych metod walki z chorobami społecznymi. Dla osiągnięcia tego celu Kasy Chorych będą urządzić i prowadzić:

- 1) gabinety dla fizykalnego lecznictwa i hydroterapii,
- 2) laboratorja chemiczno-lekarskie i bakterjologiczne,
- 3) stacje opieki nad kobietą ciężarną, matką i dzieckiem,

- 4) przychodnie przeciwgruźlicze.
- 5) stacje djagnostyczno-terapeutyczne dla chronicznego reumatyzmu,
- 6) stacje przeciwjaglicze,
- 7) stacje sanitarne typu ogólnego,
- 8) ambulatorja dla dojeżdżających lekarzy specjalistów w tych miejscowościach i gminach podmiejskich, gdzie okaże się potrzeba założenia takich ambulatorjów,

wreszcie

- 9) polikliniki chirurgiczne i ambulatorja okulistyczne w miejscowościach, gdzie niema odpowiedniego specjalisty i gdzie odpowiedni lekarz specjalista w najkrótszym czasie nie osiedli się.

Zakres działania stacji opieki nad kobietą ciężarną, matką i dzieckiem, przychodni przeciwgruźliczych, stacji dla zwalczania reumatyzmu i stacji przeciwjagliczych oraz stosunek ich do lekarzy przyjmujących chorych w swych gabinetach, określi regulamin, uwzględniający wydane w tej mierze przepisy i instrukcje Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej i Departamentu Służby Zdrowia, a ułożonych przez komisję specjalną, składającą się w równej liczbie z przedstawicieli Związku Kas Chorych i Związku Lekarzy, z przewodniczącym, powołanym zgodnie przez obie strony z grona lekarzy higienistów w Warszawie.

Okręgowy Związek Kas Chorych w Poznaniu.

PATRYCY DZIURZYŃSKI.

POWIERZENIE KASOM CHORYCH ŚCIAGANIA SKŁADEK UBEZPIECZENIA NA WYPADEK BRAKU PRACY.

Ustawę z dnia 18 lipca 1924 r. o zabezpieczeniu na wypadek bezrobocia uchwalano pod wrażeniem wzrastającego bezrobocia; Ustawa ta miała przede wszystkim na celu zapewnienie bezrobotnym wypłat zasiłków z funduszy społecznych, pokrywanych przez państwo, pracodawców i robotników. Obecnie po kilkuletniem doświadczeniu, gdy z powodu poprawy gospodarczej bezrobocie się zmniejszyło, a Fundusz Bezrobocia gromadzi znaczniejsze rezerwy, utrwała się przeświadczenie konieczności zmiany przepisów tej Ustawy i przystosowania jej bardziej do zmienionych warunków.

W jakim kierunku ma iść rozwój ubezpieczenia na wypadek braku pracy poruszał artykuł umieszczony w Nr. 7 „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych” z r. 1928. Przede wszystkim zakres osób ubezpieczonych winien być znacznie powiększony; wyłączenie drobnych przedsiębiorstw ze względów trudności organizacyjnych, lub robotników poniżej lat 18 ze względu na przewidywane duże ryzyko bezrobocia, jest obecnie niezasadne. Wysokość zasiłków jest zupełnie niedostateczna, normy więc tych świadczeń należy znacznie zwiększyć. Długość okresu zasiłkowego winna być przedłużona do 26 tygodni, gdyż 13-to, względnie 17-to tygodniowy okres zasiłkowy powoduje konieczność prowadzenia pań-

stwowej pomocy doraźnej po wyczerpaniu praw do zasiłków z akcji ustawowej. Nadto bezrobotny winien mieć zapewnioną w czasie choroby pomoc lekarską.

Najważniejszym środkiem walki z bezrobociem jest pośrednictwo pracy; instytucja ubezpieczenia na wypadek braku pracy jest zainteresowana najbardziej w usprawnieniu i rozszerzeniu tego pośrednictwa, stąd konieczność połączenia Funduszu Bezrobocia z Państwowymi Urzędami Pośrednictwa Pracy. Wypłacanie zasiłków jest tylko złem koniecznym, gdyż pieniądze te przepadają bezprodukcyjnie dla społeczeństwa, a więc należy dążyć do uruchamiania robót publicznych w okresach wzmagającego się bezrobocia, odpowiednio organizować rynek pracy przez udzielanie porad o wyborze zawodu, uruchamianie lub współdziałanie w zakładaniu szkół zawodowych itp. By miejscowe organy ubezpieczenia mogły wykorzystać lokalne warunki, muszą mieć przyznane znaczne uprawnienia w tym kierunku.

Wreszcie należy dążyć do racjonalizacji pracy i usprawnienia instytucji. Wprawdzie Fundusz Bezrobocia ze względu na swój odrębny charakter nie może być połączony z innymi ubezpieczeniami, jednak stworzenie obok Kas Chorych, czy przyszłych

Kas Ubezpieczeń Społecznych, drugiego olbrzymiego aparatu dla poboru i ściągania składek jest zupełnie nieracjonalne, albowiem jest to bardzo kosztowne, a nadto niedogodne dla pracodawców, dla których wygodniej jest przesyłać składki do jednego miejsca.

I w tym kierunku uchwalono w czasie ostatniej sesji sejmowej nowelizację kilku przepisów Ustawy, a mianowicie: rozszerzając zakres ubezpieczenia na wszystkie przedsiębiorstwa wymienione w art. 1 Ustawy, bez względu na ilość zatrudnionych pracowników, a nie jak dotychczas — zatrudniające ponad 5 pracowników, poddając obowiązkowi ubezpieczenia robotników od lat 16, zamiast 18, podnosząc maksymalną normę zarobku, od której oblicza się składki i zasiłki, z 7.50 do 10.00 zł. dziennie, zmieniając ponadto pewne postanowienia, dotyczące się robotników sezonowych, co polepszy dotychczasowy stan rzeczy. Ponadto przyjęto rezolucję, wzywającą rząd do nowelizacji Ustawy w kierunku połączenia Funduszu Bezrobocia z Państwowymi Urzędami Pośrednictwa Pracy, dalszego rozszerzenia zakresu osób ubezpieczonych, podwyższenia zasiłków, przedłużenia okresu zasiłkowego, oraz zapewnienia bezrobotnym pomocy lekarskiej.

Prawie więc wszystkie postulaty, wyrażone we wspomnianym artykule, zostały uwzględnione. Pominięto jednak zasadniczy postulat, zmierzający do racjonalizacji pracy i zmniejszenia kosztów administracyjnych: przekazania Kasom Chorych poboru i ściągania składek, należnych Funduszowi Bezrobocia. Sprawa ta jest jednak obecnie bardzo aktualna i ważna, gdyż uchwalona nowelizacja Ustawy, której wejście w życie uzależnione jest od uchwały senatu, rozszerza zakres ubezpieczenia na kilkunastokrotnie większą ilość przedsiębiorstw, niż dotychczas.

W chwili uchwalania Ustawy z dnia 18 lipca 1924 r. nie było jeszcze zorganizowanych na całym terenie b. zaboru rosyjskiego Kas Chorych, sprawa więc powierzenia im poboru i ściągania składek nie mogła być aktualna. Zresztą sprawa ta była wtedy drugorzędного znaczenia, tembardziej, że ilość przedsiębiorstw zobowiązanych do płacenia składek była stosunkowo nie duża. Ponadto technika poboru składek została możliwie uproszczona: przedsiębiorca winien po każdej dokonanej wypłacie, w praktyce — raz miesięcznie, nadsyłać zawiadomienia o ilości zatrudnionych robotników, ilości podlegających obowiązkowi ubezpieczenia, przypadającej składki od robotników i pracodawcy. Sprawdzenie takich zawiadomień przez Biura Obwodowe Funduszu Bezrobocia nie przedstawia tyle pracy, co np. sprawdzenie imiennych wykazów składek, należnych Kasom Chorych. Zawiadomienie każdego przedsiębiorstwa przedstawia jednakową pracę, wszystko jedno, czy przedsiębiorstwo to zatrudnia 10.000 czy 6 robotników. Niemożna nadto przy tym systemie prowadzić kartoteki ubezpieczonych i sporządzać rozmaitych danych statystycznych, dotyczących się tych ubezpieczonych, które to prace wymagają znacznej ilości pracowników.

Ilość zarejestrowanych na 1.1.28 r. zakładów

pracy przez Fundusz Bezrobocia na całym terenie państwa równała się ilości przedsiębiorstw Kasy Chorych na samym tylko terenie st. m. Warszawy, bez wliczania nawet t. zw. kont małych, służby domowej i dobrowolnie ubezpieczonych i wynosiła 24.713 zakładów. Na skutek rozszerzenia Ustawy na wszystkie przedsiębiorstwa bez względu na ilość zatrudnionych pracowników ilość ubezpieczonych robotników zwiększy się o około 800.000, przyjmując tedy na każdy zakład 2 — 3 pracowników, otrzymamy średnio około 320.000 nowych przedsiębiorstw. O ile jeden pracownik będzie w stanie prowadzić około 500 kont, pobór składek będzie wymagał zatrudnienia 640 pracowników; dołączając odpowiednią ilość kontrolerów, zatrudnionych w księgowości, kancelistów i maszynistek, Fundusz Bezrobocia będzie musiał przyjąć około 1.000 pracowników, gdyż wogóle ilość pracowników na 1.1.28 r. wynosiła tylko 611; oczywiście, oprócz tego potrzeba będzie zwiększyć ilość pracowników w dziale zasiłkowym i w państwowych urzędach pośrednictwa pracy.

Wpłynie to na znaczne procentowe zwiększenie się kosztów administracyjnych, które wynosiły dotychczas:

Według obliczeń	1926.	1927
Wydziału Ubezpieczeniowo-		
Matematycznego M. P. i O. S.	7.8%	9.3%
Funduszu Bezrobocia	5.64%	6.88%

W roku 1925 i 1926 koszty administracyjne są niskie, jednak zarówno zbyt niskie koszty, jak i zbyt wysokie, świadczą o niedociągnięciu organizacyjnym. Z chwilą gdy w r. 1927 Fundusz Bezrobocia wziął się do usprawnienia poboru składek, powiększając ilość prowadzących konta z 86 na 1.1.27. do 124 na 1.1.28 i kontrolerów z 42 do 61, koszty administracyjne musiały znacznie powiększyć się, a dalszy wzrost niewątpliwie będzie miał miejsce i w r. 1928.

W powyższych obliczeniach kosztów widzimy dwa sposoby w zależności od traktowania wydatków z państwowej pomocy doraźnej; metoda M. P. i Op. Społ. wydaje się właściwsza, jednak wliczanie

WSZELKIE REKLAMACJE Z POWODU

NIEREGULARNEGO DOSTARCZANIA

„Przeglądu

Ubezpieczeń Społecznych“

Kierować należy pod adresem Administracji:

WARSZAWA, UL. LWOWSKA 13.

wydatków na P. U. P. P. do kosztów administracyjnych jest częściowo nielogiczne.

Działalność bowiem P. U. P. P. ma przede wszystkim na celu pośrednictwo pracy, którego dalsze rozszerzenia i usprawnienie jest konieczne, gdyż przyczynia się w dużym stopniu do zmniejszenia wydatków, a mianowicie wypłat zasiłków; czynności te można w pewnym stopniu porównać do porad lekarskich, które przecież obciążają w Kasach Chorych świadczenia. Wydatki te więc nie powinny być wliczane do kosztów administracyjnych również i ze względu praktycznego, gdyż instytucja ubezpieczenia na wypadek bezrobocia ma rozszerzać zapośredniczenie pracy, a nie ścieśniać.

W wypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczonych, wpływy składek (przypisy) za 800.000 nowych członków, licząc maksymalnie po zł. 60 rocznie (łącznie z dopłatą Skarbu Państwa), wynoszą zł. 48.000.000

Wynagrodzenie zaś około 1.000 pracowników, zatrudnionych w dziale poboru i ściągania składek, licząc najmniej po zł. 4 tys. rocznie wynosi zł. 4.000.000
20% na koszty rzeczowe zł. 800.000

Razem zł. 4.800.000

A więc najmniej 10% sumy przypisów. Koszt poboru składek na jednego ubezpieczonego wyniesie rocznie około zł. 6.00.

Obciążenie więc kosztów administracyjnych z tytułu ściągania składek byłoby bardzo duże, co jest zresztą zupełnie usprawiedliwione przy stosunkowo nieznacznych wysokościach składek. Uregulowanie w ten sposób powyższej kwestji narazi tylko społeczeństwo na znaczne wydatki, chyba tylko dla satysfakcji stwarzania obok siebie dużych instytucji. Należy jednak pójść za przykładem zagranicy i przejąć stamtąd racjonalne, oszczędniejsze metody pracy. W Austrii i Niemczech składki ubezpieczenia na wypadek bezrobocia ściągają Kasy Chorych. Wyna-

grodenie za to ściąganie zostało uregulowane ostatnio w Niemczech zarządzeniem Ministra Pracy z dnia 27 grudnia 1928 r. i wynosi miesięcznie od jednego ubezpieczonego 0.04 mk.; a tylko w tych Kasach, gdzie liczba przedsiębiorstw jest większa, niż 1/5 ubezpieczonych, wynagrodzenie powiększa się o 0.005 m.; koszt więc pobierania i przekazywania składek wynosi rocznie na 1 ubezpieczonego 0.48 m., a więc nieco ponad zł. 1.00, gdy u nas mogą wynosić aż... zł. 6.00.

Rozszerzenie więc zakresu ubezpieczenia na wypadek bezrobocia winno nastąpić równocześnie z powierzeniem ściągania składek przyszłym Kasom Ubezpieczeń Społecznych. Powierzenie poboru składek obecnym Kasom Chorych jest ze względu na przewidywaną reorganizację, niewskazane. Kasy Ubezpieczeń ściągając 12% składek na pokrycie kosztów leczenia, rent wypadkowych, inwalidzkich, wdowich i sierocych, oraz 2% składki ubezpieczenia na wypadek bezrobocia będą mogły odpowiednio zorganizować swój aparat, a również zaprowadzić dokładną kartotekę ubezpieczonych i zestawiać dla Funduszu Bezrobocia na jej podstawie dane statystyczne w odniesieniu do ubezpieczonych, czego dotychczas Fundusz Bezrobocia nie mógł skutecznie; dane te są dla Funduszu Bezrobocia pierwszorzędno znaczenia, o ile nie chce się ograniczyć tylko do wypłaty zasiłków, lecz usuwać przyczyny bezrobocia. Oczywiście, Fundusz Bezrobocia winien mieć prawo pewnej kontroli działu finansowego Kas Ubezpieczeń, jako zainteresowany w poborze składek. Obecnie Min. Pracy i Op. Społ., jako organ nadzorczy, winno wypracować odpowiednio instrukcje i przygotować pracowników na stanowiska kierownicze przez urządzenie specjalnych kursów i wysłać na praktykę zagranicę.

Instytucja ubezpieczenia na wypadek bezrobocia nie będąc absorbowaną organizacją i poborem składek, będzie mogła oddać się całkowicie swemu głównemu zadaniu: pośrednictwu pracy i odpowiedniemu organizowaniu rynku pracy.

DOCHODY I WYDATKI CZECHOSŁOWACKICH UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ZA ROK 1928.

Przypis składek		W p ł y n ę ł o f a k t y c z n i e			Centralna ubezpieczalnia otrzymała od Kas Chorych	
Kasy Chorych	Ubezp. inwal. emeryt.	O g ó ł e m	z a			
1.	2.	3.	Ubezpieczenie inwal. emeryt.	Ubezpieczenie chorobowe	6.	
857.745.980.25	721.306.406.29	1.546.944.036.04	704.994.134.78	841.949.901.26	687.668.283.09	
Stosunek procent. kolumny 6 do 4		W y d a t k i u b e z p i e c z e Ń n a w y p a d e k c h o r o b y.				przeciętna liczba ubezpiecz. przymusowo i dobrowolnie
7.	8.	O g ó ł e m	Świadczenia pieniężne	Piecza lecznicza	Inne świadczenia	
9.	10.	11.	12.	13.	14.	
97.54	932.404.260.60	417.366.973.96	318.867.073.89	196.170.212.75	2.487.640.— osób	

Kwoty pieniężne obliczono w koronach czeskich (1 k. cz.=26 gr.)

KILKA DANYCH O WALCE Z GRUŻLICĄ NA TERENIE OKRĘGOWEGO ZWIĄZKU KAS CHORYCH W WARSZAWIE.

Okręgowy Związek Kas Chorych w Warszawie rozpoczął gromadzenie materiałów z dziedziny walki Kas Chorych z gruźlicą, we wszystkich jej przejawach. Zbieranie tych materiałów ograniczone zostało narazie do paru tylko specjalnych kwestyj, sądzimy jednak, że i te dane mogą być ciekawym przyczynkiem do antygruźliczej akcji społecznej na terenie swej działalności.

Na rozesłane kwestionariusze do 56 Kas odpowiedziało 35 Kas, a mianowicie: Aleksandrów, Augustów, Białystok, Ciechanów, Chełm Lub., Gostynin, Grajewo, Hajnówka, Hrubieszów, Janów Podlaski, Kolno, Kutno, Lipno, Lubartów, Lublin, Łomża, Łowicz, Maków, Międzyrzec, Płock, Płońsk, Pułtusk, Rypin, Siedlce, Sochaczew, Sokołów, Suwałki, Tomaszów Lubelski, Warszawa m., Warszawa pow., Węgrów, Włocławek, Włodawa, Zamość i Żywiec. Brak dość znacznej liczby Kas, jednakże wszystkie większe Kasy nadesłały już materiały.

Pierwszą kwestją, jaka się tutaj nasuwa — jest sprawa przychodni dla gruźlików. Jak wiemy, przychodnie te u nas mają charakter zapobiegawczo - leczniczy, przyczem pierwiastek leczniczy wybija się na pierwszy plan. Akcja zapobiegawcza jest postawiona słabiej, co uwydatnia się między innymi i w małej ilości higienetek społecznych, o czym niżej. Tak więc przychodnie przeciwgruźlicze zastępują poprostu w wielu wypadkach Kasom ich oddzielne ambulatorja dla gruźlików. Jak się przedstawia ilość przychodni na terenie działalności Okr. Zw. i kto je prowadzi? Z ogólnej ilości 35 powiatów, objętych naszymi danymi, przychodnie istnieją w 23 powiatach, brak takich przychodni w 12 powiatach, a mianowicie: Ciechanów, Kutno, Łowicz, Maków, Płońsk, Pułtusk, Rypin, Zamość, Węgrów, Chełm Lub., Gostynin i Sokołów. Z tych 12 miejscowości — 5 projektuje zorganizowanie przychodni w najbliższych miesiącach, a są to: Kutno, Łowicz, Ciechanów, Chełm Lub. i Gostynin, inne jeszcze pracy w tym kierunku nie rozpoczęły.

Któż te przychodnie prowadzi? Na pierwszym miejscu należy wymienić samorządy. Prowadzą one przychodnie w 11 miejscowościach. Są to przeważnie sejmiki, rzadziej magistraty. Dalej idą przychodnie, prowadzone przez instytucje społeczne (9 miejscowości). Na pierwszym miejscu kroczy Towarzystwo Przeciwgruźlicze z 7 przychodniami, dalej Polski Czerwony Krzyż 2 przychodnie i Żydowskie Towarzystwo Ochrony Zdrowia 2 przychodnie. Samodzielną przychodnię Kasową prowadzi tylko jedna Pow. Kasa, we Włocławku. Wreszcie w dwóch wypadkach istnieje współpraca tych instytucyj przy prowadzeniu przychodni. Kasy, jak więc widzimy, tylko w stosunkowo bardzo małej liczbie wypadków prowadzą przychodnie we własnym zarządzie, natomiast w bardzo wielu wypadkach współdziałają z przychodniami, bądź przez ich subsydjowanie, bądź przez opłacanie należności za skierowywanych przez

siebie chorych. Z 35 Kas tylko 5 nie ma żadnego kontaktu z istniejącymi tam przychodniami.

Jak już wspomnieliśmy, przychodnie nasze mają charakter raczej leczniczy, niż zapobiegawczy. Przejawia się między innymi w bardzo niewielkiej ilości higienetek społecznych, zatrudnionych w przychodniach. Na 23 miejscowości, w których istnieją przychodnie, zaledwie w 10 mamy zatrudnione higienistki społeczne. Z Kas tylko 3 zatrudniają je, a mianowicie: Włocławek, Łomża i Warszawa powiat. Akcja zapobiegawcza w zakresie gruźlicy, opierająca się na wywiadach higienetek w miejscu zamieszkania chorego, jest oczywiście, przy tak szczupłym aparacie b. skromną.

Przejdźmy teraz do leczenia sanatoryjno-klimatycznego, odgrywającego dużą rolę przy zwalczaniu gruźlicy. Mamy tu nieco szczuplejsze dane, pozwalają one jednak na wytworzenie sobie pewnego obrazu. Tak więc na 35 Kas — 5 wogóle nie wysyłało ani jednego chorego do sanatorium. Są to Kasy: Ciechanów, Janów Podl., Maków, Płońsk i Pułtusk. Inne Kasy uwzględniły akcję sanatoryjną w mniejszej lub większej mierze. Zanim podamy dane z tego zakresu, parę słów o rezultatach tej akcji. Na 2682 chorych, wysłanych do sanatorjów, poprawę stwierdzono u 1746, bez poprawy 770, brak danych o 166. Wyłączając Kasę m. st. Warszawy możemy stwierdzić, iż na 490 chorych, wysłanych do sanatorium, brak poprawy stwierdzono jedynie u 3, nie podano danych o 166. Poniższa tabelka zilustruje nam, w jakiej ilości wysyłały Kasy Chorych swych pacjentów do sanatorjów. Podajemy tylko te Kasy, z których mamy dane za 1928 r., przyczem stosunek % jest obliczony wobec wszystkich, podlegających leczeniu przez Kasę, t. j. zarówno ubezpieczonych, jak i członków rodzin.

Nazwa Kasy	Liczba ubezpieczon. i czł. rodzin	Liczba wysłanych na leczenie klimatyczno-sanatoryjne	%
Augustów	4284	7	0,16
Białystok	34098	87	0,27
Chełm Lub.	11415	24	0,21
Grajewo	2996	3	0,10
Hajnówka	11961	19	0,16
Hrubieszów	6034	8	0,13
Kutno	19697	25	0,12
Lipno	3922	1	0,02
Lubartów	4083	6	0,14
Lublin	42556	36	0,08
Łomża	9601	38	0,39
Międzyrzec	4185	12	0,28
Sochaczew	5254	3	0,05
Sokołów	2749	7	0,25
Tomaszów Lub.	4547	6	0,13
Warszawa m.	459858	2192	0,47
Warszawa pow.	46962	78	0,16
Włocławek	37575	130	0,34
Razem	711777	2682	0,38

Jak więc widzimy, przeciętny stosunek % wynosi 0,38. Jeżeli wyłączymy Kasę m. st. Warszawy, która swym ogromem przytłacza wszystkie pozostałe, otrzymamy 0,19.

Interesujące są informacje poszczególnych Kas o istnieniu zakładów przemysłowych, sprzyjających rozwojowi gruzlicy i o tem, czy została wobec tych zakładów wszczęta jakaś akcja zapobiegawcza. Z 35 Kas jest 15 miejscowości, w których tego rodzaju zakładów brak. Są to następujące: Aleksandrów, Augustów, Hajnówka, Grajewo, Hrubieszów, Kolno, Kutno, Lipno, Płońsk, Pułtusk, Rypin, Siedlce, Zamość, Chełm Lub. i Sokołów Podl. Jak widzimy, są to miejscowości dość nierówne pod względem uprzemysłowienia i wydaje się nam, że opinia Kasy, iż na jej terenie brak zakładów sprzyjających rozwojowi gruzlicy, nie jest zupełnie słuszna.

Bądź co bądź 20 Kas stwierdziło istnienie takich zakładów. Wymieniono w odpowiedziach na-

stępujące rodzaje: cukrownie, cegielnie, garbarnie, huty szklane, tkalnie i przędzalnie, młyny, fabrykę maszyn rolniczych, gorzelnie, tartaki (fatalne pomieszczenia mieszkaniowe), fabryki fajansowe, zapalczarnie, papiernie, szmaciarnie, warsztaty szpeciarskie.

Na 20 Kas tylko 5 wszczęło akcję zapobiegawczą w tych zakładach. Są to Kasy: Ciechanów, Płock, Suwałki, Warszawa i Włocławek. Zamierza ją wszczęć Warszawa - Powiat. Akcja ta we wszystkich wypadkach przeprowadzona była za pośrednictwem organów inspekcji pracy i polegała bądź na żądaniu wprowadzenia pewnych urządzeń higieniczno - sanitarnych, bądź jak w cukrowniach i cegielniach, na niedopuszczaniu do zatrudniania młodocianych w tych zakładach. Jak widzimy, akcja ta jest dopiero w zacytunku i jak dotąd nie mogła dać poważniejszych rezultatów.

PROJEKT REGULAMINU KOMISJI ROZJEMCZEJ OPRACOWANY PRZEZ OKR. ZW. K. CH. W WARSZAWIE.

Art. 1. Komisja Rozjemcza składa się z pięciu członków i 3 zastępców, wybieranych na posiedzeniu Rady Kasy każdego roku na pierwszym jej posiedzeniu po rozpoczęciu roku kalendarzowego.

Art. 2. Siedziba Komisji Rozjemczej znajduje się w siedzibie Zarządu Kasy.

Art. 3. Czynności Komisji Rozjemczej rozpoczynają się z chwilą dokonania aktu wyboru, gasną z chwilą dokonania przez Radę Kasy wyboru nowej Komisji Rozjemczej.

Uwaga. Czynności Komisji Rozjemczej automatycznie wygasają z chwilą zawieszenia bądź rozwiązania Rady Kasy.

Art. 4. Na pierwszym posiedzeniu Komisji Rozjemczej wybranym zostaje przewodniczący Komisji i jego zastępca, o czym zostają natychmiast powiadomieni przewodniczący Zarządu i Rady Kasy.

Art. 5. Członkom Komisji Rozjemczej przysługuje odszkodowanie za stracony czas i poniesione wydatki w związku z udziałem w pracach Komisji według norm określonych § 106 Statutu Kasy.

Art. 6. Skargę do Komisji Rozjemczej na orzeczenia Zarządu Kasy członek Kasy składa Zarządowi, który obowiązany jest w ciągu dni trzech przesłać ją wraz z odnośnymi aktami Kasy, dotyczącymi sprawy, będącej przedmiotem skargi, do przewodniczącego Komisji Rozjemczej. Jednocześnie Zarząd uprawniony (obowiązany) jest podać imię, nazwisko oraz funkcję osoby, która reprezentować będzie stanowisko Zarządu na posiedzeniu Komisji Rozjemczej.

Art. 7. Skargi na orzeczenia Zarządu, nakładające kary pieniężne za przekroczenie regulaminu dla chorych, lub symulację, wnosić można w ciągu 2-ch tygodni od daty otrzymania zawiadomienia o zapadnięciu orzeczeniu.

Art. 8. Skarga winna zawierać imię, nazwisko i adres skarżącego oraz wyszczególnienie roszczeń.

Art. 9. Skarga winna być podpisana przez skar-

żącego, w razie gdy ten jest niepiśmienny przez jakąkolwiek osobę z jego upoważnienia.

Art. 10. W razie uchybienia przepisom art. art. 7 i 8 Sekretarjat Kasy odsyła skargę w celu uzupełnienia.

Art. 11. Przewodniczący po otrzymaniu skargi wraz z aktami wyznacza natychmiast z pośród członków Komisji referenta sprawy, któremu akta zostają doręczone za pośrednictwem sekretarjatu Kasy oraz termin rozprawy i zleca sekretarzowi Kasy wysłanie awizacji.

Art. 12. Wezwania winny być doręczone stronie skarżącej i jej pełnomocnikowi oraz Zarządowi Kasy.

Art. 13. Rozprawa winna się odbyć najpóźniej w ciągu dni 14, licząc od daty otrzymania skargi przez przewodniczącego Komisji Rozjemczej.

Art. 14. Zawiadomienia o terminie rozpraw przesyła sekretarjat Kasy za pokwitowaniem.

Art. 15. Termin rozpraw wyznaczony winien być z takim wyliczeniem, by pomiędzy nim, a dniem doręczenia stronom lub ich pełnomocnikom wezwań minęło nie mniej niż dni trzy z zachowaniem dodatkowo terminu na odległość, licząc jeden dzień na każde 25 klm. od granicy miasta, w którym mieści się siedziba Kasy.

Art. 16. W ciągu nie mniej niż dni pięciu, poprzedzających termin rozpraw strony lub ich pełnomocnicy mają prawo wglądu do akt, czynienia z nich wyciągów i odpisów — przez cały czas godzin urzędowych w Kasie.

Art. 17. Posiedzenia i uchwały Komisji Rozjemczej posiadają moc prawną jedynie gdy zostały podjęte przy uczestnictwie wszystkich jej członków.

Art. 18. Na posiedzeniach Komisji Rozjemczej mogą być jedynie strony i ich pełnomocnicy.

Art. 19. Członek Komisji Rozjemczej winien

się wyłączyć od udziału w rozprawie w razie gdyby pomiędzy nim, a zainteresowanym członkiem Kasy, którego skarga jest przedmiotem rozpraw Komisji, zachodził stosunek pokrewieństwa do IV stopnia lub powinowactwa do III stopnia lub opieki, lub też gdyby znajdował się z zainteresowanym członkiem Kasy w toku procesu cywilnego lub prywatno-skarżowego, bądź też związany był z nim stosunkiem umowy najmu pracy lub pełnomocnictwa.

Art. 20. 1) Po zakończeniu odnośnej rozprawy mandat nowowybranego członka Komisji Rozjemczej automatycznie wygasa i wyłączony członek Komisji Rozjemczej ponownie wstępuje w wykonywanie swych praw i obowiązków.

2) W razie zaistnienia przyczyn, wyłączających członka Komisji od możliwości uczestnictwa w posiedzeniu — przewodniczący Komisji Rozjemczej zawiadamia natychmiast przewodniczącego Rady, który zwołuje w ciągu dni 14 posiedzenia Rady dla wybrania*) innej osoby, która zastąpi wyłączonego członka Komisji Rozjemczej w wykonaniu jego obowiązków.

Uwaga. Wyszczególniony pod 2) tryb postępowania ma również zastosowanie w razie śmierci członka Komisji Rozjemczej lub zrzeczenia się przezeń mandatu.

Art. 21. Komisja Rozjemcza sama decyduje o swej właściwości w zakresie swych uprawnień co do rozstrzygania skargi, będącej przedmiotem jej rozpoznania.

Art. 22. Komisja Rozjemcza obowiązana jest postępowanie umorzyć w razie stwierdzenia, że przedmiot skargi przekracza lub nie dotyczy zakresu jej właściwości (art. 83 ust. II Ust.).

Art. 23. Strony przed przystąpieniem do rozpraw merytorycznych uprawnione są do kwestjonowania właściwości Komisji Rozjemczej. Zarzut niewłaściwości oparty być może jedynie na przepisie art. 83 ust. 2 Ustawy.

Art. 24. Uwzględnienie zarzutu powoduje umorzenie postępowania.

Art. 25. Po postawieniu zarzutu niewłaściwości przed przystąpieniem do rozpraw merytorycznych Komisja Rozjemcza obowiązana jest do rozstrzygnięcia zgłoszonego zarzutu. Decyzja Komisji musi być umotywowaną i zaprotokołowaną.

Art. 26. Na posiedzeniu Komisji Rozjemczej Zarząd Kasy jest reprezentowany przez swego pełnomocnika; pełnomocnik Zarządu winien się przed Komisją wylegitymować piśmienną delegacją, podpisaną przez przewodniczącego Zarządu lub jego zastępcę.

Art. 27. W toku rozprawy przed Komisją Rozjemczą członek Kasy może stawać bądź osobiście, bądź przez pełnomocnika.

Art. 28. Pełnomocnikiem skarżącego członka Kasy może być pełnoletni, nie pozbawiony własnej woli małżonek lub członek jego rodziny, członek lub funkcjonariusz stowarzyszenia zawodowego, do którego skarżący członek Kasy należy lub adwokat, po-

siadający prawo praktyki zawodowej na terenie Państwa.

Art. 29. Pełnomocnik może być ustanowiony bądź osobiście przez skarżącego na rozprawie w Komisji Rozjemczej, bądź drogą niebudzącego wątpliwości co do autentyczności swej pełnomocnictwa pisemnego.

Uwaga. Pełnomocnictwo ulega opłacie stempowej w wysokości 1 zł.

Art. 30. O ustanowieniu pełnomocnika czyni się odnośną wzmiankę w protokole rozprawy.

Art. 31. Protokół prowadzi urzędnik Kasy, delegowany aż do odwołania przez dyrektora Kasy do wykonywania czynności sekretarza Komisji Rozjemczej.

Art. 32. Protokół podpisują: przewodniczący i sekretarz Komisji Rozjemczej.

Art. 33. Protokół winien zawierać decyzje Komisji, wnioski stron, zeznania świadków i być wierne odzwierciedleniem przebiegu rozprawy. W protokole winna być uczyniona wzmianka o doręczeniu wezwania stronom.

Art. 34. Niestawiennictwo skarżącego, pomimo doręczenia mu zawiadomienia o rozprawie nie tłumuje przebiegu rozprawy oraz wydania orzeczenia przez Komisję Rozjemczą; temniemniej Komisja Rozjemcza obowiązana jest do zbadania wszelkich dowodów, na które skarżący w skardze się powołuje.

Uwaga. Ten sam tryb ma zastosowanie również i w wypadku niedoręczenia wezwania skarżącemu, skoro awizacja została doręczona w miejscu wskazanym w skardze, które skarżący opuścił, nie zawiadamiając ani Zarządu Kasy, ani też Komisji Rozjemczej.

Art. 35. Skarżący w uzasadnieniu swych roszczeń, jak również Zarząd Kasy w celu uzasadnienia słuszności swego stanowiska, uprawnieni są do składania wszelkiego rodzaju dokumentów oraz powoływania świadków, których Komisja Rozjemcza obowiązana jest wezwać.

Art. 36. Dowody winien wskazać skarżący bądź w skardze swojej, bądź też nie później, jak w pierwszym terminie rozpraw, w tym też terminie winien wskazać świadków i wszelkie inne dowody — pełnomocnik Zarządu Kasy.

Art. 37. W razie wskazania świadków w skardze — przewodniczący Komisji zarządza ich wezwanie na rozprawę.

Art. 38. W razie wskazania świadków lub innych dowodów na posiedzeniu Komisji — Przewodniczący zarządza odroczenie rozprawy, wyznaczając termin ponowny najdalej w ciągu dni 14.

Art. 39. Niestawiennictwo świadka pomimo zawiadomienia go w drodze pisemnych wezwań pod adresem przez stronę wskazanym, skutkuje skreślenie go z liczby dowodów.

Art. 40. Świadkiem może być każda osoba, nie pozbawiona własnej woli.

Art. 41. Świadek przed złożeniem zeznania winien złożyć przyrzeczenie zeznawania tylko prawdy.

Art. 42. Świadka badają: przewodniczący, członkowie Komisji oraz strony.

Art. 43. Strony uprawnione są do powoływania

*) Z zachowaniem przepisu art. 83 ust. I. Ustawy.

się na dokumenty bądź przez nich posiadane i do akt Komisji składane, bądź też znajdujące się w Kasie lub u strony skarżącej.

Art. 44. Komisja Rozjemcza uprawniona jest na wniosek strony lub z własnej inicjatywy zobowiązać Zarząd Kasy bądź skarżącego do złożenia dokumentów, które wedle oświadczeń strony lub wedle wiadomości Komisji Rozjemczej znajdują się w Kasie bądź u skarżącego.

Art. 45. Jeżeli strona odmawia złożeniażądanego dokumentu, ale nie zaprzecza, że go posiada, Komisja Rozjemcza może uznać za udowodnione te okoliczności, w celu stwierdzenia których na nie się powołano.

Art. 46. Każda ze stron, w swoim wniosku, wnosząc o zobowiązanie strony przeciwnej do złożenia dokumentu bądź też powołując świadków, wymienić winna i uzasadnić okoliczności, jakie za pomocą odnośnego dowodu pragnie uzasadnić. Uzasadnienie to winno być wyszczególnione w decyzji Komisji, uwzględniając odnośny wniosek stron; w razie odmowy powołania odnośnego dowodu decyzja odmowna również powinna być uzasadniona.

Art. 47. Komisja Rozjemcza, nakazując którejkolwiek ze stron złożenie jakichkolwiek dowodów winna określić termin na złożenie pod rygorem sankcji, przewidzianej w art. 43, przyczem jednocześnie przy ogłoszeniu decyzji, odraczającej rozprawę w celu nakazania którejkolwiek ze stron złożenia dowodów, winien być ustalony następny termin rozprawy.

Art. 48. Po zbadaniu świadków i dokumentów, przewodniczący udziela głosu skarżącemu w celu uzasadnienia skargi, następnie pełnomocnikowi Zarządu w celu uzasadnienia stanowiska Zarządu. Po przemówieniu pełnomocnika Zarządu skarżący ma prawo repliki.

Art. 49. Po zakończeniu rozprawy Komisja Rozjemcza udaje się na naradę w celu wydania orzeczenia.

Art. 50. Komisja Rozjemcza ma prawo odroczyć ogłoszenie orzeczenia, jednakże na czasokres nie dłuższy niż dni 7.

Art. 51. Orzeczenia Komisji Rozjemczej muszą

być podpisane przez wszystkich członków Komisji Rozjemczej.

Art. 52. Jednocześnie z sentencją orzeczenia winno być ogłoszone treściwe jego uzasadnienie.

Art. 53. Komisja Rozjemcza wydaje orzeczenie po rozważeniu całokształtu sprawy na podstawie oceny wedle swego sumienia dowodów przez strony złożonych.

Art. 54. Komisja Rozjemcza uprawniona jest w uzasadnieniu swego orzeczenia uznawać jakiegokolwiek dowody bądź zeznania świadków za niewiarygodne, bądź odwrotnie, nie uzasadniając swego w tym względzie wniosku.

Art. 55. Na podstawie ujawnionym w sprawie okoliczności w sentencji orzeczenia Komisja Rozjemcza stwierdza, czy skargę jako bezzasadną oddala, czy też uwzględniając jej słuszość w całości lub części uchyla zaskarżone orzeczenie Zarządu, błędy jego wytyka, nakazując wedle swego uznania załatwienie pretensji skarżącego.

Art. 56. Orzeczenie Komisji Rozjemczej, oddalające skargę, skutkuje automatycznie uprawnienie się zaskarżonego orzeczenia Zarządu.

Art. 57. Orzeczenie Komisji Rozjemczej uwzględniające orzeczenia Zarządu zastępuje orzeczenie Zarządu Kasy w zakresie objętym skargą.

Art. 58. Komisja Rozjemcza nie może orzekać w zakresie nieobjętym skargą.

Art. 59. Wszelkie organa Kasy obowiązane są do bezzwłocznego i bezwzględniego wykonania orzeczeń Komisji Rozjemczej.

Art. 60. Po ogłoszeniu orzeczenia akta zostają przesłane do Zarządu Kasy.

Art. 61. Orzeczenia Komisji stają się prawomocne z chwilą ogłoszenia.

Art. 62. Orzeczenia Komisji Rozjemczej w odpisie, poświadczonym przez przewodniczącego Komisji Rozjemczej lub jego zastępcę winny być doręczone stronie skarżącej w ciągu dni 7 od daty ogłoszenia — o ile żądanie takie w skardze lub w toku postępowania zostało zgłoszone lub o ile skarżący nie był obecny na rozprawie osobiście ani też reprezentowany przez ustanowionego pełnomocnika.

S. F.

MIĘDZYNARODOWY PRZEGLĄD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH.

Nie może być dla nas rzeczą obojętną, co się dzieje w ubezpieczeniach społecznych zagranicą.

Bardzo wyraźna w czasie ostatnim interdependencja — prawna, gospodarcza i ideowa — urządzeń społecznych poszczególnych państw sprawia, że rozwój ubezpieczeniowego ustawodawstwa zagranicznego musi skupiać na sobie baczną naszą uwagę. To też nie bez zainteresowania korzystamy z usług najsprawniejszego międzynarodowego obserwatorium społecznego, jakim jest bezsprzecznie Międzynarodowe Biuro Pracy, zapoznając się z bardzo przejrzystym i sumiennie zestawionym — a zawartym w dorocznym sprawozdaniu Dyrektora Międzynarodowego Biura Pracy — raportem o ubezpieczeniach społecznych w roku ostatnim (maj 1927 — maj 1928). Z góry można przytem zauważyć — uprzedzając szczegółowy

rozbior ustaw w tym czasie zaprojektowanych czy też uchwalonych, czy wreszcie wprowadzonych już w życie — że przegląd ubezpieczeń społecznych w tym okresie daje obraz naogół bardzo korzystny i pomyślny. „Nigdy ubezpieczenia społeczne nie były bardziej żywotne, jak w roku ubiegłym” — konkluduje sprawozdanie Dyrektora Międzynarodowego Biura Pracy (str. 177).

Powodzenie ubezpieczeń społecznych nie trudno zailustrować danymi ilościowymi. W jednym jedynym roku ostatnim wprowadzono w siedmiu państwach nowe działy ubezpieczeń społecznych, a w kilkunastu innych wydano ustawy reorganizujące mniej lub bardziej istotnie obowiązujące dotychczas ubezpieczenia społeczne.

Rozwój ubezpieczeń społecznych daje się przytem rozłożyć na pewne elementy składowe.

Należy tu w pierwszym rzędzie przytoczyć rzucającą się w oczy terytorjalną ekspansję ubezpieczeń społecznych, która sprawia, że z instytucji europejskiej, a nawet środkowo-europejskiej stają się one coraz wyraźniej orężem polityki socjalnej całego cywilizowanego świata. Jedynym wyjątkiem w tym zakresie są jeszcze ciągle Stany Zjednoczone A. P., gdzie ustawodawstwo z zakresu ubezpieczeń społecznych ogranicza się do: 1) unormowania w 43 stanach i 3 terytorjach (z wyjątkiem Arkansas, Florydy, Missisipi, Karoliny Północnej i Południowej) odszkodowania za wypadki i 2) ustaw o pensjach na starość, obowiązujących w 7 stanach.

Najbardziej widoczny jest przytem pochód ubezpieczeń społecznych — poza Japonją — w łańskie Ameryce i w dominjach Imperjum Brytyjskiego. Tylko w jednym państwie, a mianowicie w Argentynie dało się zauważyć pewne cofnięcie stanu ustawodawstwa ubezpieczeniowego. (Uchylenie ubezpieczenia na starość ustanowionego ustawą z 11 stycznia 1924 r.). Zmianie w tym kierunku przeciwstawiają się jednak zmiany w kierunku przeciwnym w innych państwach pozaeuropejskich.

I tak w Kanadzie uchwalono ustawę o ubezpieczeniu na starość, przyznającą świadczenia pracownikom po ukończeniu 70 roku życia, przyczem świadczenia te zmniejszają się w razie, gdy przeciętny dochód ubezpieczonego przewyższa określoną sumę.

Kuba przyjęła w roku 1927 ustawę o emeryturach marynarskich, obejmującą świadczenia starcze (po 20 latach służby i po osiągnięciu 50 roku życia) i inwalidzkie (75, względnie 65% średniej płacy w przeciągu 2 ostatnich lat).

Z ważniejszych ustaw, wydanych w poprzednim okresie, które doczekały się w roku sprawozdawczym realizacji, należy wymienić wprowadzoną w Indjach — a pierwszy raz na szeroką skalę zastosowaną w Azji — ustawę o odszkodowaniu za wypadki przy pracy, wydaną w lipcu 1924 r., a w Japonji, również pierwszy raz wprowadzoną w tej części świata, ustawę o ubezpieczeniu na wypadek choroby w roku 1922, której wejście w życie z powodu trzęsienia ziemi zostało odroczone do stycznia 1927 r.

Obok ustaw w roku ostatnim wprowadzonych już w życie, czy dopiero wydanych zasługują jednak również na uwzględnienie formalnie niesfinalizowane prace ustawodawcze w całym szeregu państw pozaeuropejskich. Afryka Południowa i Australja przebyły właśnie — tak ważne w legislacji anglosaskiej — stadium badań zagadnienia, które ma być ustawowo unormowane przez komisję królewską. W Australji istnieje komisja królewska ustanowiona w r. 1923 dla zbadania możliwości, które przedstawia narodowe ubezpieczenie dla zapobiegania skutkom choroby, trwałej niezdolności do pracy i bezrobocia; zaproponowanemu przez nią systemowi obowiązkowych ubezpieczeń społecznych podlegają wszyscy pracownicy najemni od 16 roku życia. Na podstawy finansowe ubezpieczeń społecznych składają się świadczenia potrójne, bo obok składki pracownika i pracodawcy również i udział państwa, obok świadczeń w naturze zapewnionych w drodze specjalnej organizacji sanitarnej

udzielają ubezpieczenia społeczne świadczeń pieniężnych w razie choroby, starości i niezdolności do pracy (ale nie bezrobocia). Co się wreszcie tyczy organizacji ubezpieczenia, przewiduje projekt komisji królewskiej powierzenie jej jednolitej instytucji, która opierałaby się w swych podstawach na jednostkach lokalnych o charakterze administracyjnym. Projekt zwrócony jest swem ostrzem wyraźnie przeciw towarzystwom wzajemnej pomocy, krytykując stanowczo powierzona im w Anglii organizację ubezpieczenia na wypadek choroby.

Ustanowiona w Afryce Południowej w r. 1926 komisja celem zbadania możliwości wprowadzenia 1) systemu pensyj starczych i 2) ewentualnego ubezpieczenia na wypadek choroby, śmierci, niezdolności do pracy, starości, bezrobocia, macierzyństwa i od wypadków, ogłosiła w roku sprawozdawczym pierwszy tom sprawozdania, który dotyczy wyłącznie pierwszego zagadnienia; komisja oświadczyła się za wprowadzeniem państwowych pensyj na wypadek starości i niezdolności do pracy; przytem proponuje oryginalne ograniczenie zakresu ubezpieczonych; obejmując bowiem europejczyków, azjatów i metysów, pozostawia jednak poza swym zakresem działania murzynów w braku możliwości — jak twierdzi sprawozdanie — przeprowadzenia linii demarkacyjnej między ludnością murzyńską, osiadłą w miastach i żyjącą w normalnych warunkach socjalnych, a ludnością, prowadzącą zupełnie prymitywny tryb życia w obrębie organizacji plemiennej.

Coraz wyraźniejsza ekspansja ubezpieczeń społecznych poza Europę do Azji, Afryki, Australji i Ameryki, jest niewątpliwie zjawiskiem bardzo doniosłym w ich rozwoju; za niemniej ważną pozycję w bilansie ubezpieczeń społecznych należy uważać dokonaną we Francji przez wydanie ustawy z 5 kwietnia 1928 r. — wielką reformę ubezpieczeń społecznych; wypełnienie bardzo poważnej luki, za jaką mógł być uważany brak we Francji obowiązkowego i na nowoczesnych podstawach opartego ubezpieczenia od głównych ryzyk socjalnych, jest niewątpliwie najważniejszym ewenementem ubezpieczeniowym nie tylko w roku ubiegłym, ale w ostatnich latach 10-ciu.

Reforma francuska, która przeprowadzoną została po ukończeniu blisko dziesięcioletnich prac parlamentarnych, zasługuje na tem silniejsze podkreślenie, że zrywa stosunkowo w formie dość zdecydowanej i wyraźnej z balastem tradycji ubezpieczeniowej francuskiej; w ten sposób — wobec stwierdzenia bankructwa dotychczasowego ustawodawstwa francuskiego — wypada z rąk wrogom nowoczesnego systemu asekuracji socjalnej na całym świecie, tak często nadużywany w złej wierze i przytaczany lekkomyślnie „argument francuski”.

W okresie ostatnim zauważyć można charakterystyczną tendencję ku rozszerzeniu osobowego zakresu ubezpieczeń społecznych na warstwy, które podlegały im dotąd tylko w bardzo ograniczonym zakresie.

Do warstw tych należą m. in. marynarze.

Na Kubie i w Niemczech wprowadzono nowe ustawy o ich ubezpieczeniu; w pierwszym państwie na wypadek starości i niezdolności do pracy, w drugim na wypadek choroby. O pierwszej wspomnieliśmy już powyżej. Na uwagę zasługuje jednak również druga. Niemiecka ustawa z 16 grudnia 1927 r.

wprowadziła obowiązkowe ubezpieczenie na wypadek choroby marynarzy. Świadczenia udzielane przez armatorów marynarzom w razie choroby lub wypadku, których unormowanie wyprzedza nawet czasowe wprowadzenie ubezpieczeń społecznych, zostaje ustawą ograniczone do okresu, w którym marynarze przebywają na statku. Ubezpieczeniu na wypadek choroby, udzielającemu świadczeń w razie pobytu na lądzie, podlegają w morskiej kasie chorych (związanej z odpowiednią korporacją ubezpieczenia wypadkowego) wszyscy pracownicy bez względu na ich uposażenie. Świadczenia ubezpieczeniowe odpowiadają ogólnym świadczeniom ubezpieczenia chorobowego z tem zastrzeżeniem, że pomoc lekarska dla członków rodzin ubezpieczonych — naogół jeszcze dobrowolna w ubezpieczeniu ogólnem — staje się tu świadczeniem przymusowem; składka ma wynosić 2,25%, z czego $\frac{2}{5}$ ponosi armator, a $\frac{3}{5}$ marynarz. Ogólne kasy chorych udzielają świadczeń marynarzom na rachunek kasy chorych morskiej. W ten sposób kodyfikacja niemiecka ubezpieczeń społecznych zamyka się, pozostawiając — o ile chodzi o wielkie zawodowe i gospodarcze grupy społeczne — już tylko luki stosunkowo mniejszej wagi.

Nie możnaby zauważyć w okresie sprawozdawczym wybitnych postępów w ubezpieczeniach społecznych w dziedzinie rolnictwa. Sprawozdanie dyrektora Międzynarodowego Biura Pracy stwierdza, że w zakresie realizacji tak energicznie w całej działalności prawodawczej i naukowej Międzynarodowego Biura Pracy podkreślonego postulatu rozszerzenia ubezpieczeń społecznych na robotników rolnych, nie możnaby w tym okresie zauważyć ważnych pozycji dodatnich. „Wnikanie ubezpieczeń do rolnictwa odbywa się powoli i ustawodawstwa z zakresu ubezpieczenia obowiązkowego robotników rolnych pozostają nadal stosunkowo rzadkie”, stwierdza raport na str. 178.

Przed omówieniem ważniejszych zmian, jakie zaszły w tym roku w dziedzinie ubezpieczenia na wypadek choroby — nie od rzeczy będzie spróbować nawiązać do raportu Dyrektora M. B. P., ustalić pewne ich zasadnicze cechy wspólne.

Pierwszą taką cechą będzie niewątpliwie obowiązkowy charakter ubezpieczenia, który wyciska swe piętno na wszystkich wprowadzonych w tym czasie ustawach. „Obowiązkowe ubezpieczenie społeczne niema już przeciwników” — konstatuje raport — „a w każdym razie wyższość jego rezultatów nad rezultatami ubezpieczeń dobrowolnych jest już prawie bezspornie uznaną. Nie przeciwstawia im się już zarzutów zasadniczej lub doktrynalnej natury, a co najwyżej argumenty praktyczne i oportunistyczne, oparte na chwilowych trudnościach finansowych, czy gospodarczych. Przyjmuje się je w zasadzie i tylko czyni się starania, by na czas jakiś opóźnić wejście ich w życie. Próby oporu przeciw ich wprowadzeniu są skazane z góry na niepowodzenie; w chwili obecnej działa niemniej, jak 200 systemów obowiązkowych ubezpieczeń społecznych”.

Równie powszechnem zjawiskiem jest wewnętrzna przebudowa ubezpieczeń społecznych, która dokonuje się dziś nieomal we wszystkich państwach, posiadających ubezpieczenia społeczne od dłuższego czasu. Zmierza ona ku racjonalizacji, koordynacji

i unifikacji ustroju ubezpieczeń społecznych. Potrzeba reformy w tym kierunku ubezpieczeń społecznych wynika stąd, że powstały one przeważnie w poszczególnych państwach powoli i stopniowo pod wpływem gospodarczych i społecznych pojęć im współczesnych, wobec czego nie tworzą całości jednolitej i z sobą wewnętrznie zgranej. „Fragmentaryczne tworzenie ubezpieczeń społecznych” — jak stwierdza raport — „doprowadziło najczęściej w każdym państwie do budowy gospodarczej i administracyjnej wysoce skomplikowanej, złożonej z różnorodnych elementów, pozostających z sobą bez związku, funkcjonującej ciężko i kosztownie”. Niełatwą jest jednak walka z tradycją w ubezpieczeniach społecznych, a zwłaszcza z instytucjami już istniejącymi i zaciekłe broniącymi prawie zawsze ubezpieczeniowego status quo. To też osiągnięcie zamierzonego celu w dziedzinie reformy ubezpieczeń społecznych wypada nieraz, jak stwierdza raport, okupić w państwach o większych w tym zakresie tradycjach ofiarami na rzecz ambicji i separatyzmu dotychczasowych jednostek organizacyjnych. Niemniej tendencja ku zrationalizowaniu ubezpieczeń społecznych znajduje szczególnie wymowny wyraz w ustawodawstwach państw nowych, jak Austrii, Polski, Czechosłowacji, Królestwa S.H.S., pozatem w Bułgarii, Rosji i Francji, wreszcie w projektach ustawodawczych australijskich i południowoafrykańskich. Na baczną uwagę zasługuje zawarta w raporcie charakterystyka wszystkich tych ustaw. Są to systemy w szerokim zakresie unitarne, obejmujące w tych samych instytucjach wszystkie ubezpieczonych i wszystkie ryzyka albo też przy zachowaniu odrębnych gałęzi ubezpieczeń społecznych wiążące je z sobą ograniczonymi więzami, koordynujące ich akcję i zmierzające ku osiągnięciu minimalnymi kosztami maksymalnej wydajności; racjonalizacja, koordynacja lub unifikacja nie oznaczają, jak się często niesłusznie utrzymuje, etatyzacji lub biurokratyzacji, zmniejszenia poczucia odpowiedzialności lub osłabienia zmysłu inicjatywy. Przebudowa ta wewnętrzna ubezpieczeń dokonana została lub jest zaprojektowana bez naruszenia — z wyjątkiem Węgier — zasad autonomii instytucji w administracji ubezpieczeniowej, które zostały w pełni przyjęte na ostatniej sesji Międzynarodowej Konferencji Pracy.

Nie można natomiast zauważyć wyraźnych tendencji w obrębie finansowych podstaw ubezpieczeń społecznych. Zasadę składki podwójnej (pracodawcy i pracownika — ubezpieczonego) można uważać za powszechnie uznaną i nie nasuwającą objękcji; element sporny stanowi natomiast nie tylko co do wysokości i formy, ale jeszcze do pewnego stopnia i co do samej swojej zasady udział finansowy państwa w ubezpieczeniu społecznym; przedstawia się on też w poszczególnych państwach dość różnorodnie.

Przechodząc do charakterystyki rozwoju w okresie sprawozdawczym ubezpieczenia na wypadek choroby należy przedewszystkiem stwierdzić pewne tendencje, które znalazły swój wyraz w ustawodawstwie i praktyce administracyjnej większości państw ubezpieczeniowych.

I tak daje się zauważyć wyraźna tendencja ku zastąpieniu świadczeń pieniężnych rzeczowemi, ku rozbudowie świadczeń, w szczególności lekarskich, ku

uprzystępnieniu tych ostatnich również i członkom rodziny ubezpieczonych i wreszcie ku podkreśleniu działalności zapobiegawczej. Obok wspólnych tych pozycji dodatnich zasługuje jednak również na podkreślenie w bilansie ubezpieczenia na wypadek choroby pozycja mniej pomyślna; składają się na nią stosunki między lekarzami a kasami chorych, „są one”, stwierdza raport genewskiej instytucji, „w dalszym ciągu trudne i zakłócające dość często konfliktami; w niektórych państwach, zwłaszcza tych, w których wprowadzono ubezpieczenie na wypadek choroby ostatnio, świat lekarski bardzo powoli przystosowuje się do praktyki umów zbiorowych i niekiedy gwałtownie domaga się utrzymania indywidualistycznych swych tradycji”.

Najważniejsze ustawy w zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby, wydane w omawianym tu zakresie sprawozdawczym, przedstawiają się w sposób następujący:

Niemcy — ubezpieczenie na wypadek choroby marynarzy, ustawa z 5 lipca 1927 roku, zmieniając Ordynację Ubezpieczeniową Rzeszy Niemieckiej.

Austria — ustawa z 1 kwietnia 1927 r., która obejmuje ubezpieczenie na wypadek choroby, macierzyństwa, od wypadków, na wypadek bezrobocia, niezdolności do pracy, starości i śmierci; przytem pewne działy, a w szczególności ubezpieczenia na wypadek choroby, funkcjonują natychmiast, podczas gdy inne gałęzie ubezpieczeń społecznych wprowadzone będą dopiero po spełnieniu się pewnych warunków gospodarczej i finansowej natury.

Australia — komisyjny projekt narodowego ubezpieczenia na wypadek choroby, trwałej niezdolności do pracy i bezrobocia.

Belgia — wniesiony do parlamentu projekt deputowanego Heymana, a zmierzający ku wprowadzeniu obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek choroby.

Brazylja — projekt z 11 września 1927 r. obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek choroby.

Chile — wykonanie ustawy o ubezpieczeniu na wypadek niezdolności do pracy i na wypadek choroby.

Finlandja — rządowy projekt ubezpieczenia na wypadek choroby.

Francja — ustawa z 5 kwietnia 1928 r., wprowadzająca m. i. ubezpieczenie na wypadek choroby.

Wielka Brytania — w opracowaniu rządowy projekt ustawy, wprowadzającej w życie niektóre zalecenia komisji królewskiej.

Węgry — ustawa w sprawie reformy ubezpieczenia na wypadek choroby.

Irlandja — w opracowaniu projekt ustawy w sprawie zmiany obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek choroby na podstawie raportu komisyjnego.

Włochy — dekret z mocą ustawy z 27 października 1927 r. o ubezpieczeniu na wypadek gruźlicy.

Japonja — wprowadzenie w życie z dniem 1 stycznia 1927 r. ustawy z r. 1922.

Holandja — rządowy projekt obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek choroby.

Norwegja — projekt ustawy celem reorganizacji ubezpieczeń społecznych pod kątem widzenia oszczędnościowym na podstawie raportu komisji ekspertów.

Szwajcaria — wprowadzenie ubezpieczenia na wypadek choroby w Zurychu (rozporządzenie z 5 października 1927 r.).

W 16 państwach jesteśmy więc świadkami zmian mniejszych lub większych już dokonanych lub też dopiero projektowanych w dziedzinie ubezpieczenia na wypadek choroby.

Zmiany ustawowe dotyczą przede wszystkim zakresu ubezpieczenia, który rozszerza się wszędzie bardzo widocznie.

W Niemczech poza ubezpieczeniem marynarzy, o którym już była wyżej mowa, podniesiono w ustawie z dnia 5 lipca ub. r. granicę górną zarobkową, decydującą o przynależności do ubezpieczenia do sumy 3600 rm. W czasie ostatnim przekroczyła liczba osób korzystających z ubezpieczenia, sumę 13 milionów (w tem 10 milionów członków rodziny ubezpieczonych). W Austrii zmierza ustawodawstwo ku rozszerzeniu osobowego zakresu ubezpieczenia w kierunku objęcia wszystkich kategorii robotników rolnych, których ubezpieczenie na wypadek choroby regulują dotąd w sposób różnorodny ustawy krajowe. Rządowy projekt australijski obejmuje wszystkich pracowników najemnych po ukończeniu 16 roku życia. Projekt ustawy brazylijskiej przewiduje poddanie obowiązkowi ubezpieczenia wszystkich pracowników najemnych przemysłu, handlu i rolnictwa oraz służby domowej. Na Węgrzech nowa ustawa pozostawia bez zmian dokonane po wojnie rozszerzenie zakresu ubezpieczenia na służbę domową, ustanawiając względnie wysoką górną granicę i to nie w stosunku do robotników, lecz wyłącznie do pracowników umysłowych (3.600 pengö). Ustawa francuska obejmuje swym zakresem wszystkich pracowników najemnych obojga płci, których zarobek roczny nie przekracza 18.000 frs. (suma podwyższana dla pracowników, posiadających dzieci, a obniżana dla pracowników bezdzietnych, pozatem dzierżawców, o ile czynią zadość pewnym warunkom ustawowym. Zakres ustawy japońskiej jest przedmiotem ostrych sporów między dwiema grupami zainteresowanych, przytem pracodawcy domagają się ścieśnienia jej zakresu, a zwłaszcza wyłączenia pracowników umysłowych, a pracownicy rozszerzenia jej na inne grupy zawodowe. Zalecenia komisji rządowej idą w kierunku umożliwienia wyłączenia na własny wniosek pracowników umysłowych, których dochody przekraczają 1200 jen. Natomiast odrzuciła ona wszystkie inne postulaty pracodawców. Tendencję wyraźnego ścieśnienia zakresu osób objętych ubezpieczeniem na wypadek choroby wykazuje tylko Norwegja, w której komisja ekspertów, ustanowiona przez rząd, oświadczyła się za obniżeniem górnej granicy z 6.000 na 4.000 koron.

Rozbudowa świadczeń dokonywa się również równolegle we wszystkich państwach. W Niemczech w ubezpieczeniu na wypadek choroby marynarzy świadczenia na rzecz członków rodziny ubezpieczonych — zresztą ustawowo naogół fakultatywne — nabierają tu zgodnie z linjami wytycznymi rozwoju ustawodawstwa niemieckiego charakteru obligatoryjnego. Ciekawa zmiana w udzielaniu świadczeń lekarskich zaszła w czasie ostatnim w Anglii. Ciężarami bezrobocia, przerzucaniami na ubezpiecze-

nie chorobowe i rozpanoszoną na szeroką skalę symulację zmusiło się Ministerstwo Zdrowia do rewizji dotychczasowego systemu udzielania pomocy lekarskiej, który pociągnął za sobą rozliczne nadużycia; w szczególności ubezpieczony w razie odmowy ze strony jednego lekarza uznania go niezdolnym do pracy mógł się zwracać dotąd w tym samym celu po kolei do wszystkich innych lekarzy; wydany obecnie regulamin dopuszcza zmiany lekarza tylko za zgodą dotychczasowego i nowego oraz za uprzedzeniem zapowiedzeniem zmiany lekarza w ściśle określonym terminie. Projekt ustawy brazylijskiej z 11 września 1927 r. zapewnia w razie choroby ubezpieczonym pomoc lekarską, farmaceutyczną oraz odpowiedni zasiłek chorobowy. Zmiany na Węgrzech nie pociągnęły za sobą zmniejszenia świadczeń ubezpieczeniowych. Świadczenia lekarskie udzielane są jak dotychczas tak i nadal również i członkom rodziny ubezpieczonych. Zasiłek chorobowy, udzielany zresztą dopiero od 5 tygodnia niezdolności zarobkowania wynosi $\frac{3}{5}$ płacy. W Irlandji jest w chwili obecnej przedmiotem dyskusji rozszerzenie świadczeń ustawowych ubezpieczenia, na rzeczowe; dotychczas bowiem ubezpieczenie na wypadek choroby ogranicza się do udzielania świadczeń pieniężnych ze względu na okoliczność, że specjalna organizacja bezpłatnej pomocy lekarskiej (poza ubezpieczeniami społecznymi) zapewnia ją wszystkim osobom, które nie mogą jej otrzymać, odpłatnie. W Japonji, gdzie wprowadzenie po raz pierwszy ubezpieczenia na wypadek choroby wywołało zrozumiałe trudności lokalnej natury, daje się ostatnio zauważyć widoczna z raportu komisyjnego tendencja ku przerwaniu na ubezpieczonych części wydatków na pomoc lekarską i ku przyznaniu pewnym instytucjom prawa określenia wysokości świadczeń ubezpieczeniowych. Na uwagę zasługują również świadczenia ubezpieczenia na wypadek choroby wprowadzone w Zurychu w rozporządzeniu z d. 5 października 1927 r., w którym punkt ciężkości spoczywa na świadczeniach w naturze. Obok świadczeń lekarskich, dentystycznych, chirurgicznych i bezpłatnej pomocy farmaceutycznej przewiduje rozporządzenie specjalny zasiłek dla matek karmiących należny im w przeciągu 15 tygodni. Tendencję wsteczną okazuje tu właściwie również znów tylko Norwegia, w której pod kątem widzenia oszczędnościowym oświadczył się komitet rzeczoznawców za zmniejszeniem się liczby ubezpieczonych, korzystających z maksymalnych świadczeń, za zmniejszeniem świadczeń dla ubezpieczonych pozbawionych ciężarów rodzinnych, za zmniejszeniem świadczeń w razie lekkich chorób i w pierwszych tygodniach choroby, za zmniejszeniem pomocy dentystycznej, wreszcie za ograniczeniem świadczeń z tytułu macierzyństwa oraz świadczeń pogrzebowych.

Rozwój w dziedzinie organizacji ubezpieczenia na wypadek choroby wyraża się w ciągłym — powolnym, lecz stałym — pochodzie naprzód idei terytorjalnej jego organizacji i w walce, jaką idea ta stawia z biernym oporem instytucji dotychczasowych, opartych na innych zasadach, a broniących swej egzystencji.

Równocześnie dają się tu wyraźnie w kilku państwach zauważyć jak już wyżej wspomniano, próby scalenia poszczególnych gałęzi ubezpieczeń społecznych.

Austrjacka ustawa z 1 kwietnia 1927 r., scalając z sobą wszystkie działy ubezpieczeń społecznych — osobno robotników i pracowników umysłowych — powierza Kasom Chorych obok właściwych ich zadań funkcje lokalne i pomocnicze ubezpieczeń o świadczeniach długoterminowych; reorganizacja w związku z powyższem Kas Chorych na podstawie ustawy z 28 grudnia 1926 r. dokonała się już w okresie sprawozdawczym prawie zupełnie i doprowadziła do utworzenia w Wiedniu największej na świecie Kasy Chorych, bo liczącej około pół miliona samych ubezpieczonych; nowa organizacja Kas Chorych opiera się na zasadzie terytorjalności, zmierzając ku połączeniu mniejszych jednostek w wielkie, zdolne do samoistnej egzystencji Kasy Chorych.

W Australji głównem zagadnieniem spornem jest zagadnienie organizacji ubezpieczeń społecznych. Raport komisji wypowiada się — jak już powyżej wspomniano — w zasadzie przeciw systemowi organizacji, powierzającemu administrację ubezpieczeniową towarzystwom pomocy wzajemnej, podkreślając wysokie koszty administracyjne, jakie za sobą pociągają, nadmiar ich w pewnych miejscach i brak ich zupełny w miejscach innych, wreszcie różnice w poziomie świadczeń, jakich udzielają. To też raport oświadcza się stanowczo za jednolitym funduszem ubezpieczeniowym z lokalnymi władzami administracyjnymi, sprowadzając towarzystwa pomocy wzajemnej do roli jednostek pośredniczących między lokalnymi władzami ubezpieczeniowymi a ubezpieczonymi. Brazylijski projekt ustawy oddaje administrację ubezpieczenia na wypadek choroby towarzystwom wzajemnej pomocy pod warunkiem, że skupiają 200 członków i Kasom lokalnym oraz Kasom przy przedsiębiorstwach. Ogólna organizacja ubezpieczenia społecznego francuskiego nie grzeszy ani przejrzystością ani symetrią; ubezpieczenie chorobowe administrowane będzie przez caisses primaires tworzone przez związki zawodowe, towarzystwa pomocy wzajemnej, rolnicze kasy wzajemnego ubezpieczenia lub też konstytuowane ad hoc przez ubezpieczonych; w pewnych ustawowo określonych warunkach „caisses primaires” administrować będą również innymi działami ubezpieczeń społecznych. W Wielkiej Brytanji rząd zajmuje stanowisko odmowne w stosunku do komisyjnej propozycji zniesienia komitetów ubezpieczeniowych; wychodzi bowiem z założenia, że zniesienie komitetów administrujących pomocą lekarską odebrać by musiało ubezpieczonym ważną ich zdobycz, jaką stanowi większość przedstawicielstwa ubezpieczonych w komitetach. Reforma na Węgrzech pozostawiła bez miany terytorjalne podstawy organizacji na wypadek choroby (powiatowe Kasy Chorych, podlegające z kolei Kasie narodowej, która zarządza ubezpieczeniem wypadkowym); natomiast zgodnie z naczelnymi tendencjami obecnego regime'u węgierskiego ograniczyła autonomję ubezpieczeniową bardzo znacznie. Personal instytucji ubezpieczeniowych nominowany jest

przez rząd, a jego działalność podlega jak najściślejszej kontroli ze strony administracji państwowej, która rozciąga się nie tylko na legalność, ale i na celowość poszczególnych działań w zakresie tej gałęzi ubezpieczeń społecznych. W Zurychu administracja

ubezpieczenia na wypadek choroby należy do lokalnych Kas Chorych, które niezależnie od ubezpieczenia obowiązkowego o świadczeniach rzeczowych w dalszym ciągu prowadzą dotychczasowe ubezpieczenie o świadczeniach pieniężnych.

K R O N I K A.

Z działalności Międzynarodowej Komisji Medycyny Społecznej.

Zgodnie z uchwałą Międzynarodowej Podkomisji dla spraw Medycyny Społecznej powziętą na posiedzeniu w Genewie w grudniu 1928 r. i postanowieniem Międzynarodowego Biura Pracy i Komitetu Higjenu przy Lidze Narodów, odbyła się w czasie od 8 — 25 kwietnia b. r. pierwsza podróż naukowa członków tejże Komisji celem zbadania urządzeń społeczno - higienicznych i zapobiegawczych w Niemczech i Austrii i zapoznania się z metodami i formami współpracy wszystkich czynników zajmujących się zwalczaniem chorób o charakterze społecznym i akcją zapobiegawczą a więc instytucji ubezpieczeń społecznych, samorządów i prywatnych towarzystw jako też roli czynników rządowych.

W podróży tej wzięli udział członkowie komisji z następujących państw: Ameryki, Anglii, Czechosłowacji, Francji, Holandji, Jugosławji, Niemiec, Polski (Dr. Kłuszyński) i Włoch, razem 12 osób, nadto reprezentanci Międzynarodowego Biura Pracy i Sekretarjatu Komitetu Higjenu Ligi Narodów.

Międzynarodowa Komisja zbadała urządzenia zdrowotne w Berlinie, Hamburgu, Kolonji, Norymberdze i Wiedniu. W Berlinie w państwowym Urzędzie Zdrowia przyjął Komisję Min. Pracy Rissel w otoczeniu prezydenta państwowego urzędu zdrowia dyrektora Min. Pracy, Dyrektora Urzędu Zdrowia miasta Berlina i jeszcze całego szeregu osób ze świata lekarskiego. Tak w Berlinie jak we wszystkich miastach wygłaszało cały szereg wykładów przed rozpoczęciem zwiedzenia danej instytucji.

Z całości obserwacji i ogromu dostarczonego materiału Komisja złożyła raport Międzynarodowemu Biuru Pracy i Komitetowi Higjenu Ligi Narodów, w którym zaznacza, że jej uwagi odnoszą się przede wszystkim do stosunków zaobserwowanych w Niemczech i Austrii, lecz nie ulega wątpliwości, że mogą one znaleźć zastosowanie w tych krajach, w których ubezpieczenia społeczne odgrywają ważną rolę.

Szczegółowe sprawozdanie z wyników tej podróży naukowej ogłoszone będzie w „Przeł. Ubezp. Społ.”

Raport Podkomisji Medycyny Społecznej.

Wnioski Komisji wypływające z podróży naukowej opierają się na obserwacji w Niemczech i Austrii i osobistych poglądach rzeczoznawców.

Wnioski mają znaczenie szczególnie dla zwiedzanych okolic, jako przykłady wspólnej pracy organizacji zdrowia z instytucjami ubezpieczeń społecznych.

Należy również uwzględnić, że Komisja w przeciągu bardzo krótkiego czasu miała za zadanie studjowanie urządzeń, które powstawały i rozwijały się w dłuższym okresie czasu.

Wnioski są przeto prowizoryczne.

1.

Podkomisja dla sprawy medycyny społecznej jest zdania, że na polu opieki zdrowotnej staje się koniecznością wspólnota pracy między instytucjami ubezpieczeń społecznych i organizacją publicznej i prywatnej opieki zdrowotnej.

Wspólnota ma na celu unikanie niepotrzebnych wydatków, wzmacnianie środków odnośnych instytucji, zapewnienie racjonalnej akcji dla zapobiegania i wczesnego leczenia. Ona leży w interesie samych instytucji, jako też całej ludności.

Publiczne władze winny wydać wskazania dla przeprowadzenia i popierania wspólnych zarządzeń dla celów opieki nad zdrowiem, jakoteż instytucjom odnośnym nadać pełnomocnictwa dla przeprowadzenia swych zadań.

Świadczenia udzielane ubezpieczonym i ich rodzinom przez wspólnotę pracy instytucji ubezpieczeń społecznych i organizacji służby zdrowia mogą się stać obowiązkowymi jedynie na podstawie dostatecznego doświadczenia o ich celowości i gospodarczości.

2.

Istotą opieki zdrowotnej jest zasada, że ważniejszą jest rzeczą zapobieganie chorobom niż ich leczenie. Medycyna społeczna ma obowiązek zastosować zarządzenia prewencyjne wobec ogółu ludności, która ich potrzebuje.

By te zasady przeprowadzić, należy przede wszystkim wysledzić te osoby, na które ta opieka się rozciąga, każdą jednostkę gruntownie zbadać i poddać ją trwałej obserwacji.

Należy stosować zasadę gospodarczości we wszystkich zarządzeniach służących popieraniu opieki zdrowotnej.

3.

Głównym celem opieki nad zdrowiem jest zwalczanie tak zw. chorób społecznych.

Wskazane jest rozszerzyć pojęcie „choroby społeczne”. Jedna grupa chorobowa obciąża w wysokim stopniu kapitał zdrowotny ludności (gruźlica, kiła i t. d.). Druga grupa chorób obniża w szerokim zakresie majątek społeczny wskutek ich częstotliwości, dłuższego trwania i kosztów koniecznego pielęgnowania i w końcu wskutek powtarzających się często przerw w pracy.

Przeciwno obydwom kategoriom chorób należy stworzyć instytucje dla ich zwalczania lub je rozbudować, gdyż w sposobie działania wprowadzicie odmienne w skutkach, jednak ciągnąca za sobą daleko idące straty majątku społecznego.

Celem stwierdzenia, jakie to są choroby, staje się koniecznością stworzenie statystyki, która ma dawać wyjaśnienia co do:

- 1) śmiertelności i chorobowości,
- 2) częstotliwości i czasu trwania tych chorób, poczynionych wydatków dla ich leczenia, jakoteż innych świadczeń,
- 3) czynników społecznych i ich roli w powstawaniu i znikaniu tych chorób.

Statystykę taką należy stworzyć opartą na zasadach

naukowych, które winna ustalić statystyczna komisja rzeczoznawców przy Komitecie Higieny Ligi Narodów przy współudziale władz zdrowotnych i reprezentantów instytucji ubezpieczeń społecznych.

4.

Celem współdziałania wszystkich ciał, które odgrywają ważną rolę w opiece zdrowotnej, staje się koniecznością połączyć je we wspólnej pracy.

Najważniejszym warunkiem skutecznego rezultatu jest ujednostajnienie metod działania a wszelka działalność wspólnoty pracy ma się opierać na naukowych zasadach przez rzeczoznawców społecznej medycyny opracowanych.

Istnieje możliwość stworzenia centralnej wspólnoty pracy dla całości kraju z zadaniem skupienia wszystkich sił oprócz tego jednak okręgowej i lokalnej wspólnoty z zadaniem praktycznej działalności na określonych odcinkach.

Jako członkowie wspólnoty pracy wchodzi w rachubę:
Przedstawiciele instytucji ubezpieczeń społecznych.

Przedstawiciele publicznej służby zdrowia i opieki społecznej.

Zastępcy prywatnej opieki zdrowotnej i innych instytucji, o ile z korzyścią współdziałać mogą.

Przedstawiciele stanu lekarskiego, jeśli ich wykształcenie odpowiada zaleceniom podkomisji podanym na posiedzeniu w Genewie w czasie od 17 — 19 grudnia 1928.

Środki tej wspólnoty pracy składają się ze składek współdziałających czynników, a ich wysokość ustala się na podstawie każdorazowego budżetu.

5.

Działalność wspólnoty społeczno - medycznej pracy rozciąga się nie tylko na ubezpieczonych i ich rodziny, lecz również na te osoby, u których ekonomiczne położenie i stosunki zdrowotne wymagają interwencji.

6.

Do zadań wspólnoty pracy należy stwierdzenie, które odłamy ludności potrzebują opieki, podjęcie zarządzeń zapobiegawczych leczniczych jakoteż społecznych i pouczających i w końcu rozdzielanie środków stojących do jej dyspozycji.

Oprócz tego ma jeszcze następujące zadania:

a) Utrzymanie, rozbudowę i stworzenie instytucji dla zapobiegania chorobom i ich leczenia (poradnie, ambulatorja, szpitale, sanatorja, zakłady lecznicze i t. d.) według zasad gospodarczych najskrupulatniej nastawionych według faktycznych wymagań współczesnej wiedzy. Instytucje te muszą rozporządzać personelem (lekarze, pielęgniarki, siostry i t. d.), któryby zupełnie odpowiadał zadaniom nań nałożonym.

b) Upowszechnienie obserwacji zdrowotnej a szczególnie regularne lekarskie badania niemowląt, dzieci i młodocianych.

c) Poprawa warunków życia i pracy a szczególnie zwalczanie nędzy mieszkaniowej przez poprawę mieszkań i budowę nowych domów, tworzenie działek ogrodowych zwalczanie alkoholizmu i t. d.

d) Higijeniczne pouczanie ma w sposób systematyczny objąć całą ludność.

ZAOPATRZENIE NA STAROŚĆ ROBOTNIKÓW ZATRUDNIONYCH W ADMINISTRACJI PAŃSTWA I POSZCZEGÓLNYCH KRAJÓW RZESZY NIEMIECKIEJ.

„Die Arbeiter-Versorgung“ z dn. 1.XI.28 podaje w artykule p. Klinkenberga ciekawe informacje o zabezpieczeniu na starość robotników zatrudnionych w administracji państwowej.

Dotychczas robotnicy, zatrudnieni w administracji Państwa i poszczególnych krajów Rzeszy, po zwolnieniu wskutek nie-

zdolności do pracy otrzymywali zwykle doraźne wsparcia.

Dla pracowników kolejowych od dłuższego już czasu istnieje (w Niemczech — Red.) Kasa Pensyjna t. zw. „B“, która wypłaca dodatki do rent inwalidzkich, przewidzianych przez Ustawę. Niemiecka poczta państwowa zorganizowała w 1926 r. ubezpieczalnie dla robotników i urzędników pocztowych. Pierwotny projekt objęcia tą instytucją pracowników fizycznych i umysłowych innych działów administracji państwowej — nie doszedł do skutku. Dlatego też, po długich naradach z odpowiednimi organizacjami pracowniczymi, administracja państwowa i administracja poszczególnych krajów Rzeszy uchwały zorganizowanie własnej ubezpieczalni, obowiązującej tylko pracowników fizycznych.

Instytucja ta rozpoczęła swą działalność 28.X.1928 p. n. „Państwowy i Krajowy Zakład ubezpieczeń dodatkowych“ („Zusatzversorgungsanstalt des Reichs und der Länder“).

„Zakład Ubezpieczeń“ ma na celu zapewnienie robotnikom administracji państwowej i krajowej oraz ich rodzinom — dodatków do ustawowych rent inwalidzkich, urzędniczych lub górniczych.

Wszyscy stale zatrudnieni robotnicy poniżej 45 lat życia obowiązani będą wstąpić do zakładu. Pracownicy, zatrudnieni w dniu otwarcia Zakładu (28.X.28) należą do Zakładu jako obowiązkowo ubezpieczeni, nawet jeżeli przekroczyli 45 rok życia. Niestale zatrudnieni, mający co najmniej 900 godzin rocznej pracy, mogą przystąpić jako członkowie dobrowolni.

Do pokrycia kosztów świadczeń służą składki. Obowiązkowo ubezpieczeni wpłacają 1/3, zatrudniająca go instytucja — 2/3. Dobrowolnie ubezpieczeni wpłacają sami całkowitą składkę. Wysokość składki oblicza się na podstawie uposażenia, pobieranego w danym okresie.

Istnieje 9 grup zarobkowych, jak wskazuje poniższa tabela.

Grupa	Rzeczywisty dowód roczny w mk. niem.	Policzalny zarobek w mk. n.	Składki tygodniowe	Roczna kwota zasadniczej renty dodatkowej w mk. n.	Najwyższa kwota pośmiertnego w mk. n.
1	do 520	500	69	200	100
2	ponad 520 do 780	750	105	240	120
3	„ 780 „ 1040	1000	135	280	140
4	„ 1040 „ 1300	1200	162	320	160
5	„ 1300 „ 1560	1400	189	360	180
6	„ 1560 „ 1820	1600	216	400	200
7	„ 1820 „ 2080	1900	258	475	240
8	„ 2080 „ 2600	2200	297	550	280
9	„ 2600	2800	378	700	350

Świadczenia Zakładu są następujące:

1. Renta dodatkowa dla członków — po stwierdzeniu trwałej niezdolności do pracy (inwalidztwo).
2. Renta wdowa dla wdów po członkach, uprawnionych do otrzymywania renty.
3. Renty sieroce dla małoletnich dzieci zmarłych członków.
4. Odprawa dla uprawnionych do otrzymywania renty.
5. Lecznictwo.
6. Pośmiertne.

Warunkiem do uzyskiwania świadczeń jest 5-cio letnia przynależność do Zakładu.

Rentę dodatkową otrzymują ubezpieczeni po przyznaniu im renty, wynikającej z ubezpieczenia przymusowego.

Wysokość renty dodatkowej jest tak obliczona, że ogólna suma renty ustawowej łącznie z dodatkową nie przekracza kwoty, którą mógłby uzyskać pracownik umysłowy o takim samym uposażeniu i z taką służbą lat na podstawie ustawodawstwa o ubezpieczeniu emerytalnym pracowników umysłowych. Całkowita kwota renty ustawowej łącznie z rentą dodatkową, wynosi do ukończonego 35 roku życia — 35% policzalnego dochodu (p. tabelę). Procent ten wzrasta z każdym rokiem życia aż do ukończonego 50 roku życia — o 2/100, a potem — o 1/100 aż do maksymalnej wysokości 80% policzalnego dochodu, po ukończeniu 65 roku życia. Po uwzględnieniu tych zasad obowiązują podane w tabeli kwoty zasadnicze renty dodatkowej. Ta kwota zasadnicza renty dodatkowej wzrasta z każdym pełnym rokiem członkostwa w danej grupie o 1/2% policzalnego dochodu danej grupy.

Przykład: pracownik odchodzi na emeryturę po ukończeniu 65 lat, po 40 latach członkostwa. W ciągu całego okresu uzyskał policzalny dochód w wysokości 2200 marek niem. rocznie. Ogólna kwota ustawowej renty inwalidzkiej łącznie z rentą dodatkową wyniesie najwyżej: 80% czyli 1760 marek. Z tego przypada na rentę dodatkową: renta zasadnicza 550 m. wysokość a nadto uzupełnienie $40,0 \times r,22 = 440$ m.
Razem 990 m.

Gdyby należna ustawowa renta inwalidzka wynosiła więcej, niż 1760 — 990 — 770 m., należałoby odpowiednio zmniejszyć rentę dodatkową.

Renta wdowia wynosi 50% renty dodatkowej zmarłego członka.

Renta sieroca, aż do ukończenia 16 lat, wynosi dla sierot bez ojca — połowę, dla sierot bez ojca i matki — 2/3 renty wdowiej. Dzieci uczęszczające do szkoły zawodowej lub obciążone fizycznym albo umysłowym kalectwem, otrzymują rentę do 18 roku życia. Wdowy, które powtórnie wyjdą za mąż, tracą prawo do renty; otrzymują one jako odprawę trzykrotną kwotę rocznej renty wdowiej.

Jako pośmiertne wypłaca się kwotę ustaloną przez ustawę

plus sumę uwidocznioną na tabeli.

Dla pracowników starszych, zatrudnionych w chwili wejścia w życie przepisów, będą ustalone w porozumieniu z organizacjami robotniczymi przepisy przejściowe.

Siedzibą Zakładu jest Berlin. Koszta personelu i urządzenia ponoszą zainteresowane administracje. Organa Zakładu są następujące:

1. Zarząd, reprezentujący instytucję.
2. Rada Nadzorcza.
3. Komisja rewizyjna.
4. Sąd rozjemczy.

Zarząd składa się z Dyrektora, jako prezesa, i 6 członków. Dyrektora i 3 członków Prezydium mianuje minister finansów Rzeszy w porozumieniu z administracją danego kraju Rzeszy, 3-ch pozostałych zaś członków wybiera Rada Nadzorcza z pośród ubezpieczonych na zasadzie proporcjonalnego wyboru. Okres kadencji trwa 3 lata. Dyrektor i członkowie Zarządu są jednocześnie członkami Rady Nadzorczej, która składa się prócz tego z przewodniczącego i 20 innych członków. Przewodniczącego mianuje minister finansów Rzeszy w porozumieniu z odnośnymi administracjami krajowymi; z pośród 20 członków — 5-ciu mianuje minister finansów, pozostałych 15 wybierają członkowie Zakładu wg. zasady wyborów proporcjonalnych. Okres kadencji 4 lata.

Rada Nadzorcza składa się więc z przewodniczącego i 24 członków, z których 9 obiera administracja, a 18 — ubezpieczeni.

Jak widzimy, Zakład korzysta z szerokiej autonomii.

Komisja rewizyjna składa się z przewodniczącego, mianowanego przez Prezesa Trybunału obrachunkowego Rzeszy Niemieckiej z pośród jej członków, oraz z 2 członków, z których jednego mianuje minister finansów Rzeszy, drugiego powołuje Rada Nadzorcza.

Sąd rozjemczy składa się z przewodniczącego, mianowanego przez prezesa państwowego trybunału ubezpieczeniowego, oraz 6 członków z których 3 mianuje według swego uznania minister Skarbu Rzeszy, a 3 na wniosek naczelnych organizacji robotniczych.

Z KAS I ZWIĄZKÓW

REGULAMIN WSPÓLDZIAŁANIA KAS CHORYCH Z INSPEKCJAMI PRACY.

I. Badanie robotników młodocianych i nowoprzyjętych do pracy.

§ 1.

Na podstawie art. 6 Ustawy z dnia 2 lipca 1924 r. o pracy kobiet i młodocianych, wszyscy robotnicy młodociani, przyjmowani do pracy muszą być zbadani przez lekarza, wskazanego przez Inspektora Pracy i musi być przez lekarza stwierdzone, że praca proponowana nie przekracza sił młodocianego. Badania takie prowadzić będzie lekarz właściwej Kasy Chorych.

§ 2.

Celem skutecznego i wszechstronnego zbadania stanu zdrowia młodocianych w ośrodkach wielko-przemysłowych i na terenie większych miast należy powołać do tych badań specjalnych lekarzy. Do takich ośrodków zaliczyć można:

Warszawę — 2 lekarzy, Białystok — 1 lekarz.

§ 3.

Powołanie specjalnych lekarzy może być uskutecznione tylko w większych miastach. W innych miejscowościach dla badań młodocianych Kasy Chorych wyznaczają w godzinach ambulatoryjnych w określonych miejscowościach w dniach i godzinach lekarzy kasowych, którzy będą badali młodocianych, skierowanych przez Inspektorów Pracy.

§ 4.

Określenie tych miejscowości pozostawia się porozumieniu z Okręgowym Związkiem i nastąpi natychmiast po otrzymaniu wiadomości o uzgodnieniu Kas Chorych z Obwodową Inspekcją Pracy.

§ 5.

Sprawa badania młodocianych przez lekarzy Kas Chorych w miejscowościach mniejszych mało uprzemysłowionych, będzie mogła być unormowana później.

§ 6.

Plan badania lekarskiego powinien obejmować nie tylko zwykle kliniczne badanie z uwzględnieniem u dziewcząt zaburzeń w sferze płciowej, lecz ponadto i antropometryczne, przy czym pożądanym jest odnotowywać w kartotece prócz danych klinicznych, jak małopokrwistość, powiększenie gruczołów chłonnych, cierpienie nosa (nieżyty, polipy, wyrostki adenoidalne), osłabienie słuchu lub wzroku, stan zębów (próchnica), bóle i zawroty głowy, pobudliwość nerwową, cierpienie serca, podejrzenia o gruźlicę, jąkanie, alkoholizm i t. p. — również wyniki pomiarów antropometrycznych:

- 1) ergometria (przy pomocy ręcznego siłomierza),
- 2) spirometria,
- 3) waga ciała,
- 4) długość ciała (wzrost),
- 5) długość tułowia,
- 6) obwód klatki piersiowej (w stanie wdechu, wydechu i spokoju),
- 7) wymiar poprzeczny klatki piersiowej,
- 8) wymiar przednio-tylny klatki piersiowej,
- 9) wymiar poprzeczny głowy,
- 10) wymiar podłużny głowy,
- 11) wysokość czaszki,
- 12) obwód czaszki,
- 13) szerokość barków,
- 14) postawa.

Szczegółowy wzór jednolitych schematów będzie nadesłany dodatkowo, musi być bowiem opracowany w porozumieniu z innymi Okręgowymi Związkami Kas Chorych celem ustanowienia jednolitych metod badania na terenie całego Państwa.

§ 7.

Wymieniony schemat pozostaje w Kasie Chorych, natomiast odcinek wraz z opinią lekarza (z zastrzeżeniem tajemnicy lekarskiej w myśl art. 77 Ustawy z dn. 19. V. 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby) co do odpowiedzialności pracy, proponowanej danemu młodocianemu, odsyłany będzie do właściwego Inspektora Pracy. Na odcinku tym lekarz stwierdzi tylko, czy badany może wykonywać daną pracę, czy nie. Na żądanie Inspektora pracy nadesłane Kasa Chorych rozpoznanie choroby do zwrotu.

II. Badanie młodocianych, kobiet i dorosłych robotników, — będących członkami Kasy Chorych.

§ 8.

W poszczególnych większych miastach i większych ośrodkach przemysłowych mają być ustalone ściśle określone punkta ambulatoryjne w dotychczasowych ambulatoriach, do których mają być kierowani młodociani, kobiety i dorośli robotnicy, pracujący w fabrykach na skutek zwrócenia się Inspektora Pracy o zbadanie lekarskie.

§ 9.

Badania te będą miały na celu zapobiec powstawaniu pewnych chorób zawodowych, rozwijających się niepostrzeżenie dla danego robotnika, o ile jest zatrudniony w gałęziach lub w rodzajach pracy szczególnie niebezpiecznej.

O ile chodzi o badanie lekarskie pracujących robotników przedewszystkiem należy zwrócić uwagę na następujące rodzaje prac:

1. Wydobywanie i hutnictwo ołowiu, cynku, rtęci i mi-

nerałów pochodnych wraz z przerabianiem produktów ubocznych, grożącym wszelkiego rodzaju zatruciami;

2. działy hut żelaznych, narażających pracowników na wszelkiego rodzaju zatrucia;

3. produkcja farb ołowianych i innych związków i stopów ołowiu;

4. wyrób i użycie wszelkiego rodzaju związków azotowych;

5. huty szklane;

6. garbarnie;

7. wyrób produktów, wyszczególnionych w spisie robót, zakazanych dla młodocianych;

8. wszelkie metody wyrobu sztucznego jedwabiu;

9. fabryki akumulatorów;

10. mielenie szlaku fosforowej;

11. kauczuk (użycie ołowiu, siarczku węgla, benzyny);

12. praca przy polewaniu w przemyśle ceramicznym;

13. sortowanie, czyszczenie, strzyżenie i t. p. sierści, pierza, szmat;

14. emaljowanie na gorąco metali;

15. pobielanie lub cynkowanie blachy za pomocą aljaży, zawierających ołów;

16. chromolitografia farbami w proszku, zawierającymi ołów.

Gdyby lekarz ambulatoryjny bez interwencji Inspektora Pracy stwierdził objawy początków choroby zawodowej, skieruje robotnika do właściwych specjalistów, a Zarząd Kasy zawiadomi o tem Inspektora Pracy.

§ 10.

Punkty ambulatoryjne zostaną ustalone przez Okręgowy Związek Kas Chorych w porozumieniu z Okręgową Inspekcją Pracy. W tym celu zechcą Kasy Chorych nadesłać niebawem swoje wnioski, ażeby rozplanowanie punktów uwzględniło lokalne warunki pracy.

III. Współdziałanie Kas Chorych z Inspekcją Pracy w zakresie innych zagadnień.

§ 11.

Jest rzeczą wskazaną zawiadamianie Inspektorów Pracy przez Kasy Chorych o zauważonych zjawiskach masowego zachorowania w poszczególnych zakładach przemysłowych celem zwrócenia przez organa Inspekcji Pracy szczególniejszej bacności na warunki bezpieczeństwa zdrowia i higieny w takich fabrykach.

§ 12.

W miarę możliwości na zapytanie inspektora Pracy podażą Kasy Chorych liczbę zachorowań w poszczególnych fabrykach, szczególnie niebezpiecznych z charakteru swej produkcji.

§ 13.

Kasy Chorych będą zawiadamiały Inspektorów Pracy w razie stwierdzenia przyjęcia przez fabrykę dzieci poniżej 15 lat wieku, a także w razie stwierdzenia fałszywych obrachunków z robotnikami. To samo uczynią Inspektorzy Pracy dla Kas Chorych.

IV. Uwagi końcowe.

§ 14.

Do organizacji pracy, objętej niniejszym regulaminem należy przystąpić możliwie bez zwłoki. W razie jakichkolwiek

trudności i wogóle we wszystkich wątpliwych wypadkach służy Okręgowy Związek Kas Chorych w Warszawie radą i pomocą.

§ 15.

W razie rozbieżności zdań między Kasą Chorych a Obwodową Inspekcją Pracy przeprowadzi Okręgowy Związek na wniosek Kasy Chorych uzgodnienie stanowiska przez Okręgową Inspekcję ewentualnie przez Główną Inspekcję Pracy.

Pożądanem jest, ażeby Kasy wszelkie uwagi, jakie nastęrczy praktyczne stosowanie niniejszego regulaminu, skierowały do Okręgowego Związku celem modyfikacji lub uzupełnienia regulaminu.

§ 16.

Analogiczny regulamin, jako rozporządzenie wykonawcze Głównej Inspekcji Pracy otrzymali wszyscy Inspektorowie Pracy.

KURSY DLA PRACOWNIKÓW K. CH. OKRĘGU ŁÓDZKIEGO.

Okręgowy Związek Kas Chorych w Łodzi, po porozumieniu się z Władzą Nadzorczą, urządził I-szy dokształcający kurs dla pracowników Kas Chorych Województwa Łódzkiego z programem, uwidocznionym poniżej.

Od kandydatów wymagano wykształcenia przynajmniej w zakresie 7-mio klasowej szkoły powszechnej, wzgl. 4-ch klas gimnazjum z tem, że, o ile Zarządy poszczególnych Kas uznają za odpowiednie przeznaczyć kandydata na kurs o niższym wykształceniu, jednak posiadającego już skutek praktyki pewne wyszkolenie kasowe, przyjęcie kandydatów takich będzie uwzględnione.

PROGRAM WYKŁADÓW.

	Ilość godzin wykładów około
1) Nadzór państwowy nad Kasami Chorych	3
2) Ubezpieczenie na wypadek choroby:	
a) historia ubezpieczeń społecznych,	
b) ubezpieczenie chorobowe zagranicą; na wypadek choroby z dnia 19.V.1920 r.	
c) ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu	
d) wybory do autonomicznych władz Kasy	35
3) Zasady ubezpieczenia według nowego projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznym	10
4) Ustawa o ubezpieczeniu pracowników umysłowych z zastosowaniem czynności Kas Chorych	8
5) Ustawa o ubezpieczeniu wypadkowym	3
6) Administracja wewnętrzna Kas Chorych wraz z ćwiczeniami praktycznymi	25
7) Zasady księgowości ogólnej i zastosowanej w Kasach Chorych	35
8) Lecznictwo w Kasach Chorych i jego organizacja	5
9) Organizacja aptek Kas Chorych	3
10) Egzekucja wierzytelności Kas Chorych	3
11) Ogólne wiadomości przepisów prawnych w odniesieniu do ubezpieczenia społecznego	4
12) Przepisy i praktyka prawa wekslowego	5

13) Ustawodawstwo Pracy:

- a) najem pracy,
- b) czas i warunki pracy,
- c) ustawy ochronne
- d) inspekcja pracy,
- e) sądy pracy

14) Nauka o Polsce współczesnej 20

15) Nauka o organizacji pracy 3

Zarząd Okręgowego Związku Kas Chorych w Łodzi wyraża przekonanie, że Zarządy Kas Związkowych — w zrozumieniu znaczenia kursu dla rozwoju, udoskonalenia i ujednostajnienia agend Kas Chorych, a zwłaszcza w przededniu dalszej rozbudowy ubezpieczeń społecznych — wyślą na 1-szy kurs doształcający jaknajwiększą liczbę pracowników.

WYSTAWA PRZECIWGRUŻLICZA POWIATOWEJ KASY CHORYCH W JĘDRZEJOWIE.

Z inicjatywy Powiatowej Kasy Chorych w Jędrzejowie, przy współudziale Wydziału Powiatowego Sejmiku Jędrzejowskiego, zorganizowano w Jędrzejowie w czasie od 28.V do 4.VI 1929 r. Wystawę Przeciwgrużliczą (własność O. Z. K. Ch. w Krakowie).

Zainteresowanie się Wystawą, jakoteż i frekwencja zwiedzających w ciągu 6-ciu dni, była dość duża, albowiem Wystawę zwiedziło 1721 mężczyzn i 1129 kobiet t. j. razem 2950 osób, z której to liczby na członków Kasy Chorych przypada 1574 osób (co czyni około 50% w stosunku do ubezpieczonych P. K. Ch. w Jędrzejowie) — na młodzież szkolną (wyższe klasy Gimnazjum, Seminarjum Nauczycielskie i Szkoła Powszechna) — 903 osób i 473 osób niepodlegających ubezpieczeniu na wypadek choroby, jak urzędnicy państwowi, kolejarze, i t. p.

O BUDOWĘ SZPITALA POWIATOWEJ KASY CHORYCH W OSTROWCU.

Dnia 1 lutego b. r. odbyła się konferencja zwołana przez Zarząd Powiatowej Kasy Chorych w sprawie budowy szpitala przez Kasę. W konferencji tej wzięli udział przedstawiciele rządu (Dr. Ostromecki), sejmiku miasta (pp. Seruga i Szymański) i Zarządu Kasy oraz p. Dyr. Kłemensiewicz i inż. Weindling imieniem Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie.

Referat o konieczności i potrzebie budowy szpitala wygłosił członek Zarządu Kasy p. inż. Radwan, który w referacie, uzasadniając potrzebę budowy szpitala, wskazał na następujące fakty:

Przy rozważaniu potrzeby budowy przez Kasę Chorych szpitala w Ostrowcu zastanawialiśmy się, czy wogóle w Powiecie Opatowskim, posiadającym już szpital, wskazaną jest budowa jeszcze jednego, a jeżeli tak, kto tą sprawą powinien się zająć, innymi słowy, kto w tej sprawie najbardziej jest zainteresowany.

Na pytanie pierwsze odpowiedzieć można paroma liczbami i zestawieniami:

1) znamienem jest naprzykład porównanie pod względem zaludnienia i ilości szpitali dwóch powiatów: Błońskiego w Województwie Warszawskim i Opatowskiego w Województwie Kieleckim — otóż Błoński przy ludności 115,568 ma szpitali 4 Opatowski z ludnością 162,488 (dane z roku 1925) jeden,

2) miasto Ostrowiec, liczące 26,670 mieszkańców z tendencją stałego zwiększania się ludności nie posiada zupełnie szpitala, podczas gdy inne, znacznie mniejsze miasta w Woje-

wództwie Warszawskim, jak np. taki Żyrardów, mający pod bokiem Warszawę, w której szpitalach leczy się bardzo dużo jego mieszkańców, posiada szpital na 100 łóżek. Jeżeli teraz dodamy do tego szereg faktów takich, jak:

1) Szczerpłe rozmiary szpitala w Opatowie, liczące około 90 łóżek, stale przepełnionego, a zatem prawie niedostępnego dla znacznej ilości mieszkańców powiatu,

2) zły stan komunikacji w powiecie, uniemożliwiający prawie całymi miesiącami wszelki dostęp do wsi i utrudniający w znacznym stopniu domowe leczenie obłożnie chorych,

3) nędzę mieszkaniową w Ostrowcu, posiadającym 56,35% mieszkań jednoizbowych, które stanowią wraz z 2-izbowymi 86,4% wszystkich wogóle mieszkań, przyczem okazuje się, że 51,9% ludności zajmuje właśnie te jednoizbowe mieszkania, z czego wynika, iż skupienie ludności w lokalach jednoizbowych wynosi 4,77% na jedną izbę, a oprócz tego wszystkie te lokale są w opłakanym stanie, skutkiem czego leczenie ciężko chorego w domu staje się wprost katastrofą.

Odpowiedź na pytanie drugie: budować powinien ten, kto jest najbardziej zainteresowany, to zn. Powiatowa Kasa Chorych w Ostrowcu.

Każdy rok wykazuje stałe systematyczne zwiększanie się ilości ubezpieczonych: gdy w dniu 1.I.1925 r. ilość ubezpieczonych wynosiła 6.211 osób a w dn. 1.I.1927 r. — 8,163, to 1.I. 1928 r. ilość ta wzrosła do 9,842 osób, aby w dniu 1.VII tegoż roku osiągnąć liczbę 11,411. Przyrostowi temu towarzyszy naturalnie i przyrost członków rodzin, które wynosiły 1 stycznia 1925 r. — 13,267, 1.I.1927 r. — 16,881, 1.I.1928 r. — 18,756, a 1.VII.1928 roku — 21,220, innymi słowy ilość osób otrzymujących świadczenia wzrosła od 1.I.1925 r. do 1.I.1929 r. z 19.478 do 34,122. Wzrostowi temu towarzyszy i zwiększanie się przypisu składek, które wynosiły 1.I.1926 r. — 45,570 złotych na miesiąc, a 1.I.1928 r. — 137,834 zł., a już na 1 stycznia 1929 r. przypis wyniósł 153,197 zł. przy ilości ubezpieczonych: mężczyzn 10,376, kobiet 1,741, razem 12,117, oraz członków rodzin 22,001, czyli razem 34,122.

Horoskopy na przyszłość są dobre i choćby przyrost ubezpieczonych nie postępował w tych rozmiarach, co np. w ubiegłych latach, to nie prawdopodobnym jest zmniejszanie się ilości ubezpieczonych, a co zatem idzie nie należy obawiać się zmniejszenia przypisu.

Zakłady Ostrowieckie obecnie zatrudniają około 5.800 osób (w 1926 — 3.600), tendencja rozwoju jest bardzo silna ze względu na szczególne położenie tej huty w trójkącie bezpieczeństwa. Inne przedsiębiorstwa, zatrudniające małe w porównaniu do Zakładów Ostrowieckich ilości robotników, zdradzają bardziej nawet intensywny rozrost niż Zakłady. Należy bardzo poważnie liczyć się z rozwojem budownictwa w mieście wobec najzupełniej konkretnych danych obiektów, jakie się mają budować.

Wyrazem dobrego stanu Kasy jest uskutecznienie budowy własnego gmachu, która pozwala na racjonalne ujęcie lecznictwa kasowego przez urządzenie w nim odpowiednio zaopatrzonych gabinetów lekarskich dla przyjęć ambulatoryjnych, jak również lecznictwa dla umieszczenia chorych, wymagających doraźnej pomocy lekarskiej, zwłaszcza chirurgicznej.

Zwiększająca się jednak frekwencja chorych (porównanie: w styczniu 1928 r. ogółem porad lekarskich 11,604, w styczniu 1929 r. przeszło 12,000), udoskonalające się lecznictwo wysuwają nowe potrzeby, a w pierwszym rzędzie racjonalne obsłużenie chorych, co nie da się przeprowadzić w żaden inny sposób, jak tylko we własnym szpitalu.

Przy obecnym stanie rzeczy udzielanie pomocy obłożnie choremu napotyka znaczne trudności. Fatalny stan komunikacji, czyniący dostęp do wielu chorych, mieszkających po wsiach, wprost niemożliwy, jak również rozpaczliwy stan mieszkaniowy, skutkiem którego niejednokrotnie w jednym pokoiczku mieszka kilka rodzin, poprostu wykluczają leczenie chorego w domu. Niejednokrotnie świadkami np. porodu z konieczności stają się ludzie obcy, skazani na wspólną biedę i ciasnotę. O tem aby chory mógł doznać spokoju i należytego doгляdu w mieszkaniu, przypominającym raczej obóz wędrowny, gdzie ubezpieczeni zatrudnieni w rozmaitych porach dnia, stale przez cały dzień i noc wchodzą i wychodzą, gdzie ze ścian leje się wilgoć, a z okien dmucha wiatr, mowy naturalnie niema — to też wyrwanie chorego z tego otoczenia staje się wprost dobrodziejstwem. Parę liczb ilustruje jasno tę potrzebę.

1) Gdy w styczniu r. 1928 lekarze rejonowi udzielili pomocy 760 chorem, w styczniu 1929 r. wizyt u obłożnie chorych było około 2000.

2) Z pomocy szpitalnej korzystało w roku 1928 przeszło 1200 chorych, co zresztą nie ilustruje prawdziwej potrzeby leczenia szpitalnego, a raczej jest wyrazem tego, że tych 1200 osób musiało być bezwzględnie wysłanych do szpitali, natomiast osób, które powinny być korzystać z leczenia szpitalnego było naturalnie znacznie więcej. Dodać do tego należy, że sprawa umieszczenia chorego w szpitalu, czy to w swoim, czy obcym nie należy do łatwych. Lecznica Kasy Chorych z samego swego charakteru szczerpła i niewystarczająca na potrzeby instytucji nie jest przystosowana, ani urządzona do przyjmowania większej ilości chorych; umieszcza się w niej wypadki, wymagające doraźnej pomocy przeważnie chirurgicznych, co wynika z charakteru pracy większości ubezpieczonych (metalurgia), stale jest przepełniona i umieszczenie w niej chorego na cierpienie wewnętrzne jest przeważnie niemożliwe.

Szpital w Opatowie, jak to było na wstępie zaznaczone, jest stale przepełniony i dostanie się do niego chorego kasowego z wyjątkiem spraw zakaźnych jest prawie wykluczone. Inne szpitale, jak np. Sandomierz, Wierzbnik i t. d. są zbyt daleko, a do tego też przepełnione.

Wszystkie te bolączki usunąć może jedynie własny średnio duży szpital, odpowiednio urządzony.

Biorąc pod uwagę majątek Kasy (ruchomości, nieruchomości, łącznie z pozycją funduszu zapasowego, znajdującego się po stronie biernego bilansu za grudzień 1928 r., a będącego faktycznie majątkiem Kasy) oraz mając na uwadze stałe zwiększanie się przypisu, — możemy mieć do dyspozycji na ewentualną spłatę zaciągniętej pożyczki około 150,000 zł. rocznie.

Po referacie p. przewodniczącego Radwana, zabrał głos p. Dr. Ostromecki, który w dłuższym wyczerpującym przemówieniu zobrazował ogromną klęskę sanitarną w powiecie opatowskim, gdzie na 3,000 ludności przypada jedno łóżko, niema dobrze urządzonego oddziału zakaźnego, niema oddziału położniczego. Tranzlokowanie chorych do szpitala w Opatowie, oddalonego od Ostrowca 17 km., nastęrcza ogromne trudności i jest kosztowne. O korzystaniu ze szpitali w Wierzbniku i Sandomierzu, pozostawiających pod względem urządzenia również dużo do życzenia — niema mowy.

Dyrektor Klemensiewicz pochwała zamiar budowy własnego szpitala, jako rzecz konieczną, zwraca tylko uwagę na stronę finansową. Szpital dla Kasy jest luksusem i trzeba się z tem liczyć.

Koszt budowy szpitala prawdopodobnie wyniesie około 2,000,000 złotych, trzeba się przeto zastanowić nad finansowaniem tej akcji, która wymagać będzie bardzo życzliwej opieki

ubezpieczonych i pracodawców. Ma nadzieję, że jak jedni tak i drudzy, w razie potrzeby, przyjdą z pomocą przez uchwalenie na wzór innych miast, dodatkowej składki na budowę. Użytkowanie pożyczki musi być autoratywnie zagwarantowane. Kwestja oprocentowania musi być brana pod uwagę, jak również długoterminowy kredyt. Zapewnia, że w akcji budowy przyjdzie z pomocą pod każdym względem.

**

Inicjatywa Zarządu Powiatowej Kasy Chorych w Ostrowcu zasługuje na uznanie. Zwłaszcza, że ani miasto ani sejmik nie myślą o budowie szpitala. Sejmik opatowski (w tym powiecie leży Kasa ostrowiecka) wyraził — w formie uchwały — życzenie, by Kasa Ostrowiecka wybudowała ten szpital. Zarząd Kasy powołał decyzję w tej sprawie, biorąc pod uwagę możliwości finansowe Kasy. My chcieliśmy stwierdzić tylko ze stanowiska zasadniczego, iż budowa szpitala nie należy do zakresu działania Kasy Chorych. Samorządy nasze nie mogą „lekką ręką” rezygnować z obowiązku, które nakłada na nie ustawa i wyrażać życzenie, by Kasy budowały szpitale. Jeżeli można zrozumieć położenie przymusowe Kas wielkich, budujących szpitale, to dla Kas małych jest bardzo poważne ryzyko. A do nich należy i Kasa Ostrowiecka, mająca 11 tysięcy członków.

CZY KARY NAKŁADANE PRZEZ KASY CHORYCH PODLEGAJĄ AMNESTJI?

P. Stanisław Garlicki poruszył w Nr. 12/1928 naszego pisma (str. 223) ciekawe zagadnienie a mianowicie czy kary, nakładane przez Kasy Chorych, w myśl art. 16 ust. z 19.V. 1920 r., podlegają amnestji. Autor stanął na stanowisku negatywnem. Obecnie Sąd Apelacyjny w Warszawie powziął decyzję, w której stanowisko autora znalazło całkowite potwierdzenie. Decyzję przytaczamy całkowicie:

„Sąd Apelacyjny w Warszawie na posiedzeniu gospodarczem I-go Wydziału Karnego w dniu 31 stycznia 1929 roku rozpoznawszy skargę incydentalną Powiatowej Kasy Chorych w Łomży, na decyzję Sądu Okręgowego w Łomży w Wydziale Odwoł. z dnia 30/VII 28 r. w przedmiocie zastosowania amnestji względem Józefa N. zważywszy, że Kasa Chorych jest instytucją o charakterze społecznym i orzeczenia Kasy Chorych nie mogą być porównywane do orzeczeń władz administracyjnych, że wpływy pieniężne do Kasy Chorych są wpływami prywatne-

mi, któremi władze rządowe nie dysponują, że pomijając tę kwestję, że nałożona na Józefa N. kwota 128 zł. 27 gr. niesłusznie nazwana jest grzywną, gdyż stanowi ona normalną składkę, którą N. nie uiścił, należy uznać, że wogóle nakładane przez Kasy Chorych grzywny orzeczeniami Zarządu Kas Chorych w zakresie ich uprawnień nie mogą być uważane na mocy art. 8 Ustawy amnestyjnej z dnia 22 czerwca 1928 roku, gdyż te grzywny stanowią prywatną własność Kas Chorych, jako instytucyj społecznych a nie rządowych, że zatem decyzja Sądu Okręgowego w Łomży z dnia 30 lipca 1928 r. darowująca N. grzywnę w kwocie 128 zł. 27 gr. jest niesłuszną, Sąd Apelacyjny postanawia na mocy art. 18 ustawy amnestyjnej z dnia 22 czerwca 1928 r. uchylić. (Nr. 4 IK 3/29).

Sąd Apelacyjny w Warszawie na posiedzeniu gospodarczem I-go Wydziału karnego w dniu 31 stycznia 1929 roku rozpoznawszy skargę incydentalną Powiatowej Kasy Chorych w Łomży, na decyzję Sądu Okręgowego w Łomży w Wydziale Odwoł. z dnia 30/VII 28 r. w przedmiocie zastosowania amnestji względem Józefa Liszewskiego

zważywszy

że Kasa Chorych jest instytucją o charakterze społecznym i orzeczenia Kasy Chorych nie mogą być porównywane do orzeczeń władz administracyjnych, że wpływy pieniężne do Kasy Chorych są wpływami prywatnymi, któremi władze rządowe nie dysponują, że pomijając tę kwestję, że nałożona na Liszewskiego kwota 128 zł. 27 gr. niesłusznie nazwana jest grzywną, gdyż stanowi ona normalną składkę, którą Liszewski nie uiścił, należy uznać, że wogóle nakładane przez Kasy Chorych grzywny orzeczeniami Zarządu Kas Chorych w zakresie ich uprawnień nie mogą być umarzane na mocy art. 8 Ustawy amnestyjnej z dnia 22 czerwca 1928 roku, gdyż te grzywny stanowią prywatną własność Kas Chorych, jako instytucyj społecznych a nie rządowych, że zatem decyzja Sądu Okręgowego w Łomży z dnia 30 lipca 1928 r. darowująca Liszewskiemu grzywnę w kwocie 128 zł. 27 gr. jest niesłuszną, Sąd Apelacyjny postanawia na mocy art. 18 Ustawy Amnestyjnej z dnia 22 czerwca 1928 r. decyzję Sądu Okręgowego w Łomży z dn. 30 lipca 1928 r. uchylić. (Nr. 4 IK 3/29).

KSIĄŻKI I CZASOPISMA.

„LEKARZ POLSKI“. W piśmie naszym omawialiśmy już art. p. Dr. Babeckiego p. t. „O zasadniczych podstawach niedomagań Kas Chorych“ ogłoszony w Nr. 2, „Zdrowia“. W artykule tym proponuje autor oparcie organizacji pomocy lekarskiej w Kasach Chorych na „zasadach spółdzielczych“ (w zrozumieniu autora) w ten sposób, iż ubezpieczony miałby indywidualne konto, które obciążanoby kosztami jego leczenia i jego rodziny. Kto nie wyczerpałby na leczenie całej składki otrzymywać miałby w myśl tego pomysłu premje. W Nr. 5 „Lekarza Polskiego“ p. Dr. Mieczysław Pomorski w art. p. t. „Chybiony projekt“ również przeciwstawia się krytycznie projektowi Dr. Babeckiego. Dr. Pomorski stwierdza zupełnie słusz-

nie, iż realizacja tego projektu zmusiłaby do powiększenia liczby pracowników. „Projekt taki, pisze Dr. Pomorski, nie pozwala w żadnym razie przewidywać wyników dodatnich, nie poprawi nic, za to bezpowrotnie niszczy jedną z nielicznych, choć może nie stworzoną świadomością ustawodawcy, dodatnią stroną działalności każdej Kasy — profilatykę zachorowań.

„Bardzo myli się ten, kto widzi w Kasie Chorych „niepotrzebne lecznictwo“. Poza pewną, zresztą nie tak znów wielką liczbę symulantów, ci, którzy zgłaszają się do ambulansu li tylko z powodu nieznacznych dolegliwości, przy badaniu lekar-kiem, zawsze otrzymają pewne wskazówki, które niejednokrotnie uchronią ich od ewentualnych zachorowań.

„Trzeba tylko aby lekarze ordynujący mieli na uwadze nie tylko leczenie już istniejących stanów chorobowych, lecz i zapobieganie przyszłym.

„A jakże często, (co potwierdzi każdy lekarz, ordynujący w Kasie Chorych) wśród zgłaszających się tylko po „kropelki”, lub proszki na kaszel stwierdza się nacieczenia w szczytach płuc lub wadę serca, co pozwala na wczesne rozpoczęcie leczenia.

„Z punktu widzenia społecznego profilaktyczne działanie Kas Chorych jest ważniejsze, niż lecznicze, które jest tylko doraźną pomocą dla ubezpieczonego o mniejszym znaczeniu społecznym.

„Projekt dr. Babeckiego unicestwienia doszczętnie działalność profilaktyczną Kas Chorych, dając wzamian złudną nadzieję na premję. Ubezpieczeni w ogromnej większości wypadków (z handlowych względów), do czego pomoże im brak uświadomienia i niestety, bezpośrednie zainteresowanie, będą spekulowali własnym zdrowiem, aby otrzymać przewidzianą ustawą premję.

„Wtedy korzystać będą z Kas Chorych tylko sami członkowie i tylko w przypadkach chorób czyniących ich niezdolnymi do pracy; względnie tylko na konieczność uzyskania od lekarza zwolnienia od pracy, jako niezbędnego warunku uzyskania zasiłku, zmuszałby ubezpieczonego do zmniejszenia ewentualnej premji. Rodzina ubezpieczonego znalazłaby się w tragicznym położeniu: dziś żona i dzieci są zachęceni przez głowę rodziny do odwiedzenia Kasy, aby „odbić” potrąconą przymusową składkę, zaś przy projektowanym systemie działaby się odwrotnie: odciągano by ich od wizyty u lekarza dla marnych materialnych zysków. I znów niezamożni znaleźliby się w położeniu, gdy to się wzywa lekarza, po wizycie księdza z Ostatnimi Sakramentami.

„Czyż taka perspektywa może kogokolwiek zachęcić do reformy w tym kierunku. Cóż z tego, że przychodnie opustoszeją, coś z tego, że kilku symulantów i kilkanaście histeryczek przestanie nachodzić lekarzy i wyzyskiwać Kasę, coś z tego, że kilku naprawdę zdrowych otrzyma premję w gotówce — jeżeli równocześnie otrzymywać będą (może nawet częściej) takie same premje ludzie chorzy, jedynie za to, że nie korzystali z Kasy Chorych.

„Powiedzmy szczerze, że będzie to premja nie za zdrowie, lecz za bojkotowanie Kasy Chorych. A równocześnie gruźlica i choroby weneryczne szerzyć będą spustoszenie wśród niezamożnych i nieświadomych, wpatrzonych w złudny miraż premji.”

Widzimy więc z wywodów autora, iż także i lekarz przeciwstawia się pomysłom dr. Babeckiego.

„**DEUTSCHE KRANKENKASSE**” (Nr. 22) przynosi artykuł d-ra Roedera p. t. „Opieka nad zdrowiem a lekarze”. Autor przypomina, że ustawodawstwo w dziedzinie ubezpieczeń społecznych przed 45 laty miało na celu udzielanie ubezpieczonemu pomocy lekarskiej w czasie choroby oraz zasiłku — celem uratowania go od nędzy. Zagadnienia profilaktyczne były ustawom zupełnie obce. Wszelkie wysiłki wielkich kas w tym kierunku napotykały na ostry sprzeciw biurokracji i zainteresowanych sfer gospodarczych.

Wysiłki samorządów w dziedzinie uzdrawiania miast spowodowały zmniejszenie się odsetka zachorowań na choroby infekcyjne. Wysiłki te opłaciły się wobec tego w zupełności, a ponadto narzuciły zagadnienia profilaktyki. Z zagranicy nadchodziły (do Niemiec) sprawozdania o dodatnich rezultatach

działalności przychodni w dziedzinie zapobiegania chorobom społecznym. Dopiero doświadczenie zagraniczne umożliwiło i w Niemczech działalność profilaktyczną, odpowiadającą aktualnie potrzebom lokalnym, jak np. zwalczanie gruźlicy i chorób niemowląt.

Urządzenia przychodni było w początku bardzo prymitywne: złe pomieszczenia, brak instrumentów i środków pieniężnych, brak pielęgniarek na odwiedzanie chorych w domu. Naogół postęp w dziedzinie działalności profilaktycznej był w Niemczech bardzo nieznaczny, świadomość o konieczności tego rodzaju istniała już od czasu Virchowa, jednak były to tylko jednostki, które rozumiały, że należy oddać wiedzę lekarską na usługi ogółu.

Dopiero w r. 1919 ogólnie - niemiecki Zjazd Lekarzy w Eisenach uchwalił, iż działalność tego rodzaju muszą wykonywać lekarze opłacani stale, lecznictwo musi pozostać jednak w rękach „wolnego zawodu”. Świat lekarski przywiązywał do tej akcji wielką wagę. Zagadnienie to postawiono jeszcze na porządku dziennym zjazdu w r. 1926 i 1927.

Jest rzeczą charakterystyczną, w jaki sposób postawiono na zjazdach tych to zagadnienie. Przedmiotem obrad były zagadnienia zdrowia ludności; na zjeździe tym omawiano sprawę tę jako sprawę lekarza i jego zadanie. Była to jakgdyby wewnętrzna sprawa organizacji lekarskiej. Z tych to powodów rezolucje mówią o obowiązkach zawodowych stanu lekarskiego w tej sprawie, zapominając, że lekarze mają spełnić obowiązki wobec ogółu ludności w imię zasady „zdrowie ludności — prawem najwyższem”.

Już od roku 1925 kielkuje myśl przejęcia akcji zdrowotnej opieki społecznej z rąk prywatnych lekarzy — przez czynniki społeczne do tego powołane, które sprawą tą pokierują zgodnie z interesami najszerzych warstw ludności.

Pomimo, że w chwili obecnej akcja profilaktyczna, oparta na poradniach (dla niemowląt, w szkolnictwie, szczególnie zawodowym, dla alkoholików, nerwowo - chorych i t. p.) nie jest dostatecznie rozbudowana — daje się jednak zanotować wzrastającą popularność tej idei i — co za tem idzie — obniżenie np. śmiertelności niemowląt.

Daleko jeszcze do ideału „pomocy w każdej chwili, w każdej sytuacji, od kołyski aż do grobu”, t. j. do rozbudowy profilaktyki w zakresie chorób nagminnych oraz w zakresie opieki nad najbardziej zagrożonymi warstwami. Sprawa ta jednak musi być uregulowana prawnie na tych samych podstawach, co pomoc lekarska udzielana przez Kasy Chorych.

Lekarze zwalczają to stanowisko, wysuwając argument, że ludność polegając całkowicie na opiece państwa, przestałaby sama dbać o swą zdrowotność, myśleć o zabezpieczeniu na starość, poczuwać się od odpowiedzialności względem rodziny, co obniżyłoby jej poziom etyczny. Stanowisko niesłuszne; ustawodawca opieki społecznej wymaga tylko walki z chorobami nagminnymi, których geneza leży w warunkach społecznych.

Lekarze zapominają, że jednostka tu musi podporządkować się ogółowi. Wskutek swej psychiki zawodowej — widzą oni zawsze jednostkę, powierzoną ich opiece, to też i choroby nagminne rozpadają się dla nich na szereg indywidualnych wypadków. Higienista społeczny poszukuje przyczyn tych chorób w objawach społecznych, dlatego celem jego jest masa.

Nie chodzi o to, by od czasu do czasu niezamożny chory otrzymał bezpłatną poradę, lecz o to, by badać i usuwać przyczyny, które wywołały daną chorobę.

Od zjazdu lekarzy można było wymagać zrozumienia tego stanowiska.

Łeżarsk opieka społeczna powinna obejmowa całą ludnoř. Tego równieŹ nie uznał zjazd. Projekt wykluczenia z pod państwowej opieki profilaktycznej ubezpieczonych nie ma uzasadnienia, gdyŹ obowiązkowa i powszechna profilaktyka jest jeszcze bardziej potrzebna, niŹ obowiązkowe i powszechne leczenie.

Zjazd domaga się, by rozpoczętą juŹ działalnoř odda w ręce lekarzy, ktorzy jest w Niemczech 45 tyřicy. Dlaczego nie zainteresowali się t spraw dawniej, nie wzięli inicjatywy w swe ręce?

Izolacja wolnopracujcych lekarzy, ewentualnie przyjętych specjalnie do prowadzenia akcji profilaktycznej, nie sprzyja pracy metodycznej, wymagającej urzdzeñ pomocniczych, ktorymi lekarze prywatni nie rozporządzają. Lekarz prywatny nie moŹe zastpi lekarza opieki społecznej.

Zdrowotna opieka społeczna nie powinna być przedmiotem handlu, opłacanym pieniędźmi. Narazie opiera się ona na współpracy społeczeñstwa, ale z czasem podstawa jej musi stać się prawodawstwem.

Tak jak powszechne przymusowe nauczanie ma na celu podniesienie ogłnego poziomu ořwiaty, tak samo powszechna przymusowa opieka lekarska podniesie ogłny poziom zdrowotnoři narodu.

KOMUNIKAT

PAŃSTWOWEJ SZKOŁY HIGJENY

Departamentu SłuŹby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w sprawie kursu wyřkolenia i stypendjów dla lekarzy, pragnących wstpi do państwowej słuŹby zdrowia.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia, iŹ organizuje w r. bieŹącym w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawa-

wie specjalny kurs wyřkolenia dla lekarzy, ktorzy pragnęliby pořwici si publicznej słuŹbie zdrowia.

Kurs trwać będzie 9 miesięcy, a mianowicie od dnia 2 wrzeřnia r. 1929 do dnia 31 maja r. 1930 (w czym 6 miesięcy studiów teoretycznych oraz 3 miesiące praktyki administracyjno-sanitarnej).

Kandydaci, zgłaszający się na kursy mogą się ubiega o przyznanie im przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych na czas trwania kursu stypendjum pod warunkiem, iŹ złż zobowiązanie, Źe po ukoñczeniu kursu pozostan na Źądanie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych przynajmniej przez 2 lata w słuŹbie przy pañstwowym włdach administracyjno-sanitarnych na zasadach ogłnych, okreřlonych ustaw o pañstwowym słuŹbie cywilnej, a to pod rygorem zwrotu otrzymanego stypendjum.

Stypendjum będzie wynosi 350 złotych miesięcznie.

W czasie pobytu na kursie w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie stypendyřci, a w miarę moŹnoři i pozostali uczestnicy kursu, będą mogli korzysta z bursy, istniejącej przy tej Szkole, za opłat kosztów utrzymania.

Podania o dopuszczenie na kurs, a ewent. i przyznanie stypendjum, naleŹy wnoři do dnia 1 sierpnia r. b. do Departamentu SłuŹby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Warszawie (ul. Nowowiejska 39) z załączeniem curriculum vitae oraz dowodów (oryginalnych bądŹ naleŹycie uwierzytelnionych), stwierdzających:

- a) wiek kandydata,
- b) posiadanie obywatelstwa polskiego,
- c) ukoñczenie studiów lekarskich i posiadanie prawa wykonywania praktyki lekarskiej w Pañstwie Polskim, i
- d) stosunek do słuŹby wojskowej.

Ponadto naleŹy w podaniu wskaza przynajmniej 2 bardziej znane osoby, które mogłyby udzieli opinii o kandydacie. Kandydaci, ubiegający się o stypendjum, powinni dołczy zobowiązanie, o ktorem była mowa wyŹej.

T R E Ź Ć :

Ir. — Stan bezkontraktowy w Kasach Chorych woj. Poznañskiego i Pomorskiego. (Dokumenty).

Patrycy Dziurzyñski. — Powierzenie Kasom Chorych ściągania składek ubezpieczenia na wypadek braku pracy.

— Dochody i wydatki Czechosłowackich ubezp. społ. za r. 1928.

— Kilka danych o walce z gruŹlic na terenie Okr. Zw. Kas Ch. w Warszawie.

— Projekt regulaminu Komisji Rozjemczej.
G. F. — Międzynarodowy przegląd ubezp. społecznych.

Kronika.

Z Kas i Związków.

KsiŹki i czasopisma.

Prenumerata:

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

Cena ogłoszeñ:

¹ / ₁ strona za tekstem 200 zł.
II, III i IV strony
okłdki 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.

**POWIATOWA KASA CHORYCH
WE WRZEŚNI**

OGŁASZA NINIEJSZEM

K O N K U R S

NA STANOWISKO
LEKARZA NACZELNEGO KASY.

WARUNKI PRZYJĘCIA:

- 1) Obywatelstwo polskie,
- 2) Prawo praktyki lekarskiej przyznane przez Państwo Polskie,
- 3) dłuższa praktyka zawodowa,
- 4) nieprzekroczony 45 rok życia.

Pierwszeństwo mają lekarze specjaliści chorób wewnętrznych i obeznani z lecznictwem fizykalnem.

STANOWISKO DO OBJĘCIA OD 1 LIPCA 1929 ROKU.
Honorarjum ca 1000 zł. miesięcznie wzgl. według umowy

Oferty wraz z odpisami świadectw uprasza się skierować do Zarządu Pow. Kasy Chorych
Września, dnia 27 maja 1929 r.

ZARZĄD POWIATOWEJ KASY CHORYCH.
we WRZEŚNI.

**POWIATOWA KASA CHORYCH
W MOGILNIE (WIELKOPOL).**

OGŁASZA NINIEJSZEM

K O N K U R S

NA STANOWISKO
LEKARZA NACZELNEGO

WYMAGANE:

- 1) Obywatelstwo polskie,
- 2) Prawo wykonywania praktyki lekarskiej,
- 3) Dłuższa praktyka lekarska.

Pierwszeństwo mają lekarze specjaliści chorób wewnętrznych i obeznani z lecznictwem fizykalnem.

STANOWISKO DO OBJĘCIA OD 1 LIPCA 1929 ROKU

Oferty wraz z odpisami świadectw i życiorysem uprasza się nadsyłać do

ZARZĄDU POWIATOWEJ KASY CHORYCH
w MOGILNIE.

**ZARZĄD POWIATOWEJ KASY
CHORYCH W KIELCACH**

OGŁASZA NINIEJSZEM

K O N K U R S

NA STANOWISKO
LEKARZA NACZELNEGO



Wymagana conajmniej pięcioletnia praktyka lekarska i praca w Kasach Chorych.

WARUNKI WEDŁUG UMOWY.

Podania wraz z życiorysem, odpisami dyplomu i świadectw należy składać do

ZARZĄDU KASY.

**POWIATOWA KASA CHORYCH
NA POWIAT WADOWICKI
W ANDRYCHOWIE**

OGŁASZA NINIEJSZEM

K O N K U R S

NA STANOWISKO
LEKARZA KASOWEGO
WARUNKI:

- 1) Obywatelstwo polskie,
- 2) Przynajmniej 3-letnia praktyka lekarska,
- 3) Prawo wykonywania praktyki lekarskiej w Rzeczypospolitej Polskiej,
- 4) Nieprzekroczony 40 rok życia.

WARUNKI WYNAGRODZENIA
ZALEŻNE OD UMOWY.

Oferty wraz z curriculum vitae należy składać na imię
Zarządu Kasy Chorych.

Dyrektor Kasy: Przewodniczący Zarządu:
K. Sokołowski m. p. Franciszek Marczak m. p.