

# PRZEGLĄD UBEZPIECZEN SPOŁECZNYCH



ORGAN OGÓLNO  
PAŃSTWOWEGO  
ZWIĄZKU KAS  
CHOROBYCH, POLSKO

N° 6

# L I P O J O D I N A

NAZWA ZASTRZEŻONA

OPATENTOWANA



ETER ETYLOWY KWASU

DWUJODBRASYDYNOWEGO

41% JODU

## PRZETWÓR NEUROTROPOWY i LIPOTROPOWY

Nie powodujący zaburzeń żołądka i kiszek.

W dawkach leczniczych nie wywołuje jodzicy.

**K O Ł A C Z Y K I**

RURKA ORYGINALNA 20 SZTUK

PABJANICKIE TOW. AKC. PRZEMYSŁU CHEMICZNEGO

ODDZIAŁ FARMACEUTYCZNY

## Zarząd Powiatowej Kasy Chorych w Płocku

ogłasza niniejszem

### K O N K U R S

na stanowisko **Dyrektora Kasy Chorych.**

W y m a g a n e :

- 1) Obywatelstwo polskie,
- 2) wykształcenie średnie,
- 3) kiluletnia praca w Instytucjach Ubezpieczeń Społecznych lub samorządowych,
- 4) wiek niaprzekraczający 45 lat.

Uposażenie będzie przyznane według VI st. płac urzędników państwowych plus 15% dodatku.

Oferty wraz z dołączeniem odpisów świadectw oraz życiorysem składać należy do dnia 10 sierpnia 1929 roku włącznie do Powiatowej Kasy Chorych w Płocku, Kolegjalna 9. Posada do objęcia po zatwierdzeniu przez Okręgowy Urząd Ubezpieczeń w Warszawie.

p. o. Dyrektor: (—) **R. Pyżyński.**

Przewodniczący Zarządu: (—) **Z. Maciejowski.**

## WSZELKIE REKLAMACJE

Z POWODU NIEREGULARNEGO DOSTARCZANIA

## „PRZEGLĄDU

## UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH“

Kierować należy pod adresem Administracji

WARSZAWA

LWOWSKA 13.

# PRZEGLĄD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Organ Ogólno-Państwowego Zw. Klas Chorych w Polsce

ROK IV

MIESIĘCZNIK

ZESZYT 6

WARSZAWA, 1 CZERWCA 1929.

L. SKARZYŃSKI.

## PROJEKT USTAWY O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM.

### I.

„Każdy obywatel ma prawo do opieki Państwa nad jego pracą, a w razie braku pracy, choroby, nieszczęśliwego wypadku i niedołęstwa — do ubezpieczenia społecznego” głosi art. 102 Konstytucji z dn. 17 marca 1921 r.

Byłoby rzeczą zupełnie niesłuszną twierdzić, że nic nie jest zrobione celem wprowadzenia w życie tej deklaracji, zawartej w najważniejszym akcie państwowym. Ustawy o czasie pracy, o urlopach, o pracy kobiet i młodocianych, o umowie o pracy, o sądach pracy, ustawy dotyczące higieny zakładów przemysłowych oraz bezpieczeństwa pracy — dorobek ustawodawstwa pracy jest znaczny.

Odłogiem leży dziedzina stosunków pracy w rolnictwie<sup>1)</sup>.

Ustawodawstwo pracy nasze, niepełne i dalekie od doskonałości, dalekie od zadośćuczynienia wszystkim postulatam klasy robotniczej, zaspakaja jednak dużo potrzeb i bodaj wykonanie ustaw jest najslabszą stroną w tej dziedzinie stosunków pomiędzy Państwem, przedsiębiorcą a pracownikiem.

Inaczej jest z zagwarantowaniem przez konstytucję prawem do ubezpieczenia społecznego. Tu, gdy chodzi o plon pracy ustawodawczej, stan jest w daleko mniejszym stopniu zadawalniający, niż w dziedzinie ochrony pracy.

Składają się na to bardzo poważne luki w ustawodawstwie, ogromna jego niejednorodność, wreszcie niedostateczność świadczeń, w niektórych dziedzinach ubezpieczenia społecznego wprost rażąca.

<sup>1)</sup> „Cała dziedzina, dotycząca stosunków pracy w rolnictwie, stoi otworem dla ustawodawcy, który winien się nią zainteresować i przystąpić do jej uregulowania” — mówił Dyrektor Departamentu Pracy w dniu 30 stycznia r. b. na IX Ogólno-krajowym Zjeździe Inspektorów Pracy.

Rzut oka na stan obecny ustawodawstwa ubezpieczeniowego uwidoczni, jak nagląca jest potrzeba ujednostajnienia tego ustawodawstwa, wypełnienia w niem luk i usunięcia braków.

W dziedzinie ubezpieczeń społecznych dwie ustawy obowiązują na całym obszarze Rzeczypospolitej: ustawa o ubezpieczeniu na wypadek braku pracy z dn. 18 lipca 1924 r. i o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, wprowadzona w życie dekretem Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 24 listopada 1927 r.

Pierwsza z tych ustaw ułożona pod kątem jak-najmniejszego obciążenia Skarbu Państwa i pracodawców jest niezadawalniająca: niski wymiar zasiłków przy bardzo niskim zarobku policzalnym — zasiłek stanowi 30% tego zarobku<sup>2)</sup> — liczne wyjątki, krótki okres pobierania zasiłku — wymagają w praktyce ciągłych korektywów. Rząd widzi się zmuszonym do stałego uzupełniania akcją doraźną braków ustawy.

Stwarzając ustawę o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej nie poszło drogą, wytkniętą przez projekt z r. 1920, jednolitego, scalonego ubezpieczenia społecznego; zerwał też z zasadą węższego projektu z roku 1923, stwarzającego jednak jednolite instytucje ubezpieczeniowe dla ogółu pracowników najemnych fizycznych i umysłowych.

Wyodrębniając pracowników umysłowych dekretem Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 24 listopada 1927 roku normuje ich ubezpieczenie: 1) na wypadek braku pracy, 2) na wypadek niezdolności do zarobkowania, 3) na starość, 4) na wypadek śmierci, (renty wdowie i sierocie). Po wprowadzeniu jednolitego

<sup>2)</sup> Najniższy ze znanych w ubezpieczeniu na wypadek bezrobocia. Najwyższy zasiłek w Holandji wynosi 70% zarobku.

ubezpieczenia pracowników fizycznych będzie też dołączone ubezpieczenie od nieszczęśliwych wypadków. Jest to ubezpieczenie drogic. Składka na przeciąg pierwszych pięciu lat została wyznaczona w wysokości 10% płacy podstawowej (w granicach od 60 — 720 zł. miesięcznie); w razie potrzeby Rada Ministrów na wniosek Ministra Pracy i Opieki Społecznej może podnieść składkę do 13%<sup>3)</sup>.

Zasada terytorjalności w ubezpieczeniu pracowników umysłowych została zachowana, natomiast powszechność i samorządność uległy dotkliwym ograniczeniom.

Ubezpieczenie na wypadek choroby istnieje na obszarze całego Państwa, przytem, za wyjątkiem Górnego Śląska, na podstawie jednej ustawy, mianowicie ustawy z dn. 19 maja 1920 r. (na Górnym Śląsku obowiązuje Księga Druga Kodeksu Ubezpieczeniowego Rzeszy Niemieckiej z r. 1911, niejednokrotnie nowelizowana).

Ustawa z dn. 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, pomimo pewnych drugorzędnych usterek i niedokładności, z zupełnym prawem pozostaje przedmiotem dumy ustawodawstwa polskiego w dziedzinie ubezpieczeń społecznych. Kasy Chorych utworzone na mocy tej ustawy, a oparte na zasadach przymusu, powszechności, terytorjalności i samorządności, pomimo niezwykle ciężkich warunków w pierwszych latach istnienia, pomimo poważnych wyłomów, czynionych na praktyce w zasadzie powszechności, dowiodły znakomicie swej żywotności. Więcej — rozwój ustawodawstwa społecznego w świecie całym dowodzi, iż na słusznych zasadach oparta została organizacja Kas Chorych w Polsce. Zasada powszechności i przymusu zwyciężyła w ustawodawstwie ubezpieczeń społecznych w takiej twierdzy liberalizmu gospodarczego, jak Francja, zwycięstwo zasady terytorjalności w ojczyźnie ubezpieczeń robotniczych — w Niemczech, nie ulega wątpliwości, pomimo olbrzymich przeszkód, nagromadzonych w ciągu dziesięcioleci egzystencji najrozmaitszych rodzajów kas nieterytorjalnych; wreszcie samorządność, pomimo głębokich ran, jakie jej zadają wrogie demokracji prądy, jest z demokracją nierozzerwalnie złączona i wraz z demokracją zwycięży.

Na Górnym Śląsku, gdzie jak zanaczono wyżej, obowiązują przepisy niemieckiego ustawodawstwa ubezpieczeniowego, oprócz czternastu kas terytorjalnych, egzystują kasy wiejskie (2), zakładowe (29) i górnicze (2). Wysokość opłat za ubezpieczenie chorobowe na Górnym Śląsku waha się w granicach od 4 do 7,5% zarobku, wówczas gdy w całej, po za Górnym Śląskiem, Rzeczypospolitej składka wynosi 6,5% płacy ustawowej. Wysokość składek w kasach ogólno-miejscowych na Górnym Śląsku waha się od 6—7%, a więc kasy śląskie, działające w tych samych warunkach co w pozostałej części kraju, zmuszone są wymierzać składki w tej co i tam wysokości (na Górnym Śląsku wysokość składki ustala się w drodze sta-

<sup>3)</sup> Składka ta nie obejmuje składki na ubezpieczenie chorobowe i od nieszczęśliwych wypadków przy pracy.

tutowej, wówczas gdy dla całej po za nim Rzeczypospolitej wysokość składki jest podana w ustawie).

Dowodzi to, że ustawa z dn. 19 maja 1920 r. ustaliła wysokość składki odpowiadającą rzeczywistym potrzebom Kas Chorych.

W dziedzinie ubezpieczenia od nieszczęśliwych wypadków widzimy różnorodność większą, niż w ubezpieczeniu chorobowym.

W byłych zaborach rosyjskim i austriackim, a więc w województwach południowych, centralnych i wschodnich wraz z częścią województwa Śląskiego, odpowiadającego b. zaborowi austriackiemu (Śląsk Cieszyński), obowiązuje ustawa austriacka z r. 1887, nowelizowana kilkakrotnie przez rząd austriacki oraz ustawami polskimi z dn. 7 lipca 1921 r. i z 30 stycznia 1924 r.

W byłym zaborze niemieckim obowiązuje trzecia księga Kodeksu Ubezpieczeniowego Rzeszy Niemieckiej, lecz wówczas, gdy na Górnym Śląsku ustawa niemiecka została zmieniona w zakresie przypisów organizacyjnych i przypisów dotyczących świadczeń, w województwach Poznańskim i Pomorskiem nowelizacja dotyczy tylko przepisów organizacyjnych<sup>4)</sup>.

To też niezgodność przepisów, obowiązujących w poszczególnych dzielnicach, jest zupełna. Wobec różnicy systemów pokrycia świadczeń, mamy różny wymiar składek ubezpieczeniowych. Różnicę tę w ogromnym stopniu potęguje przyjęcie na podstawie Traktatu Wersalskiego i decyzji Ligi Narodów rent, przyznanych mieszkańcom Rzeczypospolitej przez niemieckie instytucje ubezpieczeń od nieszczęśliwych wypadków, wzamian za co Polska otrzymała rezerwy w bezwartościowej walucie (na skutek dewaluacji marki niemieckiej) lub też wcale dotąd rezerw nie otrzymała (Górny Śląsk). To też według danych Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej składka przeciętna dla przedsiębiorstw przemysłowych wynosi w województwach centralnych, południowych i wschodnich około 1,2% płacy zarobkowej, w województwach pomorskim i poznańskim około 2,15%, na Górnym Śląsku do 2,6%. Różne też są podstawy wymiaru renty wypadkowej. W województwach centralnych, wschodnich, południowych i na Górnym Śląsku podstawą tą jest pełny zarobek ubezpieczonego, w województwach zaś pomorskim i poznańskim zarobek ponad 1800 zł. rocznie uwzględnia się częściowo, mianowicie tylko w trzeciej części.

Najmniej zadawalającym jest stan ubezpieczenia

<sup>4)</sup> Stan Ubezpieczeń Społecznych w b. zaborze pruskim po przyłączeniu województwa Poznańskiego i Pomorskiego wymagał niezwłocznych zarządzeń władzy państwowej w dziedzinie organizacyj z powodu, iż wszystkie spółki przemysłowe (Berufsgenossenschaften), wykonujące ubezpieczenie od wypadków w przemyśle, jak też Zakład Ubezpieczenia Pracowników umysłowych pozostały po za granicami Rzeczypospolitej. Przeto, aby uniknąć przerwy w funkcjonowaniu ubezpieczenia, organizacji ubezpieczenia inwalidzkiego t. zw. Ubezpieczalni Krajowej zostało powierzone wykonywanie ubezpieczenia od nieszczęśliwych wypadków i ubezpieczenia pracowników umysłowych.

inwalidzkiego — na wypadek niezdolności do zarobkowania, starości i śmierci.

Nie mniejsza tu, niż w innych dziedzinach ubezpieczenia, różnorodność ustawodawstwa. W województwach pomorskim i poznańskim obowiązuje czwarta księga Kodeksu Ubezpieczeniowego Rzeszy Niemieckiej z r. 1911 (dwukrotnie nowelizowana przez Rząd Polski); na Górnym Śląsku ta sama księga czwarta Kodeksu Ubezpieczeniowego, lecz w stanie, jaki miała w Rzeszy Niemieckiej w końcu 1922 r., pozatem sześciokrotnie nowelizowana ustawami Śląskimi. W górnośląskiej części województwa śląskiego górnicy korzystają z ogólnego ubezpieczenia inwalidzkiego i dodatkowego ubezpieczenia w Kasach Brackich.

W Małopolsce z ubezpieczenia inwalidzkiego (renty na wypadek niezdolności do pracy, renty wdowie i sieroce) korzystają tylko górnicy.

Pozostali robotnicy w Małopolsce, jak też ogół robotników w b. zaborze rosyjskim są całkowicie pozbawieni ubezpieczenia na wypadek stałej niezdolności do pracy i zabezpieczenia rodzin w razie śmierci ich żywiciela.

Lecz ubezpieczenie inwalidzkie — tam gdzie istnieje — jest zupełnie niewystarczające.

Według Rocznika Ubezpieczeń Społecznych za rok 1927 w województwach zachodnich i w Małopolsce na jedną rentę przypada mniej niż 150 zł. rocznie, co zupełnie odpowiada innym danym, według których w województwach zachodnich przeciętna roczna renta inwalidzka wynosi 180 zł., starcza — 144 zł., wdowia — 96 zł., a sieroca 48 zł. rocznie. Na Górnym Śląsku, szczególnie dla górników, sytuacja jest znacznie lepsza. Naturalnie wskutek niskich zarobków renty w ubezpieczeniu inwalidzkim robotniczym nigdzie nie są wystarczające, by zabezpieczyć renciście minimum środków utrzymania.

## II.

Taki jest stan obecny ubezpieczeń społecznych w Polsce. Rzuca się w oczy różnorodność ustawodawstwa i brak zupełny w olbrzymiej połaci kraju ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy, nie spowodowanej wypadkiem przy pracy, starości i śmierci. Ten ostatni brak jest szczególnie rażący wobec tego, iż dziewiętnaście państw europejskich posiada ubezpieczenie inwalidzkie <sup>5)</sup> i że w Polsce egzystuje już ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy i śmierci dla pracowników umysłowych.

Jak olbrzymia ilość osób jest pozbawiona dobrodziejstw ubezpieczenia w razie niedołęstwa lub śmierci żywiciela rodziny, wskazują cyfry Rocznika Ubezpieczeń Społecznych w Polsce za r. 1927.

W województwach pomorskim i poznańskim oraz na Górnym Śląsku podlegało ubezpieczeniu na wypadek inwalidztwa i starości w r. 1927 przeciętnie

<sup>5)</sup> Anglja, Austrja, Belgja, Bułgarja, Czechosłowacja, Danja, Francja, Grecja, Hiszpanja, Holandja, Jugosławja, Luksemburg, Niemcy, Portugalja, Rumunja, Szwecja, Węgry, Włochy i Związek Republik Radzieckich; pozatem w Szwajcarii ubezpieczenie inwalidzkie istnieje w kantonie Glarus.

840.000 robotników, korzystało zaś z rent inwalidzkich, starczych, wdowich i sierocych 111.047 osób.

Ubezpieczenie inwalidzkie górników w Małopolsce obejmowało 11.417 osób, stan rent w końcu r. 1927 wykazuje liczbę rencistów równającą się 43,7% ogólnej liczby ubezpieczonych (4987). Nakoniec Kasy Pensyjnej Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach i Pszczyńskiego Bractwa Górniczego w Katowicach liczyły 85.628 członków, płaciły zaś renty 14.921 osobom.

Ponieważ zaś liczba podlegających ubezpieczeniu inwalidzkemu w całym Państwie niewątpliwie będzie więcej niż czterokrotnie przewyższać liczbę członków Wydziału ubezpieczenia inwalidzkiego Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu i Zakładu Ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa w Królewskiej Hucie, przeto z całą pewnością twierdzić można, że jeszcze około 350.000 osób rocznie korzystać będzie z dobrodziejstw ubezpieczenia inwalidzkiego. A to znaczy, że więcej niż ćwierć miliona osób będzie co roku uchronione od nędzy. Naturalnie, jeżeli wymiar rent będzie znacznie podwyższony.

Czy reforma, dająca takie rezultaty, jest potrzebna, czy jest pożądana?

W kwartalniku „Praca i Opieka Społeczna”, wydanym przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, czytamy: „Robotnicy, którzy żyjąc z pracy rąk, tworzą i pomnażają bogactwa kraju, nie powinni na starość lub w razie przedwczesnego niedołęstwa pozostawać przedmiotem jakże niedoskonałej u nas opieki społecznej lub też poprostu przymierać głodem, jak to się dzieje obecnie. Istnienie tej niesprawiedliwości społecznej można było tłumaczyć jedynie ciężkimi warunkami gospodarczymi, utrudniającymi wprowadzenie ubezpieczenia. Wraz z pewnym uporządkowaniem stosunków dalsze tolerowanie takiego stanu rzeczy jest nie do pomyslenia... Konieczność dostarczania przez pracodawców, korzystających z pracy robotników i przez Państwo w znacznej części funduszków na ubezpieczenie, nie wymaga bliższego uzasadnienia.

„Wprowadzenie ubezpieczenia inwalidzkiego na obszarze całego Państwa nie może być również obojętne dla pracodawców z dwóch powodów:

1) przez zabezpieczenie bytu robotnika i jego rodziny stwarza się psychiczne podstawy podniesienia wydajności pracy,

2) przez zrównanie obciążenia produkcji usuwa się niezdrową konkurencję, wynikającą z różnego stopnia rozwoju ustawodawstwa społecznego.

„Ubezpieczenie inwalidzkie prócz korzyści, którą przynosi bezpośrednio zainteresowanym, posiada również duże znaczenie państwowo-twórcze, gdyż uzupełniając ubezpieczenia już istniejące, zwiększa gwarancję równowagi bytu robotnika, przez co budzi w klasie robotniczej tem większe przywiązanie do własnego państwa, tak niezbędne dla naszej przyszłości”. <sup>6)</sup>

A więc dla wszystkich zainteresowanych — Pań-

<sup>6)</sup> Wacław Bruner. Projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznym. „Praca i Opieka Społeczna”, roz. IX, zeszyt I, str. 32.

stwa, przedsiębiorców i naturalnie pracowników przewidywane są korzyści z wprowadzenia ubezpieczenia inwalidzkiego.

To też pomimo, iż „rozwój polskiego ustawodawstwa ubezpieczeniowego był różny w poszczególnych okresach czasu i raz śmielszy, to znów bardziej powolny, w zależności od całego szeregu czynników, jak położenie gospodarcze kraju, zmienny wpływ poszczególnych klas na politykę społeczną Państwa i t. p.” — praca nad ustawą o ubezpieczeniu inwalidzkim w Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej trwa prawie bez przerwy.

Jak już było wspomniane, pierwszy projekt — najdalej idący — jednolitego scalonego ubezpieczenia od wszystkich ryzyk, obejmujący całość pracowników najemnych, powstał w r. 1920.

W r. 1922 Ministerstwo ma już gotowy projekt ustawy o ubezpieczeniu na wypadek niezdolności do pracy, starości i śmierci.

Gdy projekt ten nie został zaaprobowany przez czynniki rządowe i powrócił do Ministerstwa, wkrótce, gdyż w połowie następnego 1923 r. powstaje projekt ubezpieczenia na wypadek choroby, niezdolności do pracy, starości i śmierci zarówno robotników, jak i pracowników umysłowych.

Ten projekt również nie uzyskał aprobaty, ponieważ ujawniła się — według jednego wydawnictwa Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej — „konieczność”, według drugiego zaś „tendencja” wydzielenia z ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy, starości i śmierci pracowników umysłowych. Ostatecznym wynikiem prac Ministerstwa, przeprowadzonych w kierunku tej nowej tendencji, był wspomniany już projekt o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, wprowadzony w życie dekretem Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 24 listopada 1927 r.

W 1925 Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej opracowuje projekt ubezpieczenia robotników najemnych na wypadek choroby, niezdolności do pracy, starości i śmierci. W następnym roku powstaje myśl, w związku z opracowaniem projektu jednolitego dla całego Państwa ubezpieczenia wypadkowego, włączenia ubezpieczenia od wypadków do projektu z r. 1925. Dzięki temu idea scalenia zyskuje szerszy zakres i w początku 1927 r. Ministerstwo opublikowuje „projekt ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby; oraz o ubezpieczeniu robotników na wypadek niezdolności do zarobkowania, a ich rodzin na wypadek śmierci ubezpieczonego”.

Projekt ten, o nieco przydługim tytule, po rozpatrzeniu przez Radę Ubezpieczeń Społecznych i zainteresowane Ministerstwa uległ ostatecznym przeróbkom w Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej i na podstawie uchwały Rady Ministrów z dn. 20 lutego 1929 r. został przez Ministra Pracy i Opieki Społecznej złożony w dn. 23 lutego do Sejmu jako projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznym.

Na porządek dzienny obrad sejmowych projekt wpłynął już w dn. 1 marca.

Pomimo, iż projekt ten został z Sejmu przez Rząd wycofany, jest rzeczą nie do pomyślenia, by sprawa

rozciągnięcia ubezpieczenia inwalidzkiego na szerokie rzesze robotnicze mogła zejść na czas dłuższy z porządku dziennego. Istnienie ubezpieczenia inwalidzkiego dla części pracowników najemnych — pracowników umysłowych — będzie jeszcze więcej jątrzyć i zaostrzać poczucie krzywdy robotniczej, jest przytem stałym obiektywnym dowodem nieracjonalności postępowania, pozbawiającego jedną część klasy robotniczej zdobyczy, przyznanych drugiej części.

Wreszcie fakt, że dwa dziesiątki państw europejskich posiada ubezpieczenia inwalidzkie, przytem nie jako instytucję przeżyłą i odumierającą, lecz wręcz przeciwnie — w latach powojennych niezmiernie szybko się rozwijającą, dowodzi, że i Polska nie potrafi przejść ponad zagadnieniem ubezpieczenia inwalidzkiego, że wprowadzenie go jest postulatem życiowym, którego uniknąć niepodobna przy obecnych warunkach gospodarczych w Europie i przenikających życie prądach społecznych.

Ponieważ zaś ów złożony w Sejmie i następnie wycofany projekt o ubezpieczeniu społecznym stanowi poważny etap w rozwoju naszego ustawodawstwa społecznego, przeto, pomimo chwilowego usunięcia go z widowni życia, nie jest rzeczą nie na czasie omówienie zasad projektu, oraz jego dobrych i złych stron.

### III.

Przystępując do odpowiedzi na kwestjonarjusz Międzynarodowego Biura Pracy w sprawie ubezpieczenia na wypadek choroby, Rząd Polski uważał za wskazane podkreślić na wstępie, że „rozwój ubezpieczeń społecznych zmierza coraz wyraźniej, bez względu na pewne odchylenia i opóźnienia, uzależnione warunkami rozwoju tych instytucyj na danym terytorjum, do połączenia odrębnych gałęzi ubezpieczeń w scalony system ogólnego ubezpieczenia od najważniejszych wypadków losowych.

Również w przemówieniu swym, wygłoszonym w Sejmie w sprawie projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznym. Minister Pracy i Opieki Społecznej powiedział: „Już dzisiaj powszechnie uznana zdobyczą teorii i praktyki ubezpieczeniowej jest tendencja do możliwie ścisłego powiązania i scalenia różnych rodzajów ubezpieczeń społecznych. Wszędzie widzimy jej próby, że wspomnę Francję, Czechosłowację, Austrię i Jugosławję. Jeżeli nie wszędzie została ona przeprowadzona w całości lub części, wynikało to przeważnie z trudności, związanych z tradycyjnym istnieniem szeregu ustaw i organizmów, nie dających się łatwo przekształcić”.

Rzeczywiście, nowoczesne ustawodawstwo w dziedzinie ubezpieczeń społecznych wszędzie idzie po linii scalenia odrębnych gałęzi ubezpieczeń, a w krajach, gdzie dawno powstałe i ustalone formy ubezpieczeń społecznych stoją na przeszłości scaleniu (Niemcy), już od lat wielu rozlegają się poważne głosy, domagające się zmian w ustawodawstwie ubezpieczeniowym w kierunku połączenia obecnie niezależnych od siebie instytucyj ubezpieczeniowych.

Kongres niemieckich kas chorych już w r. 1903 wysunął to zagadnienie jako jedno z najważniejszych zagadnień praktycznych niemieckich instytucyj ubez-

7) Wacław Bruner. Ibidem, str. 28 — 9.

pieczeniowych. Na stanowisku tem niemiecki Związek Kas Chorych stoi nadal, nawet coraz dobitniej je zaznacza.

Dążenie do scalenia znajduje zwolenników nie tylko wśród działaczy Kas Chorych. Prezydent Urzędu Ubezpieczeń Rzeszy Niemieckiej (Reichsversicherungstamt) dr. Bödiker i prezes ubezpieczalni krajowej w Berlinie dr. Freund już w 1906 r. na kongresie ubezpieczeń robotniczych w Wiedniu podnosili konieczność powiązania instytucyj ubezpieczeń rentowych (niezdolność do pracy, starość, śmierć) z kasami chorych. „Od tej daty — mówi uzasadnienie projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznem — w nauce ubezpieczeniowej niema prawie ani jednego teoretyka, któryby nie poruszał sprawy scalenia ubezpieczeń... Nawet ci, którzy początkowo odnosili się sceptycznie do zagadnień scalenia... stają się z czasem zwolennikami scalenia”.

Scalenie ubezpieczeń społecznych jest to racjonalizacja w dziedzinie ich organizacji. Rezultaty jego — to wydatne zmniejszenie kosztów administracyjnych, wielkie ułatwienia zarówno dla ubezpieczonych, jak i dla przedsiębiorców, gdyż jedni i drudzy mają do czynienia z jedną instytucją zamiast kilku, kierujących się rozmaitemi przepisami, niejednokrotnie mających swe siedziby w różnych miejscowościach.

Zgodnie z dodatnią oceną dążenia ku scaleniu instytucyj ubezpieczeniowych Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej w projekcie ustawy o ubezpieczeniu społecznem czyni stanowczy krok w kierunku takiego scalenia.

Według projektu scalenie ubezpieczenia wypadkowego i inwalidzkiego — jako ubezpieczenie na wypadek niezdolności zarobkowania lub śmierci osoby ubezpieczonej — całkowicie usuwa odrębności tych dwóch rodzajów ubezpieczenia.

**Jednolita organizacja ma wykonywać ubezpieczenie, jednolita jest składka<sup>\*)</sup>.**

Tu scalenie osiąga najwyższy stopień, mamy t. zw. scalenie materialne.

Luźniejszy jest związek ubezpieczenia chorobowego z ubezpieczeniem długoterminowem.

Kasa Chorych jest wprawdzie w myśl projektu podstawową komórką ubezpieczenia, pociąga do obowiązku ubezpieczenia, rejestruje ubezpieczonych, wymierza i ściąga składki, przeprowadza dochodzenia potrzebne do przyznania rent, kontroluje pobierających renty. Organizacyjnie podlega jako wyższej in-

<sup>\*)</sup> Projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznem wydziela ze składki na ubezpieczenie rentowe, stanowiące 6% płacy podstawowej, 2% jako składkę na ubezpieczenie od wypadku przy pracy i choroby zawodowej, ze względu na to: a) że w myśl projektu pewne grupy robotników korzystają z ubezpieczenia rentowego częściowo a nie z całości jego, i b) ze względu na podział składki pomiędzy ubezpieczonym a przedsiębiorcą, który opłaca całkowicie składkę na ubezpieczenie wypadkowe.

Fundusz jednak ubezpieczenia rentowego jest całkowicie jednolity.

stancji Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych, który kontroluje jej działalność. Kasa oddaje zakładowi przynajmniej połowę swych funduszków zapasowych, otrzymuje odeń w razie potrzeby pomoc finansową. Posiada jednak swoje wyodrębnione fundusze (drugie 6% płacy podstawowej), ma swoją administrację, swój budżet i swój majątek, odrębne od budżetu i majątku Zakładu Ubezpieczeń.

Tak więc pierwszą komórką organizacyjną jest Kasa Ubezpieczeń Społecznych (tak brzmi zmieniona w projekcie nazwa kasy chorych).

Naturalnie poza wymienionymi czynnościami na rzecz instytucji ubezpieczenia rentowego, kasa ubezpieczeń społecznych udziela świadczeń na wypadek choroby, macierzyństwa i śmierci w przyznanym jej zakresie.

Po nad Kasami ubezpieczeń społecznych organizacyjnie stoi Zakład Ubezpieczeń Społecznych jako okręgowa organizacja, uzupełniająca i koordynująca działalność leczniczą kas, jednocześnie udzielająca świadczeń długoterminowych na podstawie materiału dostarczonego przez kasy ubezpieczeń społecznych. Jak już było zaznaczone powyżej, Zakłady Ubezpieczeń koncentrują fundusze Kas Ubezpieczeń w celu ich wspólnego administrowania.

Działalność zakładów ubezpieczeń społecznych uzupełnia i koordynuje Związek Zakładów Ubezpieczeń Społecznych, który rozkłada równomiernie na wszystkie Zakłady Ubezpieczeń ciężary świadczeń długoterminowych w całym Państwie, organizuje wspólną lokatę kapitału i kredytu dla kas i zakładów ubezpieczeń społecznych, koordynuje i uzupełnia działalność zakładów w sprawach lecnictwa i profilaktyki, organizuje scentralizowane zaopatrzenie w środki techniczne, wreszcie prowadzi centralną statystykę w zakresie ubezpieczeń społecznych.

Taka jest w ogólnych zarysach budowa scalonego ubezpieczenia społecznego według projektu, złożonego w Sejmie w lutym roku bieżącego.

Postaramy się zrobić pobieżny przegląd treści projektu według głównych działów, a mianowicie: a) zakres ubezpieczenia, b) organizacja poszczególnych zakładów ubezpieczeń społecznych i nadzór, c) środki finansowe i d) świadczenia.

W części przeglądu, dotyczącej ubezpieczenia chorobowego, zwracać będziemy uwagę przeważnie na przepisy odmienne od obecnie obowiązujących.

A) Obowiązkowi ubezpieczenia według projektu podlegają wszystkie osoby bez różnicy płci i wieku, zatrudnione na podstawie stosunku roboczego lub służbowego. Narówni z temi osobami obowiązkowi ubezpieczenia podlegają też terminatorzy, praktykanci, wolontariusze. Obowiązkowi ubezpieczenia podlegają również i chałupnicy.

W zasadzie tej robi jednak projekt ogromne wyłomy. Nie są bowiem pociągnięci do obowiązku ubezpieczenia nie tylko funkcjonariusze państwowi, podlegający ustawie emerytalnej, i nieetatowi pracownicy kolei państwowych, korzystający z odszkodowania za nieszczęśliwe wypadki oraz z zaopatrzenia emerytalnego i zaopatrzenia pozostałych po nich wdów i sierot (rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 3 września 1926 r.), lecz również funkcjonariusze

państwowi prowizoryczni (mianowani do odwołania); mogą być zwolnieni od obowiązku ubezpieczenia pracownicy Banku Polskiego, Pocztovej Kasy Oszczędności, Banku Rolnego, Banku Gospodarstwa Krajowego, pracownicy zakładów i wytwórni wojskowych, pracownicy komunalni, zatrudnieni w urzędach i przedsiębiorstwach związków komunalnych.

Ponieważ wszyscy wymienieni, poza funkcjonariuszami państwowymi, są zwolnieni od obowiązku ubezpieczenia o ile przysługuje im prawo do świadczeń nie mniejszych od przewidzianych w projekcie, przeto w celu udzielenia im tych świadczeń mogą niewątpliwie powstawać instytucje lecznicze i emerytalne.

Tak więc zasady powszechności i terytorjalności zostają złamane.

Pierwotny projekt Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej z r. 1927 nie zawierał przepisów umożliwiających zwolnienie od obowiązku ubezpieczenia pracowników komunalnych i wytwórni wojskowych.

B) Kasy ubezpieczeń społecznych, zakłady ubezpieczeń i związek zakładów są w myśl projektu samodzielnymi osobami prawa publicznego.

Terytorjalnie okręg kasy ubezpieczeń społecznych może obejmować jeden lub kilka powiatów na terenie jednego województwa tak, by liczba obowiązkowo ubezpieczonych wynosiła co najmniej pięć tysięcy. W wyjątkowych wypadkach Minister Pracy i Opieki Społecznej może obniżyć wymaganą liczbę, nie mniej jednak jak do trzech tysięcy. Położony więc będzie kres tworzeniu zbyt drobnych kas powiatowych, niezdolnych do normalnego życia.

Zakres działalności kas ubezpieczeń społecznych był już wyżej omówiony; do zakresu działalności obecnie istniejących kas chorych projekt dodaje czynności, dokonywane na rzecz i na rachunek zakładu ubezpieczeń społecznych.

Organami kasy są, jak i obecnie, Rada, Zarząd i Komisja Rewizyjna.

Kompetencje ich ulegają pewnym zmianom, zmienia się też i skład ich.

Skład Rady ulega zmianie co do liczby członków (maksymalna liczba czterdzieści pięć, gdy obecnie dziewięćdziesiąt). Rada jest wybierana na lat sześć.

Zmiana kompetencji rady polega na zatwierdzeniu nie tylko sprawozdania rocznego i zamknięcia rachunkowego lecz i preliminarza budżetowego. To też Rada musi być zwołana przynajmniej dwa razy do roku, a nie jeden raz jak to jest obecnie.

Oprócz tego Rada ma wybierać delegatów na zgromadzenia delegatów poszczególnych kas. Do zgromadzenia delegatów powrócimy przy omawianiu organizacji zakładu ubezpieczeń społecznych.

Rada wybiera Zarząd na trzy lata (dwie trzecie z grupy ubezpieczonych i jedną trzecią z grupy pracodawców) nie na zasadzie proporcjonalności, jak obecnie, lecz większością głosów.

W myśl projektu przewodniczący i jego zastępca (i w radzie i w zarządzie kasy) mają należeć do różnych ugrupowań: jeden ubezpieczony, drugi z grupy przedsiębiorców.

W razie niedojścia do skutku wyborów przewod-

niczącego na dwóch kolejnych posiedzeniach Zarządu władza nadzorcza wyznacza przewodniczącego z grona członków zarządu.

Komisja rewizyjna składa się z sześciu członków, wybieranych na jeden rok, w tem dwóch ubezpieczonych i czterech pracodawców. Stosunek odwrotny, niż obecnie, a więc w porównaniu z ustawą z dn. 19 maja 1920 r. zwiększenie wpływu pracodawców.

Wybory do Komisji Rewizyjnej mają się odbywać w głosowaniu stosunkowym, gdy według ustawy obowiązującej, wybór członków komisji rewizyjnej odbywa się większością głosów. Kompetencje Komisji rewizyjnej są rozszerzone. Według ustawy z dn. 19 maja 1920 r. Komisja Rewizyjna winna zwrócić się z zażaleniem do Urzędu Ubezpieczeń w razie, gdy uchwały lub czynności organów kasy wykraczały przeciwko postanowieniom ustawy lub statutu; projekt zaś do powyższego dodaje: „albo grozi niepowetowanymi stratami, w szczególności, gdy chodzi o nabywanie, zbywanie nieruchomości, zaciąganie pożyczek lub dokonywanie kapitalnych inwestycji, Komisja Rewizyjna winna wnieść sprzeciw do przewodniczącego zarządu zakładu ubezpieczeń społecznych w terminie trzech dni”.

Wyboru Rady kasy dokonują, jak i obecnie osobno ubezpieczeni, a osobno pracodawcy, zatrudniający ubezpieczonych, w głosowaniu bezpośrednim, tajnym i stosunkowym. W przepisach wyborczych projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznym robi szereg zmian. Mianowicie podwyższa granicę wieku do uzyskania czynnego prawa wyborczego — z ukończonych dwudziestu do ukończonego dwudziestego pierwszego roku życia. Wprowadza dla obu grup wyborców (ubezpieczonych i przedsiębiorców) tego rodzaju okres kadencji: pracownik, by uzyskać prawo wyboru, winien być ubezpieczony przez ostatnie cztery tygodnie przed dniem ogłoszenia wyborów, również i przedsiębiorcy mają prawo wyboru, o ile przynajmniej na cztery tygodnie przed ogłoszeniem wyborów zatrudniali obowiązkowo ubezpieczonych w danej kasie.

Następnie czynne prawo wyborcze nabywają osoby, które przestały być ubezpieczone w danej Kasie nie dawniej, niż na cztery tygodnie przed ogłoszeniem wyborów, o ile przed dniem ustania ubezpieczenia były ubezpieczone przez sześć ostatnich tygodni bez przerwy, lub były ubezpieczone przez dwadzieścia sześć tygodni w ciągu ostatnich dwunastu tygodni. Nabywają więc prawo wyborcze osoby, uprawnione do świadczeń Kasy na mocy art. 36. II. ustawy z dn. 19 maja 1920 r.

Wreszcie w grupie pracowników mają na równi z ubezpieczonymi czynne prawo wyborcze osoby, otrzymujące renty w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, zamieszkałe w okręgu kasy.

A więc przez podniesienie granicy wieku i wprowadzenie czterotygodniowego terminu zatrudnienia przed ogłoszeniem wyborów zwięża się krąg wyborców, natomiast powiększa liczba wyborców nadanie praw wyborczych rencistom Zakładów Ubezpieczeń i osobom nieubezpieczonym, lecz uprawnionym do świadczeń Kasy.



W posiedzeniach Rady i Zarządu biorą udział z głosem doradczym dyrektor kasy i lekarz naczelny, ten ostatni z prawem stawiania wniosków w zakresie lecznictwa i profilaktyki. Ponieważ prawo to przysługuje naczelnemu lekarzowi w stosunku do Rady, przeto w sprawach lecznictwa uniezależnia się naczelnym lekarzem nie tylko od dyrektora, lecz i od zarządu kasy.

Przewodniczący zarządu zachowuje prawo wstrzymania uchwały zarządu, jeżeli ta sprzeciwia się przepisom ustawy, lub statutu. Winien on w tym wypadku wnieść sprzeciw do władzy nadzorczej (do przewodniczącego zakładu ubezpieczeń społecznych) w terminie trzech dni. Również przewodniczący zarządu ma obowiązek zawiadomić władzę nadzorczą w terminie trzydniowym, jeżeli na posiedzeniu zarządu dyrektor Kasy zwróci uwagę, że uchwała sprzeciwia się postanowieniom ustaw lub statutu, albo też naczelnym lekarzem zwróci uwagę, iż uchwała jest szkodliwa dla lecznictwa, bądź jest przeciwna przepisom sanitarnym.

Projekt nakłada przeto na przewodniczącego zarządu kasy obowiązek zawiadamiania władzy nadzorczej o uwadze czynionej przez dyrektora lub naczelnego lekarza Kasy, wówczas, gdy ani przewodniczący, ani Zarząd w całości opinii tych nie podziela.

Projekt zachowuje istniejące w ustawie z dn. 19. V. 20 r. prawo zatwierdzania przez władzę nadzorczą powołanego przez zarząd dyrektora i rozciąga ten przepis i na naczelnego lekarza kasy. Ponadto wprowadza nowy przepis, że w razie dwukrotnej odmowy władzy nadzorczej zatwierdzenia kandydatów, a także w wypadku, jeżeli Kasa wstrzymuje się od postawienia innego kandydata władza nadzorcza może zamianować dyrektora i naczelnego lekarza według swobodnego uznania.

Zwalnianie i zawieszanie w czynnościach dyrektora i naczelnego lekarza, w myśl projektu, podlega również zatwierdzeniu władzy nadzorczej, — przepis nieznanym w ustawie z dn. 19. V. 1920 r.

Widzimy przeto, że w porównaniu ze stanem obecnym, projekt nadaje ogromne przywileje czynnikom fachowym i w bardzo znacznym stopniu zwiększa pole ingerencji władzy nadzorczej.

Projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznym zachowuje Komisję Rozjemczą w tym samym składzie i w tym samym zakresie działania, co w ustawie obecnej o ubezpieczeniu chorobowym. Uzupełnia przytem braki ustawy obowiązującej przepisami o potrzebnym do ważności orzeczeń składzie Komisji, o terminach, o porządku zwoływania posiedzeń, wreszcie o instancji odwoławczej.

Przepisy dotyczące komisji pojednawczej, tworzonej przez władzę nadzorczą do rozstrzygania sporów między lekarzami a zarządem Kasy, tem się różnią od obowiązujących obecnie, że obu przedstawicieli lekarzy wybiera ogół lekarzy, zatrudnionych w danej Kasie. O ile nie nastąpi porozumienie co do wyboru przewodniczącego komisji pojednawczej, wyznacza go przewodniczący zakładu ubezpieczeń w porozumieniu z delegatem Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, jeżeli zaś i ci przedstawiciele wła-

dzy nie dojdą do porozumienia, przewodniczącego wyznacza wojewoda.

Do rozstrzygania zbiorowych sporów co do zawierania, rozwiązywania i zmiany umów między lekarzami a zarządem kasy, zostaną powołane przy zakładach ubezpieczeń społecznych komisje rozjemcze do spraw lekarskich oraz przy Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej wyższa komisja rozjemcza.

Komisja rozjemcza co do spraw lekarskich składa się z dwóch członków, wybranych przez zarząd zakładu ubezpieczeń społecznych i dwóch, wybranych przez lekarzy kas ubezpieczeń społecznych z okręgu danego zakładu. Przewodniczącym komisji powołuje przewodniczący zarządu zakładu w porozumieniu z delegatem Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

Do składu wyższej komisji rozjemczej wchodzi dwóch członków, wybranych przez zarząd związków zakładów ubezpieczeń społecznych, oraz dwóch lekarzy, wybranych przez członków wszystkich komisji rozjemczych. Przewodniczącym komisji mianuje Minister Pracy i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych.

Kadencja tych komisji trwa trzy lata.

Odwołanie się do komisji ma moc wstrzymującą, a więc do ostatecznego rozstrzygnięcia sporu obie strony obowiązane są wykonywać dotychczasową umowę. Decyzja komisji wyklucza drogę powództwa cywilnego. Natomiast właściwą jest droga powództwa cywilnego przy dochodzeniu strat, wynikłych z niezastosowania się do decyzji komisji, oraz z zerwania lub niewykonania umowy do czasu ostatecznej decyzji.

Zakład ubezpieczeń społecznych koordynuje i uzupełnia lecznictwo kas ubezpieczeń społecznych, działających na terytorjum zakładu. W tym celu a) zawiera umowy z lekarzami, szpitalami, aptekami, domami zdrowia oraz innymi zakładami ubezpieczeń, b) zakłada i utrzymuje apteki, składy materiałów aptecznych, zakłady fabrykacji środków leczniczych szpitali, sanatoria i t. p., c) usprawnia administrację i biurowość Kas, d) udziela kasom pomocy finansowej. Ponadto zakład udziela świadczeń pieniężnych i świadczeń w naturze osobom, korzystającym z ubezpieczenia długoterminowego.

Określenie ilości, siedziby i właściwości terytorjalnej zakładów ubezpieczeń społecznych projekt pozostawia uznaniu Ministra Pracy i Opieki Społecznej.

Organami zakładu są: Rada, zarząd, komisja rozjemcza i komisja rentowa.

Radę wybiera na sześć lat zgromadzenie delegatów kas, działających w okręgu zakładu.

Liczbę członków rady określa statut (maksymalna liczba — czterdzieści pięć).

Delegatów kas wybierają rady kas ubezpieczeń społecznych, trzech delegatów na każde pięć tysięcy ubezpieczonych, jednak nie więcej niż sześćdziesięciu (czterdziestu z grupy pracowników i dwudziestu z grupy pracodawców).

Do zakresu działania rady należy: a) wybór zarządu, komisji rewizyjnej, komisji rentowej i człon-

ków zarządu związku zakładów; b) uchwalenie zmian statutu; c) zatwierdzenie preliminarza budżetowego, oraz sprawozdania rocznego i zamknięcia rachunkowego; d) decyzje w sprawach nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości.

Rada musi być zwołana przynajmniej dwa razy do roku.

Zarząd zakładu składa się z dziewięciu członków, wybranych przez radę na sześć lat, bezwzględnie większością głosów, osobno z grupy ubezpieczonych (sześciu członków) i z grupy pracodawców (trzech członków). Pozatem pięć osób z nominacji Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, w tem przewodniczący zarządu i jego zastępca. Tych ostatnich Minister wyznacza z liczby podległych mu urzędników, członków zaś z nominacji z pośród osób, które wykazały się pracą teoretyczną lub praktyczną na polu ubezpieczeń społecznych i higieny społecznej.

W razie wstrzymania uchwały zarządu, przewodniczący winien w ciągu siedmiu dni zawiadomić Ministra Pracy i Opieki Społecznej, który sprawuje bezpośredni nadzór nad zakładami ubezpieczeń społecznych i ich związkiem (w zakresie lecznictwa i profilaktyki w porozumieniu z Min. Spr. Wewn.) Dyrektora, naczelnego matematyka i naczelnego lekarza Zakładu powołuje i zwalnia Zarząd. Odnośne uchwały zarządu stają się ważne z chwilą zatwierdzenia przez władzę nadzorczą. Komisja Rewizyjna Zakładu składa się z 4-ch osób. 3-ch członków, w tem 2-ch pracodawców i jednego ubezpieczonego wybiera Rada, jednego mianuje Min. Pr. i O. S. z pośród osób, które wykazały się pracą teoretyczną i praktyczną na polu ub. społ. Kadencja komisji rewizyjnej trwa dwa lata.

Komisja rentowa orzeka w sprawach przyznawania, odmawiania, zawieszania, utraty i ograniczenia świadczeń, udzielanych przez zakład ubezpieczeń społecznych. Komisja rentowa składa się z sześciu członków, wybranych przez radę na przeciąg trzech lat, w tem dwóch przedstawicieli ubezpieczonych i dwóch pracodawców, obieranych przez odpowiednie ugrupowania w radzie; przewodniczącego zaś komisji i jego zastępcę z pośród mianowanych członków zarządu wybiera cała rada.

Uchwały komisji rentowej zapadają jednomyślnie.

W razie nieosiągnięcia jednomyślności decyduje zarząd zakładu.

Przewodniczący zarządu zakładu, który, jak już wiadomo, jest urzędnikiem państwowym, wykonuje wszechstronny nadzór nad działalnością kas ubezpieczeń społecznych, znajdujących się na terenie okręgu zakładu, a o ile chodzi o sprawy lecznictwa i profilaktyki działa w porozumieniu z delegatem Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

Delegaci Min. Spraw Wewnętrznych mogą dokonywać lustracji w kasach ubezpieczeń społecznych osobiście; mogą też w porozumieniu z przewodniczącym zarządu zakładu upoważnić lekarzy powiatowych do przeprowadzania lustracji lecznictwa w kasach bez uprzedniego porozumiewania się z przewodniczącym zakładu.

Celem ułatwienia przewodniczącemu zarządu zakładu wykonania nadzoru może Min. Pracy i Opieki Społecznej wyznaczać osoby z pośród podlegających mu urzędników. Uposażenie tych osób określa Minister Pracy i Opieki Społecznej, wypłaca zaś zakład ubezpieczeń.

Do zakresu działalności związku zakładów ubezpieczeń społecznych należy koordynowanie działalności poszczególnych zakładów, rozkład pomiędzy nie ciężarów świadczeń długoterminowych, prowadzenie centralnej statystyki, organizacja wspólnej lokaty funduszy.

Rozkład ciężarów z tytułu wypłaty rent i jednorazowych zapomóg odbywa się według zasady, że na każdy zakład ubezpieczeń społecznych — po odliczeniu sum, przypadających na udział Skarbu Państwa — przypada do pokrycia część rent i jednorazowych zapomóg, przyznanych przez wszystkie zakłady, w stosunku do wpływów zakładu w ostatnim roku kalendarzowym z tytułu składek i dochodów z lokaty. Przepis ten stwarza wspólność ryzyka dla wszystkich zakładów ubezpieczeń społecznych i dzięki temu umożliwia utrzymanie jednolitej składki na całym terenie Rzeczypospolitej, pomimo różnicy obciążenia poszczególnych zakładów, w zależności od różnicy w strukturze gospodarczej poszczególnych części kraju, a także na skutek niejednorazowego obciążenia w chwili powstania zakładów; tam, gdzie już istniało ubezpieczenie inwalidzkie, obciążenie od pierwszej chwili powstania zakładu ubezpieczeń społecznych jest bez porównania większe, niż w zakładzie, w pierwszych latach obciążonym tylko rentami wypadkowymi.

Organami Związku są: zarząd i komisja rewizyjna, pozatem związek może powołać — a na żądanie władzy nadzorczej winien to uczynić — radę lekarską, jako organ doradczy.

Zarząd związku zakładów ubezpieczeń społecznych składa się z członków z wyboru i z członków z nominacji. Członków z wyboru wybierają na lat sześć rady poszczególnych zakładów w ten sposób, że rada każdego zakładu wybiera dwóch członków zarządu, jednego z grupy pracodawców, a drugiego z grupy pracowników w głosowaniu odrębnym w poszczególnych grupach. Członków z nominacji w liczbie równej połowie liczby członków z wyboru mianuje Minister Pracy i Opieki społecznej z pośród osób, które wykazały się pracą teoretyczną lub praktyczną na polu ubezpieczeń społecznych i higieny społecznej, przyczem trzech z nich mianuje w porozumieniu się z Ministrem Spraw Wewnętrznych. Przewodniczącego mianuje Minister Pracy z liczby nominantów. Zastępcę przewodniczącego wybiera zarząd związku, a zatwierdza Minister Pracy i Opieki Społecznej.

W zakres działania zarządu wchodzi: 1) uchwalenie zmian statutu, 2) uchwalenie sprawozdania rocznego i zamknięcia rachunkowego, oraz preliminarza budżetowego, 3) rozpatrywanie i uchwalanie corocznego rozkładu ciężarów świadczeń pieniężnych między poszczególne zakłady ubezpieczeń społecznych.

Komisja rewizyjna związku składa się z delega-

tów poszczególnych komisji rewizyjnych zakładów, po jednym z każdego zakładu.

W tej jednolitej na obszarze całego Państwa budowie instytucji ubezpieczeniowych, opartej na zasadzie terytorjalności, projekt przewiduje jeden wyjątek. Mianowicie, spółki brackie w Tarnowskich Górach i w Pszczynie na Górnym Śląsku nadal mają udzielać swym członkom świadczeń na wypadek choroby oraz przeprowadzać pensyjne ubezpieczenie górników, niezależnie od długoterminowego ubezpieczenia, przeprowadzanego przez zakłady ubezpieczeń społecznych, z tem jednak ograniczeniem, że w razie przyznania renty na wypadek niezdolności do zarobkowania na podstawie przepisów projektu, oraz renty pensyjnej ze spółki brackiej, renta ze spółki brackiej ulega zawieszeniu, o ile suma obydwóch rent przekraczałaby 80% zarobku, przyjętego za podstawowy wymiar renty (t. j. przekraczałaby najwyższy wymiar renty według projektu).

C) Środki finansowe instytucji ubezpieczeń społecznych pochodzą przede wszystkim ze składek, następnie z udziału skarbu państwa, z kar, z oprocentowania kapitałów, wreszcie z darowizn, zasiłków i subsydjów.

Udział Skarbu Państwa wyraża się w zwrocie kasom ubezpieczeń społecznych 40% ich wydatków na zasiłki połogowe i karmiącym matkom, oraz w zwrocie zakładom ubezpieczeń społecznych za każdą wypłaconą rentę niezdolności do zarobkowania i za każdą rentę wdowią po 100 zł. rocznie, za każdą rentę sierocą po 50 zł. rocznie.

W 1927 r. wypłaciły 244 Kasy Chorych zasiłków położnicom i karmiącym na sumę 5.022 tys. zł. Ponieważ suma ta nie będzie wzrastać szybko, przeto udział skarbu z tytułu zwrotu 40% zasiłków połogowych i karmiącym matkom na szereg lat najbliższych będzie wyrażać się w kwocie 2—2½ milj. złotych. W ogólnych wydatkach Zakładów Ubezpieczeń jest to kwota zupełnie znikoma.

Zaznaczyć należy, że projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznym zmniejsza w porównaniu ze stanem obecnym udział Skarbu Państwa o 10% (we dług ustawy z dn. 19 maja 1920 r. Skarb zwraca kasom chorych połowę sum wypłaconych na zasiłki dla położnic i karmiących).

Udział Skarbu w rentach, pomimo, iż bardzo znacznie zmniejszony w porównaniu z pierwotnym projektem z 1927 r., który określił Udział Skarbu Państwa w każdej rencie niezdolności do zarobkowania na 15 zł. miesięcznie, będzie stanowił jednak znacznie wyższy wpływ do Kas Zakładów Ubezpieczeń Społecznych.

Wysokość składek — według brzmienia uzasadnienia projektu — ustala się w ten sposób, iżby wystarczyły na pokrycie przewidzianych w ustawie niniejszej i statutach wydatków kas, zakładów i związku zakładów ubezpieczeń społecznych, oraz pozwalały w początkowych okresach pięcioletnich na tworzenie rezerw, mających na celu zapobieganie nadmiernemu wzrostowi składek w przyszłości w związku z przyrostem rent. Po upływie pierwszych pięciu lat wysokość składek ustalać będzie co pięć

lat Rada Ministrów na wniosek Ministra Pracy i Opieki Społecznej.

Składka łączna na pokrycie wszystkich świadczeń, przewidzianych w projekcie, nie może przekraczać 15% tygodniowej płacy podstawowej.

Na przeciąg pierwszych pięciu lat od dnia wejścia w życie ustawy wysokość składek ma wynosić 12% tygodniowej płacy podstawowej, z tych 6% na ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa, oraz 6% na ubezpieczenie na wypadek niezdolności do zarobkowania, lub śmierci osoby ubezpieczonej.

Czy ten wymiar składek jest dostateczny?

Sądząc z uzasadnienia projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznym Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej uważa za uzasadnione i słuszne zmniejszenie składki na ubezpieczenie chorobowe, natomiast żywi obawę, że wymiar składki na ubezpieczenie długoterminowe okaże się w przyszłości niedostatecznym.

Według obliczeń, dokonanych w Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej, całość składki na pokrycie świadczeń, powstałych wskutek utraty zdolności do pracy, względnie śmierci, oraz przez wypadki w zatrudnieniu, naturalnie wraz z kosztami administracji, winna wynosić 8,6% płacy zarobkowej.

Obniżenie jej do 6%, czyli o 23,25% objaśnia się względem na ciężkie warunki gospodarcze Kraju, nie pozwalające na nadmierne obciążenie płatników. Również i Minister Pracy i Opieki Społecznej w swej mowie sejmowej w sprawie projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznym wyraża pogląd, iż w przyszłości trzeba będzie zwiększyć opłaty socjalne, co, zdaniem jego, będzie wówczas łatwiej uczynić.

Nie ulega wątpliwości, że składka na ubezpieczenie rentowe w ustalonej obecnie wysokości w ciągu kilku pięcioleci będzie wystarczać nietylko na bieżące wydatki, lecz i na tworzenie pewnych rezerw.

Poważne natomiast wątpliwości budzi pytanie, czy kasy ubezpieczeń społecznych będą mogły wydołać swym zadaniom przy tak zmniejszonej składce.

Zmniejszenie bowiem polega nietylko na tem, że zamiast 6½% płacy ustawowej składka w myśl projektu wynosić ma 6%.

Obniżenie stopy procentowej spowoduje niższą składki o 7,7%.

Znacznie poważniejsze zmniejszenie nastąpi wskutek zmiany sposobu obliczenia składki. Mianowicie, wówczas gdy obecnie przy obliczeniu składki tydzień liczy się za siedem dni, w myśl projektu ma być liczony za sześć dni. Zmiana ta zmniejsza wymiar składki o 14,3%.

Mamy więc zmniejszenie wpływów Kas Ubezpieczeń Społecznych więcej niż o 20%.

Wprowadzenie obniżenia składek może być dla niektórych kas mniej dotkliwe, ponieważ według danych Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej w r. 1926 znaczna większość kas chorych miała podział na czternaście grup zarobkowych z najwyższą dzienną płacą ustawową 12 zł. 75 gr., co odpowiada tygodniowej płacy zł. 89,25 gr. Projekt zaś ustala 23 grupy zarobkowe i tygodniowa płaca podstawowa w najwyższej grupie wynosi 174 zł.

Przeto dla kas, które nie zmieniły w drodze statutowej tabeli grup zarobkowych i mają w niej tylko 14 grup, następstwa zmiany sposobu obliczania składek mogą nie być zbyt ciężkie.

Są natomiast kasy, mające więcej niż 23 grupy zarobkowe i płacę ustawową w najwyższych grupach przewyższającą 174 zł. na tydzień. W tych kasach oprócz obniżenia stopy procentowej składki i obliczania składek za sześć dni, zamiast siedmiu, na zmniejszenie dochodów wpłynęły też i odcięcie paru wyższych grup zarobkowych.

Zmniejszając dochody kas ubezpieczeń społecznych, projekt zwiększa jednocześnie ich wydatki, gdyż znosi przepis art. 43. III. Ustawy z dn. 19 maja 1920 r., na mocy którego szpitale publiczne obowiązane są przyjmować chorych członków kas chorych po cenach odpowiadających połowie własnego przeciętnego kosztu utrzymania i leczenia chorego. W myśl projektu zaś szpitale publiczne obowiązane są przyjmować osoby, uprawnione do świadczeń ze strony Kas według ogólnej taksy szpitalnej na danym oddziale.

Przepis ten zwiększa o kilkanaście milionów wydatki Kas Ubezpieczeń Społecznych w rubryce szpitali.

Przytaczane są takie motywy uzasadniające zmniejszenie dochodów Kas Ubezpieczeń Społecznych. Kasy nie będą potrzebowały czynić wydatków na inwestycje, gdyż częściowo inwestycje te są już dokonane, a wraz ze scaleniem ubezpieczenia ustaje potrzeba inwestowania z własnych kapitałów kas, gdyż budowa gmachów, sanatoriów i t. p. winna być dokonywana z funduszy rezerwowych zakładów. Przeto „tempo gromadzenia funduszy rezerwowych kas może uleść znacznemu osłabieniu”...

Drugim odciążeniem kas mają być jakoby świadczenia udzielane przez Zakłady niezdolne do zarobkowania — świadczenia pieniężne i lecznicze. Osoby otrzymujące te świadczenia to przeważnie chronicy, którzy obecnie są wielkim ciężarem dla kas chorych, ponieważ latami całymi korzystają z jej świadczeń<sup>(9)</sup>.

Pozatem będą jeszcze rzeczywiste oszczędności, wynikające z nieopłacania składki na związki kas chorych, (których w myśl projektu, jak wiadomo, nie będzie zupełnie), z pełniejszych znacznie zwrotów za leczenie osób, które ucierpiały wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy, wreszcie oszczędności, nasuwające poważne zastrzeżenia, a mianowicie, zmniejszenie zasiłków pieniężnych, oraz częściowe zwroty kasom przez ubezpieczonych kosztów środków leczniczych.

Do sprawy tej jeszcze wrócimy, gdy będzie mowa o świadczeniach.

Można się spierać co do słuszności przytaczanych argumentów na korzyść zmniejszenia dochodów kas ubezpieczeń społecznych, a najwięcej co do granicy tego zmniejszenia. Zagadnienie to rozstrzygnie doświadczenie. W razie gdyby się okazało, że zmniejszenie składki na rzecz kas ubezpieczeń społecznych jest zbyt duże, narazie znalazłby się ratunek w art. 54 projektu, który wśród spraw wchodzą-

cych w zakres działania zakładów ubezpieczeń społecznych w punkcie trzecim wymienia udzielanie pomocy finansowej kasom.

Podział składki pomiędzy ubezpieczonym, a przedsiębiorcą pozostał utrzymany w skali, ustalonej ustawą z dn. 19 maja 1920 r., z zastrzeżeniem, że składki za ubezpieczonych w grupach zarobkowych od I do V (zarabiających do 18 złotych tygodniowo), a w stosunku do pracowników rolnych od I do III (zarobek tygodniowy do zł. 12) przypadają w całości na udział pracodawcy. Za ubezpieczonych, podlegających ubezpieczeniu od wypadku przy pracy i od chorób zawodowych, składkę w wysokości 2% całkowicie opłaca przedsiębiorca.

Kasa ubezpieczeń społecznych, jak to już było zaznaczone, ściągą wszystkie składki, przyczem część ich przeznaczona na pokrycie świadczeń udzielanych przez zakłady (świadczenia długoterminowe) przekazuje zakładowi ubezpieczeń społecznych, w którego okręgu jest położona, najpóźniej w ciągu dni czterdziestu. Począwszy od dnia piętnastego kasa opłaca odsetki zwłoki w wysokości 18%.

Zakłady obowiązane są uiszczać opłaty na potrzeby Związku. Wysokość tych opłat określa zarząd związku sposobem repartycji, na pierwszy zaś okres działalności Związku wysokość opłat oznacza Minister Pracy i Opieki Społecznej.

Kasy ubezpieczeń społecznych winny odprowadzać przynajmniej połowę swych funduszy zapasowych do zakładów, zakłady zaś połowę swych funduszy i połowę przekazanych im funduszy zapasowych kas odprowadzają do związku zakładu ubezpieczeń społecznych — celem łącznego ich administrowania.

Fundusze wszystkich instytucji ubezpieczeń społecznych winny być lokowane stosownie do przepisów rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 15 lutego 1928 r. o sposobie lokowania funduszy przez osoby prawa publicznego, fundacje i osoby niewłasnowolne. (Dz. U. R. P. Nr. 7 poz. 141), przyczem w pierwszym rządzie winny być uwzględniane instytucje społeczne i spółdzielcze, zwłaszcza instytucje ubezpieczonych pracowników, oraz instytucje, których działalność ma na celu rozwój życia gospodarczego i przyczynia się do zwiększenia stanu zatrudnienia w kraju. Przynajmniej 15% rozporządzalnego majątku należy lokować w państwowych papierach wartościowych.

D) W zakresie świadczeń leczniczych kasy projekt nie wprowadza prawie żadnych zmian w porównaniu ze stanem obecnym. Ustala obowiązek udzielania protez dentystycznych, o czym obecnie obowiązująca ustawa o ubezpieczeniu chorobowym nie wspominała i co wywoływało w praktyce niejednokrotnie wątpliwości i nieporozumienia.

Projekt zawiera przepis, nakazujący ustalenie statutowe opłat za lekarstwa (lecz nie za środki opatrunkowe), nie przewyższających 10% kosztów własnych Kasy. Przepis taki zna ustawodawstwo ubezpieczeniowe zachodnio-europejskie, nie można jednak uznać za szczęśliwy pomysł wprowadzenie tego przepisu do naszej ustawy o ubezpieczeniu społecznym. Dzięki niemu zjawia się dotąd u nas niespo-

(9) Wacław Bruner, l. cit. str. 34.

tykana i bynajmniej niepożądana jako precedens zasada opłacania przez ubezpieczonych poszczególnych świadczeń. Na skutek różnorodności stosowania tego przepisu do rozmaitych grup ubezpieczonych (pozostający w zatrudnieniu ubezpieczeni płacą niezwłocznie i pobierający zasiłki — po powrocie do pracy, bezrobotni są zupełnie zwolnieni od uiszczenia opłat za lekarstwa) stwarza się niepotrzebne utrudnienie administracyjne. Wreszcie pobieranie opłaty za świadczenie, z którego ogół ubezpieczonych przyzwyczał się korzystać bez specjalnych dopłat, niewątpliwie wywoła niezadowolenie.

Jaki może być efekt materialny tego przepisu?

Według Rocznika Ubezpieczeń Społecznych za 1927 r. koszty lekarstw i opatrunków stanowią 15% przypisu składek, przypis zaś składek w 244 Kasach wynosi 194.271 tys. złotych; a więc wydatek na lekarstwa i opatrunki wyraża się kwotą 29,2 milj. złotych, od tego 10% wynosi 2.920 tys. Procentowo 1,5% składek.

Suma ta zmniejszy się, ponieważ nie płacą bezrobotni, niemało z pośród pobierających zasiłki, którym opłaty odroczone, nie uiszcza dłużej (naturalnie potrzebna będzie specjalna kontrola w celu wyłapywania dłużników, nie można bowiem pozwolić na to, by odbywało się zupełnie bezkarnie łamanie obowiązującej ustawy).

I wszystko to się robi, by zwiększyć bardzo nieznacznie dochody Kasy, które inne przepisy tejże Ustawy zmniejszają o koszty wielokrotnie większe.

Znaczenie wychowawcze tego przepisu, o czym napomykają jego obrońcy, jest więcej niż wątpliwe. Środków zaradczych przeciw nieuzasadnionemu wykorzystywaniu kasy chorych (nevrose de revindication) należy szukać — niewątpliwie, lecz na innych drogach.

Projekt zmniejsza w sposób dotkliwy świadczenia pieniężne. Ustawa z dn. 19 maja 1920 r. mówi, że zasiłek pieniężny wynosi 60% płacy ustawowej, płacę zaś ustawową dzienna ustala, dzieląc zarobek tygodniowy przez sześć. Według nowego projektu zasiłek chorobowy wynosi 60% tygodniowej płacy podstawowej, dziennie zaś jedną siódmą zasiłku tygodniowego.

Uwidoczniły różnicę na przykładach: 1) Robotnik zarabia tygodniowo 45 zł. jest więc zaszeregowany do grupy zarobkowej X z płacą ustawową zł. 7.50 dziennie. — Zasiłek pieniężny wynosi 60% płacy ustawowej, a więc 4.50 zł. dziennie, tygodniowo  $4.50 \text{ zł.} \times 7 = 31.50 \text{ gr.}$

Według nowego projektu ten sam robotnik również należy do grupy X z płacą podstawową tygodniową 45 zł. Przysługuje mu w razie choroby zasiłek pieniężny, stanowiący 60% od 45 złotych, czyli 27 złotych tygodniowo, dziennie zaś 3 zł. 85,7 groszy.

2) Robotnica, zarabiająca tygodniowo 34 zł. 50 gr. jest zapisana do grupy zarobkowej VIII z płacą ustawową dzienną 5.50 gr. Otrzymuje obecnie zasiłek połogowy w wysokości 100% płacy ustawowej za 8 tygodni, czyli za 56 dni  $5.50 \times 56 = 308$  złotych.

Według projektu robotnica ta, będąc w grupie ósmej, ma płacę podstawową tygodniową równą 33 zł.; jej zasiłek połogowy za osiem tygodni wyniesie  $33 \times 8 = 264$  złote.

Taką samą różnicę mamy i przy pensjach miesięcznych.

Naturalnie w tym samym stosunku zmniejszają się zasiłki, domowy i szpitalny.

Wogóle zasiłki chorobowe i połogowe zmniejszają się w tym samym stosunku, co i przypis składek na skutek zmiany sposobu ich obliczenia t. j. o 14,3%.

Projekt zachowuje przy wypłacie zasiłków, w razie krótkotrwałego zachorowania, dwudniowy okres wyczekiwania, tj. zasiłek jest płacony od trzeciego dnia choroby, natomiast gdy niezdolność do pracy trwa dłużej, niż 6 dni, zasiłek ma być wypłacony od pierwszego dnia niezdolności.

Zasiłek pogrzebowy zmniejsza się nieznacznie, ma się równać dwudziestokrotnej dziennej płacie podstawowej, wówczas, gdy obecnie równa się dwudziestojednodniowej płacie ustawowej.

Zakresu świadczeń dla członków rodzin ubezpieczonych projekt nie zmienia, zwiększa natomiast liczbę osób, uprawnionych do świadczeń kasy, gdyż pozwala udzielać świadczeń należnych rodzinie ubezpieczonego również osobom, nie należącym do rodziny, lecz zamieszkującym we wspólnym gospodarstwie z obowiązkiem ubezpieczonym, utrzymywanym przez niego wyłącznie z jego zarobków. Gdy nie jest wymagane ani pokrewieństwo z ubezpieczonym, ani zamieszkiwanie z nim pod jednym dachem, niema też okresu wyczekiwania, naduzycia stają się nieuchwytnie dla kontroli kasy.

W projekcie ustawy o ubezpieczeniu społecznym znajdujemy przepis, iż ubezpieczonym oraz członkom rodziny ubezpieczonego, przebywającym z polecenia lekarza kasowego poza okręgiem kasy, w miejscowościach kuracyjnych, lub specjalnych zakładach, kasa zamiast pomocy lekarskiej może udzielić ryczałtu w wysokości dwóch trzecich zasiłku chorobowego, przeciętnego dla wszystkich grup zarobkowych.

Obecnie obowiązująca ustawa również pozwala przy pewnych określonych okolicznościach udzielać ubezpieczonym i ich rodzinom dodatku w wysokości 40% płacy ustawowej, odpowiadającej zarobkowi ubezpieczonego. Ponieważ jest to dodatek na leczenie, a leczeni są jednakowo wszyscy uprawnieni do świadczeń Kasy, niezależnie od wysokości zarobku i opłacanej składki, — przepis ten jest przeto zupełnie słuszny. Naturalnie powinien on być stosowany z wielką rozważą, ponieważ dla osób z bardzo małym zarobkiem ryczałt ten może przekraczać kilkakrotnie ich zarobek, przeto stwarza się bardzo silny impuls do otrzymania tego ryczałtu wszelkimi sposobami. Przytem przepis w brzmieniu, jakie mu nadano, jest zbyt sztywny: lepiej byłoby powiedzieć: „ryczałtu do wysokości dwóch trzecich” itd. a nie jak to czytamy w projekcie: „ryczałtu w wysokości dwóch trzecich”. Takie brzmienie przepisu może wywołać zupełnie zbyteczne odwołwania się ubezpieczonych do komisji rozjemczych i do wyższej instancji. Nie sądzę bowiem, by zamiarem projektodawcy było zrobić ten ryczałt niezmiennym. Byłoby to bowiem zupełnie niepotrzebne skrepowanie władz kasy.

Inowacją jest polecenie tworzenia rad lekarskich.

jako organów doradczych i opiniodawczych naczelnego lekarza Kasy Ubezpieczeń Społecznych.

Świadczeniami, udzielanymi przez zakład ubezpieczeń społecznych są świadczenia pieniężne, świadczenia w naturze i lecznictwo.

Świadczenia pieniężne są następujące:

a) świadczenia dla ubezpieczonego: 1) renta niezdolności do zarobkowania, 2) dodatki do rent, b) świadczenia dla członków rodziny: 1) renta wdowy lub wdowca, 2) renta sieroca, 3) renta dalszej rodziny, 4) jednorazowa zapomoga.

Prawo do renty niezdolności do zarobkowania przysługuje ubezpieczonemu na skutek wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej. Poszkodowany ma prawo do zasiłku niezależnie od tego, jak długo był w zatrudnieniu. O ile jest całkowicie niezdolnym do zarobkowania renta wynosi 80% płacy ustawowej, która jest przeciętną jego zarobków za ostatnie 52 tygodnie, lub za krótszy okres pracy, jeżeli wogóle pracował mniej niż 52 tygodnie. O ile ubezpieczony jest częściowo niezdolny do zarobkowania, renta wynosi odpowiednią część renty 80%-owej.

Za choroby zawodowe w myśl projektu będą uważane: 1) zachorowania z powodu zatrucia ołowiem i jego związkami lub stopami, 2) ręką, jej związkami i amalgramami, 3) zakażenie węglikiem.

Ustawodawstwa obce mają dłuższe listy chorób zawodowych. Ponieważ olbrzymią większość zachorowań wywołują wymienione w projekcie przyczyny (zatrucie ołowiem jest więcej niż w 90% wypadków przyczyną zachorowań zawodowych), przeto zwiększenie tej listy wpłynęłoby w bardzo nieznacznym stopniu na zwiększenie wydatków.

Przyznanie świadczeń pieniężnych w razie niezdolności do zarobkowania, spowodowanej innymi przyczynami, jest uzależnione od zaistnienia inwalidztwa w rozumieniu projektu i od okresu wyczekiwania.

Inwalidztwo, czyli kwalifikowaną niezdolność do zarobkowania, projekt określa jako niezdolność do zarobienia własną pracą jednej trzeciej tego, co zarabia w danej miejscowości osoba zdrowa fizycznie i umysłowo o podobnym wykształceniu i uzdolnieniu. Okres wyczekiwania wynosi 156 tygodni składowych w ciągu ostatnich dziesięciu lat, z których 52 tygodnie winny przypadać na ostatnie trzy lata przed zaistnieniem inwalidztwa.

Za inwalidę również uważa się osobę, która ukończyła sześćdziesiąty piąty rok życia i przebyła w ubezpieczeniu przynajmniej 520 tygodni składowych.

Renta tych inwalidów składa się z kwoty stałej w wysokości 20 zł. miesięcznie i kwoty zmiennej, zależnej od czasu trwania ubezpieczenia i wysokości zarobku ubezpieczonego. Do ukończenia dziesięciu lat ubezpieczenia kwota zmienna wynosi 25% przeciętnej płacy podstawowej z ostatnich 156 tygodni składowych. Potem wzrasta o 1% rocznie i po 20 latach (t. j. po 30 latach od rozpoczęcia ubezpieczenia) dochodzi do 45% przeciętnej płacy podstawowej.

Renciści, którzy utracili nie mniej 2/3 zdolności do zarobkowania mają prawo do dodatku na każde

dziecko w wysokości 1/10 renty. Również otrzymują dodatki osoby nie mogące obejść się bez stałej opieki.

Renta z dodatkami nigdy nie może przekraczać sumy, stanowiącej podstawę wymiaru renty.

Wdowa i sieroty po ubezpieczonym mają prawo do renty, jeżeli ubezpieczony zmarł wskutek wypadku w zatrudnieniu (choroby zawodowej) lub w razie śmierci naturalnej ubezpieczonego, jeżeli zmarły pobierał rentę lub miałby do niej prawo, gdyby dzień śmierci przyjął za dzień zaistnienia inwalidztwa. Renta wdowia wynosi 1/2, sieroca 1/3 (w razie śmierci z wypadku 1/4), renta sieroty zupełnej — 1/3 renty, jaką pobierał lub do jakiej miałby prawo zmarły. Jeżeli ubezpieczony zmarł z wypadku (choroby zawodowej), wówczas przyjmuje się, że w chwili śmierci miał prawo do pełnej renty.

Wdowa ma prawo do renty niezależnie od wieku i zdolności do zarobkowania, wdowiec tylko wówczas, gdy jest niezdolny do zarobkowania i był na utrzymaniu zmarłej żony.

Sieroty otrzymują rentę do lat 18, jeżeli kształcą się do lat 24, gdy są niezdolni do zarobkowania — na cały czas trwania niezdolności.

Pasierbowie i wnuki mają prawo do rent sierocych, jeżeli pozostawali na utrzymaniu ubezpieczonego przynajmniej rok bezpośrednio przed powstaniem prawa do renty i o ile nie mają prawa do renty po swych rodzicach.

Dalsza rodzina ma prawo do renty równej ogółem jednej rencie sieroczej, jeżeli wdowa i sieroty nie wyczerpały dopuszczalnej kwoty świadczenia (wszystkie renty wdowie, sieroce i t. d. nie mogą przekroczyć pełnej renty, jaką pobierał, lub do jakiej miałby prawo, ubezpieczony).

Jaki jest stosunek wysokości rent obliczanych w myśl projektu, a istniejących obecnie?

Otóż Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej oblicza, że renty wypadkowe według projektu będą przeciętnie o dwadzieścia kilka procent wyższe od obecnych.

Różnica w wysokości rent niezdolności do zarobkowania nie spowodowanej wypadkiem ma być jeszcze większa. „Robotnik o najniższych zarobkach już po przebyciu okresu wyczekiwania (156 tygodni — L. S.) będzie mógł uzyskać rentę, jaką obecnie osiągają robotnicy najlepiej zarabiający po najdłuższym okresie ubezpieczenia. Porównanie rent niezdolności do zarobkowania przewidzianych w projekcie z analogicznymi świadczeniami zagranicą wykazują, że niewykwalifikowany robotnik metalowy, utrzymujący jedno dziecko, po przebyciu okresu wyczekiwania otrzyma w Austrii 35%, w Czechosłowacji — 15%, w Niemczech — 22,5%, w Polsce — 43% swego zarobku, zaś po 30 latach ubezpieczenia — w Austrii 49%, w Czechosłowacji 42%, w Niemczech 61%, w Polsce 65% zarobku.

Świadczenia w naturze okazywane przez zakłady ubezpieczeń społecznych polegają na tem, że osoby otrzymujące rentę mogą być umieszczone na własne żądanie lub na żądanie opiekuna w zakładzie dla inwalidów, starców lub sierot z potrąceniem na ten cel renty w całości lub w odpowiedniej części.

Ubezpieczony, który przebył sto pięćdziesięcio sześć tygodniowy okres oczekiwania, wyczerpał pomoc kasy ubezpieczeń społecznych i jest chory nadal ma prawo, niezależnie od ewentualnego prawa do renty, do pomocy leczniczej od zakładu ubezpieczeń społecznych (chory z wypadku lub na chorobę zawodową ma prawo do pomocy leczniczej niezależnie od okresu, jaki przebył w ubezpieczeniu).

Pomocy leczniczej zakład ubezpieczeń społecznych udziela sam lub za pośrednictwem kasy ubezpieczeń społecznych, której należy się zwrot poniesionych kosztów.

Zakład ubezpieczeń społecznych ma prawo zastosować leczenie, celem zapobieżenia niezdolności do zarobkowania grożącej ubezpieczonemu lub przywrócenia tej zdolności osobie, otrzymującej świadczenia. W tym celu zakład może umieścić daną osobę w zakładzie leczniczym lub innym miejscu, nadającym się do przeprowadzenia kuracji. W razie odmowy poddania się leczeniu może nastąpić odmówienie renty na pewien w całości lub w części.

Otrzymujący rentę ma prawo otrzymania i odnawiania protez ze strony zakładu ubezpieczeń społecznych.

Nadanie projektowi mocy ustawy byłoby częściowym przynajmniej zadośćuczynieniem gorącemu i całkowicie uzasadnionemu żądaniu klasy robotniczej otrzymać ubezpieczenie na starość i zabezpieczenie rodzin w razie śmierci żywiciela. Spowodowałoby jednocześnie uporządkowanie naszego ustawodawstwa ubezpieczeniowego. Po za mniej i więcej ważnymi usterkami (zbyt wysoka granica wieku otrzymania renty starczej, niedostateczny udział Państwa i zupełne zwolnienie samorządu terytorjalnego od udziału w ciężarach ubezpieczenia, zmniejszenie świadczeń pieniężnych w ubezpieczeniu chorobowym i t. p.) projekt swe dobre strony okupuje — niestety — znacznymi wyłomami w zasadzie powszechności ubezpieczenia i ogromnym ograniczeniem samorządu.

DR. J. ROSENBAUM.

## PSYCHIKA LEKARZA I PACJENTA KAS CHORYCH\*).

Celem mego odczytu jest zbadanie stosunku wzajemnego trzech czynników: lekarza, Kasy Chorych i pacjenta Kas Chorych. Na podstawie 30-letniego doświadczenia stwierdzam trzy fakty:

1) Lekarz jako jednostka i wszyscy lekarze jako ogół muszą przyznać, że skutkiem wprowadzenia ubezpieczenia przymusowego wzrosły niebywale dochody lekarzy w stosunku do stanu poprzedniego, że dzięki wprowadzeniu ubezpieczeń przymusowych większa część ludności stała się pacjentem kasowym. Ludność była przedtem przedmiotem t. zw. praktyki ubogich, a nie pacjentem opłacającym pracę lekarza.

2) Każdy zainteresowany przyznać musi, że bez zrozumienia przez lekarzy istoty pracy w Kasach Chorych ich gospodarka finansowa, a przedewszystkiem działalność lecznicza, byłaby niemożliwa. Jeżeli Kasy Chorych stały się tem, czem dzisiaj są, t. j. ośrodkiem zdrowia i higieny 80% ludności (w Czechosłowacji), to stało się to dzięki współpracy lekarzy.

3) Kto ma możność obserwowania, w jakiej mierze Kasy Chorych opiekują się swym chorym, jak szybko i często przepisuje się chorym środki lecznicze i stosuje się metody lecznicze, które przedtem były im dostępne tylko w nielicznych wypadkach, kto wspomni szeregi robotnicze i ich dzieci, korzystające codziennie z lamp kwarcowych, z prześwietleń rentgenowskich, djatermji, kto mógł się nacieszyć widokiem robotników nie mających zębów zepsutych, co było przedtem wogóle niedostępne, kto widzi poczekalnie specjalistów pełne pacjentów Kas Chorych — musi przyznać, że zdziałano na tem polu wiele. A kto pamięta dawne czasy, gdy chory robotnik był skazany na oczekiwanie, by mu żona majstra lub sąsiadka przyniosła trochę strawy, lub kto przeżył czasy, w których choroba była jednoznaczna nie tylko z nędzą fizyczną, lecz także z nędzą materialną,

ten rozumie, że zmiana na lepsze nastąpiła stosunkowo w krótkim czasie. Nie można dzisiaj wogóle pomyśleć o życiu robotniczym bez ubezpieczenia na wypadek choroby.

Zdawałoby się, iż trzy czynniki: Kasa, lekarz i ubezpieczony, skazane na poparcie wzajemne, bez którego nie mogą istnieć, przekonały się o konieczności współpracy wzajemnej w wielkim dziele, albowiem niedomagania jednego czynnika powodują katastrofę innych. Mimo to, jak wygląda rzeczywistość? Jeżeli pisze się o stosunkach między Kasami a lekarzami, wówczas tytuł brzmi „Walka lekarzy z Kasami Chorych”. W jednej Kasie istnieje stały stan wojny, w innej — zawieszenie broni, albo też czyni się przygotowania do następnej walki. Mimo 40-letniego istnienia ubezpieczeń społecznych (w Czechosłowacji — Red.) pacjent Kas Chorych widzi w lekarzu nie doradcę i męża zaufania, jak to było w czasach, gdy istnieli t. zw. lekarze domowi, lecz sędziego lub prokuratora. Gdy się ma sposobność przysłuchiwania się rozmowom pacjentów Kas Chorych, słyszy się tylko krytykę, skargi, bagatelizowanie świadczeń, nikt natomiast nie mówi, jak znacznych świadczeń udzieliła Kasa skarżącym się. Gdyby te wieczne narzekania i niezadowolenia wzajemne miały charakter lokalny i przemijający, wówczas możnaby powiedzieć, że jest pewien nieporządek,

\*) W Nr. 1/1929 „Czasopisma niemieckiego dla spraw ubezpieczeń społecznych i opieki społecznej” („Deutsche Zeitschrift für öffentl. Versicherung u. Volkswohlfahrt”), organu niemieckiego Kas Chorych w Czechosłowacji, znajdujemy bardzo ciekawy artykuł, który ze względu na aktualne i u nas zagadnienie drukujemy w obszernym streszczeniu. Autor wygłosił przedtem odczyt na ten temat, artykuł jest streszczeniem tego odczytu. (Red. „P. U. S.”).

że należy rzecz zbadać i zaradzić złu. Ponieważ ten stan obustronnej samoobrony jest automatyczny i niezależny od czasu i miejsca, istnieje wszędzie, gdzie istnieje ubezpieczenie przymusowe, staje się on jakgdyby prawem naturalnym od chwili wprowadzenia ubezpieczeń przymusowych, wynika z tego, że niezgoda i wszystko, co się z nią łączy, staje się systemem.

Od czasu wprowadzenia w Niemczech w r. 1883 przymusu ubezpieczeniowego, wyszło ubezpieczenie na wypadek choroby z kręgu opieki nad ubogimi, a stało się tytułem publiczno - prawnym. Stworzono zasadę, że ciężar ubezpieczenia na wypadek choroby obciąża wszystkich robotników pracujących, wówczas gdy są zdrowi; w tym czasie odpłacają oni składki. Wobec tego zmienił się zasadniczo od tej chwili stosunek lekarza do pacjenta, a w tym wypadku do pacjenta kasowego. Aż do tej chwili był to stosunek osobistego zaufania, opartego na bezpośrednim kontakcie wzajemnym. Od chwili wprowadzenia ubezpieczeń przymusowych na wypadek choroby, wchodzi między lekarza a pacjenta czynnik nowy — organizacyjny, który w ciągu kilku dziesiątków lat od chwili zorganizowania Kas Chorych (w Czechosłowacji — Red.) nie potrafił stać się łącznikiem między lekarzem, a pacjentem. Pomocnik i doradca stał się w oczach pacjenta sędzią i adwokatem przeciwnika. A ponadto te wymagania pacjenta, zrazu nieśmiałe i wstydlive, stają się coraz bardziej natarczywe i natrętne. Tam, gdzie konsument nie pokrywa kosztów, nic mu już nie wystarcza i nic nie wydaje mu się za drogie. Płacący zapytuje: czy pomaga? Spożywający odpowiada: jeżeli nie pomaga, to w każdym razie nie szkodzi. Z jednej strony Kasa — z drugiej pacjent, a w środku lekarz, którego obowiązkiem jest powstrzymywanie tych czynników. Środki są ograniczone ustawą, trzeba wprowadzić racjonalną gospodarkę. A lekarz szanujący się, jeżeli nie chce zdegradować się do roli automatu, zapisującego recepty w myśl życzeń pacjentów lub przychylający się do ich wniosków, musi czasem powiedzieć kategorycznie: nie. Lekarz musi uzasadnić swoje „nie” wobec chorego bezcelowością i zbędnością. Ale to nie ma znaczenia — chory przyjmuje do wiadomości jedynie odmowę, jest nią dotknięty i użala się przed towarzyszami pracy lub partji. Może przytem zawsze liczyć na ogólne współczucie. Zdanie o lekarzu jest przesądzone. Najostrożniejszą formą tej opinji jest: „on możeby chciał, ale mu nie wolno”. Lekarz nie występuje tu w stosunku do pacjenta w roli uzdrowiciela, ale w roli decydującego o prawie pacjenta do kasowych pieniędzy. Ma decydować o niezdolności do pracy. Zdawałoby się, że nic prostszego; niezdolnym jest ten, kto z powodu choroby nie może pracować. Jednak to nie jest tak proste, gdyż istnieją dziesiątki orzeczeń i prac naukowych w sprawie pojęcia niezdolności do pracy; Ordynacja Ubezpieczeniowa Rzeszy Niemieckiej (R. V. O.) określa prawnie pojęcie choroby i niezdolności do pracy jak następuje: „Chorym jest ten, kto potrzebuje opieki lekarskiej, lekarstw lub środków leczniczych”, — „niezdolnym do zarabkowania jest ten, kto nie może wykonywać pracy, z tytułu której jest ubezpieczo-

ny”. Pojęcie niezdolności do pracy jest conajmniej w 50% nie medyczne, lecz prawne. Pomiędzy 100% niezdolnością do pracy, a 100% niechęcią do pracy — są całe setki stopni pośrednich.

I z tem możnaby było sobie poradzić, gdyby rodzaj i stopień zachorowania wystarczyły do orzeczenia, to znaczy, gdy chodzi jedynie o wiedzę lekarską i lekarskie doświadczenie. Ale wchodzi tu w grę: rodzaj pracy, warunki atmosferyczne, oddalenie od miejsca pracy, okoliczność — czy praca ma być wykonywana w domu czy w fabryce, a więc momenty, które z lecznictwem i lekarskim orzeczeniem nie mają nic wspólnego. Teraz wyobraźmy sobie lekarza, który po ukończeniu studiów lub praktyki szpitalnej znalazł się w kole takich zagadnień. Porządek studiów medycznych jest konserwatywny. Jeżeli lekarz w czasie nauki o państwie w szkole średniej, nie dowiedział się o ubezpieczeniu na wypadek choroby, lub jeżeli w praktyce nie zdarzyło mu się zetknąć z tem zagadnieniem — to w szkole wyższej niczego się nie dowie o tych sprawach. Zupełnie niezrozumiałe jest zjawisko, że zakłady naukowe, które w 80% kształcą lekarzy kasowych, nie umieją poinformować swych uczniów o sprawach, z którymi w przyszłości będą się stykali w swym zawodzie. Musimy jednak przyjąć do wiadomości stan faktyczny. Lekarz o mniej wrażliwym sumieniu przejście to znieśnie bez szwanku, podpisując wszystko, byle nie wejść w konflikt z pacjentem i nie zepsuć sobie opinji w początkach swej praktyki. Ale lekarz o sumieniu bardziej czułym staje przed poważnym konfliktem wewnętrznym. Ma on do wyboru pomiędzy pacjentem, który obstaje przy swoim prawie kasowym, a zobowiązaniem w stosunku do Kasy i jej materialnych środków, które mają służyć wyłącznie naprawdę chorym.

Takież wątpliwości ma lekarz przy zapisywaniu recept. Wyrażenie „oszczędna ordynacja” — jest dla niego nowością. Uczył się on wprawdzie, jaką kurację stosować do chorych, ale nie mówiono mu nic o tem, że wybierając pomiędzy różnymi sposobami kuracji, należy wybierać tę, która bez uszczerbku dla chorego jest najbardziej oszczędna. Prócz tego stosunek lekarza do pacjenta nosi zawsze charakter indywidualny i wkraczanie trzeciego czynnika jest niepożądane. A przecie temu trzeciemu czynnikowi — instytucji — nie może być obojętnem, w jaki sposób lekarz rozporządza środkami Kasy.

Niewtajemniczeni są skłonni przypuszczać, że stosunek pomiędzy kasą a lekarzem zależy od wysokości honorarjum, i że, o ile ono zadowolni lekarza, to nie będzie nieporozumień. Z pewnością to nie jest słuszne. Nawet i przy wyższym wynagrodzeniu ciąży na lekarzu kasowym dwustronność jego stanowiska wobec chorego. Powinien mu być przyjacielem i doradcą. Powinien dawać wiarę wszystkim jego skargom — i tak było zawsze. zanim istniały Kasv Chorych. Jeżeli chory zwracał się do lekarza ze skargą na ból serca. to właśnie miał chore serce. W obecnych warunkach przed lekarzem n'e stoi zagadnienie: „jak mam pomóc na chorobę serca?” ale: „czy rzeczywiście masz chore serce? A jeżeli tak jest w istocie — czy jest z tobą tak źle, że nie możesz pracować? Czy może chcesz, aby cię wspomaganó



tylko w okresie bezrobocia, po zamknięciu sezonu budowlanego?"

Opowiem o pewnym fakcie z ostatnich tygodni: trzech robotników, zatrudnionych przy niebezpiecznej pracy zostało zwolnionych za to, że pili wódkę podczas pracy. Zwolnienie nastąpiło rano, po południu już wszyscy trzej zostali przywiezieni do lecznicy, jako pacjenci. Od sąsiedniej Kasy dowiedziałem się o takim fakcie: po ukończeniu robót leśnych zwolniono 40 robotników, z których po tygodniu 35 zgłosiło się do Kasy. Z pewnością nie byli to całkowicie symulanci — ale istniała tu podstawa do niewiary, lekarz nie dowierzał chorym, Kasa nie dowierzała lekarzowi, który w tak szczególnych warunkach uzna chorobę i oczywiście pacjent nie dowierza lekarzowi, gdyż wyczuwa jego wątpliwości odnośnie do swej skargi, choćby się powstrzymywał od ich wyrażania.

Pacjent i Kasa wymagają od lekarza, by nie robił żadnej różnicy między pacjentami kasowymi a prywatnymi. Trzeba dodać: o ile chodzi o traktowanie chorego. Pozatem jednak stosunek między pacjentem prywatnym a lekarzem jest o tyle inny, że zawsze będzie zachodziła pewna różnica i że instytucja zbankrutowałaby, gdyby lekarz tej różnicy nie robił. W stosunkach z pacjentem prywatnym lekarz nie ma powodu do niewiary i nie potrzebuje napędzać go do pracy, gdyż pacjent jest zwykle zadowolony, gdy już jest w możności pracować. Lekarz nie potrzebuje tu pomijać tych lekarstw i środków leczniczych, które są wprawdzie dobre, ale mogą być zastąpione przez tańsze. Decydującą różnicą w stosunkach pomiędzy lekarzem kasowym z jednej strony, a pacjentem prywatnym lub kasowym — z drugiej, jest konieczność odrzucenia tych członków Kasy, którzy z tytułu swych składek czują się w prawie wyciągnąć z Kasy conajmniej tyleż, ile wpłacają, lub o ile możności więcej, gdy nawet nie zachodzi konieczna potrzeba, wychodząc z założenia, że najkosztowniejsze lekarstwa są najlepsze i miernikiem ich skuteczności jest cena. Mogłoby się zdawać, że łatwo wobec tego wydzielić 100%-wych symulantów. Zgodnie z zasadą: symulantom — nic, naprawdę chorym — wszystko, — należałoby zająć decydujące stanowisko i nie odstępować od niego w żadnym wypadku. Ale tak prosto przedstawia się sprawa tylko w niektórych wypadkach, gdyż niema np. symulantów tyfusu, który można rozpoznać na pierwszy rzut oka i który zdarza się w każdym wieku, w każdej warstwie społecznej.

Wreszcie najuczciwшему urzędnikowi czy robotnikowi może się zdarzyć, że na starość zostanie wyrzucony na bruk przez pracodawcę pod jakimkolwiek pozorem; pozostaje mu wówczas tylko Kasa Chorych, prosto zmuszony jest do niej się udać, gdyż urzędnicze ubezpieczenie inwalidów tylko w tym wypadku uznaje stan stałej niezdolności do pracy, gdy ubiegający się o rentę przez rok pobierał zasiłki chorobowe (w Czechosłowacji — Red.). Czyż nie byłoby niesprawiedliwością uważać takie ofiary naszej gospodarki społecznej za symulantów? Stojąc na stanowisku ściśle kasowym, lekarz powinienby powiedzieć im: „Mógłbyś pracować gdybyś miał pra-

cę". Poszukałby może formy możliwie najdelikatniejszej, ale chyba miałby serce z kamienia — a lekarz przecie zawsze musi być człowiekiem.

Tak, ale wypełnił swój obowiązek i spotyka go za to uznanie...

Tak sądzicie??

Stawiam tu dwa znaki zapytania. Może u czytelnika? Ale sympatja członków Kasy nie jest po stronie lekarza, lecz odrzuconego pacjenta. Stereotypowa formułka: „Płaci się i płaci, a gdy się czegoś potrzebuje — jest się traktowanym jak oszust" — (to najłagodniejsza forma krytyki — a jest wiele ostrzejszych!) — zawsze będzie aktualna i ludzie, którzy z własnej kieszeni nigdy nie daliby nic dla swych kolegów, czy bliskich, nie znają granic w swej dobroczynności i współczuciu, gdy koszta ma pokryć Kasa.

Sprawa nie przedstawia się w ten sposób jedynie w odniesieniu do starych, spracowanych urzędników i robotników — ale w wielu innych wypadkach nieprawego żądania pieniędzy od Kasy. Przytoczę tylko niektóre przykłady: Matka mająca chore dziecko chciałaby pozostać w domu, ojciec rodziny, którego podczas choroby zastąpiono kim innym, rodzice w trosce o dziecko, które chorowało i mogłoby ucierpieć przy powrocie do pracy, gdy przedłużają okres rekonwalescencji, wreszcie cały szereg osób słabowitych i niedołącznych, którzy nie będąc organicznie chorymi i niezdolnymi do pracy, wiecznie drżący o swe zdrowie i niedomagający, nigdy nie będą mogli stale pracować, nawet gdyby lekarz na podstawie głębokiego przeświadczenia próbował nawrócić tych słabych ludzi na drogę regularnej pracy; jest to trud daremny, gdyż pacjent słuchając lekarza kasowego, myśli, że mu tak wypada mówić, gdyż chodzi mu o kasowe pieniądze.

Tak przedstawiają się ludzie, którzy nieprawie, gdyż bez niezdolności do pracy, chcą korzystać ze środków Kasy. Czy są symulantami? Oczywiście nie. Ale lekarz musi się ograniczyć do tego „nie" — gdyż rozporządza cudzemi, powierzonymi sobie pieniędzmi i nie może ich używać na dobroczynność. Ale jaką walkę wewnętrzną przechodzi, jakie opanowują go zwątpienia w swój zawód, w swoje zapatrywania, w Kasę, której jest przedstawicielem — nie będę o tem wspominał — są to rzeczy, o których się nie mówi.

Podobnie, choć w mniej ostrej formie, zdarza się w wypadku różnicy zdań co do ordynowania. Charakterystyczna jest prośba niektórych stroskanych pacjentów. „Panie Doktorze, proszę mi zapisać coś porządne (t. zn. coś kosztowne) — różnicę chętnie opłacę z własnej kieszeni". Gdy się tłumaczy pacjentowi, że nie może być dwójakiego sposobu załatwiania chorych — w gorszym gatunku dla członków Kasy — i bardziej skutecznego dla pacjentów prywatnych oraz że interes samej Kasy polega na tem, by skrócić czas choroby przez skuteczne lekarstwa — to jest to rzucanie grochu o ścianę.

O prawdziwych symulantach nie wiele jest do powiedzenia, każdy lekarz zna swoją publiczność, tę — specjalnie; nie dziafają na niego ani ich brutalne zachowanie się, ani wymagania, ani fantazje ta-

charakterystyczne dla symulantów i jeżeli często nie obchodzi się bez tarć i nieporozumień, przyjmuje je jak coś, co należy do zawodu; spokojnie powtarza swoje „nie”, gdyż mówi na podstawie wewnętrznego przeświadczenia, a człowiek i lekarz — dwie istoty w nim nierozdzielne — nie wchodzi z sobą w konflikt.

Codziennie wpływają na rynek nowe lekarstwa i specyfiki; reklamy w prasie codziennej i kalendarzach, lub natarczywi agenci „obrabiają” chorych, wmawiając im, że właśnie ten środek jest najlepszy, jedyny i we wszystkim skuteczny — tysiące podziękowań (papier jest ciepły) dowodzą tego; kochani aptekarze, którzy na tych specyfikach więcej zarabiają, niż na przyzwoitej recepturze — robią swoje; cóż mogą poradzić lekarze kasowi przeciw tej masowej sugestji!

Prawie nie do wiary, jak bezkrytycznym jest konsument lekarstw wobec takiej reklamy. Leczenie raka zapomocą wcierania, leczenie gruźlicy... kropkami, jeszcze lepiej: obie te choroby zapomocą jednego lekarstwa... pewne i niezawodne! leczenie przepukliny bez operacji, zapomocą plastra — słowem, reklamy tem bardziej bezczelne, im pewniejsze dają materialne zyski. Oczywiście, takich środków nie ordynuje się kasowym chorym, gdyż się nie ma do tego prawa. Płacącemu z własnej kieszeni nie można zabronić wyrzucać pieniędzy przez okno, ale też on tego nie robi, gdyż słucha ostrzeżeń lekarza, zaś pacjent kasowy żyje w przeświadczeniu, że odradza mu się tych środków dlatego, że Kasę one za drogo kosztują.

Co jednak wpływa bardziej przynębiająco na lekarza i nie pozwala mu czerpać zadowolenia ze swej pracy w Kasie — to bagatelizowanie jego czynności, niedoceniań jego pracy. Pozwolę sobie przytoczyć wspomnienie z mojej młodości. Było nas 12 dzieci, a lekarza nie widywaliśmy latami — wstydzilibyśmy się wzywać lekarza z powodu jakiejś rany ciętej, zdarcia skóry lub obrzękłych migdałów. Wizyta lekarza bywała rzadkim wypadkiem. Nie martwiliśmy się tem. Obecnie przeglądając dzienniki lekarskie, widzę z jakimi drobnostkami nachodzi się lekarza kasowego, jak często wzywa się go „natychmiast” do ciężko chorego, by potem wynajdywać jakąś drobnostkę, dla zdobycia podpisu lekarskiego. Częste są wypadki, że doktor wzywany jest do ciężko chorego, który potem razem z nim wychodzi po lekarstwo dla siebie, gdy nie ma kogo posłać.

Lekarz zmuszony jest przyznać ze wstydem: „Zostałem wezwany nie z troski o zdrowie, nie dla rady i pomocy, ale dla zaświadczenia, celem otrzymania pieniędzy kasowych”. A jak u każdego człowieka, tak i u lekarza kasowego stan psychiczny i poczucie własnej wartości zależą od oceny jego działalności przez współobywateli.

Nie znam bardziej przynębiającego uczucia, jak to, które mię ogarnia gdy wezwany terminowo, w niepogodę, zrobię duży kawał drogi, by znaleźć spuchnięty policzek, katar lub (i to mi się zdarzyło) — kartkę do podpisania. Tłumaczy to głębokie zniechęcenie, które ogarnia wielu lekarzy kasowych, i to nienajgorszych z pośród nich, tych, którzy dbają o to,

by praca ich była należycie oceniona. Moznaby mi nie bez słuszności zarzucić, że roztaczam obraz o zbyt ciemnych barwach. Niesprawiedliwym byłoby oceniać całą działalność lekarza kasowego z tego punktu widzenia. Są też i wdzięczni pacjenci, są momenty zadowolenia i radości, gdy lekarz widzi usiłowania swe uwieńczone skutkiem. Są i tacy pacjenci, którzy przyjmują pouczenie. Byłoby niesprawiedliwością przemilczeć to wszystko. Ale jak w życiu zdrowe organa nie decydują o dobrem samopoczuciu i spokoju człowieka, ale właśnie ten jeden organ, który sprawia ból: nie te 31 zębów, które nie boją, ale właśnie ten jeden, który boli, decyduje o sytuacji, tak też i nastawienie lekarza kasowego do chorego, i odwrotnie, uwarunkowane jest nie wynikami dodatnimi, ale właśnie opisanymi powyżej bolączkami, które towarzyszą jego pracy. Od wysokości i rodzaju wynagrodzenia to zupełnie nie zależy, najlepsze wynagrodzenie nie uchroni lekarza od przyniatającego uczucia, które jest wynikiem tych warunków.

Oczekuję również zarzutu, że obraz mój jest tendencyjny, jasne i ciemne strony nierównomiernie są w nim rozmieszczone. Z jednej strony — pacjent wieczny malkontent, krytycznie usposobiony, myślący tylko o sobie, a nie o wielkiej całości; z drugiej strony — lekarz, w roli zderzaka pomiędzy dwoma czynnikami: pacjentem a Kasą, usiłujący znaleźć odpowiednie wyjście.

Opowiedziałem o lekarzach, którym odbiera spokój troska, by z jednej strony uwzględnić uprawnienia chorych — a z drugiej strony, by środki instytucji nie były bez potrzeby trwonione.

Na to słusznie można mi zarzucić, że bywają i inni lekarze — lekarze, którym taki skrupuł nie zepsuł ani jednej godziny snu, którzy mają tę jedną troskę, by unikać wszelkich konfliktów, jaknajmniej wysiłków poświęcać pracy oraz — ponieważ wszelkie konflikty pochodzą z odrzucania nieuzasadnionych wymagań — nie dopuszczać do tego i zgadzać się na wszystko, czego zażąda pacjent, czy to potrzebne, czy nie; są to lekarze, których postępowanie jest kompromisem na rzecz wygody, spokoju i popularności, a kosztem instytucji. Nie przeczę bynajmniej, że istnieją tacy lekarze. Nie najgłupszy z pośród nich mówią: „Mając za sobą członków przeciw Kasie wygodniej się czujemy, niż w sytuacji odwrotnej”. Ponieważ postępowanie swe ubierają w szatę ludzkości, udając, że członków biorą w obronę przeciwko Kasie — więc zapewnia im to sympatię. Wtajemniczony wie jednak, że chory nie potrzebuje tej obrony przeciw swej instytucji, gdyż nie może być konfliktu interesów w zakresie potrzeb zdrowotnych pomiędzy Kasą a członkami, że interesy ich pokrywają się w tej dziedzinie, ale z konieczności tylko do pewnych granic. To, co przekracza te granice, jest marnowaniem grosza publicznego, nie przynosząc nikomu korzyści, tylko szkodę ogółowi. Szkody tej nie można ująć w cyfry, ale co gorsza — wyraża się ona w korupcji, gdyż pociąga za sobą chciwość, zniewieściałość, niesamodzielność i zaraża zdrowo myślących członków przez pęd do naśladownictwa.

O ile nie mogę uznać pierwszego motywu, gdyż jest wyrazem silnego oportunizmu, to drugi motyw zawiera już okoliczności łagodzące, gdyż wyraża się w obawie konfliktu z ubezpieczonymi.

Nie każdy jest naturą walczącą, prostolinijnym wyznawcą zasady: „takie jest moje stanowisko, inaczej postąpić nie mogę”; wielu jest ludzi bojaźliwych, pełnych zwątpień wskutek właściwości charakteru lub okoliczności życia. Tacy mówią: „takie jest moje stanowisko, ale jeśli potrzeba — może być inne”.

Brakuje im autorytetu, który jest cechą silnego charakteru, przeświadczenia o swej użyteczności oraz o możliwości liczenia na sprawiedliwą

i obiektywną ocenę tych, którzy powierzyli mu pracę i są powołani do decydowania, jako wybrani przez członków albo przez rząd — w obu wypadkach przez organ zespołowy, kierowany pobudkami społecznymi i względami na dobro publiczne.

Nie będę się dalej rozwodził nad tym punktem; pozostawiam fachowcom kasowym dopełnienie sobie tych uwag na podstawie własnej codziennej praktyki. Należy to do rzeczy, o których się nie mówi — a poruszyłem to ze względu, że było mi to potrzebne dla oświetlenia nastawienia psychicznego lekarza kasowego, które popycha go na drogę połowiczności i ustępstw pomimo swego przekonania, gdyż w razie konfliktu nie może on liczyć na obiektywny sąd.

## WYROK NAJWYŻSZEGO TRYBUNAŁU ADMINISTRACYJNEGO

### W SPRAWIE POWIATOWEJ KASY CHORYCH WE WŁOCŁAWKU PRZECIWKO WOJEWODZIE WARSZAWSKIEMU W PRZEDMIOCIE PODATKU OD LOKALI.

#### ZASADA PRAWNA.

Kasa Chorych nie jest instytucją dobroczynną w rozumieniu § 4 p. b) rozporządzenia Min. Skarbu wydanego w porozumieniu z Ministrami Spraw Wewnętrznych i Robót Publicznych z dnia 25 maja Dz. U. p. 407, a temsamem lokale jej są wolne od państwowego względnie komunalnego podatku od lokali.

Najwyższy Trybunał Administracyjny w składzie: Przewodniczący Sędzia Dunikowski, Sędziowie: Idźkowski, Żeleński, tudzież przy udziale członka Sekretariatu Prawniczego Ekielskiego, jako protokulanta, w sprawie skargi Powiatowej Kasy Chorych we Włocławku, na orzeczenie Wojewody Warszawskiego z dnia 23 lipca 1926 L. S. M. 1572/I w przedmiocie podatku od lokali, po przeprowadzonej dnia 21 stycznia 1929 r. rozprawie, a to po wysłuchaniu sprawozdania sędziego referenta, oddała skargę jako nieuzasadnioną.

#### Powody:

Nakazem płatniczym nr. 149 wymierzył Magistrat m. Włocławka Powiatowej Kasie Chorych we Włocławku tytułem państwowego podatku od lokali za rok 1926 kwotę zł. 380, zaś tytułem miejskiego podatku od lokali kwotę 260 zł., razem 640 zł.

Przeciw temu wymiarowi wniosła wspomniana Kasa odwołanie do Wojewody Warszawskiego, w którym powołując się na fakt, że ustawa z dnia 17-go grudnia 1921 Dz. Ust. poz. 6 z r. 1922 w art. 23 lit. b) zwalnia od podatku lokale zajmowane przez instytucje naukowe, oświatowe i dobroczynne. Kasa Chorych zaś z uwagi na postanowienia art. 22, 34, 86, 93 i innych ustawy z dnia 19 maja 1920 Dz. Ust. poz. 272 ma charakter instytucji dobroczynnej żąda zwolnienia zajmowanego przez siebie lokalu od obowiązku podatkowego.

Orzeczeniem z dnia 23 lipca 1926 L. S. N. 1572/I nie uwzględnił Wojewoda Warszawski tego odwołania z uwagi na to, że Powiatowa Kasa Chorych, działając na mocy ustawy z dnia 19 maja 1920 Dz. Ust. poz. 272 jest instytucją ubezpieczeniową, udzie-

lającą pomocy tylko swoim członkom względnie ich rodzinom i opierającą swój byt na świadczeniach wzajemnych zainteresowanych instytucji, oraz, że jako taka niema charakteru instytucji dobroczynnej udzielającej pomocy zasadniczo bez świadczeń wzajemnych.

W skardze do Najwyższego Trybunału Administracyjnego wniesionej na powyższe orzeczenie ponawia Powiatowa Kasa Chorych w ogólności wywody swego odwołania a ponadto podnosi, że jako instytucja samorządowa jest w myśl art. 3 punkt 3 ustawy z dnia 2 sierpnia 1926 Dz. Ust. 550 zwolniona od podatku od lokali.

Najwyższy Trybunał Administracyjny rozpatrując niniejszą skargę rozważył co następuje:

Za instytucje dobroczynne w ogólnie przyjętem tego słowa znaczeniu uważać należy takie instytucje, które z pobudek charytatywnych postawiły sobie dobrowolnie za zadanie dopomagać cierpiącej ludzkości i w tym celu gromadzą fundusze płynące ze źródeł dobrowolnych jak legaty, zapisy, subwencje, składki członków, zbiórki i t. p. Do istotnych cech instytucji dobroczynnych należy zatem, prócz pobudek i celów charakterystycznych, także aby zarówno działalność ich, jak sposób gromadzenia funduszków nie opierały się na przymusie zewnętrznym.

Za taką instytucję nie może być uważana Kasa Chorych już dlatego, że istnienie swe i działalność opiera na przymusowym tytule prawnym, mianowicie na ustawie z dnia 19 maja 1920 Dz. Ust. poz. 272, wprowadzającej przymusowe ubezpieczenie na wypadek choroby, fundusze zaś służące do pokrywania świadczeń tą ustawą przewidzianych, zbiera z przymusowych składek pracodawców i ubezpieczonych.

A już i sama działalność Kasy Chorych t. j. udzielanie członkom pomocy w razie choroby, pozbawiona jest charakteru dobroczynności dlatego, że opiera się na zasadzie wzajemnego ubezpieczenia t. j. że do opłacania składek obowiązani są bezwzględnie wszyscy członkowie Kasy (względnie w  $\frac{3}{4}$  ich pracodawcy) przez cały czas członkostwa,

a ze świadczeń Kasy korzystają tylko ci, co do których zachodzą ustawą określone warunki choroby.

Zasada ubezpieczenia polegająca na rozdzieleniu ryzyka na wszystkich ubezpieczonych i na pewnej równowadze między wysokością wkładek a wysokością świadczeń, wyklucza właśnie potrzebę stosowania działalności charytatywnej i nie można żadną miarą twierdzić, by członek Kasy Chorych korzystający ze świadczeń Kasy, pobierał wsparcie z funduszków dobroczynnych, choćby nawet świadczenia te w konkretnym wypadku przewyższały wartość wpłaconych przez niego względnie przez jego pracodawcę składek.

Ostatni zarzut skargi jakoby Kasy Chorych jako instytucje samorządowe winny być zwolnione od podatku komunalnego w myśl art. 3 p. 3 ustawy z dnia 2 sierpnia 1926 Dz. Ust. poz. 550, nie może być w niniejszym wypadku brany w rachubę, gdyż zaskarżone orzeczenie wydane w dniu 23 lipca 1926 podczas gdy wymieniona ustawa ogłoszona została i weszła w życie z dniem 17 września 1926, w chwili zatem wydania zaskarżonego orzeczenia wogóle nie istniała.

Z powyższych względów należało skargę, jako nieuzasadnioną oddalić. (Wyrok z dn. 21 stycznia 1929 L. rej. 4107/26).

## REGULAMIN KOMISJI ROZJEMCZEJ KASY CHORYCH M. ŁODZI

### § 1.

Komisja Rozjemcza, wybrana przez Radę Kasy Chorych miasta Łodzi, działa na podstawie art. 83 Ustawy z dnia 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. R. P. Nr. 44/20, poz. 272), oraz na podstawie niniejszego Regulaminu.

### § 2.

Komisja Rozjemcza rozstrzyga spory:

- a) w sprawie świadczeń pomiędzy członkami, a Zarządem Kasy;
- b) w sprawie kar pieniężnych, nałożonych na członków Kasy, za przekroczenia regulaminu dla chorych i za symulację.

### § 3.

Komisja Rozjemcza wybiera ze swego grona Przewodniczącego i zastępcę Przewodniczącego. Przedstawicielem Komisji jest Przewodniczący, który przewodniczy na posiedzeniach Komisji i komunikuje się z Zarządem Kasy Chorych w sprawach przekazowych do orzeczenia Komisji Rozjemczej.

Zastępca Przewodniczącego pełni obowiązki Przewodniczącego w razie jego nieobecności, choroby, wyjazdu lub innych okoliczności, uniemożliwiających Przewodniczącemu pełnienie jego obowiązków.

### § 4.

Posiedzenie Komisji Rozjemczej odbywa się przy pełnym jej ustawowym składzie.

### § 5.

Posiedzenie Komisji Rozjemczej otwiera Przewodniczący i po stwierdzeniu obecności wszystkich członków Komisji — ogłasza je za ważne.

W razie stwierdzenia braku kompletu, przewodniczący zamyka posiedzenie z zapisaniem do protokołu nieobecnych oraz przyczyn ich niestawiennictwa i wyznacza nowy termin posiedzenia.

### § 6.

Rozprawy Komisji Rozjemczej są jawne, jednak mocą własnej inicjatywy Komisji lub na wniosek jednej ze stron, Komisja może własną uchwałą wykluczyć jawność rozprawy w całości lub częściowo i uchwalić odbycie jej przy drzwiach zamkniętych. W razie wykluczenia jawności na sali obrad mogą pozostać oprócz członków Komisji i protokulanta,

strony spór wiodące i ich pełnomocnicy. Ogłoszenie orzeczenia Komisji zawsze odbywa się jawnie.

### § 7.

Sprawy podlegające rozpoznaniu Komisji Rozjemczej, Zarząd Kasy Chorych przesyła Przewodniczącemu Komisji.

Przewodniczący Komisji referuje sprawy na posiedzeniu, względnie wyznacza referentów.

W razie, gdy komisja uzna stan sprawy za nie należycie wyswietlony, lub gdy przytoczone przez strony istotne dla rozstrzygnięcia sprawy okoliczności nie są poparte dowodami, odracza sprawę i zwraca się do strony o uzupełnienie stanu sprawy potrzebnymi dowodami. Komisja Rozjemcza może również zwrócić się do Zarządu Kasy Chorych z żądaniem uzupełnienia dochodzenia.

### § 8.

Komisja Rozjemcza zawiadamia strony o miejscu i terminie rozprawy i wzywa je na posiedzenie Komisji, celem złożenia przez nie wyjaśnień i wniesienia obrony.

Zawiadomienie winno być doręczone najpóźniej na siedem dni przed terminem rozprawy, zaznaczając w protokole, że sprawa rozpatrywana była, wskutek niestawiennictwa wezwanej strony — zaocznie.

Niestawiennictwo strony nie wstrzymuje rozpoznania sprawy. Strony mogą prosić o rozstrzygnięcie sprawy w ich nieobecności, od uznania Komisji, jednak należy zażądać stawiennictwa stron lub ich pełnomocników, jeżeli okoliczności sprawy wymagać będą ustnych wyjaśnień. W razie niewykonania powyższego żądania, Komisja osądzi sprawę na podstawie posiadanych danych.

### § 9.

Strony mogą się stawić na posiedzenie osobiście lub przez pełnomocników. Od osób, zastępujących strony Komisja żąda złożenia pisemnego upoważnienia.

\*) W Nr. 5-tym naszego pisma ogłosiliśmy Regulamin Komisji Rozjemczej, opracowany przez Okr. Zw. K. Ch. w Warszawie. Obecnie drukujemy dla orjentacji regulamin obowiązujący (aż do rozwiązania władz samorządowych) w K. Ch. m. Łodzi. — Red.

# WYDATKI PAŃSTWA, SAMORZĄDÓW I INSTYTUCYJ UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH NA ZDROWOTNOŚĆ.

WYSZCZEGÓLNIENIE	R o k	K w o t a Z ł.	
1. PAŃSTWO:			Źródło: Budżet na rok 1927/28 (Dz. U. R. P. 1627 r. Nr. 30 poz. 254).  Źródło: Rocznik Statyst. Rzeczposp. Pol. na 1928 „Wiad. Statyst.” 1928 r. Nr. 11, 12, 13.  Źródło: Budżet na rok 1927/28 (Dz. U. Śląskich 1927. Nr. 11 poz. 23).  Źródło: III-ci Rocznik Ubezpiecz. Społecz.
a) Ministerstwo Spraw Wojskowych . . . . .	1927/28	2.771.300.—	
b) Ministerstwo Spraw Wewnętrznych . . . . .			
1) Służba Zdrowia . . . . .		9.082.300.—	
2) Korpus Ochrony Pogranicza . . . . .		201.332.—	
c) Ministerstwo Wyznań Relig. i Ośw. Publ. . . . .		100.000.—	
d) Ministerstwo Pracy i Opieki Społecz. . . . .		1.448.486.—	
e) Polskie Kolonie Państwowe . . . . .		6.357.800.—	
		19.961.218.—	
2. SAMORZĄDY:			
a) Gminy, Miasta, Powiat. Zw. Komunal. . . . .	1926 r.	64.284.827.—	
b) Starostwa Krajowe (Poznań, Pomorze) . . . . .	1927/28	3.685.735.—	
c) Skarb autonomiczny woj. Śląskiego . . . . .	1927/28	2.848.071.—	
3. INSTYTUCJE UBEZPIECZ. SPOŁECZ.:			
a) Ubezpieczenie na wypadek choroby . . . . .	1927	70.818.633.—	
b) Ubezpieczenie od inwalidztwa, starości . . . . .		120.200.346.—	
c) Ubezpieczenie na wypadek inwalidztwa i starości kolejarzy . . . . .		1.232.491.—	
d) Ubezpieczenie pensyjne urzędników prywat. . . . .		721.575.—	
e) Ubezpieczenie od wypadków . . . . .		709.050.—	
		225.924.—	
		123.089.386.—	
1. Państwo . . . . .		19.961.218.—	
2. Samorządy . . . . .		70.818.633.—	
3. Instyt. Ubezpiecz. Społ. . . . .		123.089.386.—	
Ogółem . . . . .		213.869.237.—	

## K R O N I K A.

### ROZPORZĄDZENIE MINISTRA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I MINISTRA PRACY I OPIEKI SPOŁECZNEJ Z DNIA 15 MAJA 1929 R.

w sprawie opustu od cen, oznaczonych w taksie aptekarskiej za lekarstwa, wydawane na koszt Kas Chorych i wydawania tych lekarstw.

Na mocy art. 43 ustęp IV i art. 97 ustawy z dn. 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. R. P. Nr 44 poz. 272) oraz art. 2 poz. 13 i art. 10 zasadniczej ustawy sanitarnej z dn. 19 lipca 1919 r. (Dz. U. R. P. Nr. 63 poz. 371), jak również na mocy art. 362 ros. ust. lek. (Zb. Pr. ros. t. XIII. wyd. 1905 r.) § 7 austr. ustawy z dnia 18 grudnia 1906 r. (austr. Dz. U. P. rok 1907 Nr 5) i p. A. §1 rozdz. 3 pruskiego kr. rozporządzenia z dnia 11 października 1801 r. zarządza się, co następuje:

§ 1. Za lekarstwa, wydawane na koszt Kas Chorych, działających na mocy ustawy z dn. 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. R. P. Nr. 44 poz. 272), aptekarze dzierżawcy lub odpowiedzialni kierownicy aptek z prawem sprzedaży lekarstw, obowiązani są obliczać cenę według ogólnej taksy aptekarskiej, względnie według zasad, wskazanych w rozporządzeniach, dotyczących taksy, i odliczać 25% od ceny lekarstw, przepisanych w formie recept, a 5% od ceny środków leczniczych lub opatrunkowych, przepisanych nie w formie recepty (sprzedaż odręczna).

W tych miejscowościach (osiedlach), w których Kasa Chorych posiada własną aptekę, przygotowującą lekarstwa według recept lekarzy, wyżej wymienione osoby mogą zamiast wskazanych 25% odliczyć tylko 5% od cen obowiązującej taksy aptekarskiej.

§ 2. Zarządy Kas Chorych, o ile nie płać za lekarstwa i inne środki bezpośrednio przy ich pobieraniu, winny regulować rachunki w ciągu 15 dni od dnia podania ich przez apteki. W razie regulowania rachunków po tym terminie Kasy Chorych nie korzystają z ustępstw, określonych w § 1 niniejszego rozporządzenia.

§ 3. Apteki publiczne obowiązane są stosownie do rozmiarów czynności posiadać dostateczne zapasy środków leczniczych oraz środków opatrunkowych i wydawać je na żądanie Kas Chorych z zachowaniem kolejności otrzymanych przez aptekę zamówień.

§ 4. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Jednocześnie traci moc obowiązującą rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego i Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 26 marca 1923 r. (Dz. U. R. P. Nr. 61 poz. 448).

Minister Spraw Wewnętrznych: **Sławoj Składkowski.**

Minister Pracy i Opieki Społecznej: **A. Prystor.**

„MEMORANDUM“ W SPRAWIE KAS CHORYCH. Prasa lekarska donosi, iż Zarząd Główny Związku Lekarzy P. P. złożył Panu Ministrowi Pracy „memorandum“ (memoriał?), w którym pisze, iż „polski zorganizowany świat lekarski czuje się w obowiązku (?) stwierdzić, że Kasy Chorych naszego kraju pochłaniające wielomiljonowe sumy społeczeństwa mało zubożonego mają następujące braki“. I tutaj rozpoczyna się wyliczanie szeregu bolączek jakie trapią, zdaniem Związku Lekarzy nasze Kasy.

Niestety lakoniczność „memorandum“ nie zezwalała zapewne autorom na uzasadnienie ich krytyki. Np. Instytucje lecz-

nicze Kas Chorych „nie są należycie powiązane” z organizacją lecznictwa w kraju. Na czym to „powiązanie” ma polegać, memoriał nie wspomina. A dalej lecznictwo — skarży się „memorandum” — stoi na poziomie niższym, aniżeli lecznictwo szpitalne lub prywatne. Otwiera się przed autorami memoriału wdzięczne pole do pracy naukowej, którą tak wysoko cenia — udowodnienia, że tak jest, jak twierdzą w swem piśmie, wy stosowaniem do Pana Ministra. Jak długo tego nie uczynią, pozostanie ich głos głosem coprawda lirycznym, jednak tylko głosem. Myśl istotna i cel memoriału zostały opisane w sposób następujący: „podstawy organizacji Kas Chorych, oparte na błędnych zasadach, dały władzę nad Kasami czynnikom niezdolnym do kierowania instytucją tej wagi, zgodnie z duchem i treścią ustawy o ubezpieczeniu społecznym”. Wiadomo, iż wybrane władze są odpowiedzialne za całość spraw Kasy, wobec czego wynikałoby z tego, że jest to jeszcze jeden atak na samorząd. I tutaj, jak w całym „memorandum” Związek Lekarzy nie dał choćby jednego konkretnego dowodu niezdolności owych „czynników”, o których tak tajemniczo mówi.

Ciekawe jest żądanie memoriału z dziedziny nowelizacji ustawy. Związek Lekarzy domaga się, aby „kontrola, jaką wykonywa Minister Pracy i Opieki Społecznej nad instytucjami ubezpieczenia społecznego, dotyczyła także kontroli nad lecznictwem i była wykonywana przez czynnik fachowy, to znaczy przez lekarza, który winien mieć z jednej strony dostęp bezpośredni do Ministra Pracy i Opieki Społecznej, z drugiej, — inspekcję z ramienia Ministra nad całokształtem lecznictwa kasowego”.

To żądanie jest już sensacją. W myśl art. 97 i 98 ust. z 19/V 1920 r. nadzór, (a nie, jak twierdzi „memorandum” kontrola) nad działalnością lecznictwa Kas Chorych wykonywa Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (dep. Służby Zdrowia) delegując swych przedstawicieli do Okr. Urz. Ubezpieczeń. Dotychczas lekarze byli niezadowoleni z tego stanu, domagając się oddania nadzoru nad Kasami Chorych władzom administracyjno-lekarskim. Obecnie domagają się zmiany obecnego stanu rzeczy i oddania nadzoru nad lecznictwem Ministrowi Pracy. Przyznamy, iż nie rozumiemy tej nagłej zmiany frontu, co ona oznacza, pokaże przyszłość najbliższa. Związek Lekarzy P. P. domaga się, by ten czynnik fachowy miał: „bezpośredni dostęp” do Ministra Pracy i wykonywał nadzór, („inspekcję” — jak się wyraża „memorandum”) z ramienia Ministra Pracy. Żądanie to świadczy — jak zwykle, iż lekarze niezbyt dobrze orientują się w dziedzinie prawa administracyjnego. Wyobraźmy sobie, iż stanie się zadość życzeniu Związku Lekarzy P. P. i „czynnik fachowy uzyska dostęp do Ministra”. Czy wówczas lekarz przydzielony do Okr. Urz. Ubezpieczeń będzie podlegał

bezpośrednio **Ministrowi Pracy**? Istnieje u nas podział trzystopniowej władzy administracyjnej, konsekwentnie realizowany, czy dla prestige'u owego inspektora lekarskiego należy go wobec tego zmienić?

Inne wreszcie żądania należą do rzędu tych, których realizacja była także i dążeniem Kas naszych t. j. zawarcie umów, atmosfera zaufania wzajemnego i t. d. i t. d. Rozchodzi się tylko o to, żeby raz wśród lekarzy powstało przekonanie, iż kamieniem węgielnym porozumienia w tej dziedzinie jest uznanie zasadniczych wytycznych naszej Ustawy i systemu lecznictwa społecznego. Jeżeli będziemy w tych sprawach mieli niedwuznaczne deklaracje, a nie nic nie mówiące przemówienia, droga do porozumienia na całej linii stoi otworem.

## VII. ZJAZD LEKARZY I DZIAŁACZY SAMORZĄDOWYCH.

Komitet organizacyjny nadesłał nam następujące pismo:

Dnia 7—8 września rb. odbędzie się w Poznaniu z ramienia Związku Miast Polskich doroczny Walny Zjazd Lekarzy i Działaczy Samorządowych.

Komitet Organizacyjny Zjazdu prosi Panów Lekarzy, Działaczy Samorządowych i Społecznych, pracujących w dziedzinie zdrowotności publicznej, o jak najliczniejszy udział w Zjeździe, którego charakter ze względu na przypadający okres pierwszego dziesięciolecia Niepodległości Polskiej, powinien stać się wyrazem postępów, poczynionych na polu zdrowia publicznego w miastach polskich i dać wytyczne pracy na przyszłość.

Program Zjazdu jest następujący:

Dnia 7 września, sobota, godz. 10 do 14-tej **otwarcie Zjazdu.**

Referat „Organizacja i zakres działania samorządowej służby zdrowia w miastach polskich”. Referent: Dr. Kacprzak Marcin. Kierownik Działu Epidemjologiczno - Statystycznego Państwowej Szkoły Higieny w Warszawie. Koreferaty: „Stan sanitarno-porządkowy miast polskich”. Koreferent: Inż. Rudolf Zygmunt (Departament Służby Zdrowia w Warszawie M. S. W.). Koreferat: „Sprawy medycyny zapobiegawczej w miastach polskich. Koreferent: Dr Czesław Wroczyński (Naczelny Lekarz Kasy Chorych m. st. Warszawy).

Godz. 21. **Raut w ratuszu, wydany przez prezydenta miasta.**

Dnia 8 września, niedziela, godz. 9—14.

I. Referat: „Współdziałanie opieki społecznej z działalnością służby zdrowia”.

Referent P. Wilczyński (Naczelnik Wydz. Opieki Społecznej w Województwie Poznańskim).

# W Y S O W A

## pierwszorzędnej jakości naturalna woda lecznicza

przeciw chorobom dróg oddechowych, nieżytom oskrzeli, astmie oskrzelowej, gruźlicy chronicznej, przeciw chorobom narządu pokarmowego i t. p.,  
przewyższająca siłą leczniczą wody zagraniczne, jak Selters, Ems i t. p.

**Do nabycia we wszystkich aptekach i drogerjach**

Koreferent: Dr Margolis Aleksander (Łódź) Przewodniczący Wydziału Zdrowia Magistratu m. Łodzi.

II. Referat: Stan budownictwa szpitalnego w niepodległej Polsce i sprawy szpitali na Międzynarodowym Kongresie Szpitalnictwa w Ameryce.

Koreferat: „Walka z zakażeniami wewnątrz szpitali w związku z organizacją i budową szpitali”.

Koreferent: Profesor Dr Szenajch Władysław (Naczelny Lekarz Szpitala Karola i Marii w Warszawie).

## KSIĄZKI I CZASOPISMA.

**PRZEMYSŁ I HANDEL**“, tygodnik, wydawany przez Ministerstwo Przemysłu i Handlu ogłasza w Nr. 24/1929 artykuł informacyjny p. Jerzego Czerwińskiego p. t. „Ubezpieczenia Społeczne w świetle przepisów prawnych”. Artykuł ten informuje naogół obiektywnie o stanie naszego ustawodawstwa ubezpieczeniowego.

Autor stwierdza, iż:

„Inicjatywie prywatnej pozostawiony jest bardzo szczupły zakres działania: ubezpieczenia dodatkowe, i to pod ścisłym nadzorem władzy państwowej”.

Zdarzyło się p. Czerwińskiemu kilka lapsusów. Twierdzi on, iż: „Punktem wyjścia organizacji ubezpieczeń jest zasada terytorjalności. Terytorjalne instytucje ubezpieczeń koncentrują na stosunkowo znacznych terenach ubezpieczenie wszystkich osób, podlegających ubezpieczeniu, centralizując również wszystkie fundusze, przeznaczone na tem terytorjum na cele ubezpieczenia”. Z tego wynikałoby, iż fundusze wszystkich instytucji, działających na określonym terytorjum są skoncentrowane. Oczywiście sprawa ta przedstawia się nieco inaczej, gdyż każda z tych instytucji ma w tej dziedzinie zupełną swobodę.

Twierdzenie, iż: „Świadczenie ubezpieczeniowe uzależnione jest od wpłaconych składek, natomiast tak zwane ubezpieczenie zależne jest nie od składek, lecz od istotnej potrzeby ubezpieczonego”, jest również niezupełnie ścisłe, albowiem w ubezpieczeniu emerytalnym świadczenia są przymusowe bez względu na „istotną potrzebę”. Nie wiemy wreszcie, jak autor sobie wyobraża wogóle udzielanie świadczeń bez „istotnej potrzeby”.

Omawiając ustawę o ubezpieczeniu na wypadek choroby p. Czerwiński twierdzi iż prawo do zasiłku przysługuje ubezpieczonemu w ciągu 26 tygodni (w poszczególnych Kasach do 52 tygodni), zapominając o tem, że ustawa nakazuje przedłużenie świadczeń do 39 tygodni po trzech latach istnienia Kasy Chorych.

Kapitałnym błędem p. Czerwińskiego jest twierdzenie, jakoby Okr. Zw. Kas Chorych tworzyły Główny Urząd Ubezpieczeń.

Mylnem jest również twierdzenie autora, jakoby nadzór nad K. Ch. przysługiwał Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej oraz Spraw Wewnętrznych. Minister Spraw Wewnętrznych wykonywa nadzór tylko w granicach zasadniczej ustawy sanitarnej.

Są to drobne usterki tego artykułu, jednak w piśmie oficjalnym, jakim jest „Przemysł i Handel” niedopuszczalne.

**STANISŁAW RYCHLIŃSKI**: „Czas pracy w przemyśle polskim” w świetle wyników ankiety Związku Stowarzyszeń Zawodowych. Wyd. Instytutu Gospodarstwa Społecznego. Sprawy Robotnicze Nr 5. Warszawa 1929, str. 103.

Po południu zwiedzanie Wystawy Powszechnej Krajowej i zwiedzanie autobusami urzędów sanitarnych miejskich.

Godz. 12. **Przedstawienie w Operze** (bilety bezpłatne).

**Uwaga**: Uczestnictwo w Zjeździe należy zgłosić do dnia 1 września b. r. na ręce Naczelnika Wydziału Zdrowia Magistratu m. Poznania Dra Tadeusza Szulca (adres: Poznań-Ratusz). Wpisowe na Zjazd wynosi 10 zł., może być uiszczone w chwili przybycia do Poznania.

W zgłoszeniach należy nadmienić żądanie zarezerwowania noclegów.

Na podstawie wzorów do ankiety o czasie pracy, nadesłanych przez Międzynarodową Federację Związków Zawodowych, Komisja Centralna Związków Zawodowych w Polsce w porozumieniu z Instytutem Gospodarstwa Społecznego opracowała szczegółowy kwestionariusz o liczbie godzin pracy, przepracowanych w tygodniu od 1-go do 6-go października 1928.

Formularzy rozesłano 3700, odpowiedzi nadeszło 903, w tem 830 nadających się do opracowania, przyczem nie nadesłał wcale odpowiedzi Związek Robotników przemysłu włókienniczego (strajk w Łodzi), bardzo mało zaś i niemiarnodajnych dał przemysł odzieżowy.

Ankieta objęła 20,4% ogółu robotników, uwzględnionych przez statystykę przemysłową Głównego Urzędu Statystycznego.

Materiał został opracowany w Instytucie Gospodarstwa Społecznego przez p. S. Rychlińskiego.

Zobrazowanie wyników ankiety autor poprzedza wstępem, gdzie przytacza liczne przykłady strajków ze strony przedsiębiorców na 8-godzinny dzień pracy oraz walki z sobotami angielskimi.

Inspektorzy pracy stwierdzili wykroczeń przeciw ustawie o czasie pracy:

w r. 1923 — 3679

w r. 1924 — 2212

w r. 1925 — 3267

w r. 1926 — 4537

Pomimo, iż z roku na rok wzrasta ilość spraw sądowych z powodu naruszenia ustawy o czasie pracy (w r. 1923 — 931, w r. 1924 — 749, w r. 1925 — 1233, i w r. 1926 — 2538), rośnie też w zatrważający sposób ilość wykroczeń.

Bardzo poważną rolę odgrywają w tem wyroki sądowe, z reguły nadzwyczaj łagodne. „To, że sądy tolerują gwałcenie ustawy o czasie pracy, obniża autorytet nadzorującego jej wykonania inspektora pracy zarówno wobec pracodawcy, jak i robotnika” — mówi sprawozdanie inspektorów pracy za r. 1924.

Niejednokrotnie też sami robotnicy chętnie idą na łamanie ustawy o 8-godzinnym dniu pracy, pomimo gorącej kontrakcji związków zawodowych. Zgadzają się na pracę w godzinach nadliczbowych, chociaż bardzo często godziny te są opłacane jak normalne lub o 25% wyżej (a nie 50% — jak nakazuje ustawa). Poza naciskiem ze strony przedsiębiorcy, głównym motywem jest niski zarobek za normalne godziny pracy, nie wystarczający na utrzymanie robotnika z rodziną. W cegielniach, gdzie 80% robotników otrzymuje mniej niż 100 zł. miesięcznie, 41,4% pracowało więcej, niż 48 godzin tygodniowo, w tartakach nawet 57,1% (72,3% robotników pobierało mniej niż 100 zł. na miesiąc).

Według danych ankiety robotnik polski pracuje przecię-

tnie 49,6 godzin w tygodniu, czyli o 3,6 godzin ponad czas zagwarantowany ustawą. W Niemczech przeciętny czas pracy wynosi 48,9 godz. tygodniowo. W Polsce pracuje więcej, niż 48 godzin tygodniowo. 30,6% robotników, w Niemczech — 26,6%, w Czechosłowacji — 13%, w Belgii tylko 3,3%.

Dane ankiety rozbijają więc doszczętnie legendę, jakoby czas pracy w Polsce był krótszy, niż na Zachodzie. „Polska stoi w rzędzie państw o stosunkowo długim dniu roboczym” — mówi autor.

Wynagrodzenie za godziny nadliczbowe pobierają robotnicy zgodnie z ustawą (o 50% więcej za pierwsze dwie godziny i o 100% więcej za następne) mniej więcej w połowie wypadków pracy w godzinach dodatkowych (w budownictwie w tartakach wypadki wynagrodzenia za godziny nadliczbowe (zgodnie z ustawą) stanowią rzadkie wyjątki). Sobota angielska jest — szczególnie w zakładach większych — z reguły stosowana, rzadko jednak bywa opłacana jak normalny dzień roboczy.

L. S.

**OSWALD STEIN: Le droit international des assurances.**  
Librairie Hachette, Paris, 1929, p. 140.

W pierwszej części pracy autor przytacza szereg określeń istoty ubezpieczeń, różne sposoby podziału ich na grupy i kategorie, wreszcie zaznacza, że nie wdając się w krytykę podanych lub odszukiwania samoistnych kryteriów podziału i usystematyzowania w dziedzinie ubezpieczeń, podkreślić musi zasadniczą wartość podziału wszystkich rodzajów ubezpieczeń na dwie grupy: ubezpieczenia prywatne lub indywidualne i ubezpieczenia społeczne. Ta ostatnia bowiem forma ubezpieczeń ma na celu zaspokojenie potrzeb ogólnych kolektywu, przyczynić się przeto może „do udoskonalenia struktury społeczeństwa ludzkiego”.

Wciąż wzrastająca wymiana dóbr i usług pomiędzy zamkniętymi ugrupowaniami ludzi, wciąż wzrastające umiędzynarodowienie życia wymaga szerszych ram do ujęcia nowych zagadnień. Potrzebę międzynarodowych norm odczuwa narówni z wielu innymi działaczami życia i dziedzina ubezpieczeń społecznych.

„Ubezpieczenie prywatne — mówi autor — jest już międzynarodowe dzięki swemu rozwojowi i swej technice”, nato-

miast ubezpieczenie społeczne „w założeniu i w myśl swych celów jest nacjonalnem”. Wskutek jednak rozwoju stosunków międzynarodowych, wymiany rzeczy i ludzi i „ubezpieczenia społeczne zdążają do uniwersalności”. Przejawia się dążenie do wyjęcia ubezpieczeń społecznych z kompetencji poszczególnych państw, poddanie ich kompetencji międzynarodowej. Jeżeli rozwój odbywa się w kierunku gospodarki światowej, opartej na wolnej wymianie rzeczy i usług, nieuniknionem jest powstanie międzynarodowego prawa ubezpieczeniowego.

Traktat wersalski stworzył podwaliny — jak mówi autor — „stałe źródło międzynarodowego prawa ubezpieczeniowego” w międzynarodowych konwencjach w dziedzinie ustawodawstwa pracy.

Szeręg stron poświęca autor historii ubezpieczeń społecznych i analizie prawniczej ich techniki, wreszcie omawia obszernie konkretne ustawy z dziedziny międzynarodowego prawa ubezpieczeniowego, które dzieli na dwie grupy:

- 1) ogólne, dotyczące wielu państw, wszystkich, które się przyłączyły do międzynarodowej konwencji i
- 2) dwustronne, t. j. umowy, zawarte między dwoma państwami.

Do pierwszej kategorii należą:

- a) konwencja, dotycząca ubezpieczenia chorobowego pracowników przemysłowych i handlowych, jak też konwencja, dotycząca robotników rolnych, obie z roku 1927.
- b) Konwencja, dotycząca zatrudnienia kobiet przed i po połogu z roku 1919.
- c) Konwencja, dotycząca odszkodowania za nieszczęśliwe wypadki przy pracy w rolnictwie z r. 1921 i konwencje z roku 1925, dotyczące odszkodowania za nieszczęśliwe wypadki przy pracy i za choroby zawodowe.

W drugiej kategorii — umowy zawarte pomiędzy poszczególnymi państwami — autor przytacza 25 umów, dotyczących wszystkich dziedzin ubezpieczenia społecznego (choroby, macierzyństwo, wypadki przy pracy i choroby zawodowe oraz inwalidztwo i starość).

Ostatnia część pracy jest poświęcona zagadnieniom prawa międzynarodowego w dziedzinie ubezpieczenia prywatnego.

Jeżeli nie tłumaczenie, to przynajmniej obszerne streszczenie tej cennej pracy byłoby wartościowym wkładem w naszą ubogą literaturę ubezpieczeniową.

## T R E Ś C:

**L. Skarzyński.** Projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznem.

**Dr. J. Rosenbaum.** Psychika lekarza i pacjenta Kas Chorych.

Regulamin Komisji Rozjemczej Kasy Chorych m. Łodzi.

Wydatki na zdrowotność.

Kronika.

Książki i czasopisma.

### Prenumerata:

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

### Cena ogłoszeń:

$\frac{1}{4}$ strona za tekstem 200 zł.
II, III i IV strony
okładki 250 zł.

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

Redaktor: DR. ALFRED KRIEGER.

Wydawca: OGÓLNO-PANSTWOWY ZW. KAS CHORYCH.

Odbito. w Drukarni „Robotnik”, Warecka 7.



# B I L A N S

## OKRĘGOWEGO ZWIĄZKU KAS CHORYCH W WARSZAWIE

za 1928 r.

STAN CZYNNY:

STAN BIERNY:

<p>1. Gotówka w Centrali 8.518.43</p> <p style="padding-left: 20px;">„ „ Zakł. Rent. Białystok 255.68</p> <p style="padding-left: 20px;">„ „ Zakł. Rent. Lublin 569.15</p> <p style="padding-left: 20px;">„ „ P. K. O. 81.407.42</p> <p style="padding-left: 20px;">„ „ Banku Gosp. Krajowego 123.403.—</p> <hr/> <p>2. Zaległe składki normalne:</p> <p style="padding-left: 20px;">a) za 2 ostatnie miesiące 67.982.45</p> <p style="padding-left: 20px;">b) za poprzednie okresy 40.781.56</p> <hr/> <p>3. Wierzytelności inne 370.082.24</p> <hr/> <p>4. Weksle obce: 68.306.69</p> <p style="padding-left: 20px;">a) w portfelu 2.142.15</p> <p style="padding-left: 20px;">b) w inkasie 66.164.54</p> <hr/> <p>5. Nieruchomość w Białymstoku 57.236.40</p> <hr/> <p>6. Ruchomości: 234.980.92</p> <p style="padding-left: 20px;">a) w Centrali 22.862.41</p> <p style="padding-left: 20px;">b) w Białymstoku 104.038.47</p> <p style="padding-left: 20px;">c) w Lublinie 107.005.84</p> <p style="padding-left: 20px;">d) w „Senatorówce“ kol. dla dzieci 1.074.20</p> <hr/> <p>7. Sumy przechodnie 2.623.10</p> <hr/> <p>8. Zapas węgla 236.—</p> <hr/> <p style="text-align: right;">1.056.383.04</p>	<p>1. Wierzyciele 36.576.54</p> <p>2. Sumy przechodnie na 1929 r. 2.005.—</p> <p>3. Fundusz zapasowy: 139.320.21</p> <p style="padding-left: 20px;">a) stan na 1.I.1928 r. 69.951.58</p> <p style="padding-left: 20px;">b) 10% od kapit. skład. za 1928 r. 69.368.63</p> <hr/> <p>4. Fundusz amortyzacyjny: 3.572.62</p> <p style="padding-left: 20px;">a) stan na 1.I.1928 r.</p> <p style="padding-left: 20px;">b) 25% amortyzacji od stanu ruchom. w Centrali 5.715.60</p> <p style="padding-left: 40px;">w Białymstoku 26.009.62</p> <p style="padding-left: 40px;">w Lublinie 26.751.46</p> <p style="padding-left: 40px;">w „Senatorówce“ 268.55</p> <hr/> <p>5. Fundusz na budowę sanatorium 58.745.23</p> <p style="text-align: right;">62.317.85</p> <hr/> <p>6. Nadwyżka: 194.513.42</p> <p style="padding-left: 20px;">a) Stan na 1.I.1928 r. 338.816.54</p> <p style="padding-left: 20px;">* b) Nadwyżka w 1928 r. 282.833.48</p> <hr/> <p style="text-align: right;">621.650.02</p> <hr/> <p style="text-align: right;">1.056.383.04</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Gwarancja za żyro akceptów obcych . . . . . 250.000.—

Żyro akceptów . . . . . 250.000.—

Dyrektor  
(—) *B. Dratwa*

Przewodniczący Zarządu  
(—) *M. Nowicki*

Przewodniczący Komisji Rewizyjnej  
(—) *E. Kobryner*

Księgowy  
(—) *Br. Sławiński*

Członkowie Komisji Rewizyjnej  
(—) *J. Niemczyk*  
(—) *M. Jastrzębski.*

# RACHUNEK DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEGO ZWIĄZKU KAS CHORYCH W WARSZAWIE

Wydatki:

za 1928 r.

Przychody:

<b>1. KOSZTY ADMINISTRACYJNE</b>				<b>1. Składki związkowe normalne</b>		693.686.33
<b>A. Osobowe</b>				<b>2. Zwroty kosztów administracyjnych za okólniki i książki</b>		3.063.—
a) odszkodowanie czion. władz	4.393.56			<b>3. Zwroty kosztów ogólnych, zwrot kosztów remontu</b>		15.000.—
b) płace personelu administr.	90.239.26			<b>4. Zwroty kosztów lecznictwa:</b>		
c) ubezpieczenie personelu biurów.	16.024.94			a) w Zakł. Rent. w Białymstoku	12.605.52	
d) delegacje i podróże	16.428.06	127.085.82		b) " " w Lublinie	37.704.20	
<b>B. Rzeczowe</b>				c) w kol. dla dzieci „Senatorówka”	16.247.50	66.557.22
a) potrzeby kancelaryjne	4.972.10			<b>5. Zwroty za retaksację recept</b>		6.168.13
b) opał, gaz	837.40			<b>6. Wpływy różne:</b>		
c) światło	502.47			a) zwroty za inkaso i odsetki od pożyczek	12.059.57	
d) portorja	1.222.01			b) odsetki w P. K. O. i B-ku Gosp. Kraj.	5.218.37	17.277.94
e) telefony, telegraf	2.762.05			<b>7. Nadwyżka z 1927 r.</b>		338.816.54
f) pisma, książki	5.696.67					
g) komorne	5.133.30					
h) utrzymanie lokali	1.701.15					
i) podatki	409.65					
j) różne drobne	673.11	23.909.91	150.995.73			
<b>2. KOSZTY OGÓLNE</b>						
a) składki do Og. Państw. Zw. K. Ch.	49.296.48					
b) wybory, zjazdy delegatów	904.10					
c) kursy, szkoły, ogłoszenia i in.	4.934.88					
d) prowizja P. K. O.	373.55					
e) pomoc prawna	820.—					
f) koszty remontu, lokalu, Ziota 30	10.405.76					
g) mapy 5 województw	1.098.33	67.833.12	67.833.12			
<b>3. LECZNICTWO</b>						
<b>A. Centrala</b>						
a) płace lekarzy	32.400.—					
b) koszty podróży lekarzy	5.084.59					
c) propaganda	9.766.90					
d) chemakalja i lekarstwa	96.42					
e) koszty organizacyjne	1.242.73	48.590.64				
<b>B. Zakład Rentgenowski w Białymstoku</b>						
a) koszty organiz.-administracyjne	28.326.45					
b) płace personelu	20.095.54	48.421.79				
<b>C. Zakład Rentgenowski w Lublinie</b>						
a) koszty organiz.-administracyjne	17.727.82					
b) płace personelu	18.136.17	35.863.99				
<b>D. Kolonja dla dzieci „Senatorówka”</b>						
a) koszty administr.-organizacyjne	5.262.33					
b) płace personelu	2.202.—					
c) czynsz za lokal i inwentarz	1.912.72					
d) koszty wyżywienia dzieci	6.960.65	16.337.70	149.214.12			
<b>4. RETAKSACJA RECEPT</b>						
a) płace retaksatorów	12.810.19					
b) koszty przesyłek recept	185.80	12.995.99	12.995.99			
<b>5. WYDATKI RÓŻNE</b>						
a) koszty inkasa weksli	4.072.37					
b) dary i subsydja	5.334.60					
c) nieprzewidziane wydatki	359.35	9.766.32	9.766.32			
<b>6. ODPISY</b>						
a) 10 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> kapitału skład na fund. zapas	69.368.63					
b) 25 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> wartości ruchom. na fund. amort.	58.745.23	128.113.86	128.113.86			
<b>7. NADWYŻKA</b>						
			621.650.02			
			1.140.569.16			1.140.569.16

Księgowy: (—) Br Sławiński.

Dyrektor: (—) B. Dratwa.

Przewodniczący Zarządu: (—) M. Nowicki.

Przewodniczący Komisji rewizyjnej: (—) E Kobryner

Członkowie Komisji Rewizyjnej: (—) J. Niemczyk, (—) M Jastrzębowski.

# INSULIN 'A. B.'

TRADE MARK  Brand

Insulina „A. B.“ odznacza się: Stałością jednostek, pełną mocą i stałym działaniem we wszystkich klimatach, czystością i zupełną jałowością, brakiem odczynów białkowych, wobec czego nie ma ubocznych szkodliwych działań.

**Aktywność Insuliny „A. B.“** jest zapewniona przez dokładne fizjologiczne mianowanie i ustalenie na podstawie przyjętej jednostki. Każda serja Insuliny przed wypuszczeniem na rynek zostaje poddana badaniom Rady Medycznych Badań. Insulina dostarczana jest w dwóch stężeniach:

**20 jednostek w 1 cm<sup>3</sup>**

Opakowana w flakonach, zaw:  
5 cm<sup>3</sup> (100 jednostek lub 10 dawek)  
25 cm<sup>3</sup> (500 „ „ 50 „ „ )

**40 jednostek w 1 cm<sup>3</sup>**

Opakowana w flakonach, zaw.:  
5 cm<sup>3</sup> (200 jednostek lub 20 dawek)  
Wszelkie szczegóły i najnowsza literatura zostanie przesłana wszystkim Pp. Lekarzom.

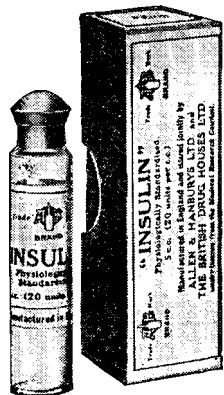
**Allen & Hanburys Ltd. & The British Drug Houses Ltd. LONDON**

Główny Skład na Rzeczypospolitą Polską:

**Dom Handlowo - Komisowy „Sair“ Sp. Akc.**

Warszawa, Plac Żelaznej Bramy Nr. 2.

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



## POWIATOWA KASA CHORYCH W BIŁGORAJU

o g ł a s z a

# KONKURS

Na stanowisko Naczelnego Lekarza Kasy.

Oferty z dokumentami, oraz podaniem warunków pracy należy nadesłać do P. K. Ch. w Biłgoraju do dnia 1 sierpnia r. b.

Wymagane jest:

- 1) Obywatelstwo polskie.
- 2) Prawo praktyki lekarskiej przyznane przez Władze Państwa Polskiego.
- 3) Curriculum vitae.

Dokładne warunki za pracę do omówienia.

Dyrektor: (—) W. ANDRZEJEWSKI

Przewodniczący Zarządu;

(—) J. BRODOWSKI.

## POWIATOWA KASA CHORYCH W CZĘSTOCHOWIE.

# KONKURS

Powiatowa Kasa Chorych w Częstochowie rozpisuje konkurs na posadę kierownika działu dentystycznego z siedzibą w Częstochowie, łącznie z prowadzeniem polikliniki dentystycznej. O powyższą posadę ubiegać się mogą lekarze stomatolodzy i lekarze - dentyści, którzy wykazą się praktyką dentystyczną nie mniejszą, jak dziesięcioletnią, względnie świadectwami, że podobne stanowisko zajmowali najmniej przez 5 lat.

Podania z podaniem wysokości żadanego wynagrodzenia, wraz z odpisem dyplomu i świadectw, dowodem obywatelstwa polskiego, dowodem uczynienia zadość powinności wojskowej — przesyłać należy do Zarządu Kasy Chorych w Częstochowie w terminie do dn. 15 lipca b. r. Zaznaczyć należy, że kierownik działu dentystycznego nie może prowadzić własnego gabinetu dentystycznego na terenie Częstochowy, oraz, że czas swój wyłącznie poświęcić będzie musiał Kasie Chorych, już to jako kierownik działu dentystycznego, już też, jako starszy ordynator.

Dyrektor: (—) MIŁKOWSKI Przewodniczący Zarządu: (—) E. WICHURA